

SAÚDE PÚBLICA

Evolução do modelo brasileiro e interfaces com o direito à felicidade

Leonardo Weber R. Araújo¹

Sumário: 1 Introdução. 2 O Direito à saúde: um panorama do surgimento e da evolução do modelo brasileiro. 2.1 Reforma Sanitarista: principal marco na história da saúde pública nacional. 2.2 O desenho normativo atual da saúde no Brasil: os pilares fixados pela CF/88. 3 Direito à felicidade: breves apontamentos e interface com as questões ligadas à saúde. 3.1 Felicidade: uma alusão cada vez mais presente nos textos legislativos internacionais. 3.2 As diversas compreensões conceituais que envolvem o tema e alguns julgados proferidos pelo Supremo Tribunal Federal. 3.3 Apontamentos acerca da Constituição brasileira e evidências da correlação entre felicidade e saúde pública. 4 Considerações finais.

1 • INTRODUÇÃO

Reflexões acerca da transitoriedade da vida e, claro, de como preservá-la pelo maior tempo possível sempre estiveram presentes na história da humanidade. De forma intrinsecamente conexa a essa temática, caminharam os debates relacionados à busca do ideal funcionamento do organismo dos indivíduos. Com o tempo, a percepção de plena saúde deixou de exprimir tão somente um contraponto à ideia de anormalidade do corpo físico ou de doença propriamente dita, passando a alcançar uma dimensão mais ampla, que abarca, além de aspectos orgânicos, outros fatores essenciais ao pleno exercício das potencialidades humanas, como o bem-estar mental e emocional e as condições do meio ambiente em que se vive.

A partir dessa compreensão, acabou sendo inevitável que as ciências jurídicas passassem a cuidar da saúde como um bem intangível de primeira grandeza e, por conseguinte, como garantia básica inerente a todo e qualquer ser humano. Assim considerada, essa prerrogativa torna-se passível de proteção e até mesmo de promoção pelos Entes Estatais, especialmente por aqueles que de alguma forma se filiam ao paradigma do *Welfare State*.

No Brasil, esse percurso envolveu vários estágios, associados, inicialmente, à estratégia de colonização aqui implementada, que mesclava caridade, atividades missionárias e prática médica. De um modo geral, o período anterior à Constituição de 1988 pode ser sumariado, no âmbito da saúde, por iniciativas voluntaristas e benemerentes, por arroubos isolados de avanço no campo das políticas públicas

1 Analista do MPU – Especialidade Direito. Professor Universitário. Assessor-Chefe na Procuradoria-Geral da República. Mestre em Direitos Sociais pelo Centro Universitário IESB. Especialista em Direito Processual Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina. Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais.

e por um modelo de assistência basicamente atrelado a aspectos previdenciários, gerador, este último, de exclusão de boa parte dos cidadãos, sobretudo da população rural, dos desempregados e dos trabalhadores informais.

Finalmente, alinhando-se a inúmeros e difundidos tratados internacionais, a exemplo da Declaração Universal de 1948, a atual Carta Constitucional brasileira (CF/88), por nítida influência do movimento conhecido como Reforma Sanitarista, incorporou o direito fundamental à saúde no rol dos direitos sociais (art. 6º da CF/88).

A legislação constitucional, então, ao abordar a Seguridade Social (arts. 194 e ss. da CF/88), inaugura, formalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), ambicioso ideário pautado pela equidade, pela universalidade e pela integralidade, arcabouço que se aprofunda com vasta regulação infraconstitucional, destacando-se, nesse campo, a Lei n. 8.080/1990.

De outro giro, os debates acerca dos contornos que envolvem a compreensão e a importância da felicidade há muito se encontram na pauta de diversas searas do saber, como a psicologia e a filosofia. Assim como ocorre com a temática da saúde, dúvidas não pairam acerca da complexidade da matéria, que envolve, entre outras variáveis, aspectos individuais, sociais, culturais e econômicos. Não obstante a inequívoca dificuldade para a fixação de balizas imprescindíveis à adequada inteligibilidade do tema, cada vez mais países de todo o mundo aderem a propostas de incorporação de tal termo em suas respectivas dogmáticas jurídicas, o que, de modo natural, tornou premente uma maior investigação jurídico-acadêmica sobre o assunto.

Nesse contexto, o presente artigo se propõe a examinar os desenhos de saúde pública já adotados no Brasil, com ênfase no vigente, correlacionando-os à ideia que atualmente se tem a respeito do denominado direito à felicidade. Busca-se investigar, então, de forma mais específica, se uma maior efetividade quanto ao direito social à saúde tenderia a gerar, em um determinado universo populacional, impactos positivos em relação aos respectivos níveis de felicidade.

2 · O DIREITO À SAÚDE: UM PANORAMA DO SURGIMENTO E DA EVOLUÇÃO DO MODELO BRASILEIRO

Basta rápida investigação histórica sobre os primeiros movimentos concernentes à saúde no Brasil para se identificar a forte presença das congregações religiosas, especialmente da Irmandade de Misericórdia, organização vinculada à igreja cristã Católica. Como parte de uma eficaz estratégia que consolidou, em territórios ultramarinos, a colonização pela monarquia lusitana, tal instituição, desde o século XVI, passou a se instalar em todas as regiões do País, exercendo, por meio das Santas Casas de Misericórdia, um trabalho conjunto de caridade missionária e de prática médica.²

Ao abordar o formato de colonização portuguesa e o papel desempenhado pelas Santas Casas de Misericórdia, interessantes são as considerações de Gonçalves:

[...] as Santas Casas de Misericórdia vieram para o Brasil assim que os primeiros colonizadores aqui se fizeram presentes. As Santas Casas de Misericórdia,

2 O primeiro estabelecimento médico instalado no País foi justamente a Santa Casa de Santos, cuja inauguração data de 1543. Sobre a história das Santas Casas de Misericórdia no Brasil, conferir: FRANCO, 2011.

juntamente com as Câmaras Municipais, foram precursoras do modelo colonizador português exportado para o Brasil e para as demais colônias portuguesas. Todos os reis portugueses teriam levado a sério suas responsabilidades missionárias e, dessa forma, as instituições políticas e religiosas, que tanto se confundiam na metrópole, chegaram às colônias seguindo o mesmo padrão. Quando Portugal se interessou em colonizar o Brasil, a criação das primeiras cidades foi concomitante com a fundação de filiais da Misericórdia, a exemplo do que ocorreu em outras regiões colonizadas pelo Império português, como na África e na Ásia. (GONÇALVES, 2014, p. 63).

Conforme relatado, o propósito de tais organizações, afora aspectos espirituais, voltava-se ao oferecimento de condições básicas de amparo a uma população que contava, até então, apenas com conhecimentos decorrentes de práticas costumeiras para a preservação e a recuperação da saúde.³ Essa foi, em síntese, a realidade sanitário-hospitalar, com repercussões sociais,⁴ que vigorou no Brasil, no campo da prestação da saúde, durante os primeiros quatro séculos após a chegada dos colonizadores. Os Períodos Colonial e Imperial não apresentaram, dessarte, mesmo consideradas algumas iniciativas isoladas de saneamento atribuídas à coroa portuguesa,⁵ qualquer modelo minimamente estruturado de saúde pública.

Debruçando-se sobre tal cenário histórico, Sanglard esclarece:

O Brasil, herdeiro da tradição lusa de assistência, encontrou na Irmandade da Misericórdia – ainda que se tratasse de instituição privada – o espaço público de atendimento e acolhimento. Desde a sua criação em Lisboa, ao final do século XV, a Irmandade viveu sob o padroado régio e exerceu o monopólio da gestão hospitalar. *Na Colônia, no Império e nos primeiros anos da República, a Santa Casa da Misericórdia manteve a hegemonia da assistência médica no Brasil.* (SANGLARD, 2007, p. 259, grifo nosso).

À medida, porém, que profissionais brasileiros se formavam nos centros urbanos,⁶ ocupando, aos poucos, regiões interioranas, crescia a compreensão de que o exercício da mencionada tripla função (missionária/caridade/prática médica) não se revelava das mais funcionais.

Algumas décadas adiante, já no Período Republicano, começam a surgir no Brasil instituições especializadas nas questões da saúde, como, em 1900, o Instituto Soroterápico Federal (posteriormente Instituto Oswaldo Cruz e Fundação Oswaldo Cruz) e o Instituto Butantan (1901). Simultaneamente, passa-se a debater a ideia, já existente na Europa desde o século XVIII, de que os estabelecimentos de saúde,

3 Para conhecer, com maior profundidade, as fases do desenvolvimento da medicina no Brasil, recomendam-se: RIBEIRO, 1997; TRINDADE, 2013.

4 Segundo o sociólogo pernambucano Gilberto Freyre, as contribuições realizadas em favor das Casas de Misericórdia conferiam aos integrantes da sociedade o título e a mística de “homens bons”. Exteriorizavam, assim, a generosidade cristã e incorporavam nítido prestígio social à imagem dos legatários e (ou) participantes das irmandades (FREYRE, 2000).

5 Confira-se, sobre esse particular, o seguinte trabalho: MURTHA; CASTRO; HELLER, 2015.

6 Apenas em 1808, quatorze anos, portanto, antes da declaração de independência, foram criados os primeiros cursos de Medicina no País, instalados na Bahia (Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia) e no Rio de Janeiro (Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro). Começa a ser desenvolvida, então, ao longo do século XIX, mesmo que de maneira muito singela, uma cultura médica local, ainda atrelada, em grande parte, às referidas irmandades.

mais do que “máquinas de curar”, deveriam reunir atividades correlacionadas ao ensino e à pesquisa (FOUCAULT, 1984, p. 57).

