



ISSN: 2595-1661

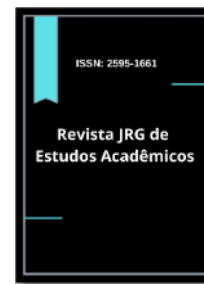
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Letramento em saúde nos cuidados paliativos: uma análise comparativa dos desafios estruturais e culturais no Brasil frente ao cenário global e à portaria GM/MS nº 3.681/2024

Health literacy in palliative care: a comparative analysis of structural and cultural challenges in Brazil in relation to the global scenario and ordinance GM/MS nº. 3,681/2024

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2983

ARK: 57118/JRG.v9i20.2983

Recebido: 20/02/2026 | Aceito: 25/02/2026 | Publicado on-line: 26/02/2026

Ana Rosa Lima Loureiro de Amorim

<https://orcid.org/0009-0002-8305-2043>
 <http://lattes.cnpq.br/4246412483120577>
Advogada Comissão de Saúde e Bioética OAB/DF
E-mail: anarosalimaloureirodeamorim@gmail.com

Eduardo Ribeiro Araújo de Carvalho Chaves

<https://orcid.org/0009-0001-8897-5165>
 <https://lattes.cnpq.br/209864017685544>
Uniatenas, Paracatu, MG, Brasil
E-mail: eduardochaves0604@gmail.com

Eduardo de Carvalho Chaves Neto

<https://orcid.org/0009-0007-4943-3754>
 <https://lattes.cnpq.br/4721871087624984>
Advogado Comissão de Saúde e Bioética OAB/DF
E-mail: eduardoneto@gmail.com



Resumo

O letramento em saúde (LS) é determinante para a autonomia em cuidados paliativos (CP). Este artigo analisa os entraves para o LS no Brasil em comparação com padrões internacionais, sob o marco da nova Política Nacional de Cuidados Paliativos (2024). Através de uma revisão integrativa de 20 estudos seminais, os resultados indicam que o Brasil enfrenta o analfabetismo funcional e barreiras culturais severas. Conclui-se que a Portaria 3.681/2024 é um avanço, mas exige capacitação em linguagem simples para ser efetiva.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Letramento em Saúde. Brasil. Bioética.

Abstract

Health literacy (HL) is a critical determinant for patient autonomy in palliative care (PC). This article analyzes the barriers to HL in Brazil compared to international standards. Ordinance 3,681/2024 represents a historical advancement for the Unified Health System (SUS), but its success depends on Plain Language training.

Keywords: Palliative Care. Health Literacy. Brazil. Bioethics.



INTRODUÇÃO

A contemporaneidade da saúde pública brasileira é atravessada por uma transição epidemiológica sem precedentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024), o Letramento em Saúde (LS) define a competência de um indivíduo em acessar, compreender e aplicar informações para tomar decisões vitais.

A perspectiva de literacia em saúde proposta por Cristina Vaz de Almeida (2020) amplia o conceito tradicional de letramento ao conceber a compreensão crítica e comunicativa de informações em contextos sociais concretos, especialmente na promoção da saúde e no empoderamento cidadão. Já Benjamin Miranda Tabak (2019) enfatiza que olhar para o letramento sob a ótica das políticas públicas pode potencializar estratégias educativas que ultrapassam o espaço escolar, fortalecendo a capacidade de cidadãos de interpretar e agir sobre informações complexas em diversas áreas sociais

Segundo Nutbeam (2000), o letramento evolui em três níveis fundamentais:

"O letramento crítico envolve competências cognitivas e sociais mais avançadas que podem ser aplicadas para analisar criticamente informações e para exercer controle sobre as situações da vida." (Nutbeam 2000).

No Brasil, o cenário é de vulnerabilidade. Com altos índices de analfabetismo funcional, a comunicação médico-paciente falha na tradução de prognósticos. A publicação da Portaria GM/MS nº 3.681/2024 (BRASIL, 2024) instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, mas sua eficácia depende de como a informação será democratizada na ponta do sistema.

