DOI: 10.33242/rbdc.2026.01.010

DESJUDICIALIZAÇÃO DA FINITUDE: AUTONOMIA, LIMITES E FUNÇÃO DO NOTARIADO

DEJUDICIALIZATION OF END-OF-LIFE MATTERS: AUTONOMY, LIMITS, AND THE FUNCTION OF THE NOTARIAL SYSTEM

Fernanda Leitão

Bacharel em Direito pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Tabeliã do 15º Ofício de Notas da Capital do Rio de Janeiro desde 1998, por meio de concurso público. Foi concursada da Procuradoria Geral do Estado e do Município do Rio de Janeiro, atuou na advocacia. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9938-7863 *E-mail*: flgd27@gmail.com

Resumo: O presente artigo analisa as diretivas antecipadas de vontade (DAVs) sob a perspectiva da desjudicialização[1] da finitude e da ética das virtudes, articulando deontologia e *phronesis* na atuação notarial e médica. À luz da Lei nº 15.378/2026 (Estatuto dos Direitos do Paciente) e da estrutura de publicidade da Central Notarial de Serviços Eletrônicos Compartilhados (CENSEC) – consolidada nos arts. 110-A e 110-B do Código Nacional de Normas (Provimento CNJ nº 149/2023) –, sustenta-se que a escritura pública declaratória confere segurança jurídica ao ato, sem converter a vontade em dogma imune à interpretação clínica. O estudo diferencia o pioneirismo material do estado do Rio de Janeiro (Provimento CGJ nº 87/2022) da função de indexação nacional exercida pelo CNJ. Diagnostica-se a distanásia como sintoma cultural e propõe-se a *phronesis* como paradigma de conformação. Conclui-se que as DAVs, quando formalizadas por escritura pública e centralizadas eletronicamente em um único banco de dados com abrangência nacional, harmonizam protagonismo existencial, dignidade humana e *lex artis*.

Palavras-chave: Diretivas Antecipadas de Vontade. Lei nº 15.378/2026. Autonomia existencial. Escritura pública declaratória. Ortotanásia. Distanásia. Finitude. Notariado. *Phronesis*. Desjudicialização.

[1] Embora a autora utilize, ao longo deste artigo, a expressão "desjudicialização", entende que os termos "extrajudicialização" ou "compartilhamento da função jurisdicional" seriam tecnicamente mais precisos. Essas expressões refletem, com maior fidelidade, a ideia de uma redistribuição funcional da atividade estatal e de cooperação institucional entre o Judiciário e o Notariado. A opção terminológica pela "desjudicialização" justifica-se, entretanto, por sua ampla difusão no debate doutrinário contemporâneo e por sua consolidação como categoria descritiva do fenômeno de expansão da via extrajudicial.

Abstract: This article examines advance directives (ADs) from the perspective of the dejudicialization[2] of finitude and virtue ethics, articulating deontology and *phronesis* in notarial and medical practice. In light of Law No. 15,378/2026 (Patient Rights Statute) and the publicity provided by the Notarial Central Registry for Shared Electronic Services (CENSEC), consolidated in Articles 110-A and 110-B of the National Code of Standards (CNJ Regulation No. 149/2023), it is argued that the declaratory public deed grants legal certainty to the act without transforming the patient's will into a dogma immune to clinical interpretation. The study distinguishes the pioneering regulatory role of the state of Rio de Janeiro (CGJ Regulation No. 87/2022) from the national indexing function exercised by the National Council of Justice (CNJ). Dysthanasia is diagnosed as a cultural symptom, and *phronesis* is proposed as a paradigm of normative alignment. The article concludes that advance directives, when formalized through a declaratory public deed and electronically centralized in a single nationwide database, harmonize existential protagonism, human dignity, and lex artis.

Keywords: Advance Directives. Law No. 15,378/2026. Existential protagonism. Declaratory public deed. Orthothanasia. Dysthanasia. Finitude. Notariat. *Phronesis*. Dejudicialization.

Sumário: Introdução – **1** A morte como mal: de Epicuro a Nussbaum – **2** O notariado como agente da autonomia qualificada – **3** Limites e urgências: o diagnóstico da finitude – **4** Ortotanásia e eutanásia: distinção fundamental – **5** A decisão médica entre dever e prudência – **6** Positivação normativa: da lacuna ao sistema orgânico – **7** O protagonismo biográfico no horizonte da finitude – Considerações finais – Referências

Introdução

A crescente valorização da autonomia existencial tem conduzido ao reconhecimento das diretivas antecipadas de vontade (DAVs) como instrumento legítimo de manifestação prévia acerca de tratamentos médicos em situações de incapacidade futura. Mais do que um documento de recusa terapêutica, essas diretivas configuram o exercício da autodeterminação sobre a própria trajetória existencial em seu momento de maior vulnerabilidade.[3]

A discussão acerca das DAVs repousa sobre um pressuposto ineliminável: a consciência da finitude humana. É justamente porque o ser humano sabe-se mortal – porque sua existência é marcada pela certeza de um fim – que ele pode

[2] Although the author uses the term "dejudicialization" throughout this article, she recognizes that the expressions "extrajudicialization" or "sharing of the jurisdictional function" would be technically more precise. These expressions more accurately reflect the idea of a functional redistribution of state activity and institutional cooperation between the Judiciary and the Notariat. The terminological choice for "dejudicialization," however, is justified by its widespread use in contemporary doctrinal debate and by its consolidation as a descriptive category for the phenomenon of the expansion of extrajudicial mechanisms.

