

A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA PELO ESTADO

THE ENFORCEMENT OF THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH AND THE SUPPLY OF ELECTRIC POWER BY THE STATE

Thais Novaes Cavalcanti 

Doutora em Direito Constitucional pela PUC-SP, professora titular da Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, onde é coordenadora do Programa de Mestrado Acadêmico (PPGDFDSBC).

Email: thais.cavalcanti@direitosbc.br

Leonardo Matos dos Santos 

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Católica de Salvador (UCSal)

Email: adv.leonardomatos@gmail.com

RESUMO: A Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, impondo a formulação e a implementação de políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação. Nesse contexto, o presente artigo investiga em que medida o Estado pode ser juridicamente compelido a custear o fornecimento de energia elétrica a pessoas em situação de hipossuficiência econômica que dependem de equipamentos médicos para tratamento domiciliar, à luz do direito fundamental à saúde. A pesquisa analisa a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), no período compreendido entre 2020 e 2024, a partir do exame de acórdãos colegiados que enfrentam diretamente a controvérsia relativa ao custeio da energia elétrica necessária ao funcionamento de equipamentos médicos essenciais. O estudo adota abordagem quali-quantitativa, mediante análise de conteúdo das decisões selecionadas, com identificação dos fundamentos constitucionais predominantes e dos padrões decisórios consolidados. Os resultados evidenciam que o TJDFT reconhece que o fornecimento de energia elétrica, quando indispensável à continuidade do tratamento médico, integra o conteúdo material do direito à saúde, impondo ao Distrito Federal o dever de custeio, especialmente nos casos de vulnerabilidade social. Conclui-se que a jurisprudência analisada contribui para a concretização do mínimo existencial e para a efetividade dos direitos fundamentais à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: direito fundamental; direito à saúde; mínimo existencial; reserva do possível; energia elétrica.

ABSTRACT: The 1988 Federal Constitution enshrines health as a fundamental right of all and a duty of the State, imposing the formulation and implementation of public policies that ensure universal and equal access to actions for promotion, protection, and recovery. In this context, this article examines the extent to which the State can be legally compelled to finance the supply of electricity to individuals in situations of economic hardship who rely on medical equipment for home treatment, in light of the fundamental right to health. The research analyses the jurisprudence of the Court of Justice of the Federal District and Territories (TJDFT) from 2020 to 2024, based on an examination of collegiate judgments that directly address the controversy regarding the financing of electricity necessary for the operation of essential medical equipment. The study adopts a qualitative-quantitative approach through content analysis of the selected decisions, identifying the predominant constitutional foundations and consolidated decisional patterns. The results show that the TJDFT (Court of Justice of the Federal District and Territories) recognises that the provision of electricity, when indispensable to the continuity of medical treatment, is part of the material content of the right to health, imposing on the Federal District the duty to cover the costs, especially in cases of social vulnerability. It is concluded that the jurisprudence analysed contributes to the realisation of the minimum subsistence level and to the effectiveness of the fundamental rights to health, life, and human dignity.

Keywords: fundamental right; health; existential minimum; reserve of the possible; electricity.

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO. 2 O DIREITO À SAÚDE NO CONSTITUCIONALISMO BRASILEIRO. 3 O MÍNIMO EXISTENCIAL E A RESERVA DO POSSÍVEL: TENSÕES E LIMITES NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS. 4 O DIREITO À SAÚDE E O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA PELO ESTADO. 4.1 O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA E A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. 5 CONCLUSÃO. REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, impondo a formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças, bem como à garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Trata-se, portanto, de um direito fundamental da pessoa humana, cujo exercício pleno depende da atuação estatal na garantia das condições indispensáveis à sua efetivação.

Não obstante a centralidade normativa do direito à saúde no ordenamento constitucional brasileiro, persistem significativas dificuldades estruturais e administrativas para a sua concretização, manifestadas na insuficiência de medicamentos, leitos hospitalares, profissionais de saúde e demais insumos necessários ao adequado atendimento da população. Essa lacuna entre a previsão normativa e a realidade fática tem conduzido à crescente judicialização da saúde, em que cidadãos, diante da omissão ou insuficiência da atuação administrativa, recorrem ao Poder Judiciário para obter prestações materiais ou a implementação de políticas públicas específicas.

É nesse contexto que se insere o problema central desta pesquisa: em que medida o Estado pode ser juridicamente obrigado a assegurar o fornecimento de energia elétrica a famílias hipossuficientes que dependem de equipamentos médicos domiciliares como meio indispensável à efetivação do direito fundamental à saúde, sem que tal imposição implique em violação aos limites decorrentes do princípio da reserva do possível? A questão revela-se especialmente sensível, pois envolve a necessária articulação entre a efetivação do direito à saúde e as restrições orçamentárias inerentes à atuação estatal, no que se refere ao debate sobre o mínimo existencial.

Nesse cenário, emerge a controvérsia acerca dos limites da atuação judicial na concretização do direito à saúde. Embora seja legítima a busca pela tutela jurisdicional, individual ou coletiva, quando o Estado se mostra omissivo ou ineficiente as decisões judiciais que impõem obrigações de fazer ou de custear serviços e tratamentos frequentemente tensionam a relação entre os Poderes, sobretudo quando incidem sobre políticas públicas de natureza orçamentária. Esse fenômeno tem sido amplamente debatido na doutrina e na jurisprudência, sendo, não raras vezes, associado à discussão em torno do denominado ativismo judicial.

À vista disso, o presente artigo tem por objetivo analisar a efetividade do direito à saúde sob um recorte específico: o custeio, pelo Estado, do fornecimento de energia elétrica a famílias hipossuficientes que necessitam do uso contínuo de equipamentos médicos em ambiente domiciliar para a manutenção de tratamentos indispensáveis. Para o desenvolvimento da pesquisa, adotou-se metodologia de natureza mista, combinando as abordagens quantitativa e qualitativa, com vistas a proporcionar uma análise empírica e teórico-normativa do tema.

