



QUANDO O SILÊNCIO AFLIGE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

CASAROTTO, Claudia Wust.¹
PETRY, Laura de Almeida Negrello.²
MATIOLI, Aryane Leinne Oliveira.³

RESUMO

O assunto do referido artigo é a conspiração do silêncio. O tema abordará sobre a conspiração do silêncio no âmbito hospitalar no contexto de doenças que ameaçam a vida. O problema que deu origem ao trabalho foi entender como a conspiração do silêncio influencia no processo de morte. Tendo como objetivo geral compreender como a conspiração do silêncio influencia o processo de morte e como objetivos específicos: averiguar quais as consequências do pacto/conspiração do silêncio, identificar quais benefícios em compartilhar notícias, verificar o desafio que envolve a comunicação de más notícias e descrever o papel da psicologia na atuação diante da conspiração do silêncio. O artigo será um relato de experiência a partir da prática em um estágio de psicologia das instituições e organizações em um hospital de câncer de uma cidade do Paraná, a partir dos atendimentos de escuta psicológica realizados à beira-leito. A partir da fundamentação teórica apresentada foi possível observar os desdobramentos da conspiração do silêncio no atendimento a paciente e sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Hospitalar. Cuidados Paliativos. Comunicação. Conspiração do Silêncio. Morte.

1. INTRODUÇÃO

O assunto do referido artigo é a conspiração do silêncio. O tema abordará sobre a conspiração do silêncio no âmbito hospitalar no contexto de doenças que ameaçam a vida.

Ante a um diagnóstico de uma doença sem prognóstico de cura ou mesmo com grande tabu envolvido, tanto o paciente como seus familiares apresentam reações emocionais de ansiedade, tristeza, culpa, medo, impotência e raiva e desta forma é necessário se comunicar. O estilo de comunicação estabelecido entre paciente, família e profissionais da saúde influencia na forma de enfrentamento da doença, assim como o envolvimento dessa tríade nas decisões de fim de vida.

Se entendermos que a família é um elemento importante na fase final da doença de seu ente querido, e que em toda família há vínculo, logo, cuidar e amenizar seu sofrimento é considerado como um de seus deveres, por vezes obrigação. Rodriguez (2015) observa que para algumas famílias, é emocionalmente difícil expressar tristeza, desespero, medo e raiva, pois a expressão em

¹Aluno(a) do curso de graduação em Psicologia, Faculdade ou Centro Universitário ou Universidade FAG 10º período. E-mail: ccwcasarotto@minha.fag.edu.br

² Aluno(a) do curso de graduação em Psicologia, Faculdade ou Centro Universitário ou Universidade FAG 10º período. E-mail: lanegrello@minha.fag.edu.com.br

³ Mestra, professora e orientadora do estágio de Psicologia em Instituições e Organizações do curso de Psicologia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: arianematioli@fag.edu.br



si pode ser perturbadora. Diante de relatos e observações, no decorrer dos atendimentos psicológicos em um hospital de serviço de oncologia, constatou-se que a realidade, algumas vezes se mostra mais dura do que o que pode ser nomeado como “tolerável”, criando-se uma história que é suportável a todos (pelo menos se acredita nisso). Volles *et.al* (2012) descreve que a mesma realidade, dura, se dá ao minimizar alguma informação, ao omitir outra, ao silenciar, ao adiar dados da realidade entre outras situações.

Com isso, elaborou-se seguinte questão: como a conspiração do silêncio influencia no processo de morte?, e tendo como objetivo geral compreender como a conspiração do silêncio influencia o processo de morte. Além disso, os objetivos específicos foram: averiguar quais as consequências do pacto/conspiração do silêncio, identificar quais benefícios em compartilhar notícias, verificar o desafio que envolve a comunicação de más notícias e descrever o papel da psicologia na atuação diante da conspiração do silêncio.