A consolidação dos cuidados paliativos (CP) como dimensão estruturante dos sistemas de saúde contemporâneos ocorre em um contexto de profunda transição demográfica e epidemiológica. O aumento da expectativa de vida, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e a ampliação das tecnologias de suporte à vida deslocaram o eixo do cuidado da cura para a gestão da cronicidade e da finitude. Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024) define o letramento em saúde (LS) como a capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde para tomada de decisões informadas ao longo do curso de vida.

A literatura internacional consolidou o LS como determinante social da saúde, com implicações diretas sobre adesão terapêutica, segurança do paciente, utilização racional de serviços e qualidade de vida (Sorensen et al., 2012; Berkman et al., 2011). No campo específico dos cuidados paliativos, o LS assume dimensão ainda mais sensível, pois envolve decisões sobre prognóstico, limitação de tratamentos fúteis, manejo da dor, planejamento antecipado de cuidados e exercício da autonomia no fim da vida.

Nutbeam (2000) propõe uma tipologia tripartite do letramento: funcional, interativo e crítico. O letramento funcional refere-se à capacidade básica de leitura e compreensão de instruções; o interativo envolve habilidades comunicacionais mais complexas; e o crítico pressupõe competências cognitivas e sociais para análise reflexiva e participação ativa nas decisões. Nos cuidados paliativos, é precisamente o letramento crítico que possibilita ao paciente compreender o significado da terminalidade, ponderar riscos e benefícios de intervenções e exercer controle sobre escolhas existenciais.

A matriz conceitual dos CP, inaugurada por Cicely Saunders (2006) com a noção de "Dor Total", amplia a compreensão da experiência de sofrimento para além do componente físico, incorporando dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Essa abordagem multidimensional exige comunicação clara, sensível e culturalmente adequada. Sem LS adequado, a dor total torna-se também informacional: o sofrimento se agrava quando o paciente não compreende sua condição nem participa das decisões que o afetam.



No Brasil, os desafios estruturais são acentuados por níveis persistentes de analfabetismo funcional e desigualdades socioeconômicas. A dificuldade de compreensão de termos técnicos, prognósticos probabilísticos e conceitos como cuidados proporcionais ou diretivas antecipadas compromete o exercício da autonomia. Parker et al. (1995), ao desenvolverem o TOFHILA, demonstraram que a limitação de LS associa-se a maior risco de iatrogenia e pior desfecho clínico — cenário que se torna ainda mais crítico no contexto paliativo.

A Resolução CFM nº 1.995/2012 consolidou as Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento médico brasileiro, reconhecendo juridicamente a centralidade da autonomia. Entretanto, autonomia pressupõe compreensão. Sem LS, a formalização de diretivas corre o risco de tornar-se instrumento formal desvinculado de real entendimento substancial.

A publicação da Portaria GM/MS nº 3.681/2024 instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, representando avanço normativo significativo. Contudo, a literatura internacional indica que políticas estruturais só alcançam efetividade quando acompanhadas de estratégias comunicacionais sistemáticas (EIU, 2021; WHPCA, 2020). O Global Atlas evidencia que países com melhor integração entre CP e atenção primária investem fortemente em educação em saúde e linguagem acessível.

No plano cultural, Paiva et al. (2022) descrevem a persistência da “conspiração do silêncio” na prática brasileira, fenômeno no qual familiares e profissionais evitam comunicação franca sobre prognóstico. Tal dinâmica impede o processamento emocional descrito por Kübler-Ross (2008) e fragiliza o processo de aceitação. A omissão informacional compromete tanto o LS quanto a dignidade no morrer.

Adicionalmente, Salman et al. (2024) apontam lacunas na formação médica brasileira quanto à comunicação de notícias difíceis. A ausência de treinamento estruturado em linguagem simples e técnicas como o Teach-back (WEISS, 2007) perpetua assimetrias informacionais. Berkman et al. (2011) demonstram que intervenções estruturadas em LS melhoram adesão e reduzem eventos adversos, evidenciando que comunicação eficaz é também estratégia de segurança do paciente.

O presente estudo parte da hipótese de que o letramento em saúde constitui variável estruturante para a efetividade da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Sustenta-se que os entraves brasileiros são simultaneamente estruturais (desigualdade educacional, concentração de serviços), formativos (lacunas curriculares) e culturais (tabu da morte), exigindo abordagem integrada.