No plano quantitativo, realizou-se pesquisa jurisprudencial no âmbito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), abrangendo decisões publicadas no período de cinco anos, compreendido entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2024. O levantamento inicial, realizado no sítio eletrônico do Tribunal, a partir das palavras-chave: “saúde”, “energia” e “elétrica”, identificou 58 ementas. Desse universo, foram selecionados apenas acórdãos colegiados, excluindo-se decisões proferidas em agravos de instrumento, embargos de declaração e julgados oriundos dos Juizados Especiais Cíveis, bem como aquelas ações em que não figuravam, no polo passivo, o Distrito Federal e a concessionária de energia elétrica, resultando em um conjunto final de 17 acórdãos submetidos à análise.

No plano qualitativo, a pesquisa adotou abordagem dedutiva, com utilização de pesquisa bibliográfica e documental, centrada no exame da doutrina constitucional e administrativa, da legislação infraconstitucional aplicável e de decisões judiciais paradigmáticas, tanto do próprio TJDFT quanto, quando pertinente, dos tribunais superiores. Buscou-se, assim, contribuir para o debate jurídico acerca dos limites e das possibilidades da atuação estatal e judicial na concretização dos direitos sociais, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

2 O DIREITO À SAÚDE NO CONSTITUCIONALISMO BRASILEIRO

O direito à saúde resulta de um processo histórico gradual dos direitos sociais, consolidando-se progressivamente no ordenamento jurídico brasileiro como um direito de todos e dever do Estado. Sua consagração expressa como um direito fundamental só ocorreu com a Constituição de 1988, pois as constituições anteriores não lhe conferiram tratamento equivalente nem o elevaram ao mesmo patamar de centralidade normativa.

As Constituições de 1884 e 1891 não trouxeram nenhuma base normativa relacionada à saúde. Na Constituição de 1934 havia uma preocupação com a saúde, no entanto, ligada à saúde do trabalhador e uma atenção à mortalidade infantil e higiene social e mental. A Constituição de 1937 previa uma proteção à saúde da criança. A Constituição de 1946 determinava que a competência para legislar sobre a proteção da saúde seria da União (Martins, 2008).

Durante o Regime Militar não houve avanços constitucionais, limitando-se a fixação de competência legislativa. A Constituição de 1967 não trouxe mudança alguma em relação à saúde. A Constituição de 1969 Emenda nº 1 à Constituição de 1967, promulgada pelos Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica, malgrado os retrocessos políticos, foi a primeira a reconhecer as atribuições dos municípios na defesa e proteção da saúde (Assis, 2010).

Neste sentido, José Afonso da Silva (2009, p. 308), destaca:

O tema não era de todo estranho ao nosso Direito Constitucional anterior, que dava competência à União para legislar sobre defesa e proteção da saúde, mais isso tinha sentido de organização administrativa de combate as endemias e epidemias. Agora é diferente trata-se de um direito do homem.

Ao incorporar novas dimensões ao conceito de saúde, a Constituição de 1988 representou um marco na redefinição das prioridades do Estado na área da saúde pública. Para o constituinte originário, o direito à saúde exige acesso a um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, emprego, lazer e educação.

A Constituição de 1988, de forma inovadora, reconhece o direito a saúde como direito fundamental, tanto em seu título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais – como também no Título VII – Da Ordem Social e estabelece como competência comum de todos os entes federativos a sua efetivação (Título III).

Com isso, a nova ordem constitucional passou a considerar como direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Na visão de Gandini, Barione e Souza (2023), o direito à saúde apresenta duas características: a primeira é a inclusão como direito fundamental e a segunda é o estabelecimento de regras gerais e dos princípios que devem conduzir as políticas públicas na área.

O direito fundamental à saúde encontra proteção constitucional no art. 6º, bem como nos arts. 196 a 200. Ademais, o art. 23, inciso II, disciplina que é competência comum dos entes federativos, cuidar da saúde. O art. 24, inciso II, prevê que a saúde é matéria de competência legislativa concorrente entre a União, os Estados e o Distrito Federal. Ainda, o art. 30, inciso VII, inclui a saúde no rol de competências materiais expressos dos municípios.

Para dar maior efetividade à proteção do direito à saúde, o constituinte derivado através da Emenda Constitucional de nº 29 trata a saúde como questão crucial para a preservação da própria unidade da Federação, conforme art. 34, inciso VII, alínea “e”, e art. 35, inciso III.

A Constituição Federal, em seu art. 196, dispõe que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” que deve ser garantido “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos” além de instituir “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, reconhece-se a saúde como um direito público subjetivo.

A Constituição declara expressamente que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar essas atividades. Segundo José Afonso da Silva (2009, p. 831), isso significa que “sobre tais ações e serviços tem ele, integral poder de dominação que é sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização”. O mesmo artigo prevê que as execuções dessas ações podem ser realizadas diretamente ou por meio de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Na doutrina de Dalmo de Abreu Dallari, a relevância pública das ações e serviços de saúde implica que o interesse primário do Estado está relacionado à sua essencialidade para a coletividade. Ele observa que “o conceito de ações e serviços de relevância pública, adotada pelo artigo 197 da Carta Magna, norma preceptiva, deve ser entendido desde a verificação de que a

Constituição de 1988 adotou como fundamento da República a dignidade da pessoa humana” (Castro, 2012).

O legislador constitucional, consciente da necessidade de ruptura do modelo de saúde vigente no país, criou o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública e organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional com direção única em cada esfera de governo. O SUS, portanto, não é uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania, pois se insere no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social.