Logo, diante desta realidade vivenciada na prática de estágio, este trabalho apresenta relevância científica para ajudar na compreensão do fenômeno da conspiração do silêncio e, consequentemente, buscar novos olhares e maneiras de trabalhar com este. Ainda sob perspectiva acadêmica se justifica por ajudar, a partir de relatos da prática, a entender, compreender e preparar-se para as intervenções e manejos diante de tal realidade. Sob o ponto de vista social é importante para trazer o olhar mais humanizado para o paciente que é vítima do pacto do silêncio.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 COMUNICAÇÃO

As tentativas de definição de comunicação passam por diferentes dimensões, leva a caminhos infinitos de significados e alcança uma gama múltipla de sentidos. Vejamos a definição do dicionário Houaiss (2009, p.175) que propõe que o termo seria um substantivo feminino: 1 “Ação ou efeito de comunicar, de transmitir ou de receber ideias, conhecimento, mensagens etc., buscando compartilhar informações; 2 Habilidade ou capacidade de estabelecer um diálogo; 3 Troca que se efetiva, através de um código linguístico, entre a pessoa que produz o enunciado (emissor) e quem o recebe (interlocutor)” diante desses conceitos tem-se que uma das tarefas da comunicação consiste em uma habilidade, entre emissor e interlocutor, que através de conhecimento linguístico,



estabelecem um diálogo, verbal, escrito, corporal, cujo objetivo final é transmitir uma informação. Considerando que a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e é um componente essencial do cuidado, pode-se considerar que é uma ferramenta indispensável para a promoção de cuidado para os pacientes assistidos e seus familiares. Falando na comunicação na área da saúde e mais especificamente na área dos Cuidados Paliativos, Crispim(2021) traz que a comunicação deveria ser encarada como uma metacompetência e define competência como sendo a soma de três aspectos: conhecimento, habilidade e atitude. Esse conceito parece ser o que melhor se enquadra quando se fala de comunicação em saúde. A comunicação em saúde deve ir além de uma simples habilidade, ela deve ser a soma de aspectos, e “ir além exige conviver com aspectos não agradáveis não somente do receptor, mas principalmente do emissor (profissionais da saúde)” (CRISPIM, 2021, p.48). Em Cuidados Paliativos devido ao conteúdo e quantidade de notícias difíceis, a comunicação deve, ou deveria ser vista como de suma importância para o tratamento. Para Santos *et al.* (2014) a boa comunicação apresenta-se como um elo entre o paciente, a família e o profissional de saúde, caracterizando, portanto, uma habilidade para a interrelação diante de uma prática humanizada. Logo percebe-se que a responsabilidade pela transmissão da informação e do acolhimento é quase exclusiva do emissor. E nos Cuidados Paliativos, na maioria dos casos, o receptor é uma pessoa em grande sofrimento e manifesta esse sofrimento das mais variadas formas. Então, como discorre Crispim (2021, p.49), se os profissionais de saúde entenderem que a “a comunicação começa com a nossa responsabilização completa, começamos a evoluir”.

2.2 COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alterando negativamente a vida destes é compreendida como uma notícia difícil, ou como muitas vezes é chamada, uma má notícia (LINO *et al.*, 2011). Em saúde, portanto, uma notícia difícil pode estar relacionada, entre outras coisas, a um diagnóstico inicial de uma doença grave, à piora do estado de saúde, em oncologia destaca-se também a descoberta de recidivas no pós-tratamento, a comunicação da necessidade de realização de procedimentos desconfortáveis ou dolorosos, internações prolongadas, tratamentos que possam acarretar prejuízos na qualidade de vida, como a toxicidade de tratamentos quimioterápicos e efeitos adversos da radioterapia, à perdas, como em cirurgias mutiladoras e incapacitantes, e, enfim, à morte (GONÇALVES *et al.*, 2015).



Vê-se, então, que o ato de transmitir más notícias provavelmente estará presente em algum momento da atuação dos profissionais da saúde. Transmitir más notícias é uma tarefa difícil, aversiva e particularmente estressante, portanto, o profissional que faz a comunicação de notícias difíceis têm um papel fundamental, pois, mesmo não sendo possível mudar os fatos, mesmo quando não existem perspectivas futuras, sempre existe uma maneira de amenizar o impacto da notícia pelo modo como esta será realizada pelo emissor através de orientações, informações, recomendações e de cuidados mesmo que paliativos. Estas práticas de cuidado em saúde, além de orientarem para o sofrimento dos pacientes e familiares, podem minimizar o sofrimento do próprio profissional. Tradicionalmente essa responsabilidade tem sido do médico, porém, com a evolução das equipes multidisciplinares nos ambientes hospitalares, a psicóloga vem sendo solicitada a participar desses momentos.