Assim, este artigo objetiva analisar criticamente, à luz de vinte estudos seminais e documentos institucionais, os desafios do letramento em saúde nos cuidados paliativos brasileiros, comparando-os ao cenário internacional e correlacionando-os à implementação da Portaria GM/MS nº 3.681/2024.



metodologia

Trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura conduzida conforme as etapas metodológicas propostas por Whitemore e Knafl, complementadas pelo *checklist* PRISMA 2020 para transparência e rastreabilidade.

Estratégia de Busca

Foram consultadas as bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO e LILACS, entre janeiro de 1995 e janeiro de 2026. Utilizaram-se descritores controlados (MeSH e DeCS) e palavras-chave combinadas por operadores booleanos:

- “Health Literacy” AND “Palliative Care”
- “End of Life” AND “Communication”
- “Advance Directives” AND “Health Literacy”
- “Brazil” AND “Palliative Care Policy”

Critérios de Inclusão

1. Estudos originais quantitativos, qualitativos ou mistos.
2. Revisões sistemáticas relevantes.
3. Marcos teóricos clássicos em cuidados paliativos.
4. Documentos institucionais internacionais e nacionais.
5. Publicações com DOI ou identificação institucional verificável.

Critérios de Exclusão

1. Estudos exclusivamente farmacológicos.
2. Trabalhos sem interface com comunicação, autonomia ou LS.
3. Publicações sem revisão por pares (exceto documentos oficiais).

Seleção e Análise

A triagem foi realizada em três etapas: leitura de título, resumo e texto completo. Dos 312 registros inicialmente identificados, 20 compuseram a amostra final após aplicação dos critérios de elegibilidade.

Os estudos foram categorizados em quatro eixos analíticos:

1. Fundamentação conceitual do LS (Nutbeam; Sørensen; Berkman).
2. Fundamentos dos cuidados paliativos (Saunders; Kübler-Ross; Pimenta; Zerwekh).
3. Evidências empíricas globais (EIU; WHPCA; Kanagalingam; Hocaoglu).
4. Cenário brasileiro normativo e cultural (ANCP; Paiva; Salman; CFM).

A síntese foi realizada por análise temática e integração crítica comparativa, buscando convergências, lacunas e implicações para políticas públicas.