Justamente essa mudança de compreensão é destacada por Sanglard (2006), para quem o processo de separação entre espaços de estrita benevolência e de exercício da medicina teve as duas primeiras décadas do século passado como importante referência temporal, período em que o Estado deflagra iniciativas no sentido de inaugurar o processo de estruturação da assistência hospitalar, bem assim da saúde pública como um todo, tarefa que, segundo indica, foi capitaneada pelo médico Carlos Chagas, evocado como sucessor de Oswaldo Cruz (SANGLARD, 2006, p. 19).

Ao longo desse período, correspondente à Primeira República ou República Velha (1889/1930), denominada por Hochman (1998) de “Era do Sanitarismo”,⁷ percebeu-se a necessidade de transformações urbanísticas e sanitárias, mormente nos maiores aglomerados populacionais e nas regiões portuárias, tendo como nítido objetivo a busca por um País mais saudável e produtivo, capaz de fomentar o crescimento econômico que à época se almejava.

A partir de 1920, simultaneamente ao citado movimento sanitarista e às respectivas propostas de mudanças urbanas e sanitárias, inicia-se no Brasil, de forma paulatina, o desenvolvimento de um arquétipo de assistência médica individual atrelado ao sistema previdenciário.

Foram criadas, com a conhecida Lei Eloy Chaves (Decreto n. 4.682/1923), as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que, voltadas, inicialmente, às empresas ferroviárias, decorreram de pactos entre empregados e empregadores, que possibilitavam aos trabalhadores acesso aos benefícios previdenciários e à assistência médica e farmacêutica.

Já ao longo da década de 1930, com o apoio de Getúlio Vargas, o modelo representado pelas CAPs foi impulsionado e fortalecido, passando a se revestir de natureza jurídica de autarquias federais e a se denominar, de modo geral, de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados não mais por empresas, mas por categorias profissionais, tais como comerciários, industriários e bancários.

Durante todo esse período, como as CAPs e os IAPs assistiam apenas aos empregados formais, continuou a competir às já referidas Santas Casas acudir ao restante da sociedade, especialmente à população rural e aos trabalhadores urbanos, autônomos e informais.⁸ Impõe-se reconhecer, portanto, que a atuação das Entidades de Misericórdia, muito embora ressaltasse desigualdades, revelou-se, naquele momento histórico, de enorme relevância prática, especialmente quando se considera a capilaridade de tais estabelecimentos pelo interior do País.

7 A estratégia utilizada pelo movimento estruturou-se, basicamente, em grandes campanhas para o combate a epidemias, sendo por isso também denominado de “Sanitarismo Campanhista”, tendo como ênfase a desinfecção de espaços públicos e programas obrigatórios de vacinação. Sobre o tema, conferir os seguintes trabalhos, que abordam medidas impopulares e polêmicas atribuídas a Oswaldo Cruz, durante a presidência de Rodrigues Alves (1902-1906), que levaram, em 1904, a um motim popular conhecido como “Revolta da Vacina” (MEIHY; BERTOLLI FILHO, 1995; SEVCENKO, 1993).

8 As políticas públicas de previdência social e de saúde apenas começaram a ser expandidas na década de 1970, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL (Lei Complementar n. 11/1971) e, ainda, com as Leis n. 5.859/1972 e n. 5.890/1973, que, respectivamente, agradeceram trabalhadores domésticos e autônomos.

Merece ainda destaque o ano de 1941, quando começam a ser realizadas, com o intuito de discutir o cânone brasileiro, as Conferências Nacionais de Saúde, e o de 1949, quando é criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) (Decreto n. 27.664/1949), mantido não só pelos Institutos existentes, mas também pelas Caixas de Assistência que ainda remanesciam.

Fato político também sempre mencionado durante esse ciclo de mudanças diz respeito à separação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, ocorrida em julho de 1953; este último, inicialmente, direcionou sua atuação para o atendimento da população rural.

Em 1966, o aumento de epidemias e da mortalidade infantil demandou a adoção de medidas pelo governo à época estabelecido, especialmente o aprofundamento da integração do arranjo inaugurado pela Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) – Lei n. 3.807/1960. Os IAPs, então, foram unificados,⁹ dando lugar ao conhecido Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (Decreto n. 72/1966 – Lei Eloah Bosny), que, com natureza autárquica e vínculo com o Ministério do Trabalho e da Previdência Social, passa a concentrar as contribuições sociais e coloca o Estado em uma posição mais central no que concerne à prestação da saúde.

Posteriormente, tendo em vista a complexidade alcançada pelas várias funções atribuídas ao Instituto Nacional de Previdência Social e a pressão decorrente da ampliação das coberturas, surge, com a Lei n. 6.439/1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão federal antecessor imediato do Sistema Único de Saúde, que passa a assumir a área de assistência médica (curativa), permanecendo com o INPS¹⁰ a competência para a concessão de benefícios (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2001).

Menicucci (2014), ao abordar com concisão toda essa fase, refere-se, da seguinte forma, à previdência social, à segmentação “meritocrática” do público a ser atendido ou excluído desse sistema, bem como à origem do formato misto que hoje vigora na prestação dos serviços de saúde no País:

[...] O mais importante nessa história é que o benefício era vinculado ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito de cidadania. Nesse sentido, reveste-se do caráter meritocrático vinculado à inserção no mercado de trabalho, cujas diferenciações reproduz. Além disso, a política de saúde brasileira apresentava diferenciação funcional e institucional: ao Ministério da Saúde cabiam as ações de caráter coletivo e algumas de assistência básica, e à Previdência Social, a saúde curativa restrita aos segurados.

Aspecto importante dessa origem, que também explicará um dos problemas posteriores, diz respeito ao crescimento da assistência da previdência social, que amplia gradativamente sua cobertura – depois das Caixas e dos IAPs, ocorre, em

9 Falleti, porém, apresenta justificativa adicional para tal unificação. Segundo a autora, a decisão de reunir os Institutos de Aposentadoria, adotada pelo General Castelo Branco (1964-1967), teve o propósito de desarticular a atuação dos trabalhadores urbanos, transferindo a gestão do modelo a supostos “tecnocratas apolíticos”, o que, claro, acaba por minar um dos pilares do sindicalismo então vigente (FALLETI, 2010).

10 Em 1990, por meio do Decreto n. 99.350/1990, fundiram-se o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, juntos, transformaram-se no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

1966, a unificação de todos os Institutos no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, o que significou a cobertura de todos os assalariados urbanos; portanto, expansão muito grande também da assistência médica. A opção política dos governos para dar conta dessa ampliação de cobertura foi não prover os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada. Nesse sentido, então, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para a construção de unidades hospitalares. Fundamental também para entender a trajetória posterior da dualidade do sistema brasileiro foi a estratégia de fazer convênios com empresas que, por meio de subsídios governamentais, do então INPS, se encarregassem da prestação de assistência à saúde a seus empregados. Esse é o berço dos planos de saúde, porque desenvolveu nas empresas a prática de prestar serviços aos empregados, o que gerou no mercado outra modalidade institucional: as empresas médicas que geriam a assistência médica para as empresas empregadoras. (MENICUCCI, 2014, p. 79, grifo nosso).

Enquanto todas essas transformações legais e institucionais ocorriam, autores, como Falleti (2010), identificam os primeiros lampejos do movimento sanitário-desenvolvimentista que, pouco tempo depois, em contraposição ao sanitarismo centralizador do início do século XX, começaria a despontar.

Nesse sentido, não é raro encontrar referências históricas que correlacionam a origem mais remota de tal movimento ao Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1962), edificado, durante o governo João Goulart (1961-1964), com viés reformista e distributivista, pelo economista Celso Furtado.¹¹

Aludida conexão também aparece nas ocasiões em que se menciona a 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), pois, ao se verificarem alguns dos tópicos que a estruturaram, como a necessidade de municipalização e a crítica à situação sanitária do País, as premissas para a reforma abordada no próximo tópico mostram-se, de fato, bastante presentes.¹²

2.1 · REFORMA SANITARISTA: PRINCIPAL MARCO NA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NACIONAL

Ao longo das décadas de 1970 e de 1980, em contraponto às propostas de saúde previdenciária expostas no tópico anterior, florescia no Brasil um movimento que compreendia a questão da saúde não mais sob a perspectiva individual, mas com um viés nitidamente universal e igualitário.¹³

Essa visão, aos poucos absorvida pelos profissionais da saúde e pela sociedade civil, transformou-se em propositura ordenada e metódica a partir da 8ª Conferência

11 Acerca do Plano Trienal e dos antecedentes da Reforma Sanitária: LABRA, 1988.

12 Quanto à 3ª Conferência Nacional de Saúde, recomenda-se a leitura da seguinte dissertação: SOUZA, 2014.

13 Nesse período, duas teses de doutorado podem ser citadas como marcos significativos, pois conferiram densidade acadêmica à teoria social da medicina e ao movimento pela reforma sanitária (também chamado de “movimento sanitário” ou de “movimento da reforma sanitária”); são elas: AROUCA, 1975; DONNANGELO, 1975.

Nacional de Saúde e acabou por representar o que, mais tarde, convencionou-se denominar Reforma Sanitária Brasileira (RSB).¹⁴

Sérgio Arouca (1941-2003), um dos maiores expoentes dessa fase, assim resume o espírito da reforma sanitária, deixando clara a pretensão de que o movimento representasse mais do que uma mera inovação setorial:

O projeto da reforma [sanitária] é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira. (AROUCA, 2001, p. 6).

