MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

3ª EDIÇÃO

EDITORES
RODRIGO KAPPEL CASTILHO
VITOR CARLOS SANTOS DA SILVA
CRISTHIANE DA SILVA PINTO

ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Atheneu


SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
Tel.: 08000267753
www.atheneu.com.br
(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Manual de Cuidados Paliativos

3ª edição

EDITORES

Rodrigo Kappel Castilho

Vitor Carlos Santos da Silva

Cristhiane da Silva Pinto

ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2021

EDITORA ATHENEU

São Paulo —	*Rua Avanhandava, 126 – 8º andar* *Tel.: (11)2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro —	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21)3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu

PRODUÇÃO EDITORIAL/DIAGRAMAÇÃO: Rosane Guedes

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C349m
3. ed.

Castilho, Rodrigo Kappel
Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)/Rodrigo Kappel Castilho, Vitor Carlos Santos da Silva, Cristhiane da Silva Pinto. - 3. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2021.
624 p. : il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-210-2

1. Medicina. 2. Cuidados paliativos. I. Silva, Vitor Carlos Santos da. II. Pinto, Cristhiane da Silva. III. Título.

21-70428

CDD: 616.029
CDU: 616-036.8

Camila Donis Hartmann – Bibliotecária – CRB-7/6472

14/04/2021 14/04/2021

CASTILHO, R. K.; DA SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S.
Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – 3ª edição

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2021.

Comunicação de Notícias Difíceis

10

Douglas Henrique Crispim

Comunicação como metacompetência humana

Podemos definir competência como a soma de três aspectos-chave: conhecimento, habilidade e atitude. Parece simples: ao atingir um mínimo equilíbrio deles, podemos dizer que temos um indivíduo mais ou menos competente em determinado assunto. A comunicação em saúde sofre tanto pela falta de todos esses aspectos, em proporções variadas, como por ser uma habilidade que deveria ser priorizada na busca por termos não somente pessoas mais bem-atendidas, mas seres humanos melhores no futuro. Por isso, consideramos a comunicação não somente uma competência, mas uma metacompetência, uma soma de aspectos voltados para ir além; e ir além exige conviver com aspectos não agradáveis não somente do receptor, mas, principalmente, do emissor (nós, profissionais de saúde).

Em cuidados paliativos, a comunicação deveria ser ainda mais importante, como um aspecto central e básico, tanto pelo teor quanto pela quantidade de notícias difíceis a serem dadas. Abaixo listamos alguns pontos a serem considerados como nossa realidade (Tabela 10.1).

Tabela 10.1. Comunicação como competência.

Aspecto	Considerações	Estratégias
Conhecimento	Tema pouco exigido nas universidades e na formação dos especialistas em geral. Pouca produção científica nacional e uma tentativa incessante de imitar protocolos de países com cultura totalmente diferente da nossa	Disciplinas e módulos nas universidades; mais pesquisas nacionais; exigir em concursos
Habilidade	Profissionais aprendendo de forma teórica por protocolos fechados. Muitos vão para a prática sem supervisão, incorporando atitudes de colegas (currículo oculto)	Oficinas práticas desde a graduação; maior valorização em avaliações práticas; estimular maior conexão com os pacientes
Atitude	Profissionais com nível de conhecimento e prática aceitáveis, porém sem conexão com um propósito, com uma vontade genuína de ajudar o próximo	Desenvolvimento da empatia; bons exemplos

A boa comunicação começa quando somos capazes de perceber que a responsabilidade pela transmissão da informação e do acolhimento, no caso dos cuidados paliativos, é quase exclusiva do emissor. Na maioria dos casos, o receptor é o ser em grande sofrimento e vive as consequências dele, manifestando-as das formas mais variadas possíveis. Quando somos capazes de entender que a comunicação começa com a nossa responsabilização completa, começamos a evoluir.