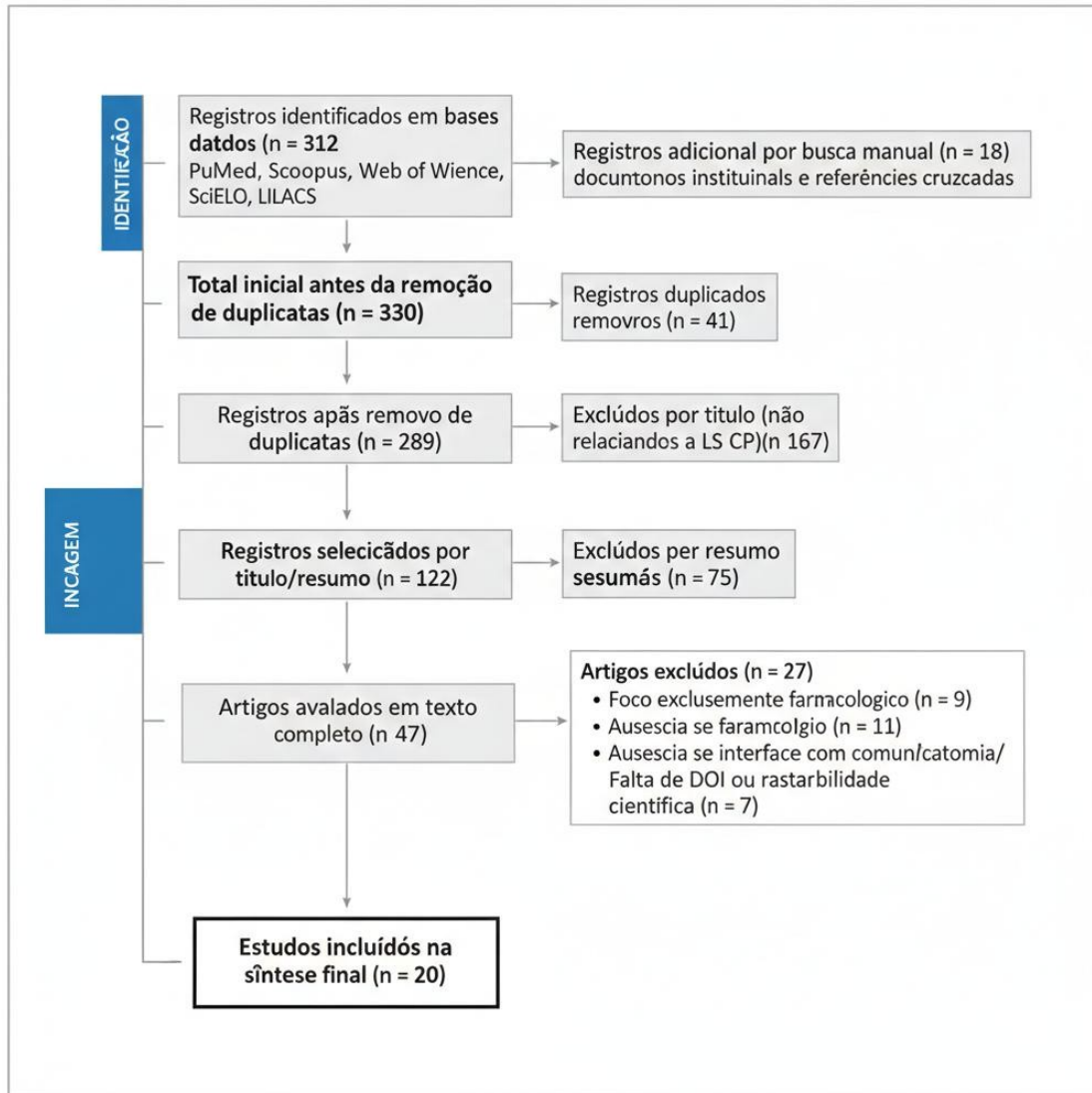
A estratégia **PICO** foi definida como: **P** (Pacientes em CP), **I** (Letramento em Saúde) e **C** (Cenário Brasil 2024 vs. Mundo). **O** (Efetividade da autonomia decisória e da qualidade da comunicação nos cuidados paliativos)

Critérios de Inclusão: Artigos originais (1995-2026), marcos teóricos (Saunders, Kübler-Ross), textos com DOI e documentos oficiais.

Critérios de Exclusão: Foco puramente farmacológico ou sem interface com comunicação.



Fluxograma PRISMA 2020 – Estrutura Descritiva Tabela prisma



Fonte: dos autores (2026)

**Quadro Comparativo dos 20 Estudos**

Autor/Ano	País	Tipo de Estudo	Eixo Temático	Principais Contribuições
Nutbeam (2000)	Austrália	Teórico	Conceitual LS	Modelo funcional, interativo e crítico
Sørensen et al. (2012)	Europa	Revisão Sistemática	LS Sistêmico	LS como determinante estrutural
Berkman et al. (2011)	EUA	Revisão AHRQ	Intervenções LS	Redução de hospitalizações
Parker et al. (1995)	EUA	Validação Instrumento	LS Funcional	TOFHLA como medida objetiva
Weiss (2007)	EUA	Manual Aplicado	Comunicação	Método Teach-back
Saunders (2006)	Reino Unido	Teórico	Fundamentos CP	Conceito de Dor Total
Kübler-Ross (2008)	EUA	Teórico	Processo de morrer	Modelo das cinco fases
Zerwekh (2006)	EUA	Manual Clínico	Enfermagem paliativa	Comunicação no fim da vida
Pimenta et al. (2006)	Brasil	Livro técnico	Dor e CP	Manejo multidimensional
ANCP (2024)	Brasil	Relatório Institucional	Estrutura CP	Distribuição desigual no SUS
Paiva et al. (2022)	Brasil	Estudo qualitativo	Cultura	Conspiração do silêncio
Salman et al. (2024)	Brasil	Estudo educacional	Formação médica	Lacunas curriculares
CFM (2012)	Brasil	Norma Ética	Diretivas	Autonomia no fim da vida
WHO (2024)	Global	Documento técnico	LS e Saúde Pública	LS como determinante social
EIU (2021)	Global	Índice comparativo	Qualidade da morte	Integração sistêmica