Pode-se dizer, com essa abordagem, que a RSB faz parte de um processo mais amplo, não setorializado, voltado à valorização das garantias fundamentais e à retomada da participação popular no campo das políticas públicas ligadas aos direitos sociais, com ênfase, além da saúde, nas áreas do trabalho, da educação e da moradia.¹⁵⁻¹⁶

Destacam-se, nesse período de transição, as criações, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e, em 1979, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), assim como a realização da citada 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em março de 1986, que mobilizou mais de 5 mil representantes de todo o País (especialistas e usuários de saúde) e é sempre mencionada como um dos episódios mais relevantes para a consolidação e a sistematização da ideia de um verdadeiro projeto de saúde pública coletiva.

Após esse período de intensa mobilização da sociedade civil e de importantes debates acadêmicos, surgem, dois anos mais tarde, robustecidas por emendas populares, as linhas condutoras do modelo de saúde constitucionalmente adotado, que se caracteriza por um olhar mais global e social, em contraposição às perspectivas biologicista e hospitalocêntrica¹⁷ do início do século XX, consideradas reducionistas.

Os contornos normativos decorrentes dessa fase estão delimitados na seção “Da Saúde” (Título VIII, Capítulo II, Seção II, da CF/88), que abarca os arts. 196 a 200, examinados no próximo tópico.

14 Sugere-se, para maior aprofundamento, a análise de artigo publicado no portal oficial da Fiocruz (GARCIA, 2016). Ainda sobre esse período, merece destaque a dissertação escrita por Sarah Escorel, orientanda do reconhecido sanitarista e político Sérgio Arouca, defendida, em 1987, perante a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (ESCOREL, 1999).

15 Nesse exato sentido, prevê o art. 3º da Lei n. 8.080/1990 que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990a).

16 Na linha da previsão do art. 3º da Lei n. 8.080/1990, a Agenda 21 Global, documento que resultou da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92), abordou, em seu capítulo 6 (Proteção e promoção das condições da saúde humana), a necessidade de um olhar ampliado acerca do tema. Menciona-se, nesse tópico, o crescimento desordenado, a mobilidade comprometida, a falta de saneamento, a poluição ambiental, entre outros, como fatores que, conjugados, contribuem para um maior adoecimento da população (ONU, 1992).

17 Tais correntes, que se confrontaram com a posterior tendência “epidemiológica social/crítica”, consideravam, respectivamente, que o principal motivo a comprometer a saúde de uma comunidade estava correlacionado às infecções por micro-organismos e que os estabelecimentos hospitalares se revelavam o *locus* mais importante para o enfrentamento e a cura dos problemas de saúde em geral.

2.2 · O DESENHO NORMATIVO ATUAL DA SAÚDE NO BRASIL: OS PILARES FIXADOS PELA CF/88

Sabe-se que o direito à saúde não foi, no breve percurso constitucional do Brasil, conteúdo explorado, até 1988, com preocupação, muito menos com profundidade. Ao contrário, os textos constitucionais pretéritos à vigente Carta Constitucional trataram de forma bastante efêmera e restritiva a temática da saúde.

Tendo como parâmetro tal trajetória, o amplo modelo de prestação do direito social à saúde previsto na Constituição Federal de 1988 constituiu verdadeira reviravolta ideológica e institucional no tratamento da matéria no ordenamento jurídico pátrio, conforme bem enfatiza Menicucci:

A reforma sanitária que foi feita visando à criação do SUS, gravada na Constituição, foi, de fato, uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então. E nesse sentido podemos falar em reordenamento ideológico e institucional. Ideológico devido aos princípios fundantes da política de saúde, que são completamente alterados, e institucional em função da criação do sistema único. (MENICUCCI, 2014, p. 78, grifo nosso).

Fruto da já percorrida Reforma Sanitarista, especialmente de movimentos sociais de vários matizes, a inclusão da saúde como direito social deve ser identificada, inicialmente, como uma conquista que envolve horizonte mais amplo, representativo de uma clara escolha de fortalecimento e de implementação de políticas públicas direcionadas à efetividade substancial de uma democracia que pretendia se fazer inclusiva (e não apenas supostamente “meritocrática”, como outrora).

Além da previsão inaugural trazida pelo art. 6º da CF/88, que atualmente apresenta rol exemplificativo de onze direitos sociais, o direito à saúde faz parte de tópico mais abrangente, que regula a Seguridade Social, nesta incluídas, segundo a previsão do art. 194, *caput*, da CF/88, além da temática ora versada, a Previdência (arts. 201 e 202 da CF/88) e a Assistência Social (arts. 203 e 204 da CF/88).

Após dispositivo especificamente voltado ao financiamento da Seguridade Social como um todo (art. 195, CF/88), o art. 196 da CF/88 não vacila quanto ao império da proposta de saúde integral e de acesso universal e igualitário, sendo assim abordado por Santos:

Diante do conceito afirmado pela Constituição de que “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”, abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado, no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocassem em risco a saúde da coletividade, e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A visão epidemiológica da questão saúde-doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades, passou a integrar o direito à saúde. Esse novo conceito de saúde considera seus determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.) e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais, e ao governo o de formular políticas públicas condizentes com a melhoria do modo de vida da população. (SANTOS, 2010, p. 147-148, grifo nosso).

Tal arcabouço foi traçado pelo art. 198 da Constituição Federal e tem como pilares uma rede hierarquizada e regionalizada, o atendimento integral e universal, além da necessidade de participação da comunidade.

Aliás, quanto aos princípios basilares do SUS, a doutrina costuma examiná-los sob duas perspectivas. Uma delas, de caráter mais conceitual ou doutrinário-ideológico, abarca a integralidade, a universalidade e a equidade; a outra diz respeito aos chamados princípios organizativos.

A integralidade refere-se à ideia de “saúde total”, incluindo, portanto, serviços assistenciais e curativos, em relação aos quais são valoradas as complexidades físicas, psíquicas e sociais que compõem o bem-estar de cada indivíduo, com a utilização de medidas preferencialmente preventivas (art. 198, I, da CF/88).

A universalidade, por sua vez, representa o acesso subjetivo irrestrito, ou seja, que independe de quaisquer condicionantes.

Finalmente, a equidade chama a atenção para um aspecto prático significativo, qual seja, o de que o sistema atua em ambiente marcado por consideráveis diferenças regionais, culturais e patrimoniais, sendo imperiosa, portanto, a compreensão acerca das vulnerabilidades de determinados grupos, a fim de que se implemente um planejamento estratégico adequado ao conceito de igualdade material.

Referindo-se à amplitude de significados que podem ser alcançados por esses termos e à sua contextualização específica no âmbito do SUS, Paim e Silva assim discorrem:

A revisão dos estudos sobre universalidade, equidade e integralidade aponta para distintas definições e abordagens teórico-conceituais. Ideologias e teorias competem na construção de conceitos, de modo que foi possível verificar desde elaborações mais superficiais e parciais, até a produção de conceitos teóricos derivados de fundamentação filosófica, além de pesquisas empíricas.

[...]

No SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria a ser alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas. (PAIM; SILVA, 2010, p. 113).

Há igual menção, por outro lado, aos chamados princípios organizativos, sintetizados pela descentralização (divisão de atribuições entre os entes federados), pela regionalização (municipalização, consideradas as características regionais) e pela hierarquização (primária, secundária, terciária e quaternária), introduzidos com o desiderato de que o modelo operasse com maior racionalidade e eficiência.

Esclarecidos os contornos gerais dos princípios norteadores, verifica-se que o art. 200 da CF/88 destaca algumas das atribuições do SUS, como, por exemplo, as alusivas às vigilâncias sanitária e epidemiológica, bem como aquelas interligadas à saúde do trabalhador (inciso II), à política de saneamento básico (inciso IV), ao fomento de inovações científicas (inciso V) e à proteção ao meio ambiente (inciso VIII).

Impõe-se ressaltar, por fim, que, como consequência de uma experiência adotada em período anterior a 1988, especialmente na já aludida fase em que a prestação da saúde encontrava-se atrelada a aspectos previdenciários, o Brasil acabou por adotar

um sistema híbrido de saúde (público e privado), por meio do qual se estabelece a possibilidade de que essa assistência seja exercida pela iniciativa privada.

Destarte, também com o propósito de cumprir os princípios da universalidade e da integralidade, admite-se, no País, além das ações e dos serviços prestados diretamente pelo SUS, por meio dos entes federados, a Assistência Complementar (conforme art. 199, § 1º, da CF/88, e arts. 8º e 24 a 26 da Lei n. 8.080/1990) assim como a Assistência Suplementar (que tem como amparo constitucional a previsão dos arts. 197 e 199, *caput*, da Carta Magna).

Em síntese, rompendo com uma configuração prioritariamente voluntarista ou subordinada às atividades produtivas e previdenciárias, a introdução desse conteúdo no rol dos Direitos Sociais (art. 6º da CF/88) e seu posterior detalhamento no campo da Seguridade Social (arts. 194 e ss. da CF/88), por meio de normas de eficácia plena e aplicabilidade imediata (art. 5º, § 1º, da CF/88), trouxeram grande expectativa de que uma nação mais igualitária, solidária, sã e feliz pudesse ser alcançada.