Definindo má notícia

Uma má notícia é aquela que gera um *gap* entre expectativas e realidades com resultado negativo. As más notícias em cuidados paliativos podem ter um caráter mais agudo, porém, na maioria das vezes, envolvem situações em que o paciente e ou familiar já tinham algum conhecimento da mesma. As notícias de caráter agudo se aplicam a elementos novos, previamente desconhecidos e com potencial resultado negativo. Vivenciamos essas situações noticiando mortes por eventos catastróficos clínicos, como aconteceu durante a pandemia de Covid-19, ou em tragédias ambientais, como ocorreu em Brumadinho–MG. Comunicar uma notícia de um diagnóstico fatal por um achado em *screening* se diferencia muito de um diagnóstico.

Empatia

Empatia é uma palavra de muitas interpretações e possui um debate intenso que muitas vezes não leva em conta a natureza da definição. Apesar de ser conhecida como uma atitude (colocar-se no lugar do outro), a ciência vem comprovando que se trata de uma capacidade evolutiva, presente em muitos animais e com uma finalidade: manter a sobrevivência da espécie. No ser social, lutar pela sobrevivência da espécie envolve cuidar não somente de si, mas do próximo. Ao perceber o sofrimento do próximo, pode-se interpretar o significado desse sofrimento e gerar ou não uma ação sobre ele. Até aqui estamos falando dos mamíferos sociais como primatas, por exemplo. O ser humano tem uma possibilidade muito maior com essa capacidade: de interpretar e gerar ou não uma ação, porém de forma racional (empatia cognitiva). Essa capacidade pode ser menos desenvolvida, como no caso das pessoas com transtornos de personalidade antissocial; pode ter alteração do componente cognitivo, como nos casos do espectro autista; ou pode ter uma variação da normalidade, como acontece nos demais seres humanos. Portanto, por essa perspectiva, não podemos afirmar que uma pessoa não tem empatia, pois todos temos; mas sim que ela pode ter uma variação do nível de percepção ou das ações que gera com aquilo que percebe no outro.

> Empatia, em seu caráter evolutivo, pode ser definida como a capacidade inata de determinado ser experimentar sensações ou sentimentos de outro (empatia afetiva), sem estar vivendo diretamente a experiência (experiência vicária), e tomar perspectiva sobre os mesmos (empatia cognitiva).

Portanto, se quero melhorar meu nível de percepção do sentimento alheio ou se quero melhorar a forma de agir com o próximo, preciso trabalhar especificamente minha atitude. Nem sempre será confortável sentir em maior intensidade a dor do outro, mas acreditamos que o desenvolvimento da empatia seja o caminho para a evolução da forma de cuidar e do conteúdo de quem cuida. As atitudes altruístas e compassivas nascem da percepção.

Lócus de controle interno

O pensamento cartesiano busca fragmentar o saber e o ser para facilitar seu entendimento pela razão. Na comunicação, os profissionais de saúde podem buscar justificativas para uma habilidade limitada em comunicação. Uma forma comum é a utilização do lócus de controle externo, que significa encontrar um responsável externo para os fatos ligados a ele mesmo. As-

sim, ao se comunicar com alguém que expressa suas emoções ou opiniões de forma diferente da sua expectativa, ainda ouvimos colegas se referindo a pessoas como "família difícil", "paciente difícil", "colega complicado". É preciso mudar a atitude em direção a buscar menos a responsabilização por desfechos ruins e buscar mais a responsabilidade pela busca da solução.

Entendendo bloqueios emocionais do paciente e do profissional

Os profissionais, muitas vezes, simplificam e protocolam atitudes que, ao invés de amplificar sua percepção empática, distanciam-no da conexão verdadeira com o paciente ou familiar. O problema é que nem sempre ele percebe. Os familiares ou pacientes, por sua vez, ao se verem diante de uma situação desconfortável e de medo, buscam rotas mentais de fuga das suas emoções. A seguir, alguns exemplos de atitudes dos profissionais e dos pacientes/familiares como bloqueios emocionais (Tabela 10.2).

Comentando um fluxo de atendimento

Muito mais que um protocolo, é um conjunto de dicas de comunicação. Cada pessoa definirá seu próprio estilo. O principal aqui é entender que não existe nenhum protocolo que funcione sem a atitude verdadeira de se conectar e fugir do julgamento. O protocolo SPIKES funciona como um guia sequencial, porém é necessário se aprofundar em cada um de seus aspectos. Para alguns deles recomendamos modificações, conforme a Tabela 10.3.