[3] ESTADOS UNIDOS. Supreme Court of New Jersey. *In re Quinlan*, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647. Relator: Chief Justice Richard J. Hughes. Julgado em 31 de março de 1976. Disponível em: Westlaw / LexisNexis; ESTADOS UNIDOS. Supreme Court of the United States. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261. Relator: Chief Justice William Rehnquist. Julgado em 25 de junho de 1990. Disponível

antecipar, mediante escolhas presentes, os contornos de seu próprio morrer. A morte não é apenas um evento futuro entre outros; define, desde o presente, a temporalidade e confere sentido à vida.[4]

Em perspectiva complementar, Norbert Elias mostra como as sociedades modernas tendem a ocultar a morte, tornando-a um evento solitário e medicalizado. Esse processo de inviabilização da finitude – que Elias denuncia como expropriação do protagonismo individual sobre o morrer – torna ainda mais urgente o instrumento das diretivas antecipadas como forma de recuperar, dentro do possível, a voz do paciente no momento em que ele já não pode mais falar por si.[5]

Diante desse quadro, reconhecer esse solo existencial – a mortalidade como traço estruturante da condição humana – impede que o debate jurídico sobre as DAVs se reduza a um tecnicismo formal, mantendo-o ancorado na experiência concreta da fragilidade que nos é inerente.

É a partir desse diagnóstico que o presente artigo propõe um percurso destinado a enfrentar a complexidade desse instituto, transitando da fundamentação metafísica à pragmática institucional. Inicialmente, investiga-se o solo ontológico da finitude humana e o debate ético sobre o estatuto moral da morte. Em seguida, analisa-se a função qualificadora do notariado, expandindo a discussão para a necessária síntese entre a deontologia e a *phronesis*, paradigma que permite ao notário atuar como consultor da autonomia.

O texto avança para o exame dos limites clínicos e éticos das diretivas, diagnosticando a distanásia como um sintoma cultural de obstinação terapêutica que frequentemente expropria a autonomia biográfica do paciente. Aborda-se, então, a distinção fundamental entre ortotanásia e eutanásia, situando a decisão médica na zona de convergência entre o dever kantiano de não instrumentalização e a prudência aristotélica diante da singularidade do caso clínico.

em: Supreme Court Reporter. No plano do direito comparado, a necessidade de provas claras sobre a vontade do paciente consolidou-se em casos paradigmáticos como *Quinlan* (1976) e *Cruzan* (1990). Esses precedentes evidenciaram que, diante da incapacidade, a existência de um registro robusto é a única salvaguarda contra o arbítrio institucional. No Brasil, essa função de "prova clara e convincente" (*clear and convincing evidence*) é exercida com excelência pela escritura pública. Para o caso *Quinlan*, cf. Estados Unidos (1976); para o caso *Cruzan*, cf. Estados Unidos (1990).

4 A consciência da finitude como dado estrutural da existência humana percorre a filosofia ocidental – de Hegel (a morte como "senhor absoluto") a Heidegger (o ser-para-a-morte como definição do Dasein). Cf. HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 2015, p. 46-53.

5 Sobre como a medicalização moderna produziu a "solidão dos moribundos", expropriando o protagonismo individual sobre o fim da vida ao transformar a morte em um evento solitário e institucionalizado, escondido "nos bastidores da vida social", cf. ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

A trajetória culmina na análise da evolução normativa brasileira, consolidada no novo Estatuto dos Direitos do Paciente (Lei nº 15.378/2026)[6] e nas perspectivas da Reforma do Código Civil. Ver-se-á que o novo marco legal, ao conferir centralidade às vontades expressas e segurança jurídica ao sistema de subsídios da CENSEC, transmuda a função notarial: a escritura pública declaratória deixa de ser apenas um reforço de autenticidade para tornar-se o instrumento por excelência de eficácia desta lei, evitando tanto o automatismo mecânico na aplicação de diretivas quanto a degeneração da prudência médica em arbítrio subjetivo.

1 A morte como mal: de Epicuro a Nussbaum

As DAVs pressupõem que o modo como se morre importa ética e existencialmente. Essa proposição exige enfrentar uma questão preliminar: afinal, a morte é o maior dos males? A resposta condiciona a própria justificação das diretivas, pois o exercício da liberdade humana em relação ao seu fim encontra seu maior obstáculo no temor que o assunto inspira e no tabu que em torno dele se erige.

Para Epicuro, a morte não é um mal para quem morre. Seu argumento é clássico: todos os males e bens residem na sensação; a morte, porém, é a privação de toda sensação. Enquanto vivemos, a morte não está presente; quando ela chega, já não estamos mais aqui para experimentá-la. Temer a morte seria, portanto, um erro psicológico – uma projeção de sofrimento em um estado onde nenhuma consciência é possível. Ainda assim, isso não elimina a relevância moral do modo como se morre.

Há, contudo, um aspecto frequentemente negligenciado na leitura do epicurismo. Epicuro afirma que "O sábio nem rejeita a vida nem teme a morte. Pois nem a vida o ofende, nem a ausência de vida é um mal para ele".[7] A tradição interpretativa, especialmente em Lucrécio,[8] expõe explicitamente que em situações de dor extrema e inevitável, a morte poderia ser um bem – não porque a morte seja desejável em si mesma, mas porque interromperia um sofrimento insuportável e sem esperança. Nessa hipótese limite, o indivíduo teria razões para antecipar o fim, não como um mal a ser experimentado, mas como a cessação de um mal maior, permitindo ao sábio "retirar-se da mesa da vida" quando a existência já não

[6] BRASIL. *Lei nº 15.378*, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente e dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade. Diário Oficial da União, Brasília, 7 abr. 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 7 abr. 2026.