3 · DIREITO À FELICIDADE: BREVES APONTAMENTOS E INTERFACE COM AS QUESTÕES LIGADAS À SAÚDE

A filosofia grega, por meio de diversos autores, como Platão e Aristóteles, menciona, em diversas ocasiões, o termo eudaimonia, representativo, em apertada síntese, de um sentimento de satisfação maior, muitas vezes correlacionado à prosperidade exterior, à busca de sabedoria, de uma vida virtuosa, repleta de significados e, finalmente, à perspectiva utópica de felicidade plena.¹⁸

Por sua vez, dos pontos de vista histórico e político, uma das referências frequentemente mencionadas sobre o assunto diz respeito à Declaração de Independência dos Estados Unidos da América (1776), influenciada pelos ideais republicanos e iluministas de figuras como Thomas Jefferson (1743-1826), que apresenta interessante associação entre os conceitos de vida, de liberdade e de busca da felicidade.

Abordando justamente Jefferson, Comparato (2008) observa que o líder estadunidense era “suficientemente arguto para saber que ninguém possui um direito inato à felicidade; que a realização desta, na vida individual, não depende exclusivamente das virtudes dos cidadãos”, mas que a dignidade humana necessita de “condições políticas indispensáveis para a busca da felicidade” (COMPARATO, 2008, p. 107).

Aprofundando-se no espírito que norteou a Declaração de Independência norte-americana, Driver (2006) assim qualifica o direito à busca da felicidade:

Em uma ordem social racional, de acordo com a teoria iluminista, o governo existe para proteger o direito do homem de ir em busca da sua mais alta aspiração, que é, essencialmente, a felicidade ou o bem-estar. O homem é motivado pelo interesse próprio (sua busca da felicidade), e a sociedade/governo é uma construção social destinada a proteger cada indivíduo, permitindo a todos viver juntos de forma mutuamente benéfica. (DRIVER, 2006, p. 32).

Textos advindos da Revolução Francesa subscrevem, no mesmo diapasão, a relevância da busca da felicidade; e, ainda no ano de 1789, a Declaração de Direitos do

18 Para aprofundamento, recomenda-se a leitura dos seguintes textos: ARISTÓTELES, 1996; SANTOS, 2001; SILVA, 2011.

Homem e do Cidadão,¹⁹ que, como se sabe, concentra-se na dimensão universal dos direitos humanos, apresenta, em seu preâmbulo, a assertiva de que “a ignorância, o esquecimento ou o desprezo dos direitos do homem” são geradores “dos males públicos e da corrupção dos governos” e, por consequência, da infelicidade coletiva.²⁰

Até mesmo no Brasil, ainda no período anterior à independência, esse ideário de alguma maneira reverbera. Percebe-se alguma inspiração nesse sentido, por exemplo, na conhecida frase de D. Pedro I, então príncipe regente, que, em 1822, diante da convocação da família real para que retornasse a Portugal, decide permanecer no Brasil e proclama: “Se é para o bem de todos e felicidade geral da Nação, estou pronto! Digam ao povo que fico”.

Na sequência desse relevante episódio, um dos marcos do processo de emancipação do Brasil, a aludida e famosa manifestação chega a ganhar espaço na dogmática jurídica, sendo encontrada instigante referência à “felicidade Política”²¹ na parte preambular da Constituição de 1824.

Fato é que, não obstante perspectivas filosóficas, históricas e políticas, que não serão objeto específico de maior abordagem no presente trabalho, o tema Direito e Felicidade (*Law and Happiness*) tem, efetivamente, gerado cada vez mais reflexões em diversos campos do estudo, como, por exemplo, o das ciências médicas, econômicas e jurídicas, conforme se passará a expor.

3.1 · FELICIDADE: UMA ALUSÃO CADA VEZ MAIS PRESENTE NOS TEXTOS LEGISLATIVOS INTERNACIONAIS

A contar de meados do século passado, percebe-se que textos constitucionais de países de localidades diversas, muito embora com concepções e objetivos distintos, passam a incluir nos respectivos comandos a palavra felicidade.

Podem ser citados, a título inicial, o Japão e a Coreia do Sul, que, impactados pelos efeitos da Segunda Guerra, incorporaram às respectivas Constituições de 1947 e de 1948 a noção de dignidade das pessoas correlacionada ao direito à busca da felicidade.²²

19 A íntegra da Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão pode ser consultada na biblioteca virtual de Direitos Humanos da USP no seguinte endereço: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>. Acesso em: 27 fev. 2020.

20 Tais concepções, alguns anos depois, foram incorporadas às Constituições Francesas de 1791 e de 1793, conforme indica o seguinte texto: PEIXINHO, 2012.

21 “DOM PEDRO PRIMEIRO, POR GRAÇA DE DEOS, e Unanime Acclamação dos Povos, Imperador Constitucional, e Defensor Perpetuo do Brazil: Fazemos saber a todos os Nossos Subditos, que tendo-Nos requeridos os Povos deste Imperio, juntos em Camaras, que Nós quanto antes jurassemos e fizessemos jurar o Projecto de Constituição, que haviamos offerecido ás suas observações para serem depois presentes à nova Assembléa Constituinte mostrando o grande desejo, que tinham, de que elle se observasse já como Constituição do Imperio, por lhes merecer a mais plena approvação, e delle esperarem a sua individual, e geral *felicidade Política*: Nós Jurámos o sobredito Projecto para o observarmos e fazermos observar, como Constituição, que dora em diante fica sendo deste Imperio a qual é do theor seguinte:

[...]” (BRASIL, 1824, grifo nosso).

22 Confira-se, ilustrativamente, a redação do art. 13 da Constituição do Japão: “Todas as pessoas deverão ser respeitadas como indivíduos. O direito à vida, à liberdade e à busca pela felicidade, contanto

Também sempre mencionado nas ocasiões em que se aborda a matéria, o Butão, país asiático localizado ao sul da China e ao nordeste da Índia, preconizou em sua Constituição de 2008 não somente o termo direito à felicidade, mas também instituiu um inusitado indicador denominado Índice Nacional de Felicidade Bruta.²³

No Continente Africano, por sua vez, vários países, entre eles Libéria (1986), Namíbia (1990), Gana (1992), Nigéria (1999), Egito (2004) e Suazilândia (2005), incorporaram às respectivas legislações constitucionais o direito à felicidade, sendo tais proposições, porém, mais relacionadas a fatores econômicos (LEAL, 2015).

Especialmente na Nigéria (1999), a menção à felicidade coletiva parece se contrapor ao fenômeno do “Supercapitalismo”, abordado na obra de Robert Reich (2008). Colhe-se dessa abordagem a tese de que o modelo que se estabelece após o chamado “Capitalismo Democrático”, ao consolidar um cenário de fragilização de direitos trabalhistas, de ampla desregulação e de desmobilização da participação social, pode acentuar os padrões de concentração de renda, comprometendo o bem-estar de significativa parcela da população e, conseqüentemente, os respectivos níveis de felicidade.²⁴

Nos Estados Unidos da América, a Constituição de 1787 não reproduziu a já mencionada referência feita pela Declaração de Independência (1776). Tal previsão, contudo, acabou sendo adotada em várias das Constituições dos Estados norte-americanos, como, *verbi gratia*, a Constituição do Estado da Virgínia, que consagrou, explicitamente, na Seção I (Igualdade e Direitos do Homem), o direito das pessoas a *pursuing and obtaining happiness*.²⁵

Na França, o preâmbulo da Constituição de 1958 ratifica o reconhecimento daquele país aos fundamentos fixados pela já referida Declaração de 1789, reiterando, assim, ainda que obliquamente, a relevância do direito à felicidade para aquela nação.

Até mesmo a Organização das Nações Unidas, na Assembleia Geral realizada em 2012, reconheceu a importância de que a felicidade e o bem-estar estejam presentes na formulação das políticas públicas. Nesse sentido, deve-se lembrar

que não interfiram no bem-estar público comum, serão de suprema consideração na legislação e em outras instâncias governamentais”. Fonte: sítio da Embaixada do Japão no Brasil. Disponível em: <https://www.br.emb-japan.go.jp/cultura/constituicao.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.

23 A respeito desse índice (GNH – *Gross National Happiness*), Merlo e Pedroso esclarecem que se fundamenta, sobretudo, no fato de que não se deve avaliar o desenvolvimento de um país apenas se calculando o crescimento econômico, mas também vários outros fatores, como o bem-estar psicológico, a valorização da cultura, os níveis de educação e a governança (MERLO; PEDROSO, 2014).

24 Igualmente abordando esse viés do capitalismo, predatório e excludente, Barnes indica três consequências não muito auspiciosas decorrentes desse modelo, quais sejam: “A destruição da natureza, o aumento da desigualdade e a falha em promover a felicidade, apesar da pretensão de fazê-la”. Tradução livre. Lê-se, no original: “the destruction of nature, the widening of inequality and the failure to promote happiness despite the pretense of doing so” (BARNES, 2006, p. 25).

25 A íntegra do texto da Constituição do Estado da Virgínia, de 1776, encontra-se disponível no seguinte endereço eletrônico: <https://law.lis.virginia.gov/constitution/article1/section1/>. Acesso em: 10 mar. 2020. Ainda quanto ao tema, Comparato (2008), além de mencionar tal Carta Estadual, cita outros dois Estados que seguiram os parâmetros da Virgínia: “É preciso assinalar que nesse campo dos direitos individuais, os norte-americanos foram, incontestavelmente, pioneiros. [...] Em 16 de agosto do mesmo ano, a Pennsylvania aprovou, juntamente com a sua Constituição, uma declaração de direitos largamente copiada da Declaração de Independência. Quatro anos depois, em 1780, o Estado de Massachusetts adotou também o seu *Bill of Rights*, redigido por John Adams” (COMPARATO, 2008, p. 112).

que vários dos aspectos destacados nos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS (ONU, 2015), tais como a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades e a proteção do planeta, têm inequívoco potencial para impactar, de forma direta e real, a vida e a felicidade das pessoas. Exatamente por esse motivo, estabeleceu-se o dia 20 de março como o “Dia Internacional da Felicidade” (ONU, 2018), independentemente das inúmeras visões que se possa atribuir à matéria.