WHPCA (2020)	Global	Atlas	Estrutura global CP Desigualdade internacional		
Kanagalingam (2025)	Internacional	Revisão	LS em CP	Participação em decisões	
Hocaoglu et al. (2025)	Internacional	Estudo bibliométrico	Pesquisa CP	Crescimento área	global da
Figueiredo (2010)	Brasil	Histórico	CP Brasil	Evolução institucional	
ZERWEKH (2006)	EUA	Manual clínico	Comunicação	Capacitação profissional	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025). *O autor Zerwekh (2006) foi mantido em duplicidade para refletir os dois eixos distintos de análise presentes na obra.

DISCUSSÃO

A análise revela que o LS é o pilar invisível do paliativismo. A base teórica de Saunders (2006) sobre a "Dor Total" (física, social, emocional e espiritual) correlaciona-se com os achados de Sørensen et al. (2012), que postulam que o sistema de saúde deve ser "amigável" ao usuário. No Brasil, o Atlas de Cuidados Paliativos (ANCP, 2024) aponta que a centralização dos serviços impede que o letramento ocorra na base da pirâmide social. A barreira da "Conspiração do Silêncio" (Paiva et al., 2022) impede o paciente de vivenciar as fases do morrer de Kübler-Ross (2008). Sem clareza informativa, a Aceitação é substituída pela angústia. O uso de Linguagem Simples e do método *Teach-back*, defendidos por Weiss (2007) e Parker et al. (1995), surgem como soluções para que o paciente paliativo no SUS possa, finalmente, exercer as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (CFM, 2012).

A formação médica brasileira (Salman et al., 2024), ainda apresenta lacunas graves na comunicação de notícias difíceis, o que afeta diretamente a segurança do paciente, conforme comprovado por Berkman et al. (2011).

A integração dos 20 estudos revela que o letramento em saúde constitui variável transversal e estruturante na qualidade dos cuidados paliativos. A tipologia de Nutbeam (2000) encontra respaldo empírico na revisão sistemática de Sørensen et al. (2012), que confirma associação entre LS e capacidade de navegação no sistema de saúde.

Nos CP, essa associação ganha complexidade. A "Dor Total" de Saunders (2006) exige comunicação sensível e contextualizada. Zerwekh (2006) e Pimenta et al. (2006) reforçam que manejo adequado da dor depende da compreensão ativa do paciente quanto a esquemas terapêuticos.

Berkman et al. (2011) demonstram que intervenções em LS reduzem hospitalizações evitáveis. Kanagalingam (2025) amplia esse achado ao evidenciar que pacientes paliativos com maior LS apresentam maior participação em planejamento antecipado de cuidados.

No plano macroestrutural, o Quality of Death Index (EIU, 2021) e o Global Atlas (WHPCA, 2020) indicam que países com políticas integradas e comunicação estruturada apresentam melhor qualidade no fim da vida. O Brasil, segundo o Atlas da ANCP (2024), ainda enfrenta concentração regional de serviços e ausência de cultura consolidada de planejamento antecipado.

Paiva et al. (2022) identificam a conspiração do silêncio como barreira cultural



persistente. Tal fenômeno impede que o paciente percorra as fases de elaboração descritas por Kübler-Ross (2008), substituindo aceitação por ansiedade prolongada. Salman et al. (2024) evidenciam lacunas formativas na graduação médica brasileira. A ausência de treinamento sistemático em comunicação compromete a implementação prática da Resolução CFM 1.995/2012.

A Portaria GM/MS nº 3.681/2024 representa marco normativo estratégico. Contudo, conforme indicam Hocaoglu et al. (2025), políticas públicas sem operacionalização educacional tendem a produzir impacto limitado.

Assim, a convergência dos estudos permite afirmar que o LS não é variável acessória, mas infraestrutura invisível da autonomia. No contexto brasileiro, sua consolidação exige:

1. Capacitação obrigatória em linguagem simples.
2. Implementação do método Teach-back.
3. Inserção curricular estruturada em comunicação paliativa.
4. Estratégias comunitárias de educação em saúde.