[7] EPICURO. *Carta a Meneceu*, §124-125. Tradução e apresentação de Álvaro Lorencini e Enzo Del Carratore. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

[8] LUCRÉCIO. *Da natureza das coisas*. Tradução de Agostinho da Silva. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

oferece florescimento. A filosofia epicurista, portanto, não é um quietismo indiferente à finitude, mas uma reflexão ponderada sobre as condições em que a morte pode ser acolhida ou recusada.

É exatamente essa ponderação que Martha Nussbaum[9] aprofunda ao deslocar o foco da preservação biológica para a proteção das capacidades centrais que conferem dignidade à vida humana. Para a autora, uma vida digna requer um limiar mínimo dessas capacidades – e a própria definição de "vida" como capacidade central já contém a ideia de que o indivíduo não é obrigado a viver quando ela está tão reduzida que já não vale a pena ser vivida. No contexto da finitude e de condições irreversíveis, isso significa que o direito à vida não se reduz à preservação biológica compulsória, mas abrange o exercício da autonomia: a liberdade de decidir sobre os contornos do próprio morrer.

Assim, as DAVs não negam o valor da vida; esses instrumentos preservam a autonomia narrativa existencial, impedindo que o sofrimento fútil ou o tecnicismo médico desapropriem a dignidade da narrativa biográfica de cada pessoa. Ambas as perspectivas admitem situações-limite em que a morte pode ser compreendida como um bem relativo – interstício em que as DAVs funcionam para assegurar essa autodeterminação biográfica, evitando uma degradação incompatível com o florescimento humano.

1.1 A escritura pública declaratória como garantia da autonomia

A fundamentação ontológica e o debate ético sobre o mal da morte fornecem o lastro necessário para que a escritura pública declaratória não seja vista como ato meramente burocrático, mas como o meio vocacionado a conferir eficácia jurídica à razão prática do declarante. Pela fé pública, o ato notarial assegura a presunção qualificada de autoria, capacidade e higidez da manifestação, permitindo ao tabelião identificar e mitigar eventuais vícios de consentimento, como coação ou erro decorrente de insuficiente esclarecimento técnico.

Contudo, é essencial esclarecer que a escritura não faz prova da veracidade intrínseca de fatos clínicos futuros, mas da existência da declaração e das circunstâncias de liberdade em que foi prestada. O desafio é conciliar essa força jurídica com a necessária abertura à interpretação médica, impedindo que o documento seja lido como uma "instrução cega", mas como uma diretriz iluminada pela prudência.

[9] NUSSBAUM, M. C. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.

2 O notariado como agente da autonomia qualificada

A evolução normativa administrativa brasileira, consolidada nos Provimentos CNJ nº 206/2025 e nº 215/2026 – e incorporada aos arts. 110-A e 110-B do Código Nacional de Normas (Prov. 149/2023) –, adotou a expressão "diretivas antecipadas de vontade" (DAVs) como gênero, abrangendo tanto as disposições sobre tratamentos médicos quanto a nomeação de curador para eventual necessidade futura (autocuratela). Embora os dois institutos possam constar da mesma escritura pública para fins de economia e unidade do planejamento existencial, mantêm natureza jurídica autônoma: as DAVs veiculam disposições sobre cuidados e limites terapêuticos; a autocuratela, por sua vez, constitui a indicação prévia de um curador para o exercício do múnus em caso de superveniente falta de discernimento.

Conquanto a literatura compare as DAVs ao testamento vital (*living will*) e à procuração permanente para cuidados de saúde (*durable power of attorney for health care*) do Direito norte-americano –[10] documentos que consubstanciam, respectivamente, instruções diretas sobre tratamentos e a nomeação de um procurador para decisões de saúde –, o modelo brasileiro optou por unificar as duas figuras sob a forma da escritura pública, conferindo-lhes a segurança da fé pública e a publicidade qualificada proporcionada pela CENSEC.

As DAVs configuram-se como negócios jurídicos unilaterais de natureza existencial, na medida em que traduzem o protagonismo do sujeito sobre os contornos de seu próprio fim. Pelos arts. 110-A e 110-B do Código Nacional de Normas (Prov. 149/2023) e em estrita observância ao Estatuto dos Direitos do Paciente, o tabelião assume a função de consultor de autonomia – atuando não como um receptor de declarações, mas como o profissional que qualifica a vontade para que ela atinja o padrão de segurança exigido pelo legislador.

Não obstante, como se verá adiante, a robustez do ato notarial não elide o espaço interpretativo clínico: o que se certifica é a validade formal e a higidez do consentimento, não uma exequibilidade automática que ignore a *lex artis*[11] ou a dignidade humana.[12]

[10] A comparação entre as DAVs e os instrumentos norte-americanos é recorrente na doutrina brasileira. Cf. DADALTO, Luciana. *Testamento vital*. 6. ed. Belo Horizonte: Letramento, 2023, p. 45-52, onde a autora estabelece o paralelo entre o testamento vital brasileiro e o *living will*, bem como entre a autocuratela e a *durable power of attorney for health care*. No mesmo sentido, ver MAMEDE, Gladston; MAMEDE, Eduarda. *Direitos da personalidade e autonomia existencial*. São Paulo: Atlas, 2024, cap. 5.

[11] A *lex artis* médica define-se como o conjunto de preceitos técnicos e padrões éticos que orientam a conduta profissional. Opera como critério objetivo para delimitar a fronteira entre o exercício regular da medicina e a obstinação terapêutica.

[12] DADALTO, L. *Testamento vital*. 6. ed. Belo Horizonte: Letramento, 2023.