Para regulamentar a Constituição Federal, foi promulgada em 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica do SUS (LOS, Lei nº 8.080/1990). Em seu art. 4º, o SUS é definido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Ainda, o inciso I inclui no SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (Brasil, 1990).

As ações e serviços de saúde foram organizados em um sistema único, regionalizado e hierarquizado, conforme artigo 198 da Constituição de 1988, obedecendo aos seguintes princípios organizativos: i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; iii) participação da comunidade, iv) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; v) equidade; vi) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; vii) regionalização e hierarquização.

Os objetivos do SUS, definidos no art. 196 da CF, são detalhados no art. 5º da LOS, que estabelece: i) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; ii) a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução dos riscos de doenças e agravos ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade iii) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A importância deste artigo está intimamente ligada ao reconhecimento de que a qualidade de vida pressupõe condições econômicas e sociais favoráveis ao bem-estar do indivíduo e da coletividade e conferindo aos dirigentes do SUS o poder de atuar na formulação de política de saúde visando interferir nos campos econômico e social para prevenir doenças e outros agravos (Carvalho, Santos, 2006, p. 57-58)

O SUS é um sistema misto, que admite a participação da iniciativa privada de forma complementar ou suplementar (Castro, 2012). O art. 199 da CF autoriza a atuação da iniciativa privada no setor de saúde, mas enfatiza que essa participação deve ser complementar, cabendo ao Poder Público continuar a prestar diretamente o serviço. Nesse contexto, a preferência é apresentada as entidades sem fins lucrativos, especialmente as de natureza filantrópica. Essa participação ocorre mediante contratos ou convênios, que devem ser precedidos de licitação, conforme o art. 24 e parágrafo único da Lei nº 8.080/90.

O Supremo Tribunal Federal (STF) também tem entendido que a assistência à saúde não é ônus da sociedade isoladamente e sim dever do Estado. A iniciativa privada não pode ser compelida a assistir à saúde sem a devida contraprestação, conforme destacou o ministro Maurício Corrêa no RE 202.700 (Brasil, STF, 2007).

Com efeito, a CF enumera no art. 200 algumas competências do SUS, quais sejam: a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; d) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; e) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; f) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; g) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

As Emendas Constitucionais nº 51/2006 e nº 63/2010 introduziram na Constituição Federal as figuras do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias. Esses profissionais podem ser admitidos por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições, com requisitos específicos para sua atuação. Além disso, garantiu-se o piso salarial nacional, as diretrizes para planos de carreira e a regulamentação das atividades, a serem definidos por lei (Brasil, 2010)

Conforme se depreende da Constituição Federal, há inúmeras normas e princípios referentes ao direito à saúde, tendo como principais características: a) a inclusão no regime jurídico-constitucional brasileiro do conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS); b) proteção mais abrangente do direito à saúde, ultrapassando a noção meramente curativa, para abranger os aspectos protetivo e promocional da tutela devida; c) sistema único de saúde, tendo como princípios a descentralização, regionalização e a universalização das ações e dos serviços de saúde; d) explicitação da relevância pública das ações e dos serviços de saúde.

A partir dessa análise, percebe-se que o Brasil não carece de normas no plano abstrato. No entanto, o desafio está em concretizar essas disposições, transformando o que está garantido na Carta Magna em realidade efetiva para toda a população.

3 MÍNIMO EXISTENCIAL E A RESERVA DO POSSÍVEL: TENSÕES E LIMITES NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O dilema da implementação do direito fundamental à saúde, especialmente no cumprimento de decisões judiciais, tem gerado amplas discussões. De um lado, afirma-se que é dever do Estado garantir um núcleo mínimo de direitos indispensáveis para uma vida digna. Por outro lado, argumenta-se que os recursos estatais são limitados para concretizar todos os direitos fundamentais sociais, o que coloca em evidência o embate entre o mínimo existencial e a reserva do possível.

No início da década de 1950, Otto Bachof sustentou a possibilidade do reconhecimento do direito subjetivo à garantia de recursos mínimos necessários para uma existência digna. Seu entendimento estava na concepção de dignidade humana além dos direitos de liberdade, mas também os direitos sociais, como segurança social, o que exige por sua própria natureza jurídica a aplicação de recursos materiais. Esse foi o entendimento do Tribunal Federal da Alemanha, tomando por base o pensamento de Bachof, quando reconheceu o direito subjetivo do indivíduo na obtenção de auxílio material frente ao Estado como forma de assegurar o princípio da dignidade humana. (Sarlet, 2008, p. 179-235)

Quanto ao conteúdo e alcance do mínimo existencial, a doutrina germânica tem dividido o mínimo existencial em mínimo fisiológico e sociocultural. Nesse cenário, o primeiro se caracteriza pelas condições materiais mínimas para uma vida digna, no sentido da proteção contra necessidades básicas fundada no direito à vida e a dignidade da pessoa humana; enquanto ao segundo se caracteriza para além da proteção de caráter existencial básico e tem por objetivo assegurar ao indivíduo um mínimo de inserção na sociedade, fundamentando-se no princípio do Estado Social e no princípio da igualdade quanto ao seu aspecto material (Sarlet, 2008).

O mínimo existencial deve ser interpretado à luz do humanismo integral, no qual a pessoa é uma totalidade que não pode ser reduzida às suas várias dimensões, ou seja, deve abranger o homem como um todo, isto é, todas as dimensões do viver humano: o material, o social, o afetivo, o cultural, o político e o espiritual. (Sayeg, Balera, 2013)

Nesse contexto, Marcelo Benetti Selau afirma que o mínimo existencial consiste em um conjunto de situações materiais indispensáveis à existência humana digna, considerada não apenas as experiências físicas, como também as experiências espirituais e intelectuais, aspectos estes fundamentais de um Estado Democrático. A violação desse mínimo acarretaria desrespeito à própria dignidade da pessoa humana, pois, o núcleo material da dignidade da pessoa humana e as

condições mínimas que devem ser asseguradas à vida de todos descreveriam o mesmo fenômeno (Selau, 2013).