Planejamento

Ao receber uma má notícia, é provável que o paciente ou seus familiares se sintam confusos com os próximos passos a partir dali. Não deixe que a comunicação finalize sem oferecer um planejamento claro e palpável sobre o que será feito em seguida. Algumas expressões genéricas podem parecer úteis, mas podem confundir mais ainda. Na Tabela 10.4, apresentamos algumas expressões a serem reconsideradas.

A conspiração ou pacto de silêncio

Sra. Ângela, 73 anos, casada, dois filhos. Quadro de emagrecimento progressivo há quatro meses, com tosse leve. Previamente autônoma e independente. Exames evidenciam adenocarcinoma pulmonar de não pequenas células, linfadenopatia mediastinal e uma massa suprarrenal. Ao retornar para o médico, o filho solicita ter uma conversa particular com o mesmo. A mãe espera do lado de fora do consultório.

Esse caso fictício certamente está ligado a um estereótipo comum de comportamento entre pessoas queridas de um paciente. McCabe relata que, para a maioria dos oncologistas norte-americanos, essa situação é vista de forma negativa, recorrendo a um direito inato dos pacientes em saberem seu diagnóstico. Porém, também relata que, o direito à verdade não é uma norma transcultural, e possui variações enormes em diferentes países. Porém, a nosso ver, a discussão sobre a conspiração do silêncio deve ir muito além da dicotomia entre paternalismo e autonomia; ela certamente tem mais a ver com amor.

Katz afirma que deixar o paciente de fora das decisões sobre seu tratamento é uma afronta à dignidade e à autonomia, enquanto Beauchamp deixa claro que o direito à verdade deve ser combinado com uma relação entre profissional e paciente baseada em confiança, para que seja evitado o chamado *"truth dumping"*, que seria uma espécie de "despejar agressivo da verdade". Por isso, a discussão sobre conspiração do silêncio é extensa e complexa, mas possui princípios claros que devem ser pautados no exercício da empatia, em como dar as notícias e em quais sentimentos estão associados a esses casos.

Tabela 10.2. Atitudes de bloqueio emocional por pacientes, familiares e profissionais.

Quem	Atitudes de bloqueio emocional/não empáticas
Profissional	**Linguagem técnica** Apesar de muitos não assumirem, ainda muito se pratica um idioma totalmente alheio ao entendimento das pessoas. Não é raro ouvirmos: "o quadro evoluiu", "um quadro importante", "não temos o tratamento curativo", "uma massa", "um tumor", "a saturação de oxigênio está estável", "a doença progrediu" ou "evoluiu". No imaginário do leigo "evoluir", "progredir", "importante" são relacionados a eventos positivos, e as doenças não costumam ter apelidos.
	Falar mais que ouvir Uma regra simples pode ajudar a resolver um grande problema. Não ouvir é uma atitude clara de quem não está disposto a entender realmente a outra parte. Por mais que a imagem do profissional seguro, que tem atitude de tomar a palavra e o faz logo no início da conversa, possa passar uma imagem de controle, a verdade é oposta a isso. A restrição da opinião alheia é uma forma de constrangimento, muitas vezes involuntária, que o profissional utiliza para fugir do contato real com a pessoa em sua frente. A chance de comunicar melhor uma notícia ruim a uma esposa é muito diferente ao se fazer de forma rápida, sem escuta, realizada logo após ela contar, por exemplo, o quanto gosta do marido, como os dois eram felizes e que ele era o responsável pelo sustento da casa. Pergunte a si mesmo se está ouvindo mais que falando; isso em geral vai ajudar!
	Perguntas fechadas como *check* de entendimento Ao realizar perguntas a alguém como "entendeu?", "ok?", "tá?", "né?", o profissional pode não somente não aferir o entendimento real do paciente ou familiar, como gerar em si a sensação errônea de que está fazendo uma excelente comunicação. Portanto, checar entendimento envolve, preferencialmente, uma pergunta aberta, como "o que você entendeu?". O caminho mais curto nesse caso não é o mais recomendado.
Paciente ou familiar	**Divagação da narrativa** Utilizar um excessivo detalhamento na história da doença pode indicar insegurança, medo de chegar ao final da mesma.
	Arborização do pensamento Iniciar uma narrativa e desviar do assunto principal até se perder do mesmo.
	Crença no milagre A esperança não somente deve ser aceita, como validada pelo profissional de saúde. O fato de alguém manifestar a crença em um milagre não deve soar como desrespeito ou falta de entendimento da situação. Não cabe ao profissional julgar elementos pessoais do familiar ou paciente, e sim observar quais sentimentos estão associados e quais as necessidades subjacentes. Lembre-se que os cuidados paliativos não são contra milagres. Observe se essa crença interfere no plano terapêutico e nos princípios éticos do cuidado. Caso a resposta seja negativa, apenas aceite.