3.2 · AS DIVERSAS COMPREENSÕES CONCEITUAIS QUE ENVOLVEM O TEMA E ALGUNS JULGADOS PROFERIDOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Conforme já exposto, a compreensão acerca do significado da palavra felicidade revela-se, *a priori*, fluida, sendo necessária a realização de estudo contextualizado para que se possa ter maior percepção quanto ao alcance e às fronteiras por ela abarcadas.

Não se mostra incomum, ainda hoje, a abordagem da felicidade sob o panorama do utilitarismo. Nesse campo, Sandel (2012), refletindo sobre o utilitarista Jeremy Bentham (1748-1832), assim discorre:

Bentham, filósofo moral e estudioso das leis, fundou a doutrina utilitarista. Sua ideia central é formulada de maneira simples e tem apelo intuitivo: *o mais elevado objetivo da moral é maximizar a felicidade, assegurando a hegemonia do prazer sobre a dor*. De acordo com Bentham, a coisa certa a fazer é aquela que maximizará a utilidade. Como “utilidade” ele define qualquer coisa que produza prazer ou felicidade e que evite a dor ou o sofrimento.

Bentham chega a esse princípio por meio da seguinte linha de raciocínio: todos somos governados pelos sentimentos de dor e prazer. São nossos “mestres soberanos”. Prazer e dor nos governam em tudo que fazemos e determinam o que devemos fazer. Os conceitos de certo e errado “deles advêm”.

Todos gostamos do prazer e não gostamos da dor. A filosofia utilitarista reconhece esse fato e faz dele a base da vida moral e política. Maximizar a “utilidade” é um princípio não apenas para o cidadão comum, mas também para os legisladores. *Ao determinar as leis ou diretrizes a serem seguidas, um governo deve fazer o possível para maximizar a felicidade da comunidade em geral*. (SANDEL, 2012, p. 48, grifo nosso).

Sabe-se que várias objeções são constantemente realizadas em relação à ótica voluntarista de Bentham, destacando-se, em especial, a que versa sobre o perigo de que a premissa que sustenta tal pensamento, qual seja, a da máxima felicidade, vulnere garantias e direitos civilizatórios fundamentais, mormente aqueles relacionados a grupos fragilizados e minoritários.

Justamente nesse ponto, John Stuart Mill (1806-1873) tenta estabelecer balizamentos àquela versão do utilitarismo, ressaltando que, não obstante a busca pela felicidade máxima, “o Governo não deve interferir na liberdade individual a fim de proteger uma pessoa de si mesma ou impor crenças da maioria no que concerne à melhor maneira de viver”. Enfatiza, ainda, que “as pessoas devem ser livres para fazer o que quiserem, contanto que não façam mal aos outros” (*apud* SANDEL, 2012, p. 64).

Na esteira dessas relevantes proposições, podem ser apresentados, respectivamente, os dois primeiros vieses do direito à felicidade, quais sejam, o da auto-determinação, também chamado de “busca da felicidade”, do qual é decorrente a liberdade das pessoas para se conduzirem da maneira que melhor lhes aprouver;

bem assim aquele que confere ênfase à dignidade dos seres humanos e, respeitado esse pilar civilizatório, veda, ao menos em certa medida, as chamadas práticas que priorizam os prazeres perversos.

Quanto ao primeiro viés, o da busca da felicidade, merecem ser extraídos de julgado do Supremo Tribunal Federal excertos da seguinte ementa:

Recurso Extraordinário. Repercussão Geral reconhecida. Direito Civil e Constitucional. Conflito entre paternidades socioafetiva e biológica. Paradigma do casamento. Superação pela Constituição de 1988. Eixo central do Direito de Família: deslocamento para o plano constitucional. Sobreprincípio da dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB). Superação de óbices legais ao pleno desenvolvimento das famílias. *Direito à busca da felicidade. Princípio constitucional implícito*. Indivíduo como centro do ordenamento jurídico-político. Impossibilidade de redução das realidades familiares a modelos pré-concebidos.

[...]

3. A família, objeto do deslocamento do eixo central de seu regramento normativo para o plano constitucional, reclama a reformulação do tratamento jurídico dos vínculos parentais à luz do sobreprincípio da dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB) e da busca da felicidade.

[...]

6. O direito à BUSCA DA FELICIDADE, implícito ao art. 1º, III, da Constituição, ao tempo que eleva o indivíduo à centralidade do ordenamento jurídico-político, reconhece as suas capacidades de autodeterminação, autossuficiência e liberdade de escolha dos próprios objetivos, proibindo que o governo se imiscua nos meios eleitos pelos cidadãos para a persecução das vontades particulares. Precedentes da Suprema Corte dos Estados Unidos da América e deste Egrégio Supremo Tribunal Federal: RE 477.554-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, DJe de 26/08/2011; ADPF 132, Rel. Min. Ayres Britto, DJe de 14/10/2011.

7. O indivíduo jamais pode ser reduzido a mero instrumento de consecução das vontades dos governantes, por isso que o direito à busca da felicidade protege o ser humano em face de tentativas do Estado de enquadrar a sua realidade familiar em modelos pré-concebidos pela lei. (BRASIL, 2017, grifo nosso).

Acerca da outra perspectiva (vedação aos prazeres perversos), por sua vez, o Supremo Tribunal Federal enfrentou-a em diversas ocasiões, como nos julgamentos das ADIs n. 2514/DF e n. 3776/DF, nas quais considerou inconstitucional, respectivamente, leis estaduais, catarinense e potiguar, que autorizavam e disciplinavam competições entre “galos combatentes”, prática popularmente conhecida como rinha de galos. Os ministros do Excelso Pretório, por unanimidade, concluíram, naquelas ocasiões, que tal atividade revelava o exercício prazeres mórbidos, atentatórios a vários parâmetros constitucionalmente fixados.²⁶

Pode-se, por outro lado, pensar a felicidade também no campo da democracia, cotejando-a, assim, com a possibilidade conferida aos cidadãos para a efetiva participação nos processos coletivos de diálogo e de tomada de decisão.

Para além de frases impactantes, como a de que “todo poder emana do povo”, estampada no parágrafo único do art. 1º de nossa Constituição Federal, Frey e Stutzer

26 Ainda a respeito da limitação aos prazeres sádicos, recomenda-se a leitura de RIOS, 2006.

(2002), em texto regularmente citado, estabelecem concreta associação entre o exercício dos instrumentos da democracia e o incremento da felicidade da população.

Ponderadas, claro, as realidades socioeconômicas completamente particulares da Suíça, cenário empírico da pesquisa, concluíram que, quanto mais as pessoas participam dos processos deliberativos, vivenciando mecanismos democráticos, mais se tornam felizes.

Na referida investigação, replicada, mais tarde, por vários pesquisadores, em outros contextos geopolíticos, os mencionados autores, em livre tradução, assim discorrem a respeito da proposição:

A felicidade das pessoas é influenciada pelo tipo de sistema político em que elas vivem. Instituições democráticas, em particular a possibilidade de participação em pleitos eleitorais e de escolha direta em relação a alguns temas, contribuem para a sensação de felicidade.

[...]

Estudos realizados na Suíça revelaram que a possibilidade de participar diretamente da democracia (democracia direta) exerce um significativo efeito na felicidade, mais do que fatores demográficos e econômicos normalmente levados em consideração. A diferença percentual verificada entre pessoas que têm maior participação por meio da democracia direta e as pessoas que têm menos possibilidades de participação direta foi maior do que a verificada entre pessoas que se encontram no topo e na base das categorias de renda. (FREY; STUTZER, 2002, p. 35 e 36).

Sob essa ótica, a do engajamento das pessoas em espaços públicos de manifestação e de debate, o Supremo Tribunal Federal, no âmbito da ADPF n. 187, relatada pelo ministro Celso de Mello, autorizou a realização de passeatas conhecidas como “Marchas da maconha”, que reúnem cidadãos favoráveis à descriminalização da aludida droga, contrários, portanto, ao modelo proibicionista e aos efeitos dele decorrentes. Na ocasião, foram lembrados, além da busca da felicidade, tanto o direito à reunião em espaços públicos (liberdade-meio), desde que para fins pacíficos, quanto a prerrogativa da livre manifestação do pensamento (liberdade-fim). Ao final do julgamento, os citados encontros foram permitidos e, por conseguinte, conferiu-se interpretação conforme o texto constitucional ao art. 287 do Código Penal, que tipifica o crime de apologia de fato criminoso (BRASIL, 2014).

Chega-se, finalmente, ao direito à felicidade apreciado em razão do bem-estar (*well-being*). Nesse ponto, a doutrina comumente apresenta duas dimensões a serem consideradas.

A primeira, objetiva, concretizada pelos direitos sociais, pode ser encontrada de forma mais genérica no ponto em que o constituinte pátrio reporta-se a uma sociedade justa, livre e solidária (art. 1º), bem assim, claro, no lastro dos já mencionados arts. 6º e seguintes da Carta da República.

Extrai-se dessa vertente, denominada prestacional, que, sem que o Estado forneça garantias objetivas mínimas, a liberdade sustentada por Stuart Mill não pode ser exercida de maneira satisfatória. Colhe-se exatamente essa abordagem de Tourinho (LEAL, 2013) na seguinte passagem:

Por essa perspectiva, o Estado não deve simplesmente cruzar os braços, permitindo que o indivíduo exerça o seu direito à busca a felicidade, que é a acepção

negativa ou liberal do direito à felicidade. *O direito prestacional à felicidade invoca uma atuação do Estado de modo a fornecer ao indivíduo instrumentos que o auxiliem na consecução do seu projeto de satisfação de preferências ou desejos legítimos.* (LEAL, 2013, p. 208 e 209, grifo nosso).