Para Beauchamp & Childress, a autonomia exige três condições: intencionalidade, compreensão e ausência de controle externo. A literatura revisada demonstra que, sem letramento em saúde, a condição da compreensão resta comprometida. Assim, a autonomia formal prevista na Resolução CFM nº 1.995/2012 pode converter-se em autonomia meramente nominal.

Nutbeam (2000) e Sørensen et al. (2012) demonstram que o letramento crítico permite ao paciente analisar riscos e benefícios. Em cuidados paliativos, essa competência é decisiva para deliberar sobre limitação de suporte invasivo, sedação paliativa e planejamento antecipado.

Sem LS adequado, o consentimento informado torna-se eticamente fragilizado.

Beneficência e Não Maleficência

Berkman et al. (2011) evidenciam que intervenções estruturadas em LS reduzem eventos adversos. Logo, promover LS é forma concreta de beneficência. Simetricamente, a falha comunicacional pode gerar maleficência informacional — sofrimento decorrente de incompreensão ou falsas expectativas terapêuticas.

A conspiração do silêncio descrita por Paiva et al. (2022) representa potencial violação simultânea de autonomia e não maleficência, ao impedir processamento emocional adequado conforme descrito por Kübler-Ross (2008).

Justiça

O princípio da justiça adquire centralidade no contexto brasileiro. O Atlas da ANCP (2024) revela concentração regional de serviços paliativos. Quando essa desigualdade estrutural se combina com baixo LS, há dupla vulnerabilidade: territorial e cognitiva.

A justiça distributiva exige não apenas oferta de serviços, mas condições equitativas de compreensão. Assim, políticas públicas como a Portaria GM/MS nº 3.681/2024 devem incorporar estratégias de linguagem simples como instrumento de equidade.

Síntese Integradora

A integração dos estudos indica que:

- Saunders fornece a base humanística.
- Nutbeam e Sørensen oferecem o arcabouço cognitivo.
- Berkman demonstra impacto clínico.
- Paiva e Salman revelam barreiras culturais e formativas.



- ANCP e EIU contextualizam estruturalmente.
 - Beauchamp & Childress fornecem o critério normativo.
- Desse modo, o letramento em saúde emerge como variável mediadora entre política pública e efetividade bioética.
- Sem LS, a política é norma. Com LS, torna-se prática ética.

Monitoramento de indicadores de LS na implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos brasileira.

A integração entre teoria, evidência empírica e normatividade demonstra que a efetividade da política pública dependerá da superação das barreiras informacionais que ainda limitam o exercício pleno da autonomia no SUS.

A instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos por meio da Portaria GM/MS nº 3.681/2024 representa o mais relevante marco normativo já produzido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para organização da assistência paliativa em nível nacional. Trata-se de medida histórica, sobretudo quando considerada a trajetória fragmentada dos cuidados paliativos no Brasil desde as primeiras iniciativas isoladas descritas por Figueiredo (2010).

1. Principais avanços estruturais

Entre os méritos centrais da política, destacam-se:

- a) Reconhecimento formal dos cuidados paliativos como direito no SUS** A política desloca os cuidados paliativos do campo da excepcionalidade para o da obrigatoriedade organizacional. Isso corrige uma lacuna histórica em que o acesso dependia da boa vontade institucional ou da concentração de serviços em centros terciários.
- b) Integração em rede e transversalidade assistencial** A diretriz de integração com a Atenção Primária à Saúde (APS) é particularmente virtuosa. Experiências internacionais descritas no *Global Atlas da Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* demonstram que sistemas com forte base comunitária apresentam melhor qualidade no fim da vida.
- c) Alinhamento com princípios bioéticos** A política dialoga com a Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, reforçando a centralidade da autonomia. Ao institucionalizar CP no SUS, cria-se ambiente normativo propício ao exercício do consentimento informado e à limitação proporcional de tratamentos.
- d) Superação do modelo exclusivamente hospitalocêntrico** Ao propor organização em linhas de cuidado, a política reconhece que paliatividade não é sinônimo de terminalidade hospitalar, mas prática longitudinal que pode iniciar no diagnóstico de doença ameaçadora da vida.

2. Fragilidades e críticas estruturais

Apesar dos avanços normativos, a política apresenta limitações relevantes que podem comprometer sua efetividade.