O conceito de mínimo existencial está inteiramente ligado ao próprio conceito de dignidade da pessoa humana. Ingo Sarlet (2001), ao estudar a eficácia dos direitos fundamentais, propõe o seguinte delineamento de dignidade da pessoa humana:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que faz merecedor do mesmo respeito e considerações por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos (Sarlet, 2001, p. 60).

Muito embora não haja expressa previsão constitucional no Brasil consagrando como um direito geral a garantia do mínimo existencial, este não poderia ser ignorado, vez que consta no art. 170 da Carta Magna a garantia de uma existência digna elencada dentro dos princípios e objetivos da ordem econômica. De outra parte os próprios direitos sociais específicos como a saúde acabam por envolver algumas das dimensões do mínimo existencial, muito embora não possam e não devam ser (os direitos sociais) reduzidos pura e simplesmente a concretizações e garantias do mínimo existencial.

Para Ricardo Lobo Torres (2009), o direito ao mínimo existencial, do ponto de vista objetivo, é mínimo por coincidir com o conteúdo essencial dos direitos fundamentais e por ser garantido a todos as pessoas, por sua natureza humana como sujeito de direitos, independente da condição social ou financeira.

Quanto à estrutura normativa, Torres (2009) destaca que o mínimo existencial não é um valor “por não possuir a generalidade e abstração de ideais como as liberdade, justiça e igualdade”, tampouco é princípio jurídico “por não exibir as principais características dos princípios que são as de ser objeto de ponderação e de valer *prima facie*” (Torres, 2009, p. 83-84), mas constitui-se, portanto, como conteúdo essencial dos direitos fundamentais, irreduzível por definição e insuscetível de sopesamento. Para o referido autor, o mínimo existencial é regra “porque se aplica por subsunção, constitui direitos definitivos e não se sujeita a ponderação” (Torres, 2009, p. 84).

No seu âmbito de proteção, segundo Torres (2009), o mínimo existencial sofreria limites fáticos, em sua tripla configuração: i) como mínimo do mínimo em seu *status* negativo; ii) como mínimo do mínimo em seu *status positivus libertatis*; iii) como máximo do mínimo, aberto para as políticas públicas (Torres, 2009, p. 115).

No que tange ao primeiro limite fático, o mínimo existencial sofre limitações que podem comprometer o seu exercício, como guerras e calamidades públicas, onde ocorrem ofensa à vida e à dignidade da pessoa humana e não podem ser evitadas pelo Estado.

Na segunda configuração, como status *positivus libertatis*, o mínimo existencial encontra limites na liberdade fática e nos custos orçamentários que, todavia, podem ser ponderados pelo princípio democrático e pelo princípio da competência do legislador, que, citando Alexy, aduz que a força do princípio da competência orçamentária não é um princípio absoluto e direitos individuais podem ter mais peso que fundamentos da política financeira (Torres, 2009), situação esta já apreciada pelo STF em diferentes ocasiões, como na Suspensão de Tutela Antecipada 185-2-DF, com despacho da Ministra Ellen Gracie, que manifestou-se no caso de cirurgias de transgenitalização, no sentido do respeito aos limites fáticos:

[...] entendo que se encontra devidamente demonstrada a ocorrência de grave lesão à ordem pública, em sua acepção jurídico-constitucional, porquanto a execução do acórdão ora impugnado repercutirá na programação orçamentária federal, ao gerar impacto nas finanças públicas.
Verifico, ainda, que, para a imediata execução da decisão impugnada no presente pedido de suspensão, será necessário o remanejamento de verbas originalmente destinadas a outras políticas públicas de saúde, o que certamente causará problemas de alocação dos recursos públicos indispensáveis ao financiamento do Sistema Único de Saúde em âmbito nacional (Brasil, 2012, s/p).

Em outra ocasião, o STF, ao julgar o Agravo Regimental nº 273.834-4, interposto pelo Estado do Rio Grande do Sul e pelo Município de Porto Alegre, analisou a tentativa de reforma de decisão proferida pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. O acórdão do Tribunal reconheceu que, com fundamento no art. 196 da Constituição Federal, caberia às referidas unidades federativas a obrigação de fornecer gratuitamente os medicamentos necessários ao tratamento da AIDS para pacientes portadores do vírus HIV que fossem destituídos de recursos financeiros. O STF, ao negar provimento ao agravo, entendeu que o acórdão recorrido não desrespeitou a ordem constitucional, reafirmando a responsabilidade do Estado em garantir o direito à saúde nos termos da Constituição:

Na realidade, o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, consistente na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, qualquer que seja a dimensão institucional em que este atue no plano de nossa organização federativa. (...) entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, *caput* e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana, notadamente daqueles que têm acesso, por força de legislação local, ao programa de distribuição gratuita de medicamentos, instituído em favor de pessoas carentes (Brasil, 2008, s/p)

E acrescenta:

A falta de previsão orçamentária não deve preocupar ao juiz que lhe incumbe a administração da justiça, mas, apenas ao administrador que deve atender equilibradamente as necessidades dos súditos, principalmente os mais necessitados e os doentes (Brasil, 2008, s/p)

Na decisão da ministra Ellen Gracie fica evidente o entendimento de que existem limites fáticos para a operacionalização do orçamento do Poder Executivo, ou seja, não cabe ao Judiciário promover o remanejamento de verbas. Em contraste, no entendimento do ministro Celso de Mello, não há clareza quanto aos limites fáticos. Segundo Ministra Gracie, mesmo na ausência de previsão legal específica para o fornecimento de medicamentos, sendo o direito à saúde de caráter fundamental, o Estado estaria obrigado a cumprir com o disposto em lei, independentemente da inexistência de recursos previamente alocados para essa finalidade.