Trata-se, é importante lembrar, de uma alusão ao chamado mínimo existencial, que não se refere à exclusiva sobrevivência (mínimo vital), mas ao entendimento de que a vida deve se fazer acompanhar por parâmetros básicos de qualidade.

Tal compreensão é explorada em artigo de Sarlet e Zockun, para os quais

[...] da vinculação com a dignidade da pessoa humana resulta que a garantia efetiva de uma existência digna (vida com dignidade) abrange mais do que a garantia da mera sobrevivência física (que cobre o assim chamado mínimo vital e guarda relação direta com o direito à vida), situando-se, de resto, além do limite da pobreza absoluta. Sustenta-se, nesse sentido, que, se uma vida sem alternativas não corresponde às exigências da dignidade humana, a vida humana não pode ser reduzida à mera existência. Tal linha de fundamentação, em termos gerais, tem sido privilegiada também no direito constitucional brasileiro, ressaltada especialmente alguma controvérsia em termos de uma fundamentação liberal ou social do mínimo existencial e em relação a problemas que envolvem a determinação do seu conteúdo, já que, não se há de olvidar, da fundamentação diversa do mínimo existencial podem resultar consequências jurídicas distintas, em que pese uma possível convergência no que diz com uma série de aspectos. (SARLET; ZOCKUN, 2016, p. 121).²⁷

Resta claro, diante desse quadro, que a busca pelo mínimo representativo do bem-estar social não é o norte, o destino, devendo se configurar apenas como linha de partida. Quanto ao máximo, a realidade será modulada pelo comprometimento das sociedades, pelos contextos naturais e geopolíticos, que não se apartam das potencialidades e das limitações econômicas de cada nação.

De outro ângulo, não há como negar a existência de uma dimensão emocional ou imaterial da felicidade. Analisando essa segunda orientação, Tourinho (LEAL, 2013) defende que o direito à felicidade, apesar da evidente conexão com o fator prestacional, não se revela como mera efetivação dos aludidos direitos sociais. Nesse sentido, apesar de reconhecer tal vínculo, sustenta que

[...] o direito à felicidade vai além, porque dirige o esforço público para satisfação de aspirações específicas dos indivíduos, voltadas para a realização de planos racionais de concretização de preferências ou desejos legítimos, reputados por eles como concretização de suas aspirações por felicidade e, do ponto de vista coletivo, dirige o indivíduo para o total desenvolvimento de suas potencialidades e talentos de modo a ser cada vez mais útil e enriquecedor para a coletividade. (LEAL, 2013, p. 215).

Justamente acerca desse panorama intangível e da subjetividade da felicidade, Richard Easterlin desenvolveu seu conhecido paradoxo, segundo o qual uma sociedade, ao atingir um adequado padrão patrimonial, apresenta nítidos ganhos em termos de felicidade. Porém, depois de alcançado referido patamar, esse crescimento deixa de acontecer. Em outras palavras, o elo entre felicidade e condição econômica só é identificado até certo ponto. Atingido um determinado marco, o

²⁷ Quanto ao mínimo existencial e à dignidade da pessoa, sugere-se, ainda: BITENCOURT NETO, 2010.

avanço material ou prestacional não repercute mais, ao menos significativamente, nos índices de felicidade (EASTERLIN, 1995; 2010).

Uma vez examinadas todas essas diferentes perspectivas acerca do tema, impõe-se reconhecer que nossa realidade ainda aponta para evidentes defasagens de ordem objetiva. Por esse motivo, optou-se por explorar, no próximo tópico, com maior verticalidade, o segmento prestacional da saúde, retomando a temática apresentada na primeira parte do presente artigo e associando-a à ideia de felicidade.

3.3 · APONTAMENTOS ACERCA DA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA E EVIDÊNCIAS DA CORRELAÇÃO ENTRE FELICIDADE E SAÚDE PÚBLICA

Após a previsão constante da primeira Carta Magna, que se reportava, em seu preâmbulo, conforme já exposto, à noção de “felicidade política”, a palavra felicidade não mais foi expressamente prevista em nossa dogmática constitucional, o que não significa, contudo, que o respectivo significado tenha deixado de se fazer presente.

Nesse sentido, vários doutrinadores consideram que a lei maior vigente, ao não hesitar quanto à essencialidade da dignidade humana, alberga, por consectário lógico, a definição de felicidade, ainda que talvez com perfil mais neutro, mormente quando utiliza a expressão qualidade de vida (art. 225 da CF/88 – Do Meio Ambiente) ou o termo bem-estar, presente não só no preâmbulo, mas também nos arts. 23, parágrafo único (equilíbrio entre desenvolvimento e bem-estar); 186, IV (Da Política Agrícola e Fundiária e da Reforma Agrária); 193 (Da Ordem Social); 219 (Da Ciência, Tecnologia e Inovação); 230 (Dos Idosos); e 231 (Dos Índios).

Do ponto de vista jurisprudencial, julgados proferidos pelo Supremo Tribunal Federal endossam esse entendimento. É o que se percebe, por exemplo, do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 477.554, no qual o ministro Celso de Mello, rememorando precedentes do próprio STF e da Suprema Corte norte-americana, assim aborda o tema:

[...] Nesse contexto, *o postulado constitucional da busca da felicidade, que decorre, por implicitude, do núcleo de que se irradia o princípio da dignidade da pessoa humana, assume papel de extremo relevo no processo de afirmação, gozo e expansão dos direitos fundamentais*, qualificando-se, em função de sua própria teleologia, como fator de neutralização de práticas ou de omissões lesivas cuja ocorrência possa comprometer, afetar ou, até mesmo, esterilizar direitos e franquias individuais. (BRASIL, 2011, p. 00287, grifo nosso).²⁸

Pode-se buscar inspiração internacional mais remota desse ideário, a exemplo da Constituição da República de Weimar, de 1919, que previa, em seu artigo 151, que a vida econômica deveria corresponder aos ditames da justiça, assegurando a todos uma existência digna. No mesmo sentido, a Declaração dos Direitos Humanos da ONU de 1948 estabelece, em seu art. XXV, que todo ser humano tem direito a uma qualidade de vida tal que lhe sejam assegurados saúde, alimentação, habitação, vestuário e serviços de previdência social (ONU, 1948).

Especificamente no que concerne aos direitos sociais, a correlação entre felicidade e garantias fundamentais foi evidenciada com a apresentação de duas

28 No mesmo sentido, podem ser citadas a ADI n. 3.300-MC/DF e a STA n. 223-Agr/PE.

propostas de emenda à Constituição, quais sejam, a PEC/Senado n. 19/2010²⁹ e a PEC/Câmara n. 513/2010.³⁰ Apesar de apresentadas perante casas parlamentares distintas, ambas tiveram como objetivo, de forma idêntica, incluir, na redação do art. 6º da CF/88, os seguintes termos: “São direitos sociais, *essenciais à busca da felicidade*, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (grifo nosso).

Na seara da saúde, esse liame se revela ainda mais nítido, uma vez que o desenvolvimento e o exercício pleno das potencialidades humanas, nos mais variados níveis, estão relacionados, em boa medida, ao equilíbrio e ao bom funcionamento do organismo.

Em harmonia com tal tese, não são poucos os autores que afirmam a existência de patente vinculação entre o sentimento de felicidade e o estado de saúde ou de doença, como Barak (2006), que, a despeito dos fatores subjetivos que envolvem o assunto, demonstrou que há uma íntima ligação entre as emoções e o início ou progressão do câncer, HIV, doenças cardiovasculares e transtornos autoimunes (BARAK, 2006).

Em igual vertente, Tourinho, não perdendo de vista vários autores com posição semelhante, assim esclarece:

Segundo Schopenhauer “um mendigo saudável é mais feliz do que um rei doente”. Madame du Châtelet recomendava: “Empenhem-nos, portanto, em ter boa saúde”. Stuart Mill chegou a inserir a saúde dentre os principais prazeres. Richard Layard afirma que há sete fatores que nos afetam quanto à felicidade, sendo um deles a saúde. Para a pesquisadora Carol Graham, ter saúde torna as pessoas mais felizes e, melhor ainda, “a felicidade pode produzir efeitos positivos adicionais sobre a saúde – um fato a que tanto se alude na literatura, mas que é mais difícil de provar empiricamente com a maioria dos dados”. (LEAL, 2013, p. 254-255).³¹

Justamente no segmento das evidências empíricas, Frey e Stutzer, esquadrinhando o tema do ponto de vista sociodemográfico, asseveram que estudos

29 PEC/Senado n. 19/2010 – Ao final da 54ª legislatura, após ter sido aprovada pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, a aludida PEC teve a tramitação arquivada, conforme o art. 332 do Regimento Interno do Senado. Informações disponíveis no endereço eletrônico: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/97622>. Acesso em: 29 jun. 2020.

30 PEC/Câmara n. 513/201 – Após a apresentação de parecer favorável perante a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, a proposta foi arquivada, a teor do art. 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Informações disponíveis no endereço eletrônico: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=484478>. Acesso em: 29 jun. 2020.