2.1 A síntese necessária: deontologia e *phronesis* notarial

A complexidade intrínseca a esses atos de disposição existencial revela que a desjudicialização impõe ao notário dilemas que transcendem a mera subsunção de normas. Conforme fundamentado em "Ética Notarial & os Limites da Deontologia",[13] a virtude mestra para enfrentar esses impasses é a *phronesis* (sabedoria prática), que permite encontrar o "justo meio" (mesotes) entre o formalismo vazio e o ativismo decisório.

Aplicada às DAVs, a *phronesis* não atua em abstrato, mas se manifesta concretamente na capacidade do tabelião de:

- Orientar quanto à precisão técnica, evitando formulações excessivamente genéricas (como a recusa vaga a "medidas invasivas"). A título de exemplo, uma recusa genérica a "procedimentos invasivos" pode ser inócua ou contraproducente na prática clínica, onde métodos como a ventilação não invasiva (VNI) podem impor um desconforto superior à própria intubação, exigindo que o notário auxilie o declarante na especificação do alcance de suas vontades.
- Alertar para limites ético-jurídicos, esclarecendo que a fé pública não legitima condutas vedadas pelo nosso sistema jurídico como a eutanásia.[14]
- Aferir a autenticidade em contextos de vulnerabilidade – especialmente em situações que envolvam capacidade progressiva ou representação legal –, onde a *phronesis* notarial atua como anteparo ético para detectar potenciais conflitos entre o paciente e seus representantes legais, garantindo que o protagonismo existencial não seja sufocado por motivações patrimoniais colidentes.[15]
- Documentar o exercício da função consultiva, deixando expressas as ressalvas que atestem o compromisso do tabelião com a prevenção de litígios futuros.

---

[13] LEITÃO, Fernanda. Ética notarial & os limites da deontologia: a phronesis como paradigma complementar na desjudicialização. *Revista de Direito Notarial*, v. 12, n. 2, 2025, p. 45-78.

[14] No ordenamento jurídico brasileiro, a eutanásia é tipificada como homicídio (art. 121 do Código Penal), podendo, conforme o caso, ser considerada privilegiada pelo relevante valor moral. Já o auxílio ao suicídio encontra vedação no art. 122. É fundamental distinguir tais práticas da ortotanásia, que é o permitir o processo natural de morte, conduta amparada pela Resolução CFM nº 1.995/2012 e agora pelo Estatuto dos Direitos do Paciente (Lei nº 15.378/2026). Cf. CFM. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995/2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: https://portal.cfm.org.br. Acesso em: 7 abr. 2026 e BRASIL. *Lei nº 15.378*, de 6 de abril de 2026, *op. cit*.

[15] A ética clínica contemporânea reconhece que a autonomia é um espectro. Assim, mesmo diante da incapacidade civil de menores, busca-se o "assentimento livre e esclarecido" (conforme Res. CNS 466/12), conferindo validade moral à vontade expressa por adolescentes que, dotados de discernimento, manifestam desejos autênticos sobre seu plano de cuidados.

O notário dotado dessas capacidades éticas exercita a "capacidade de imaginar o particular",[16] assegurando uma autonomia exercida de forma substancialmente responsável. Essa síntese entre o dever normativo e a prudência deliberativa não fragiliza a segurança jurídica – ao contrário, a fortalece ao conferir ao ato notarial uma eficácia que a letra fria da lei, por si só, não alcançaria.

3 Limites e urgências: o diagnóstico da finitude

O reconhecimento da autonomia existencial não implica uma liberdade irrestrita, encontrando balizas tanto na ordem jurídica quanto na complexidade da cultura assistencial brasileira. Se, por um lado, as diretivas antecipadas sofrem limitações normativas e técnicas que visam proteger a dignidade e a boa prática médica (3.1), por outro, sua implementação enfrenta a persistente realidade da distanásia – compreendida como o prolongamento artificial e desproporcional do processo de morrer. Como veremos a seguir, essa prática não configura apenas um erro técnico, mas um sintoma cultural de obstinação terapêutica que frequentemente desfigura o protagonismo biográfico do paciente (3.2).

3.1 Limites jurídico-técnicos das diretivas

A eficácia das DAVs não é absoluta, encontrando balizas consolidadas pela Lei nº 15.378/2026. No plano criminal, a manifestação de vontade não autoriza condutas tipificadas como eutanásia ou auxílio ao suicídio (arts. 121 e 122 do Código Penal),[17] mantendo-se a distinção dogmática entre o permitir a morte natural e o abreviá-la ativamente.

No âmbito deontológico, a vedação à distanásia – o prolongamento artificial e desproporcional da vida – encontra-se expressamente consagrada no parágrafo único do art. 41 do Código de Ética Médica,[18] que proíbe a obstinação terapêutica.

[16] NUSSBAUM, M. C. *A fragilidade da bondade: fortuna e ética na tragédia e na filosofia grega*. Tradução de Ana Aguiar Cotrim. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. A "capacidade de imaginar o particular" está intrinsecamente ligada ao conceito aristotélico de *phronesis* (sabedoria prática), que a autora desenvolve como a faculdade de perceber as nuances da situação concreta e deliberar adequadamente diante delas, essencial para a aplicação prudencial da Justiça.

[17] A distinção entre ortotanásia e auxílio ao suicídio (art. 122 CP) é de ordem dogmática: a primeira é conduta atípica por aceitar o curso natural da finitude; a segunda caracteriza intervenção comissiva destinada a abreviar a vida de forma ativa. Cf. BRASIL. *Código Penal*. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Arts. 121 e 122. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 7 abr. 2026.