Quanto ao limite do máximo do mínimo existencial, ele se dá por meio da realização de políticas públicas, incluindo aquelas judicializadas, que devem assegurar o máximo possível desse núcleo essencial. Nesse contexto, os limites fáticos tornam-se relativos, permitindo que o mínimo existencial transite de um direito expresso em regras para uma afirmação em políticas públicas, o “limite fático resistente a judicialização é o das políticas públicas universalistas que exigem programação orçamentária complexa” (Torres, 2009, p. 127). O autor adverte que a insistência do Poder Judiciário em adjudicar bens públicos individualizados, como por exemplo insumos terapêuticos, ao invés de determinar a implementação de políticas públicas adequada, tem levado à predação do bem público pelas elites. O autor sugere, ainda, que é preciso distinguir entre o mínimo existencial, “que admite a proteção individual dos pobres e miseráveis na defesa das condições de sua liberdade e maximização do mínimo existencial, que se abre a política pública universalista e para ações coletivas” (Torres, 2009, p. 127).

No que tange à efetividade do mínimo existencial, esta decorre de duas dimensões interligadas: status positivo e negativo; negativo por se implicarem reciprocamente a proteções constitucionais negativas, como o poder de liberdade individual sem qualquer constrangimento estatal; bem como garantido positivamente pelas prestações estatais, que ocorre em *status positivo libertatis* como, por exemplo, os direitos da liberdade irredutíveis e a garantia de pretensão às prestações positivas obrigatórias por parte do Estado.

O atendimento aos direitos sociais ou à própria garantia do mínimo existencial dependem sempre de disponibilidade financeira, ou seja, a concretização desses direitos implica um custo ao Estado, que muitas vezes não dispõe dos meios financeiros necessários. Assim, tal efetivação está sujeita à “reserva do possível” pela relação com que esta guarda.

A expressão “reserva do possível” teve origem na Alemanha a partir dos anos de 1970 onde fora utilizada pelo Tribunal Constitucional Federal no pragmático caso *numerus clausus* em que se discutia sobre a possibilidade de o Judiciário criar vagas na Faculdade de Medicina para estudantes habilitados no vestibular, mas não classificados. No julgamento, a Corte Constitucional

entendeu existirem limitações de ordens fáticas e materiais para o atendimento de todas as demandas de acesso a um direito firmando assim jurisprudência no sentido de que a prestação reclamada deve corresponder ao que pode o indivíduo razoavelmente exigir da sociedade, afastando a tese de que o Poder Público estaria obrigado a disponibilizá-lo (Sarlet, 2008)

A reserva do possível apresenta três dimensões principais: i) a efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; ii) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; iii) já na perspectiva do eventual titular de um direito a prestações sociais, o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e também da sua razoabilidade (Sarlet, 2008).

A reserva do possível, segundo os autores, constitui uma espécie de limite jurídico e fático dos direitos fundamentais e poderá atuar, em determinadas circunstâncias, como garantia dos direitos fundamentais, como, por exemplo, na hipótese de conflito de direitos, quando se cuidar da invocação da indisponibilidade de recursos com o intuito de salvaguardar o núcleo essencial de outro direito fundamental, desde que observados os critérios da proporcionalidade e da garantia do mínimo existencial em relação a todos os direitos fundamentais.

Reconhecendo os limites à teoria da reserva do possível, Canotilho (2017) afirma que deve haver uma relativização da reserva do possível para que os direitos fundamentais e mais especificamente os direitos sociais sejam concretizados.

O mínimo existencial está associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias e é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível. Vê-se, pois, que os condicionamentos impostos pela cláusula da reserva do possível ao processo de concretização dos direitos sociais – de implantação sempre onerosa – traduzem-se em um binômio que compreende: i) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público; e ii) a existência de disponibilidade financeira por parte do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas. Assim, ausente quaisquer desses elementos, descaracterizar-se-á a possibilidade estatal de realização prática de tais direitos.

Nesse sentido, o Tribunal de Justiça da Bahia (TJBA) reconheceu que, embora não caiba ao Judiciário definir as regras para implementar políticas públicas, cabe a ele garantir a efetividade da lei. A eficácia dos direitos sociais, limitada pela reserva do possível, encontra um limite claro na dignidade da pessoa humana e no direito à vida. Assim, a Administração Pública não pode alegar falta de recursos orçamentários para implementar políticas sociais que assegurem aos cidadãos condições mínimas de integridade física, psíquica e biológica (TJBA, 2012).

Quanto à participação do Poder Judiciário na concretização dos direitos fundamentais sociais, não pode ser concebida sem considerar a escassez de recursos do Estado. O magistrado,

em sua decisão final, deve ter clareza sobre os recursos para a efetivação do fornecimento de energia elétrica.

Conforme destaca Sarlet (2008), quanto menor a disponibilidade de recursos financeiros do Estado, maior é a necessidade de uma deliberação responsável sobre sua destinação. Além disso, é fundamental que os órgãos do Poder Judiciário atuem com crescente conscientização, zelando pela efetivação dos direitos fundamentais sociais com máxima cautela e responsabilidade, seja ao conceder, seja ao negar uma prestação social. Nesse contexto, Sarlet afirma que levar direitos a sério (especialmente pelo prisma da eficácia e efetividade) é levar a sério o problema da escassez (Sarlet, 2008, p. 204).