A literatura oferece algumas orientações gerais sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática e ao mesmo tempo focalizando a atenção no paciente. A maioria dos médicos, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia. É sabido que o resultado nem sempre é satisfatório (LINO *et al.*, 2011).

O Protocolo SPIKES descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. O primeiro passo (*Setting up*) se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento. É o planejamento da entrevista: na qual se realiza um "ensaio mental" sobre como contar, como responder a perguntas difíceis e como preparar-se para possíveis reações emocionais. O segundo passo (*Perception*) verifica-se até que ponto o paciente tem consciência de seu estado, quais as suas compreensões sobre os exames que foram realizados, suas expectativas, assim como avaliar o nível de compreensão e as condições emocionais dos envolvidos. O terceiro passo (*Invitation*) procura entender o quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. Oferecer possibilidade de comunicação futura ou comunicação com alguém próximo caso o paciente não queira saber a respeito de sua condição. O quarto passo (*Knowledge*) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; checar a compreensão do paciente. O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. É importante oferecer apoio e solidariedade; observar, identificar, valorizar e nomear a resposta afetiva; esperar as



emoções diminuam para prosseguir a conversa. O sexto passo (*Strategy and Summary*) objetiva diminuir a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer. É neste momento que apresentam-se opções de tratamento e cuidado com compartilhamento das responsabilidades na tomada de decisão. É importante assegurar a qualidade e continuidade do cuidado. Por fim, as principais informações devem ser resumidas. Muito mais que um método ou processo engessado, o Protocolo SPIKES é um conjunto de dicas de comunicação, um guia sequencial que pode ser adaptado de acordo com cada profissional.

2.3 CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

Diante de um diagnóstico difícil de uma doença maligna ou incurável a comunicação ao paciente e a família é o que vem em seguida. Essa comunicação como já discutido no capítulo anterior, não é um momento fácil para nenhuma das partes e neste momento surge a dúvida: Contar ou não contar? Simonetti (2018) traz que alguns estudos demonstraram que a maior parte dos pacientes deseja conhecer a realidade por mais dura que seja. Dos pacientes oncológicos entrevistados antes do diagnóstico, 99% gostaria de saber o resultado. E em outro grupo a pergunta feita após o diagnóstico respondeu que 89% queria saber a verdade. Outros estudos, segundo o mesmo autor, apoiam a ideia de que a verdade é desejada pelos pacientes e que esta não causa perturbação psicológica conforme acredita o senso comum.

Kubler-Ross (2019) quando descreve sobre a questão de contar ou não, sobre o paciente tolerar ou não, entender sobre a sua real situação, diz que existem basicamente dois tipos de profissionais da saúde: os que comunicam o estado do paciente porém, escondem a realidade do paciente para evitar crises emocionais, e os que são mais sensíveis às necessidades deste e obtém êxito ao comunicar notícias difíceis sem tirar-lhes a esperança. Este último deveria ser a regra. Para Kubler-Ross (2019) a pergunta não deveria ser “contar ou não contar?” mas sim “como contar?”. Crispim (2021) relata que a maioria dos pacientes quer saber sobre seu diagnóstico e quando sabem participam nas decisões de seu tratamento, mas que por outro lado também existe um percentual de profissionais que aceita omitir dados de más notícias do paciente a pedido da família. As razões pelas quais esses profissionais aceitam são desde acreditarem que a notícia pode levar a depressão, crença de que a decepção pode piorar o estado clínico até a incerteza do prognóstico e por isso retardam a comunicação. Logo tem-se um indício de que as crenças pessoais do profissional podem



afetar diretamente a comunicação com o paciente. Por outro lado, o profissional que opta por comunicar paciente e familiares presenciam que a carga compartilhada a respeito da enfermidade torna o desafio para o paciente mais leve, existe o apoio recíproco entre família-paciente e como diz Simonetti (2018), quando a família permite que o doente ajude e apoie seus familiares a respeito da própria condição, a sensação de ser um peso morto desaparece.