[18] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br. Acesso em: 7 abr. 2026.

A *lex artis* e as demais resoluções do Conselho Federal de Medicina complementam esse quadro ao impedir tanto a imposição de tratamentos fúteis ou degradantes quanto a omissão culposa.

Sob essa ótica, a dignidade da pessoa humana funciona como o limite material da autonomia: não se admite o exercício da vontade que resulte em tratamento desumano ou abandono terapêutico.[19] A eficácia prática das DAVs, por sua vez, é limitada pela própria clareza técnica da manifestação: estudos empíricos demonstram que diretivas imprecisas ou descontextualizadas tendem a ser ignoradas na rotina clínica.[20] Essa evidência reforça o imperativo de uma formulação qualificada pelo notariado capaz de traduzir a vontade existencial em instruções que respeitem o rigor exigido pelo novo Estatuto.

3.2 O contexto brasileiro: a distanásia como sintoma cultural

A vedação normativa à obstinação terapêutica colide com um cenário assistencial estruturalmente deficitário. Pesquisa realizada em 2016 pela *The Economist* em parceria com a Kaiser Family Foundation já revelava que aproximadamente 70% dos brasileiros manifestavam o desejo de prolongar a existência ao máximo, independentemente das condições clínicas –[21] um retrato da resistência cultural à aceitação da finitude que persiste como pano de fundo para os dados mais recentes.

O Atlas dos Cuidados Paliativos[22] mostra que o Brasil conta com 234 serviços de cuidados paliativos cadastrados, dos quais 188 são dedicados exclusivamente à especialidade. Desses, 123 dos 234 serviços totais (52,5%) integram a rede

[19] SARLET, I. W. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2021.

[20] Estudos empíricos ratificam a ineficácia de diretivas vagas. BRETT, A. S. Limitations of listing specific medical interventions in advance directives. JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 266, n. 6, p. 825-828, 14 ago. 1991. DOI: 10.1001/jama.1991.03470060087032, demonstra que listagens de intervenções médicas sem contextualização clínica geram ambiguidade, podendo desviar a atenção dos objetivos globais do tratamento ou prescrever cuidados inapropriados. OTTE, I. C.; ELGER, B.; JUNG, C.; BALLY, K. W. The utility of standardized advance directives: the general practitioners' perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy, Dordrecht*, v. 19, n. 2, p. 199-206, jun. 2016. DOI: 10.1007/s11019-016-9687-8, constatam que médicos de família veem as diretivas padronizadas principalmente como uma ferramenta para iniciar uma conversa com os pacientes e identificar suas reais preferências e valores, destacando a importância do diálogo prévio com o médico assistente e da atualização regular das diretivas no curso da doença.

[21] THE ECONOMIST; KAISER FAMILY FOUNDATION. *Death and dying: a global survey of attitudes about end-of-life care*. London; Menlo Park, 2016. Disponível em: https://www.economist.com/graphicdetail/2016/06/27/a-global-survey-on-death-and-dying. Acesso em: 7 abr. 2026.

[22] ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil*. 3. ed. São Paulo: ANCP, 2023.

pública do SUS – resultando em uma média de um serviço público para cada 1,6 milhão de habitantes cobertos pelo sistema. A assimetria regional agrava o quadro: enquanto o Sudeste concentra 98 serviços, a Região Norte dispõe de apenas 7 para uma população de aproximadamente 18 milhões de pessoas. O parâmetro recomendado pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) – dois serviços especializados por 100 mil habitantes (um hospitalar e um domiciliar) – demonstra que o Brasil opera com cobertura inferior a 3% do referencial internacional.

Sem infraestrutura paliativa capaz de acolher as decisões antecipadas com dignidade, a efetividade jurídica das DAVs permanece comprometida na prática: a escritura pública declara a vontade; a rede assistencial precisa existir para que essa vontade se concretize.

Para elucidar esse fenômeno, recorre-se ao conceito de "valor da morte" (*value of death* – expressão que designa a importância da morte na experiência humana), desenvolvido pela Lancet Commission on the Value of Death,[23] que ajuda a compreender como as sociedades contemporâneas, ao evitarem o diálogo sobre a finitude, acabam por submetê-la a intervenções médicas desproporcionais.

A distanásia revela-se como o sintoma de uma cultura que delegou o morrer ao aparato hospitalar. Sem o planejamento antecipado que a escritura pública viabiliza, o processo de morrer perde sua dimensão biográfica e torna-se um evento sob gestão de terceiros, pautado por tensões emocionais ou, inclusive, por vulnerabilidades decorrentes da dependência financeira do paciente – fatores que exigem uma resposta pautada na *phronesis*. A essa vulnerabilidade clínica somam-se as barreiras estruturais de acesso ao próprio planejamento antecipado: é preciso democratizar a via extrajudicial, garantindo que a segurança da escritura pública não seja um privilégio do setor privado, mas um recurso de cidadania acessível também aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 Ortotanásia e eutanásia: distinção fundamental

A correta aplicação das diretivas exige, primordialmente, a distinção entre ortotanásia e eutanásia. A ortotanásia consiste na limitação ou suspensão de tratamentos desproporcionais, fúteis ou inúteis, permitindo que a morte ocorra em seu curso natural sob a égide dos cuidados paliativos. Longe de configurar abandono terapêutico, a ortotanásia substitui a medicina curativa obstinada por cuidados proporcionais, que privilegiam o alívio da dor, o suporte emocional e o conforto do

[23] KNAUL, F. M. et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, v.399, n.10327, p.837-884, fev. 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02383-4.

paciente.[24] Trata-se de um direito fundamental que impede a distanásia[25] e permite que o protagonista biográfico encerre sua narrativa sem os excessos de uma técnica desvitalizada.