Portanto, a reserva do possível não deve ser vista como uma barreira à concretização dos direitos fundamentais sociais. Ao contrário, ela deve atuar como um mandado de otimização, impondo ao Estado o dever de promover as condições necessárias para a efetivação das prestações estatais requeridas. Além disso, é essencial preservar os níveis de realização já alcançados, o que aponta para a necessidade de reconhecer o princípio da proibição do retrocesso social, especialmente no que diz respeito à proteção do mínimo existencial.

4 O DIREITO À SAÚDE E O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA PELO ESTADO

A implementação do direito fundamental à saúde, especialmente por meio do cumprimento de decisões judiciais, suscita debates intensos no âmbito jurídico e constitucional. O principal dilema consiste no confronto entre, de um lado, o dever do Estado de assegurar aos indivíduos um núcleo mínimo de direitos essenciais, sem o qual não se pode falar em vida digna, e, de outro, a constatação de que os recursos públicos são limitados, impondo restrições à plena concretização dos direitos sociais.

Embora a Constituição Federal não reconheça explicitamente a energia elétrica como direito fundamental, seu fornecimento adquire tal natureza quando vinculado à efetivação do direito à saúde. Pacientes que dependem de aparelhos médicos domiciliares, como respiradores, bombas de infusão ou equipamentos de diálise, exemplificam situações em que a continuidade do fornecimento de energia elétrica constitui condição *sine qua non* para a preservação da vida e para a efetivação do direito à saúde.

Os direitos fundamentais, dentre eles o direito à saúde, devem ser compreendidos como “posições jurídicas que investem o ser humano de um conjunto de prerrogativas, faculdades e instituições imprescindíveis a assegurar uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas” (Cunha, 2012, p. 572), tendo como critério basilar, embora não exclusivo, a dignidade da pessoa humana, que constitui núcleo essencial e critério unificador de todos os direitos fundamentais. Os direitos fundamentais, enquanto núcleo essencial da dignidade, assumem papel

de princípios jurídicos que concretizam tal respeito, seja na dimensão subjetiva, assegurando às pessoas bens e posições jurídicas favoráveis e invocáveis perante o Estado e terceiros, seja na dimensão objetiva, servindo de parâmetro para a organização e atuação do Estado (Cunha, 2012, p. 572).

A legislação brasileira reconhece o fornecimento de energia elétrica como serviço essencial, conforme o art. 10 da Lei nº 7.783/1989, devendo ser prestado de forma adequada, eficiente e contínua, em consonância com o art. 22 do Código de Defesa do Consumidor. Quando a energia elétrica é indispensável à manutenção da vida, como no caso de equipamentos médicos domiciliares, sua relevância transcende o caráter de utilidade pública, assumindo dimensão de preceito constitucional implícito.

Hellen Priscilla Marinho Cavalcante (2013, p. 58-59) destaca que:

A fundamentalidade do acesso à energia elétrica conecta-se também a elementos importantes, tais como a dignidade humana, a liberdade e a concretização de direitos fundamentais variados, tais como o direito à educação, à saúde, à moradia e ao lazer. As possibilidades que se abrem a partir do amplo acesso à energia elétrica permitem aos indivíduos o exercício de uma vida mais digna, ao mesmo tempo em que a liberdade de escolha que deriva do mencionado acesso é o caminho para o alcance da dignidade e do desenvolvimento.

Nesse contexto, o fornecimento de energia elétrica se vincula diretamente ao direito à saúde (art. 196 da CF/88), ao direito à vida (art. 5º, caput) e ao princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III).

A essencialidade do fornecimento de energia elétrica para a garantia da saúde e a continuidade da vida reforça a obrigatoriedade dessa prestação por parte do Estado à efetivação do mínimo existencial, que corresponde ao conjunto de condições indispensáveis para uma vida digna, cujo desrespeito configura afronta direta à dignidade da pessoa humana. No caso em análise, a energia elétrica não se limita a um mero insumo, mas constitui instrumento essencial para a preservação da vida, sem o qual não se concretiza o direito à saúde.

Portanto, o mínimo existencial deve ser assegurado a todos, independentemente de sua condição financeira, e a reserva do possível não pode ser utilizada como obstáculo à efetivação dessa garantia. O fornecimento de energia elétrica a pessoas hipossuficientes que dependem de aparelhos médicos representa medida indispensável para assegurar o direito à saúde e à dignidade humana, evidenciando a relevância da atuação estatal na proteção de vidas vulneráveis.

4.1 O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA E A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

A análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), no período compreendido entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2024, evidencia a consolidação de um entendimento segundo o qual o fornecimento de energia elétrica, quando indispensável à continuidade de tratamento médico domiciliar, integra o conteúdo material do direito fundamental à saúde, impondo ao Estado o dever de custeio nos casos de comprovada hipossuficiência econômica. Nesse contexto, o Tribunal tem reconhecido que a efetividade do direito à saúde, assegurado pelo art. 196 da Constituição Federal, pressupõe não apenas o acesso a medicamentos e procedimentos médicos, mas também a garantia das condições materiais indispensáveis à preservação da vida e da dignidade da pessoa humana.

Do universo inicial de 58 ementas identificadas, cuja pesquisa foi realizada a partir das palavras-chave: “energia”, “elétrica” e “saúde”, foram selecionados apenas acórdãos colegiados, excluindo-se decisões proferidas em agravos de instrumento, embargos de declaração e julgados oriundos dos Juizados Especiais Cíveis, bem como aquelas ações em que não figuravam no polo passivo o Distrito Federal e a concessionária de energia elétrica. Com a aplicação desses critérios, chegou-se a um universo final de 17 acórdãos submetidos à análise. Todas essas demandas foram propostas em litisconsórcio passivo contra o Distrito Federal e a Neoenergia ou a Companhia Energética de Brasília (CEB), o que corresponde a 100% dos casos analisados, revelando um padrão processual consistente na judicialização da matéria.