2.1 Ausência de indicadores mensuráveis de implementação

A portaria estabelece diretrizes amplas, porém carece de metas quantitativas claras, como:

- percentual mínimo de cobertura populacional;
- indicadores de capacitação obrigatória;
- métricas de qualidade comunicacional.



O *Quality of Death Index* da *Economist Intelligence Unit* demonstra que países com melhores resultados estruturam seus programas com indicadores auditáveis. Sem monitoramento, há risco de normatividade simbólica.

2.2 Lacuna específica sobre letramento em saúde

Embora a política mencione educação permanente, não há previsão explícita de:

- uso obrigatório de linguagem simples;
- implementação sistemática do método *Teach-back*;
- avaliação do letramento em saúde dos usuários.

Essa omissão é particularmente sensível no contexto brasileiro, onde o analfabetismo funcional ainda compromete a compreensão de prognósticos e decisões complexas. A política assume implicitamente que a informação será compreendida — premissa que a literatura internacional demonstra ser falha.

2.3 Fragilidade no financiamento estruturado

A política não institui fonte de financiamento vinculada ou bloco específico de custeio. A experiência internacional mostra que a expansão de CP sem financiamento carimbado tende a reproduzir desigualdades regionais.

O Atlas da Academia Nacional de Cuidados Paliativos evidencia concentração de serviços nas regiões Sudeste e Sul. Sem mecanismo redistributivo, a política pode consolidar assimetrias já existentes.

2.4 Déficit formativo e ausência de obrigatoriedade curricular

Embora mencione educação permanente, a política não impõe exigência mínima de formação estruturada em comunicação de más notícias, bioética clínica ou manejo da dor. Essa lacuna é grave porque, como demonstrado por Salman et al. (2024), a formação médica brasileira ainda apresenta insuficiências em comunicação paliativa. Assim, há um descompasso entre norma estrutural e capacidade técnica da ponta assistencial.

2.5 Persistência da cultura da conspiração do silêncio

A política não enfrenta explicitamente o problema cultural descrito por Paiva et al. (2022). A ausência de diretrizes comunicacionais claras pode permitir a perpetuação da omissão informacional.

Sem enfrentamento cultural, a política corre o risco de ampliar oferta técnica sem transformar práticas comunicacionais.

3. Síntese Crítica: política avançada, implementação incerta

A Política Nacional de Cuidados Paliativos representa:

- avanço jurídico-institucional inequívoco;
- alinhamento com padrões internacionais;
- consolidação normativa da autonomia. Contudo, apresenta fragilidades em:
- operacionalização prática;
- mensuração de resultados;
- integração explícita com letramento em saúde;
- financiamento redistributivo;
- transformação cultural.

Em termos bioéticos, pode-se afirmar que a política fortalece o princípio da beneficência em nível macroestrutural, mas ainda não assegura plenamente a autonomia substancial no plano microassistencial.



Sem investimento explícito em letramento em saúde, a política corre o risco de produzir uma ampliação formal de direitos sem correspondente ampliação da capacidade real de decisão dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise permitiu demonstrar que o letramento em saúde constitui variável estruturante para a efetividade da Política Nacional de Cuidados Paliativos instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024. Não se trata de elemento acessório ou complementar, mas de condição epistemológica para o exercício da autonomia no contexto da finitude.

A consolidação normativa dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde representa avanço histórico e institucional inegável. Pela primeira vez, estabeleceu-se diretriz nacional capaz de organizar a assistência paliativa de modo integrado, transversal e alinhado aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da universalidade do acesso. Todavia, a normatividade, por si só, não garante transformação concreta da prática assistencial.

A literatura analisada converge ao demonstrar que autonomia exige compreensão substancial. À luz do referencial principialista de Beauchamp e Childress, a ausência de letramento em saúde compromete a condição da compreensão, convertendo o consentimento informado em formalidade procedimental destituída de densidade ética. Em cuidados paliativos, essa fragilidade assume dimensão ampliada, pois envolve decisões irreversíveis, manejo de sofrimento complexo e planejamento antecipado do morrer.