31 Corroborando essa tese, a professora da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto Emanuele Seicenti de Brito, em entrevista concedida ao Instituto de Estudos Avançados da USP, lista nove aspectos que, segundo entende, têm potencial para interferir no já citado Índice de Felicidade Nacional Bruta. Nesse sentido, a professora “considera o bem-estar psicológico, que inclui questões como autoestima e estresse; *políticas de saúde e hábitos que prejudicam ou melhoram a saúde*; o uso do tempo, incluindo tempo para lazer e para a família; a vitalidade comunitária, ou seja, o nível de interação com a sociedade em geral; a educação, a cultura e as oportunidades de desenvolver atividades artísticas; o meio ambiente, ou seja, a percepção da população quanto à qualidade da água e do ar, bem como o acesso a áreas verdes; a governança; a representatividade social em órgãos públicos; e, por último, o padrão de vida, a renda familiar e a qualidade de moradia” (CARDOSO, 2018, grifo nosso).

realizados em diferentes países e períodos indicaram que a má saúde diminui a avaliação de felicidade (FREY; STUTZER, 2002, p. 28).

Finalmente, Vosgerau e Cabrera, perquirindo a questão sob a ótica da saúde coletiva, aprofundam tal pensamento e complementam:

Na área da saúde coletiva, recentemente, há uma tendência crescente para a realização de investigações que analisem os fatores de proteção e promoção da saúde. Entre os desfechos positivos em saúde que têm despertado a atenção dos pesquisadores nacionais e internacionais, destacam-se a felicidade e o bem-estar subjetivo. (VOSGERAU; CABRERA, 2013).

Exatamente nesse ponto, entrelaçam-se, em plena conformidade, a concepção de saúde pública adotada a partir da Constituição de 1988 e a ideia de felicidade.

Retornando à já mencionada Reforma Sanitarista (item 2.1), verdadeiro marco civilizatório que culminou com o paradigma de saúde constitucionalmente adotado, Drauzio Varella, em artigo publicado por vários veículos de comunicação, relembra a famosa frase do sanitarista Gonzalo Vecina, para quem “Sem o SUS, é a barbárie”. Varella rememora seus mais de 20 anos de prática médica em período anterior ao Sistema Único de Saúde para, na sequência, concordar, integralmente, com a assertiva (VARELLA, 2019).

De igual modo, Marco Antônio Andreazzi, em entrevista à Agência de Notícias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apesar de reconhecer que a realidade da saúde pública se encontra distante dos alicerces que foram firmados em 1988,³² ratifica o aludido histórico de avanços nas últimas três décadas, especialmente em relação à população carente afastada dos grandes centros urbanos. Destaca, nesse sentido, o aumento dos serviços básicos e a significativa redução de algumas patologias (PARADELLA, 2018).

Assim, do ponto de vista teórico, o modelo de saúde pública apresentado no primeiro tópico costuma ser frequentemente exaltado, inclusive em fóruns internacionais, mostrando-se significativos, também no prisma prático, os progressos estatísticos alcançados em inúmeros indicadores, como os referentes à vacinação pública, à redução da mortalidade infantil, ao aumento do número de transplantes e ao controle de endemias.

Nesse contexto, não restam incertezas de que incrementos em termos de universalização da prestação de saúde repercutem em índices de felicidade da população beneficiada, direta ou indiretamente, sendo esse o raciocínio desenvolvido por Fowler e Christakis:

[...] a doença é uma fonte potencial de infelicidade para os pacientes e também para aqueles indivíduos que os cercam. *Ofertar e possibilitar o acesso a serviços de saúde de qualidade para os doentes pode não só melhorar o seu bem-estar subjetivo, mas também pode ampliar o bem-estar subjetivo das pessoas que estão conectadas direta ou indiretamente ao usuário dos serviços*, num movimento de cascata, justificando assim ainda mais a busca por um sistema de saúde equânime, universal e integral. (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008, grifo nosso).

32 A respeito de algumas das mazelas que concretamente afligem nosso desenho de saúde pública, como o subfinanciamento, a ineficiência da gestão e os desvios éticos, confira-se, pela ordem: SANTOS; FUNCIA, 2019; MERE JUNIOR, 2017; e LOPES; TOYOSHIMA, 2013.

Por fim, resgatando a definição de felicidade democrática, uma das vertentes abordadas no item 3.2, pode-se afirmar que a legislação brasileira, ao estimular a participação popular nos processos de tomada de decisão no campo da saúde, tem grande conexão com a já destacada pesquisa de Frey e Stutzer (2002), no sentido de que pessoas que participam de maneira mais efetiva dos processos decisórios coletivos tendem a se sentir mais felizes.

De se ressaltar, nesse cenário, mesmo que de forma sucinta, o precioso desígnio buscado pela Lei n. 8.142/1990, que teve como desiderato central conferir viabilidade prática aos propósitos constitucional (art. 198, III, da CF/88) e infraconstitucional (art. 7º, VIII, da Lei n. 8.080/1990) de garantir a presença da sociedade civil na gestão do SUS.

Detalhando o contexto em que se encontrava prevista tal participação social, Costa e Vieira assim apontam:

As bases legais sobre a participação social no SUS foram promulgadas em 1990 na Lei Orgânica da Saúde (LOS). É importante registrar que a LOS foi editada após importantes vetos do governo em uma atmosfera muito nebulosa quanto à efetivação das conquistas constitucionais. A Lei n. 8.080/90 reafirma no seu artigo 7º a participação social como um princípio para o SUS e a Lei n. 8.142/90 no seu artigo 1º define que, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, sejam criados os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 247).

Em síntese, a Lei n. 8.142/1990 busca, então, atribuir concretude à previsão normativa de participação das comunidades quanto aos rumos das políticas públicas de saúde, deixando clara a centralidade da atuação das Conferências e dos Conselhos nela previstos.³³

Percebe-se, portanto, seja pelo viés utilitarista, seja pelo prestacional, seja pelo incentivo à efetiva participação democrática, a nítida conexão entre os contornos da saúde pública vigente e o direito à felicidade.

4 · CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso ordenamento jurídico, após longo processo histórico, inspirado, ao menos em parte, na perspectiva do Estado de Bem-Estar Social, estabelece que a saúde configura-se como “[...] direito de todos e dever do Estado” (art. 196, CF/88), diretriz, não por acaso, reproduzida nas Cartas Estaduais de todos os entes da Federação.

Pode-se dizer, em apertada súmula, que o modelo sintetizado pelo referido comando origina-se na chamada Reforma Sanitarista, movimento concebido e fecundado, ao longo das décadas de 1970 e de 1980, nas organizações sociais comunitárias, nos movimentos sindicais e nas universidades. Pautada por um conjunto de preceitos que entrelaçam os ideais de saúde e de democracia, essa reforma propôs radical alteração do desenho da saúde pública até então vigente no País, que supera o binômio voluntarista-previdenciário e passa a ser norteado, entre outros, pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

Com a incorporação, pelo ordenamento jurídico pátrio, de uma visão ampliada da saúde, começa-se a compreendê-la não apenas como requisito para a sobrevivência,

³³ Acerca de tal tema, recomenda-se: NUNES, 2011.

em relação à qual se tem o natural impulso de preservação. Por esse olhar, para além do panorama do direito à vida em si, as garantias relacionadas à saúde passam a representar elemento fundamental atrelado à sua dignidade e à sua qualidade.

Constata-se, portanto, que a formulação estrutural básica da Carta Constitucional, ao evidenciar, logo no primeiro dispositivo, a centralidade da expressão dignidade, remete ao que a doutrina convencionou nomear “proibição da insuficiência”, que, por seu turno, encontra-se vinculada, basicamente, à imposição de que um conteúdo mínimo de direitos, aí incluídos os direitos sociais previstos no art. 6º da CF/88, estará preservado.

Na esfera da saúde, pode-se afirmar que cada ser humano é capaz de compreender, quase que intuitivamente, o significado das palavras dor, sofrimento e doença. Fixada essa máxima, a conexão oposta, entre saúde e felicidade, revela-se praticamente inequívoca. Portanto, quando o ordenamento jurídico pátrio fixa o mencionado balizamento normativo, direciona-se, claramente, ao combate dos males que podem nos afastar do ideal da cognominada “vida boa” e, por conseguinte, de uma vida feliz.

Nos diversos campos do conhecimento que se encarregam de investigar a temática da felicidade, paira consenso de que a matéria pode ser refletida sob diferentes olhares. Especificamente no segmento jurídico, as várias legislações pelo mundo que têm incorporado o tema em suas dogmáticas abordam, de maneira especial, a percepção da felicidade sob o panorama utilitarista e prestacional.

Aliás, o Supremo Tribunal Federal já reconheceu, em algumas ocasiões, o direito à felicidade ou à busca de felicidade como nítido postulado implícito à Carta da República, representativo da “ideia-força” decorrente do fundamento constitucional da dignidade da pessoa.

Pode-se afirmar, assim, que, se um ordenamento jurídico é capaz de conferir a seus destinatários arcabouço normativo adequado, priorizando a prevenção das enfermidades que lhes podem acometer e, quando presentes, tratando-as de forma adequada, estará, objetivamente, direcionado a prestigiar a felicidade de tal conjunto de pessoas.

Nesses termos, ao dar ênfase à íntima correlação abordada, o presente trabalho teve como propósito demonstrar que, no campo da saúde, as opções efetuadas pelo legislador constituinte brasileiro de 1988, ao priorizarem um sistema destinado a conferir a todos melhores condições de saúde, acabaram por homenagear, ao menos no plano conceitual, por decorrência lógica, o denominado direito à felicidade.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. Livro V da *Ética a Nicômaco*. Trad. Vallandro, L. e Bornheim, G. In: ARISTÓTELES. *Os pensadores*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996. p. 193-215.