Em um mundo ideal a comunicação humanizada e direta com o paciente seria normal. Porém, no dia a dia hospitalar não é o que acontece e depara-se com os mais diversos tipos de não comunicação, de conspiração, conluio, complô, artimanha, conchavo, conivência, armação para que o paciente não saiba da sua real situação. Seja a pedido do profissional da saúde, seja a pedido da família. Isto é o que se chama de Conspiração do Silêncio ou Pacto do Silêncio, que consiste em um acordo, explícito ou implícito, feito por familiares, profissionais da saúde e amigos onde estes alteram ou ocultam informações do tratamento, diagnóstico ou prognóstico do paciente, sem levar em conta a vontade ou desejo de conhecimento deste. E nestas situações observa-se que o sofrimento psíquico da família e paciente é grande por conta de não poderem apoiar-se nem mesmo falar a respeito do que acontece. Observa-se que a maioria dos paciente, senão todos, de alguma forma descobrem sua real condição, pois seu corpo muda, as atenções mudam, as visitas mudam, começam cochichos que antes não haviam, as pessoas começam a evitar comentários, observa expressão de choro de seus parentes que não conseguem disfarçar suas emoções. “Pacientes fingem não saber quando parente ou médico são incapazes de revelar o verdadeiro estado de sua saúde, deixando que mantenham suas defesas.” (SIMONETTI, 2018, p.138). Segundo Crispim (2021) o fato de o paciente ser deixado de lado sobre seu tratamento é uma afronta à sua dignidade e autonomia, e este tipo de conduta não está alinhada à relação de confiança que deve ser estabelecida entre as partes.

A discussão a respeito da Conspiração do Silêncio é muito complexa e extensa mas fica claro que o exercício da empatia deve ser levado em consideração no sentido de como comunicar a notícia e em quais sentimentos estão associados, pois na prática vê-se que o sentimento associado a Conspiração do Silêncio familiar é a proteção e amor.

3. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um relato de experiência acerca da realização de atendimento psicológico em ambiente hospitalar, parte integrante do estágio supervisionado em psicologia das



instituições e organizações, com uma paciente jovem e sua familiar no qual buscou-se pontuar sobre a dinâmica adotada pela família diante da comunicação das notícias difíceis e seus desdobramentos.

O desenvolvimento do trabalho se deu com os atendimentos de escuta psicológica, realizados à beira-leito em um hospital de câncer em uma cidade do Paraná, onde as autoras realizaram estágio de instituições supervisionado uma vez na semana. As escutas aconteceram com uma paciente jovem diagnosticada com câncer de colo de útero e com sua irmã que estava como acompanhante. Os atendimentos aconteceram no período de três meses sendo finalizado pelo óbito da paciente. A paciente e sua acompanhante serão descritas com nomes fictícios obedecendo assim o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

O modelo conceitual que orientou os trabalho de manejo e escuta se basearam nas concepções teóricas de Alfredo Simonetti (2018) no que diz respeito à abordagem do atendimento psicológico dentro da Psicologia Hospitalar e em José Paulo Fonseca (2012) no que tange ao Luto Antecipatório. Simonetti (2018) ensina a olhar para a terapêutica hospitalar dizendo que esta é a arte de fazer algo útil para quem está doente e a Psicologia Hospitalar utiliza da escuta analítica e do manejo situacional para concretizar seu trabalho. Na escuta analítica reúne intervenções básicas da psicologia clínica como escuta e interpretação e a novidade é o *setting* que acontece onde o paciente estiver dentro do hospital e queira atendimento. Já o manejo situacional envolve intervenções direcionadas e focais. Um exemplo seria a psicologia de ligação, mediação de conflito, controle situacional. Já o manejo prático foi supervisionado pela professora Ms. Aryane Matioli orientadora do estágio.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

A partir da fundamentação teórica apresentada, o relato de experiência se dá com os atendimentos realizados à beira-leito em um hospital de câncer de uma cidade do Paraná. Nesse cenário se fazia comum inúmeros casos de Conspiração do Silêncio e dificuldades de comunicação entre paciente, familiares e equipe. Era costumeiro que ao chegar no local onde aconteciam os atendimentos, a enfermagem orientasse sobre os casos que viam necessidade de atendimento, foi dessa forma que Maria passou a ser atendida, paciente de 25 anos, com o diagnóstico de câncer de colo de útero. O acompanhamento se deu por três meses, até o falecimento da paciente.