A ortotanásia diferencia-se, fundamentalmente, da eutanásia, caracterizada pela ação deliberada destinada a abreviar ativamente a vida – conduta vedada pelo ordenamento jurídico brasileiro (arts. 121 e 122 do Código Penal). Em síntese: enquanto a ortotanásia admite o curso natural da morte quando as intervenções se revelam fúteis, a eutanásia provoca ativamente o óbito. A primeira respeita o curso biológico e a integridade da narrativa existencial do sujeito; a segunda interrompe o processo vital de forma deliberada. As DAVs legitimam a ortotanásia e protegem contra a obstinação, mas jamais autorizam a provocação ativa da morte.

5 A decisão médica entre dever e prudência

A transição da norma para o leito do paciente demonstra que a atuação médica não se reduz à aplicação automática de regras. A decisão médica situa-se na síntese complementar entre o dever kantiano – que reconhece no paciente um sujeito legislador de sua própria dignidade, nunca redutível a um meio para fins terapêuticos –[26] e a *phronesis* aristotélica, que exige a deliberação sobre o particular.[27]

Nesse horizonte, o acolhimento das diretivas demanda o equilíbrio prático entre os pilares do principialismo bioético – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – assegurando que a vontade biográfica do paciente oriente a conduta clínica sem descurar da responsabilidade profissional. O médico respeita a diretiva como expressão máxima da autonomia e como um imperativo ético, mas a aplica mediante um juízo prudencial clínico sobre sua adequação ao caso singular. Essa aplicação pressupõe, outrossim, o respeito à objeção de consciência do profissional, garantindo que a vontade antecipada do paciente não se converta em coerção, mas em um pacto de cuidado pautado pela ética médica.[28]

---

[24] Pessini define a distanásia como o prolongamento artificial e desproporcional do processo de morrer ("futilidade médica"). Em oposição, a ortotanásia não configura omissão, mas a manutenção integral dos cuidados paliativos para que a morte ocorra em seu tempo natural. PESSINI, L. *Distanásia: até quando investir sem agredir?*. São Paulo: Loyola, 2001.

[25] HIRDES, A.; NEVES, M. C. L. A ortotanásia como direito fundamental do paciente terminal: entre a autonomia e a dignidade. *Revista Brasileira de Direito Civil*, v. 35, n. 1, 2023, p. 45-68.

[26] KANT, I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2017.

[27] ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Tradução de Antônio de Castro Caeiro. São Paulo: Atlas, 2009.

[28] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br. Acesso em: 7 abr. 2026.

Situações de divergência – entre familiares, entre estes e o representante indicado ou no âmbito da própria equipe assistencial – impõem ao médico o papel de intérprete qualificado da situação concreta, e não o de mero executor automático de instruções prévias. A interpretação das diretivas deve observar o princípio da boa-fé objetiva, evitando leituras oportunistas ou dissociadas do contexto em que a vontade foi expressa.

Um ponto bastante delicado ocorre quando as diretivas antecipadas entram em tensão com consensos médicos robustos – por exemplo, a recusa documentada a qualquer forma de analgesia, mesmo em caso de dor intensa e controlável. Nesse caso, impõe-se ao médico um dever de diálogo e, se necessário, de revisão da interpretação da vontade declarada, sem que isso configure desrespeito à autonomia. Trata-se, antes, de salvaguardar o próprio bem-estar do paciente contra uma manifestação que, embora formalmente válida, pode ter sido produzida sem a devida compreensão das consequências práticas.

Importa destacar que as diretivas somente produzem efeitos enquanto o paciente estiver incapaz de manifestar sua vontade. Recuperada a capacidade, prevalece a manifestação contemporânea por refletir de forma mais fiel a autodeterminação existencial do indivíduo.[29] Todavia, esse critério exige cautela em quadros de flutuação cognitiva, comuns em demências em estágio intermediário ou sedações paliativas intermitentes.

Nesses contextos, a aferição da capacidade atual não deve ser um ato mecânico; se houver dúvida razoável sobre a higidez do discernimento presente, a DAV – lavrada em momento de lucidez comprovada e sob a guarda da fé pública – deve servir como o balizador seguro da vontade autêntica, protegendo o plano biográfico do indivíduo de escolhas erráticas geradas pela própria patologia.

Por fim, embora frequentemente associadas a contextos de terminalidade, as diretivas não se restringem necessariamente a essas hipóteses, podendo incidir sempre que houver incapacidade relevante de manifestação de vontade.

Para ilustrar a tensão entre a literalidade da diretiva e a prudência clínica, considere-se o caso do paciente de 72 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada, que deixou expresso na DAV a recusa de "qualquer forma de ventilação mecânica invasiva". Diante de uma pneumonia bacteriana grave, mas com excelente prognóstico de recuperação após uma intubação de curto prazo (48-72 horas), o dilema ético não se resolve pela adesão irrefletida à letra do documento. Neste espaço de deliberação, a *phronesis* compartilhada entre a equipe médica e os representantes do paciente busca resgatar a vontade substancial do sujeito. Pode-se razoavelmente interpretar que a recusa genérica, formulada em

[29] DADALTO, L., *op. cit.*

abstrato, provavelmente visava evitar a degradação da terminalidade, e não abdicar de uma intervenção pontual e curativa. O caso ilustra que a DAV opera como uma diretriz prudencial, uma bússola para a decisão, e não como um dogma imutável que dispense a necessária interpretação humana diante da reversibilidade clínica.