A maior parte dos pacientes deseja saber de seu diagnóstico e participar das decisões sobre seu tratamento, inclusive pessoas idosas. Porém, estudos também mostram que um percentual significativo de profissionais aceita omitir dados de más notícias para pacientes a pedido de seus familiares.

Tuckett estudou quais eram as principais razões que levavam profissionais a darem a notícia ou esconderem a mesma do paciente (Tabela 10.5).

Tabela 10.3. SPIKES comentado.

Protocolo SPIKES comentado	
Set Up	Ambiente e vínculo: procure se aproximar com perguntas mais informais. Apresente-se e procure um espaço o mais confortável e privado possível. Evite salas de grande movimentação e corredores.
Perception	O protocolo sugere tirar as dúvidas sobre a história e motivos da investigação. Nessa fase, recomendamos explicar o porquê da conversa, quanto tempo teremos e perguntar ao paciente o que ele sabe sobre sua doença. A maior dica é perguntar sobre o que sabe da doença nesse momento, para evitar utilização excessiva do tempo.
Invitation	Nessa etapa, o protocolo sugere perguntar ao paciente se ele é do tipo de pessoa que quer saber com ou sem detalhes sobre a sua doença. Nós consideramos essa etapa como prévia e, durante o fornecimento da notícia, os detalhes devem surgir naturalmente conforme interesse do paciente. A nosso ver é muito difícil definir um grau de aprofundamento como sendo uma etapa do protocolo.
Knowledge	Fornecer a informação e checar o entendimento. Nossa dica para essa etapa é dividir a informação em diagnóstico, prognóstico, indicação ou não de procedimentos específicos e planejamento dos cuidados. Nunca comece discutindo diretivas de fim de vida. Nós sugerimos fortemente o envolvimento no caso e o posicionamento emocional para que o paciente sinta que você está com ele a partir de agora. Iniciar uma frase com "infelizmente", olhando nos olhos, mostra maturidade e empatia.
Emotions	Acolha as emoções. Nossa dica é de que elas podem surgir a qualquer momento da sua abordagem. Atenção aos sinais não verbais. Muitas vezes ombros encolhidos, olhar fixo para baixo, lágrimas, inquietação, são um sinal para que você pare imediatamente seu discurso. Não entenda a raiva como algo inesperado, ela pode surgir em até 19% dos pacientes. Toque o paciente em ombros, mãos, parte superior das costas, avalie a receptividade dele e também o quão você é hábil em não tornar esse toque artificial. Levante-se, aproxime-se dele, esteja com ele.
Summarize	O protocolo orienta resumir os dados da reunião. Nós orientamos utilizar essa etapa para checar o entendimento de todo o processo. Nem sempre é necessário perguntar se foi entendido, especialmente se isso ficou claro na abordagem. Evite perguntas fechadas: "entendeu?", "né?". Pergunte: "O que você entendeu dessa nossa conversa?". Acolha novamente e encerre.

Fonte: Crispim DH, *et al*. Manual da Residência de Cuidados Paliativos, 2018.