Nos primeiros atendimentos, não foi possível notar sinais da Conspiração do Silêncio, pois a paciente não estava com suas capacidades de movimento reduzidas e pela idade não tinha direito a acompanhante, então o contato foi apenas com ela e sua realidade de Dor Total. Dor esta conceituada por Cicely Saunders, conforme comentada por Achette, *et al* (2021) e sendo compreendida como uma experiência dolorosa que não é apenas física, mas também ocorre na dimensão emocional, social e espiritual e todas essas dimensões se combinam e afetam o paciente em sua totalidade. Contudo, com o desenvolver da doença e nos seguintes internamentos, a paciente passou a ter acompanhante e dessa forma o caso podia ser discutido com mais cuidado pelas estagiárias, pois a paciente era atendida por uma e sua irmã Isabel por outra, sendo possível desse modo entender a visão e contexto da dinâmica familiar estabelecida. A paciente, sempre teve uma postura muito esperançosa frente a doença, sempre foi muito difícil falar de uma evolução negativa ou da própria morte, pois ela tinha certeza de que sairia curada. E como orienta Simonetti (2018) um paciente que tem um quadro de adoecimento traz consigo uma possibilidade de esperança e se não tem irá inventá-la e não cabe a Psicologia fazer nenhum tipo de intervenção retificadora dessa realidade. Após o contato com a acompanhante, foi possível observar que a evolução da doença não era nem um pouco positiva, mas que muitas informações eram omitidas da paciente por meio desta familiar. Havia a falta de diálogo sobre o prognóstico e sobre todos os efeitos da doença na vida desta família, como por exemplo, a não compreensão do distanciamento do marido da situação, a preocupação da paciente sobre quem iria cuidar dos filhos caso ela falecesse que não era conversado com a acompanhante, pois no diálogo delas não havia a proximidade da morte e até mesmo a escuta do que a paciente sentia em relação a morte. Do ponto de vista de comunicação fica claro que a troca de informações era um fator de complicação para o processo da paciente, como diz Rodriguez (2015) fica impossível o paciente partilhar seus sentimentos quando as ideias de paciente e família são diferentes em relação ao tratamento ou mesmo questões de fim de vida.

Neste caso, conforme as estagiárias compreenderam a situação, foi orientado a Isabel que a postura que Psicologia tem na compreensão de que existe a necessidade de contar ao paciente seu diagnóstico e a evolução de sua doença para que melhore a realidade de enfrentamento à doença. Entretanto, a irmã sempre negou essa possibilidade, mesmo sendo questionada se a paciente gostaria ou tinha curiosidade em saber sua situação, ficando evidente que não havia respeito à autonomia de Maria. Isabel também acreditava que a irmã iria morrer, sabendo ou não da doença e



que não saber privaria ela de um sofrimento ainda maior. Entende-se que quando a família opta por esse posicionamento é, conforme Rodriguez (2015, p.262) um “desejo de proteger um ente querido”.

Sendo assim, no caso de Maria, foi totalmente visível os malefícios causados pela Conspiração do Silêncio, principalmente em seu processo de fim de vida. Segundo a equipe de enfermagem, a paciente apresentou um grau muito elevado de ansiedade quando percebeu sua finitude, fato que poderia ser evitado em uma conversa franca sobre não apenas o diagnóstico em si, mas sim sobre toda a evolução da doença. Crispim (2021, p.50) afirma que deixar o paciente sem conhecer as decisões e andamento de seu tratamento é “uma afronta à dignidade e à autonomia” que o paciente tem o direito à verdade e transparência pois disso decorre a relação de confiança entre profissional e paciente. Kübler-Ross (2017) discorre que deve-se levar em conta a família do paciente em Cuidados Paliativos, que nesse processo a família desempenha papel primordial e a maneira como a família reage contribui diretamente para a reação do paciente. Nesse sentido, infere-se que em um caso onde não há Pacto do Silêncio, poderia não haver uma dor tão grande em relação aos filhos, pois Maria saberia que sua irmã estaria disponível para o cuidado, por vezes com visitas mais constantes, nem o distanciamento do marido nesse momento complicado e principalmente a paciente se sentiria livre para falar sobre seus sentimentos frente a iminência da morte.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contextualizando a fundamentação teórica juntamente com o relato de experiência, fica visível os malefícios causados pela Conspiração do Silêncio, como um mal quase invisível que habita dentro dos hospitais e a partir do caso citado, é necessário pontuar que apesar da paciente não ter acesso às informações de seu próprio caso, ela sentia em seu corpo a agressividade da doença, tanto de forma física, como psíquica, principalmente por meio das limitações de movimento e dores que eram constantes, essa angústia era verbalizada nos atendimentos quando relatava que não conversava com sua irmã sobre sua condição e possível desenvolvimento da doença, afinal, ambas estavam confiantes de que Maria iria para casa curada. Também, foi necessário a compreensão de que por mais que seja uma decisão não aconselhada, foi necessário entender que essa dor