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, SP, 1975. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311321>. Acesso em: 17 jan. 2020.

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da reforma sanitária brasileira. *Tema Radis*, 20 fev. 2001. p. 3-8.

BARAK, Y. The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews*, v. 5, n. 8, p. 523-527, 2006.

BARNES, Peter. *Capitalism 3.0: a guide to reclaiming the commons*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2006.

BITENCOURT NETO, Eurico. *O direito ao mínimo para uma existência condigna*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *PEC n. 513, de 2010*. Inclui o direito à busca da felicidade como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil e direito inerente a cada indivíduo e à sociedade, mediante a dotação, pelo Estado e pela própria sociedade, das adequadas condições de exercício desse direito. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=484478>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Constituição (1824). Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 22 abr. 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 3 mar. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 4 ago. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 3 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. *PEC n. 19, de 2010*. Altera o art. 6º da Constituição Federal para considerar os direitos ali previstos como direitos sociais essenciais à busca da felicidade. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/97622>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI n. 2514/DF. Relator ministro Eros Grau, julgamento: 29.6.2005. *Diário da Justiça*, Brasília, 9 dez. 2005.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI n. 3776/DF. Relator ministro Cezar Peluso, julgamento: 14.6.2007. *Diário da Justiça*, Brasília, 29 jun. 2007.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF n. 132/DF. Relator ministro Celso de Mello, julgamento: 5.5.2011. *Diário de Justiça Eletrônico*, Brasília, 14 out. 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF n. 187/DF. Relator ministro Celso de Mello, julgamento: 15.6.2011. *Diário de Justiça*, Brasília, 28 maio 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. 2. Turma. AgR no RE 477.554/MG. Relator ministro Celso de Mello. *DJe-164*, divulg. 25.8.2011, public. 26 ago. 2011, ement. vol. 02574-02.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE n. 477554/MG. Relator ministro Celso de Mello, julgamento: 16.8.2011. *Diário da Justiça*, Brasília, 26 nov. 2011.

- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE n. 898060/SC. Relator ministro Luiz Fux, julgamento: 21.9.2016. *Diário da Justiça*, Brasília, 24 ago. 2017.
- CARDOSO, Thais. *Desenvolvimento dos países pode ser medido pela felicidade*. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. São Paulo, fev. 2018. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/noticias/desenvolvimento-dos-paises-pode-ser-medido-pela-felicidade>. Acesso em: 18 fev. 2020.
- COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 6. ed. São Paulo: Saraiva: 2008.
- COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al.* *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, v. 3, p. 237-271.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DRIVER, Stéphanie Schwartz. *A Declaração de Independência dos Estados Unidos*. Tradução de Mariluce Pessoa. São Paulo: Jorge Zahar, 2006.
- EASTERLIN, Richard A. *et al.* *The Happiness-income Paradox Revisited*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2010, v. 107, n. 52, p. 22463-22468. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/pnas/107/52/22463.full.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- EASTERLIN, Richard A. Will Raising the Incomes of all Increase the Happiness of All? *Journal of Economic Behavior & Organization*, 1995, v. 27, n. 1, p. 35-47. Disponível em: <http://ipidumn.pbworks.com/f/EasterlinIncomesandHappiness.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- FALLETI, Tulia G. Infiltrating the State: the evolution of health care reforms in Brazil, 1964-1988. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. *Explaining institutional change: ambiguity, agency and power*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. p. 38-62.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 1984.
- FOWLER, J. H.; CHRISTAKIS, N. A. Dynamic spread of happiness in large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal*, London, n. 337, p. A2338, 2008.
- FRANCO, Renato. *Pobreza e caridade leiga: as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de História, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-25052012-133000/pt-br.php>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- FREY, Bruno S.; STUTZER, Alois. The economics of happiness. *World Economics*, v. 3, n. 1, p. 25-41, January-March 2002.
- FREYRE, Gilberto. *Ordem e progresso*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). In: FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Dicionário histórico-biográfico brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Dicionário temático. Disponível

- em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- GARCIA, Marcelo. Memórias de um sanitarista na 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Fiocruz Notícias*, 5 out. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/memorias-de-um-sanitarista-na-8a-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- GONÇALVES, Aline Moreira. *Dos porões ao hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX*. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Belo Horizonte, 2014.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- JAPÃO. *Constituição (1947)*. Disponível em: <https://www.br.emb-japan.go.jp/cultura/constituicao.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- LABRA M. E. Sanitarismo desenvolvimentista. In: Teixeira SMF (Org.). *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: PEC, ENSP; 1988. Textos de Apoio. p. 15-25.
- LEAL, Saul Tourinho. *Direito à felicidade: história, teoria, positividade e jurisdição*. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013. 357 f.
- LEAL, Saul Tourinho. O negro é lindo. África do Sul *Connection*. *Migalhas*. 2015. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/africa-do-sul-connection/230497/o-negro-e-lindo>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- LOPES, Luckas Sabioni; TOYOSHIMA, Silvia H. Evidências do impacto da corrupção sobre a eficiência das políticas de saúde e educação nos estados brasileiros. *Planejamento e Políticas Públicas*, v. 41, p. 199-228, 2013.
- MEIHY, Jose Carlos Sebe Bom; BERTOLLI FILHO, Claudio. *Revolta da vacina*. São Paulo: Ática, 1995. (Coleção Guerras e Revoluções Brasileiras, v. 5).
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do SUS: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- MERE JUNIOR, Yussif Ali. *Porque a municipalização precisa mudar*. Conselho Federal de Medicina. 6 jan. 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26643:2016-12-19-13-26-54&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: 13 jan. 2020.
- MERLO, S.; PEDROSO, Homell A. M. A implementação do direito à busca da felicidade como da efetivação da dignidade da pessoa humana e a garantia ao mínimo existencial. In: XXIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI: (Re) Pensando o Direito: desafios para a Construção de novos paradigmas. Florianópolis: Conpedi, 2014. p. 36-59.
- MURTHA, Ney Albert; CASTRO, José Esteban; HELLER, Léo. Uma perspectiva histórica das primeiras políticas públicas de saneamento e de recursos hídricos no Brasil. *Ambiente & Sociedade*, v. 18, n. 3, p. 193-210, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v18n3/1809-4422-asoc-18-03-00193.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.
- NUNES, Francisco Pizzette. *Pluralismo jurídico e participação popular em saúde: do público ao privado*. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Direito, Florianópolis, 2011.

- ONU. *Agenda 21 Global*. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: ONU, 1948. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em: 14 fev. 2020.
- ONU. *Dia Internacional da Felicidade é celebrado neste 20 de março*. 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/03/1615052>. Acesso em: 5 fev. 2020.
- ONU. *Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020.
- PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.
- PARADELLA, Rodrigo. Constituição cidadã: 30 anos depois: saúde avança, mas segue longo do idealizado em 1988. *Agência IBGE*. 29 maio 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21301-saude-avanca-mas-segue-longo-do-idealizado-em-1988>. Acesso em: 13 jul. 2020.
- PEIXINHO, Manoel Messias. Os direitos fundamentais nas constituições francesas. In: XXI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI – Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, 2012, Niterói-RJ. [Anais]. Florianópolis: CONPEDI, 2012.
- REICH, Robert B. *Supercapitalismo: como o capitalismo tem transformado os negócios, a democracia e o cotidiano*. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2008.
- RIBEIRO, Márcia M. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático à sexualidade. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul.-dez. 2006.
- SANDEL, M. *Justiça: o que é fazer a coisa certa*. Tradução de Heloísa Matias e Maria Alice Máximo. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. Esboços. *Revista do Programa de Pós-graduação em História da UFSC*, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 11-33, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material*. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, jul./dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anaismp/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- SANTOS, Bento Silva. Ética e “felicidade” em Platão e Aristóteles: semelhanças, tensões e convergências. *Cadernos de Atas da ANPOF*, n. 1, 2001. Disponível em: <https://www.puc-rio.br/parcerias/sbp/pdf/3-jorge.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020.
- SANTOS, Lenir. *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010.
- SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. *Emenda Constitucional 95 fere o núcleo à saúde*. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 24 jan. 2019. Disponível em: <https://cee>.

fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude. Acesso em: 19 jul. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang; ZOCKUN, Carolina Zancaner. Notas sobre o mínimo existencial e sua interpretação pelo STF no âmbito do controle judicial das políticas públicas com base nos direitos sociais. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 115-141, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rinc/v3n2/2359-5639-rinc-03-02-0115.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Scipione, 1993.

SILVA, Franklin Leopoldo e. *Felicidade, dos filósofos pré-socráticos aos contemporâneos*. Col. Saber de Tudo. 2. ed. São Paulo: Claridade, 2011.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso de. *A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado*. 2014. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

TRINDADE, Diamantino Fernandes. *Médicos e heróis: os caminhos da medicina brasileira desde a chegada da Família Real até as primeiras décadas da República*. São Paulo: Ícone, 2013.

VARELLA, Drauzio. Sem o SUS, é a barbárie. *Drauzio*, 22 ago. 2019. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/sem-o-sus-e-a-barbarie-artigo/>. Acesso em: 3 ago. 2020.

VEENHOVEN, R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, Nova Iorque, v. 9, p. 449-469, 2008.

VIRGÍNIA. *Constituição do Estado*. 1776. Disponível em: <https://law.lis.virginia.gov/constitution/article1/section1/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

VOSGERAU, M. Z. da S.; CABRERA, M. A. S. Estudo da felicidade no campo da saúde coletiva: reflexões e possíveis contribuições. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 39, n. 1 e 2, p. 45-53, jan./jun., 2013.