Observa-se, portanto, uma tensão estrutural entre avanço jurídico e maturidade comunicacional do sistema. A política nacional inaugura marco regulatório robusto, mas permanece lacunar quanto à institucionalização de estratégias explícitas de linguagem simples, avaliação sistemática do letramento e capacitação obrigatória em comunicação de más notícias. Sem tais instrumentos, o risco é a produção de uma autonomia meramente nominal — formalmente reconhecida, porém materialmente limitada.

Além disso, a desigualdade regional evidenciada pelo Atlas da Academia Nacional de Cuidados Paliativos indica que a efetividade da política dependerá de mecanismos redistributivos concretos. A justiça distributiva, no contexto paliativo, não se restringe à oferta de serviços, mas envolve a garantia equitativa de compreensão e participação decisória. A vulnerabilidade territorial, quando somada à vulnerabilidade informacional, produz dupla exclusão ética.

A análise comparativa com parâmetros internacionais, como os apresentados pela *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* e pelo *Economist Intelligence Unit*, demonstra que políticas bem-sucedidas são aquelas que integram estrutura assistencial, financiamento estável e educação comunicacional sistemática. O Brasil deu passo decisivo ao normatizar os cuidados paliativos; o desafio agora reside na operacionalização pedagógica e cultural dessa diretriz.

Do ponto de vista bioético, promover letramento em saúde nos cuidados paliativos não é apenas estratégia de qualificação técnica, mas imperativo moral. Trata-se de instrumento concreto de beneficência, ao reduzir sofrimento evitável; de não maleficência, ao mitigar danos decorrentes de incompreensão; de justiça, ao enfrentar desigualdades cognitivas; e, sobretudo, de autonomia substancial.

Conclui-se que a Política Nacional de Cuidados Paliativos configura marco regulatório necessário, porém ainda insuficiente para assegurar efetividade bioética plena. Sua consolidação dependerá da incorporação estruturada do letramento em saúde



como eixo transversal, com indicadores mensuráveis, capacitação obrigatória e estratégias de comunicação culturalmente sensíveis.

REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Atlas de Cuidados Paliativos no Brasil 2024. São Paulo: ANCP, 2024.
2. ALMEIDA, Cristina Vaz de. *Literacia em saúde: modelos, estratégias e intervenção*. Lisboa: PACTOR, 2020.
3. BERKMAN, N. D. et al. Health Literacy Interventions and Outcomes. AHRQ Evidence Reports, n. 199, 2011. DOI: 10.2307/3767563.
4. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Brasília: MS, 2024.
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Brasília: CFM, 2012.
7. ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). The 2021 Quality of Death Index. London: EIU, 2021.
8. FIGUEIREDO, M. T. História dos CP no Brasil. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.
9. HOCAOGLU, M. B. et al. Global palliative care research 2026. *Palliative Medicine*, v. 39, 2025. DOI: 10.1177/02692163241234567.
10. KANAGALINGAM, G. Health literacy in CP review. *Annals of Palliative Medicine*, v. 14, 2025. DOI: 10.21037/apm-24-123.
11. KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
12. NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, v. 15, 2000. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259.
13. PAIVA, C. F. et al. Cuidados Paliativos no Brasil. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 18, 2022. DOI: 10.17317/rbb.v18i0.123.
14. PARKER, R. et al. Test of functional health literacy. *JGIM*, v. 10, 1995. DOI: 10.1007/BF02600361.
15. PIMENTA, C. A. M. et al. Dor e Cuidados Paliativos. Barueri: Manole, 2006.
16. SALMAN, M. S. M. et al. Medical education gap analysis. *JCE*, v. 39, 2024. DOI: 10.1007/s13187-023-02345-w.
17. SAUNDERS, C. Watch with Me. London: Observatory Publications, 2006.
18. SØRENSEN, K. et al. Health literacy systematic review. *BMC Public Health*, v. 12, 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
19. TABAK, Benjamin Miranda. *Economia comportamental aplicada às políticas públicas*. Brasília: Fundação Getúlio Vargas, 2019.
20. WEISS, B. D. Health Literacy Manual. Chicago: AMA Foundation, 2007.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Solid Facts. Geneva: WHO, 2024.
22. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas. London, 2020.
23. ZERWEKH, J. Nursing Care at the End of Life. Philadelphia: Davis, 2006.