6 Positivação normativa: da lacuna ao sistema orgânico

O ordenamento jurídico brasileiro percorreu uma trajetória de amadurecimento acelerado quanto às diretivas antecipadas de vontade. Antes mesmo do advento da Lei nº 15.378/2026, a matéria já encontrava solo fértil em normas administrativas e regulamentações profissionais que prepararam o terreno para a atual desjudicialização da finitude. Historicamente, o principal referencial era a Resolução CFM nº 1.995/2012, que, embora de natureza eminentemente deontológica, conferiu ao médico o respaldo ético para respeitar a vontade do paciente em detrimento da obstinação terapêutica.

No âmbito administrativo-notarial, o Provimento CNJ nº 149/2023, nos seus arts. 110-A e 110-B consolidaram essa tendência ao estruturar a centralização das manifestações na CENSEC, abrangendo tanto as diretivas antecipadas de vontade (DAVs) quanto a autocuratela.

Merece especial destaque o papel desempenhado pela CENSEC nesse contexto. A centralização das diretivas antecipadas de vontade e dos instrumentos de autocuratela em uma base nacional única representa importante avanço institucional para a efetividade da autonomia privada. Ao reunir, em ambiente integrado e acessível, informações decorrentes das serventias notariais de todo o país, a CENSEC amplia a segurança jurídica, a rastreabilidade e a possibilidade de localização dessas manifestações de vontade.

Trata-se de mecanismo que confere maior eficácia prática aos atos lavrados em tabelionato, reduzindo o risco de que permaneçam desconhecidos justamente no momento em que devem produzir seus efeitos.

Dessa forma, a CENSEC não apenas garante a localização e o acesso à vontade previamente manifestada, mas também consolida a DAV como instrumento relevante de concretização da dignidade da pessoa humana, da autodeterminação e da proteção dos interesses existenciais do indivíduo.

Assinale-se, ainda, que, diferentemente do Estado do Rio de Janeiro – que no Provimento CGJ/RJ nº 87/2022 (Cap. IX, Livro IV, art. 395)[30] tratou da matéria

[30] RIO DE JANEIRO (Estado). Corregedoria Geral da Justiça. *Provimento CGJ/RJ nº 87/2022*. Consolida o Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CGJ, 2022. Disponível em: https://www.tjrj.jus.br. Acesso em: 7 abr. 2026.

de forma específica e substancial, dedicando capítulo próprio ao tema –, o CNJ focou sua atuação na infraestrutura de indexação, publicidade e obrigatoriedade de consulta nacional pelos magistrados nos processos de requerimento de curatela.

Após a publicação da Lei nº 15.378/2026 (Estatuto dos Direitos do Paciente), esse sistema de subsídios ganha o necessário status de lei federal. O art. 2º, inciso II, ao prever explicitamente o respeito às "vontades expressas", valida o banco de dados centralizado criado por meio da CENSEC, e o eleva ao patamar de direito subjetivo. Complementarmente, a iminente Reforma do Código Civil, consubstanciada no Projeto de Lei nº 4/2025[31] pretende consolidar a DAV no rol dos Direitos da Personalidade.

É imprescindível notar, todavia, que a existência dessas diretivas não vincula o magistrado ou o médico de forma automática ou mecânica. Esses documentos são qualificados como subsídios justamente porque ancoram a decisão na vontade real do sujeito, permitindo que a sabedoria prática (*phronesis*) avalie a adequação da diretriz ao contexto clínico presente, fortalecendo, assim, a autonomia privada sem romper com a prudência necessária à decisão médica ou jurisdicional.

Esse modelo brasileiro, ao privilegiar a esfera extrajudicial qualificada pela fé pública, pela função consultiva do tabelião – que orienta o declarante na formulação qualificada da vontade, com atenção à precisão técnica e à identificação de eventuais conflitos em contexto de vulnerabilidade – e pela centralização dessas informações de forma eletrônica por meio da CENSEC, confere à finitude humana a segurança de um sistema que é, simultaneamente, tecnológico em sua forma e humano em sua aplicação.

7 O protagonismo biográfico no horizonte da finitude

As diretivas antecipadas de vontade permitem ao sujeito participar, de forma consciente e antecipada, das decisões relativas à condução dos seus cuidados de saúde. A escritura pública declaratória confere segurança, autenticidade e estabilidade a essa manifestação, sem, contudo, converter o conteúdo declarado em verdade absoluta ou em instrução imune à necessária interpretação clínica. Essa abertura interpretativa justifica-se porque a vontade, quando transposta para o papel, não pode prever a infinita variedade das circunstâncias práticas, exigindo sempre o uso da prudência.

[31] BRASIL. *Projeto de Lei nº 4.2025*. Altera a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2022 (Código Civil), para dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade. Brasília: Câmara dos Deputados, 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br. Acesso em: 7 abr. 2026.

O reconhecimento dessa necessidade de ponderação torna-se ainda mais urgente diante do paradoxo que a desjudicialização pretende superar no Brasil: o fato de a obstinação terapêutica ser, frequentemente, o resultado da ausência de planejamento e da dificuldade cultural de lidar com a morte. Entre a vontade declarada e a decisão médica, portanto, não deve haver um automatismo cego, mas um espaço inevitável de deliberação. É precisamente nesta abertura para o juízo prudencial que se revela a responsabilidade ética do médico, do magistrado e do notário.