A jurisprudência examinada revela um padrão decisório uniforme, no qual os princípios da dignidade da pessoa humana, do direito à vida e do direito fundamental à saúde são mobilizados de forma sistemática e articulada, funcionando como eixos normativos centrais para a solução dos casos concretos. Observa-se que, em 100% dos acórdãos analisados, o direito à saúde foi utilizado como fundamento determinante da decisão, sendo frequentemente associado à noção de risco concreto à vida e à necessidade de preservação da dignidade do indivíduo em situação de vulnerabilidade. O direito à vida foi expressamente invocado em 76,47% dos julgados, enquanto o princípio da dignidade da pessoa humana apareceu em 70,59% das decisões, evidenciando a centralidade desses valores constitucionais na construção argumentativa do Tribunal.

Em parcela significativa dos julgados, o TJDFT destaca que a interrupção do fornecimento de energia elétrica, ou a impossibilidade de o paciente arcar com os custos decorrentes do consumo elevado, inviabiliza o tratamento prescrito e expõe o indivíduo a risco real de agravamento do quadro clínico ou mesmo de morte. Tal circunstância legitima a imposição de obrigações positivas ao Distrito Federal, reafirmando-se o entendimento de que a energia elétrica, quando necessária ao funcionamento de equipamento vital, deixa de ser considerada apenas como serviço público essencial em abstrato e passa a assumir natureza de meio instrumental indispensável à concretização do direito fundamental à saúde.

A Corte distrital tem afirmado, de maneira reiterada, que a responsabilidade pelo custeio da energia elétrica, nessas hipóteses, recai sobre o Distrito Federal, e não sobre a concessionária do

serviço público, cuja atuação se limita à prestação regular do serviço e à observância das normas técnicas e regulatórias estabelecidas pela Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL). Essa distinção é reafirmada em todos os acórdãos analisados, afastando a transferência indevida de obrigações assistenciais à concessionária e consolidando o dever estatal de implementar políticas públicas de saúde aptas a atender demandas específicas de cidadãos em situação de vulnerabilidade social.

Outro dado relevante extraído da análise jurisprudencial refere-se à adoção de soluções técnicas para viabilizar o custeio estatal. Em 82,35% dos acórdãos, discutiu-se a possibilidade de instalação de medidores específicos ou autônomos para aferição do consumo decorrente do uso de equipamentos médicos. Em 64,71% das decisões, reconheceu-se expressamente a responsabilidade do Distrito Federal pelo custeio da instalação desses medidores, ao passo que, em 82,35% dos casos, foi afastada a obrigação da concessionária de realizar obras de infraestrutura, reafirmando-se que tais encargos extrapolam os limites de sua atuação regulatória.

No que se refere a pedidos alternativos, como o fornecimento de geradores de energia elétrica, estes estiveram presentes em apenas 17,65% das ações analisadas, tendo sido integralmente indeferidos pelo Tribunal. A jurisprudência entende que o fornecimento de geradores constitui medida excepcional, dispendiosa e desproporcional, sobretudo quando existem alternativas juridicamente adequadas, como o custeio direto da energia elétrica ou a implementação de políticas tarifárias específicas.

A hipossuficiência econômica do beneficiário configura elemento determinante para o reconhecimento do dever estatal em 88,24% dos acórdãos, sendo frequentemente associada à insuficiência da Tarifa Social de Energia Elétrica. Em 82,35% das decisões, o Tribunal reconheceu que, embora a tarifa social represente importante política pública, ela se mostra insuficiente quando o aumento expressivo do consumo decorre diretamente do uso contínuo de equipamento médico essencial, situação em que a limitação do custeio comprometeria o mínimo existencial e legitimaria a intervenção judicial.

Verifica-se, ainda, que o TJDF adota a postura de equilíbrio institucional ao impor critérios de controle e racionalidade às medidas deferidas, como a exigência de laudos médicos atualizados e a limitação temporal do custeio enquanto perdurar a necessidade clínica do equipamento. Tal orientação demonstra a preocupação da Corte em harmonizar a garantia do mínimo existencial com o princípio da reserva do possível, sem esvaziar o núcleo essencial do direito fundamental à saúde nem impor encargos desproporcionais ao erário.

Por fim, a jurisprudência analisada afasta de forma consistente a tese de que o custeio da energia elétrica configuraria indevida ampliação do conteúdo do direito à saúde ou violação ao princípio da separação dos Poderes. Em 70,59% dos acórdãos, há menção expressa à legitimidade da atuação judicial diante da omissão ou insuficiência administrativa. Ao contrário do que

sustentam tais teses, o Tribunal compreende que, diante de risco concreto à vida e à dignidade da pessoa humana, incumbe ao Poder Judiciário assegurar a efetividade dos direitos fundamentais.

Dessa forma, os acórdãos examinados evidenciam que o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios tem desempenhado papel relevante na concretização do direito fundamental à saúde, reconhecendo o custeio do fornecimento de energia elétrica como medida necessária, adequada e proporcional para assegurar a continuidade de tratamentos médicos domiciliares indispensáveis à sobrevivência e à dignidade de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

5 CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 representou um marco decisivo na consolidação do direito à saúde como direito fundamental, universal, igualitário e essencial à dignidade humana. Ao inserir na ordem jurídica brasileira um conceito de saúde que transcende o mero aspecto curativo, englobando também as dimensões preventiva e promotiva, bem como ao instituir o Sistema Único de Saúde, com base nos princípios de universalidade, integralidade, regionalização e descentralização, o legislador estabeleceu bases sólidas para a concretização de um direito que deve ser efetivo e acessível a todos. No entanto, a plena realização desse direito ainda esbarra em limitações estruturais e omissões administrativas que transformam a garantia constitucional em desafio cotidiano para milhões de brasileiros. Nesse horizonte, a energia elétrica, embora não expressamente prevista como direito fundamental, assume essa natureza quando se torna elemento necessário à preservação da saúde e da própria existência.