Tabela 10.4. Expressões que podem gerar confusão no planejamento após a má notícia.

Expressão a reconsiderar	Dica
“Agora não vamos tratar a doença, e sim o doente”	Tratar a doença não contraindica tratar o doente. Evite a ambiguidade.
“A partir de agora vamos oferecer qualidade de vida”	Cada pessoa pode ter uma noção diferente de qualidade de vida. Procure entender os valores da pessoa antes de oferecer algo genérico.

Tabela 10.5. Principais justificativas utilizadas para oferecer ou esconder a verdade.

	Razões para contar	Razões para não contar
Autonomia	Paciente quer saber e tem o direito	Paciente não quer saber, e tudo bem
Físico	Cooperação no tratamento, melhores desfechos	Crença de que a decepção pode piorar o estado clínico
Psicológico	Risco elevado de o paciente descobrir e haver quebra de vínculo, melhor enfrentamento	Crença de que a notícia pode levar a depressão, ansiedade e que as pessoas não "querem ouvir más notícias"
Intrínseco	Envolve respeito, empatia, muito mais que obrigação	Incertezas sobre o prognóstico exato motivam o retardo da má notícia

Fonte: Tuckett AG, 2004.

◆ Formas de apresentação

Em 2018, publicamos um modelo demonstrando as diversas formas que a conspiração do silêncio pode se apresentar. Devemos entender o momento em que temos uma interface entre o segredo profissional, como no caso de um paciente com HIV, e o segredo que pode ter consequências negativas no enfrentamento da doença (Figura 10.1).

◆ Princípios importantes para a abordagem

Ao nos depararmos com uma situação como essa, é importante partir de pressupostos baseados na empatia para uma abordagem mais adequada:

- Considere que o familiar quer esconder porque ama e quer proteger, e não por intenção de prejudicar;
- Evite uma argumentação competitiva entre o certo (você) e o errado (o outro). pois pode haver quebra do vínculo. Lembre-se que as conversas estão num plano não racional;

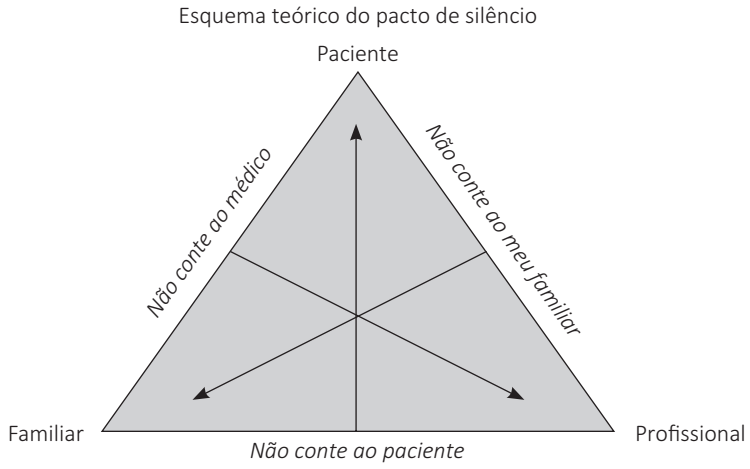

Figura 10.1. A conspiração de silêncio pode ocorrer partindo de "acordos" entre diferentes partes para com uma terceira. (Crispim DH, *et al.*, 2018.)