Ao acolher a Lei nº 15.378/2026, o Direito brasileiro promove a necessária transição de uma cultura da negação para uma ética centrada na autonomia existencial. As diretivas antecipadas de vontade, especialmente quando estruturadas à luz da *phronesis* notarial e em consonância com as exigências de segurança e clareza do novo Estatuto, permitem que a finitude humana seja compreendida não como um evento meramente técnico ou biologicamente administrado, mas como etapa integrante da trajetória pessoal e da própria dignidade do indivíduo.

A desjudicialização da finitude, sob o novo Estatuto, revela-se, em última análise, como o resgate do morrer: o último ato de liberdade de um ser que se mantém senhor de sua própria história diante do horizonte da finitude.

Considerações finais

À luz do exposto, propomos os seguintes encaminhamentos:

1. Preservar a margem de deliberação médica responsável, evitando modelos que imponham a execução automática de diretivas em desacordo com a *lex artis*.

2. Incentivar a lavratura de escritura pública declaratória, com especial atenção do tabelião à formulação qualificada da vontade: precisão técnica, identificação de conflitos patrimoniais em contextos de vulnerabilidade e documentação das ressalvas.

3. Implementar a interoperabilidade sistêmica, garantindo que as informações da CENSEC sejam acessíveis em tempo real nos prontuários eletrônicos das unidades de saúde.

4. Instituir mecanismos de revisão periódica das diretivas, assegurando que a vontade manifestada permaneça atual perante novos diagnósticos ou marcos etários.

5. Promover a formação de notários e médicos na ética das virtudes, capacitando-os para o exercício da *phronesis* diante de dilemas de terminalidade.

6. Fomentar a educação continuada sobre os limites e a força jurídica das diretivas, evitando tanto o desrespeito à autonomia quanto a interpretação dogmática literal.

7. Investir em políticas públicas de cuidados paliativos no SUS, pois a efetividade jurídica das diretivas depende de uma rede assistencial capaz de acolher a decisão com dignidade.

Referências

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil*. 3. ed. São Paulo: ANCP, 2023.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Tradução de António de Castro Caeiro. São Paulo: Atlas, 2009.

BRASIL. *Código Penal*. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Arts. 121 e 122. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

BRASIL. *Lei nº 15.378*, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente e dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade. Diário Oficial da União, Brasília, 7 abr. 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 4, 2025*. Altera a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2022 (Código Civil), para dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade. Brasília: Câmara dos Deputados, 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.

BRETT, A. S. Limitations of listing specific medical interventions in advance directives. JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 266, n. 6, p. 825-828, 14 ago. 1991. DOI: 10.1001/jama.1991.03470060087032.

CFM. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995/2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: https://portal.cfm.org.br.

CFM. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 2.217/2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Provimento CNJ nº 206, de 6 de outubro de 2025. Altera o Código Nacional de Normas do Foro Extrajudicial para dispor sobre a autocuratela e as diretivas antecipadas de vontade. *Diário Oficial da União*, Brasília, out. 2025. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/6753.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Provimento CNJ nº 215, de 3 de março de 2026. Altera o Provimento n. 206, de 6 de outubro de 2025, e o Código Nacional de Normas da Corregedoria Nacional de Justiça – Foro Extrajudicial, para disciplinar a publicidade e a indexação de escrituras de autocuratela e diretivas de curatela. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 mar. 2026. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/6753.

DADALTO, L. *Testamento vital*. 6. ed. Belo Horizonte: Letramento, 2023.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world*. London: EIU, 2015.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 2015.

HIRDES, A.; NEVES, M. C. L. A ortotanásia como direito fundamental do paciente terminal: entre a autonomia e a dignidade. *Revista Brasileira de Direito Civil*, v. 35, n. 1, 2023.

KANT, I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2017.

KNAUL, F. M. et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, v. 399, n. 10327, p. 837-884, fev. 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02383-4.

LEITÃO, Fernanda. Ética notarial & os limites da deontologia: a *phronesis* como paradigma complementar na desjudicialização. *Revista de Direito Notarial*, v. 12, n. 2, 2025.

LUCRÉCIO. *Da natureza das coisas*. Tradução de Agostinho da Silva. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

NUSSBAUM, M. C. *A fragilidade da bondade: sorte e ética na tragédia e na filosofia grega*. Trad. Ana Aguiar Cotrim. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

NUSSBAUM, M. C. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.

OTTE, I. C.; ELGER, B.; JUNG, C.; BALLY, K. W. The utility of standardized advance directives: the general practitioners' perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy, Dordrecht*, v. 19, n. 2, p. 199-206, jun. 2016. DOI: 10.1007/s11019-016-9687-8.

PESSINI, L. *Distanásia: até quando investir sem agredir?*. São Paulo: Loyola, 2001.

PORTUGAL. Lei nº 25/2012, de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade. *Diário da República*, Lisboa, 16 jul. 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Corregedoria Geral da Justiça. *Provimento CGJ/RJ nº 87/2022*. Consolida o Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CGJ, 2022. Disponível em: https://www.tjrj.jus.br.

SARLET, I. W. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2021.

SUPREME COURT OF THE UNITED STATES. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261, 1990.

THE ECONOMIST; KAISER FAMILY FOUNDATION. *Death and dying: a global survey of attitudes about end-of-life care*. London; Menlo Park, 2016. Disponível em: https://www.economist.com/graphicdetail/2016/06/27/a-global-survey-on-death-and-dying.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2025 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

LEITÃO, Fernanda. Desjudicialização da finitude: autonomia, limites e função do notariado. *Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil*, Belo Horizonte, v. 35, n. 1, p. 231-248, jan./mar. 2026. DOI: 10.33242/rbdc.2026.01.010.

Recebido em: 12.05.2026
Aprovado em: 03.06.2026