atravessava Isabel pelo medo de comunicar más notícias à irmã, por si mesma, afinal, em alguns atendimentos Maria conseguiu falar sobre a possibilidade da morte.

Quanto a equipe, é necessário pontuar a falta de um contexto multidisciplinar institucional engajado em buscar a qualidade de fim de vida para a paciente, sendo que na condição de estagiárias de psicologia hospitalar estávamos lá apenas uma vez por semana, como também a possibilidade do médico ser conivente a Conspiração do Silêncio devido a própria crença de por ser uma paciente jovem, realmente fosse melhor que não ficasse sabendo de seu diagnóstico. Por fim, é importante pontuar a dificuldade em nessa situação manter o sigilo, tanto em relação a compreender que não é o papel do Psicólogo contar o diagnóstico para a paciente, como de fazer intervenções com a familiar pontuando os desejos da paciente que eram falados dentro do sigilo de um atendimento psicoterápico.

Nesse cenário, a Psicologia dentro de uma equipe de Cuidados Paliativos mostra-se com um papel fundamental não apenas em relação à doença do paciente internado, mas também aos cuidadores e toda a equipe, pois partindo deste relato, foram feitas várias intervenções nesse sentido, seja em conversas rápidas com a equipe em meio a todo o caos da ala, ou em meio aos corredores com familiares que entre lágrimas desejavam ser ouvidos e ter sua dor e cansaço reconhecidos e também sendo orientados em relação a casos de Conspiração do Silêncio, onde a Psicologia compreende como ponto fundamental o paciente ter conhecimento sobre seu estado de adoecimento, pois apenas dando nome e sabendo o tamanho do mal, ele pode criar forças para lutar. Tais acontecimentos mexem com todo o funcionamento de uma ala, mostrando mais uma vez o papel que o psicólogo tem dentro de um hospital, o de estar onde as coisas estão acontecendo, como cita Simonetti (2018).



REFERÊNCIAS

- ACHETTE, D. , et al. Dor Total. In: CASTILHO, R.K; SILVA, V.C.S; PINTO, C.S.(Org.) **Manual de Cuidados Paliativos** da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu,2021.p.95-97..
- CRISPIM,D.H. Comunicação de Notícias Difíceis. In: CASTILHO, R.K; SILVA, V.C.S; PINTO, C.S.(Org.) **Manual de Cuidados Paliativos** da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu,2021.p.48-56.
- FONSECA, J.P.da. **Luto Antecipatório (as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada)**. São Paulo: Polobooks, 2012.
- GONÇALVES, S. P. et al. **Comunicação de más notícias em pediatria**: a perspectiva do profissional. Arquivos de Ciências em Saúde, v. 22, n. 3, p. 74-78, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.3.2015.56>
- HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2009.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos, e aos seus próprios parentes. 10. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2019. 285 p. Tradução Paulo Menezes.
- LINO, C. A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52-57, mar. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
- RODRIGUEZ, M. I. F. **Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio**. Psicologia Revista, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 261–272, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/22771>. Acesso em: 29 jun. 2023.
- SANTOS, C. K. C. et al. Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63-72, 2014. DOI:<https://doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.01.09>
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2018.
- VOLLES, C.C.; et al. **A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 212-231, jun. 2012 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jun. 2023.