Nessa perspectiva, revela-se imprescindível a atuação do Poder Judiciário como instância garantidora da eficácia dos direitos fundamentais. O Judiciário não cria políticas públicas, mas tem o dever de assegurar a concretização das garantias fundamentais quando o Estado falha em prover meios indispensáveis à efetivação do direito à saúde. O custeio do fornecimento de energia elétrica para pessoas hipossuficientes que dependem de aparelhos médicos domiciliares, como respiradores, bombas de infusão ou equipamentos de diálise, é um exemplo emblemático dessa atuação. Sem a energia elétrica, a eficácia do tratamento médico se compromete e o direito à saúde, embora formalmente garantido, permanece irrealizado, configurando violação do núcleo essencial do mínimo existencial.

A análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, no período de 2020 a 2024, confirma a consolidação de um entendimento segundo o qual o Estado pode ser juridicamente compelido a custear o fornecimento de energia elétrica nessas hipóteses, sem que tal imposição configure afronta ao princípio da reserva do possível. Ao contrário, os julgados demonstram que a reserva do possível deve ser compreendida como instrumento de racionalização e otimização dos recursos públicos, e não como barreira absoluta à efetivação dos direitos fundamentais sociais. A Corte Distrital tem afirmado, de forma reiterada, que, diante do

conflito entre limitações orçamentárias e a proteção à saúde, deve prevalecer a tutela deste direito, enquanto expressão máxima do valor constitucional da dignidade da pessoa humana. Diante desse cenário, impõe-se reconhecer que a efetivação do direito à saúde exige do Estado não apenas a formulação de políticas públicas de caráter geral, mas também a adoção de medidas concretas e individualizadas capazes de assegurar a sobrevivência e a integridade de pessoas em situação de vulnerabilidade. O custeio do fornecimento de energia elétrica para famílias hipossuficientes que necessitam do uso contínuo de equipamentos médicos em suas residências revela-se, assim, não apenas um dever jurídico, mas um imperativo jurídico-constitucional e ético-civilizatório, diretamente vinculado à proteção do mínimo existencial.

Por fim, é necessário propor que a solução não se restrinja à via judicial. A construção de políticas públicas específicas, como a ampliação da tarifa social de energia elétrica vinculada a tratamentos médicos domiciliares, representa caminho institucional capaz de reduzir a judicialização da saúde e de conferir maior efetividade ao direito fundamental. Reafirma-se, desse modo, que a dignidade da pessoa humana, erigida a fundamento da República e cláusula pétrea da Constituição, deve constituir o núcleo basilar da atuação estatal, não podendo qualquer restrição orçamentária justificar a omissão na tutela dos direitos mais elementares da condição humana.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Gilmar. SUS para todos: breves reflexões jurídico-sociais. Avanços e desafios. In: AITH, Fernando *et al.* (org.). **Direito Sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 63, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, [2010]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc63.htm. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **A Constituição e o Supremo**. Brasília, DF: STF, 2023. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/constituicao.asp>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental ADPF 45 MC/DF**. Relator: Min. Celso de Mello, 29 de abril de 2004. Informativo STF nº 345. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Segunda Turma). Recurso Extraordinário 202.700-DF. Recorrente: Uniao Federal. Recorrido: Cia de Saneamento do Distrito Federal - CAESB. Relator:

Min. Maurício Corrêa, 17 de abril de 2007. Disponível em: Portal do STF. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Segunda Turma). **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 436.996-6 SP**. Relator: Min. Celso de Mello, 26 de outubro de 2005. Disponível em: http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/Direito_a_creche.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (5ª Turma Cível). **Acórdão n. 1.247.559, Processo n. 0701398-51.2019.8.07.0018**. Relatora: Des. Maria Ivatônia, julgado em 06 maio 2020. Disponível em: [site do TJDF]. Acesso em: [data].

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direitos Fundamentais Sociais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 4. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário?** 2012. 497 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CAVALCANTE, Hellen Priscilla Marinho. O acesso à energia elétrica no Brasil sob a ótica do desenvolvimento como liberdade. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 58-86, jul./dez. 2013.

CUNHA, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: AITH, Fernando *et al.* (org.). **Direito Sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. **Âmbito Jurídico**, [s. l.], 2023. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MARTINS, Flavia Bahia. **O direito fundamental à saúde no Brasil sob a perspectiva do pensamento constitucional contemporâneo**. 2008. 150 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, Elival da Silva. **Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

RIBAS, Paulo Henrique. **O papel do Estado na concretização dos direitos fundamentais sociais mediante a prestação de serviços públicos**. 2007. 172 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, [s. l.], ano 1, n. 1, p. 179-235, jul./dez. 2008.

SAYEG, Ricardo; BALERA, Wagner. **O capitalismo humanista**. São Paulo: KBR, 2012.

SELAU, Marcelo Benetti. **Mínimo existencial**: núcleo essencial dos direitos fundamentais. [S. l.: s. n.], 2012. Disponível em: <http://www.tex.pro.br>. Acesso em: 01 mai. 2013.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 13-31, nov. 2010/fev. 2011. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v11i3p13-31. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13220>. Acesso em: 20 mar. 2023.

Artigo recebido em: 30/08/2025.

Aprovado em: 08/01/2026.