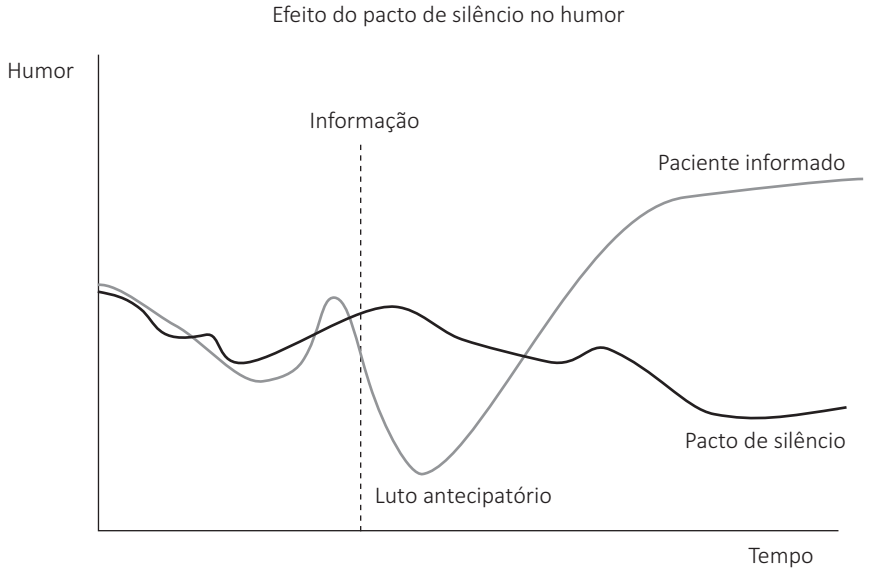

Figura 10.2. Modelo teórico desenvolvido por Crispim e Bernardes que ilustra a evolução do humor para os pacientes que recebem e para os que não recebem as informações. Os pacientes informados, apesar do período de luto, tendem a desenvolver melhores ferramentas de enfrentamento e estabilizarem o humor dias após a notícia.[3]

- Tenha real vontade de ajudar o familiar, e busque ouvir as razões pela preocupação;
- Tenha em mente que, na maioria dos casos, contar trará um resultado final mais positivo para o paciente. Tenha segurança disso;
- Saiba que ao contar, o paciente viverá um luto, e terá uma piora do humor, porém isso não significa que o "paciente se entregou", e sim que ele está triste. Mesmo assim, existe uma curva de melhora (Figura 10.2).

◆ Abordagem prática

A abordagem que recomendamos segue uma prioridade de argumentos com os quais não se gera confronto de ideias, inicialmente. Lembre-se de individualizar os casos (Tabela 10.6).

O que esperar de si mesmo no futuro?

Você poderá se ver replicando protocolos antigos, recitando mnemônicos simplificados da relação humana, na mesma onda de sempre do saber cartesiano: "*tools*". A busca pela ferramenta perfeita. Poderá também ter a certeza de que achou a fórmula mágica para a boa comunicação, e estar bem mais seguro. Porém, você pode estar muito mais à frente, olhando no espelho depois de tantos anos de prática e dizendo: como é lindo não saber, e poder aprender mais.

Você poderá chegar no trabalho sempre tranquilo, certo de que tem todas as condutas bem definidas na ponta da língua, tudo se tornou previsível. Nesse dia, você não deveria chegar à conclusão de que aprendeu o bastante de tudo que estava a sua volta, mas sim chegar à conclusão de que, em sendo o aprender infinito, você é que está num lugar ruim, a estagnação. Quando achar que sabe o bastante, terá encontrado a verdadeira morte, pois viver é aprender.

Tabela 10.6. Argumentação na conspiração do silêncio.

Vale a pena dizer a verdade	Não vale a pena mentir
O paciente sabe: existe uma grande chance de o paciente saber que algo muito ruim vem acontecendo; as pessoas percebem quando padecem	O paciente percebe: os pacientes podem perceber quando médicos e familiares escondem informações, usando atitudes dissimuladas
A verdade traduz entrega: quando não existem segredos, as pessoas se tornam mais próximas	Sentimento de culpa: muitos familiares experimentam culpa e arrependimento após o falecimento da pessoa
Planejamento: a pessoa tem o direito de fazer planos realistas em prazos possíveis	Não realizar desejos: muitas coisas que poderiam já ser realizadas hoje, estão aguardando
Enfrentamento: dotada de informação adequada, uma pessoa tem maiores recursos para enfrentamento psicológico	Humor: o humor mais depressivo durante o tratamento e o acompanhamento
Sabemos informar: "nossa equipe é treinada para conversas como essa". A informação fornecida de maneira progressiva conforme a demanda do paciente	A informação pode chegar da pior maneira: algum profissional novo que comenta na sala, uma visita hospitalar, um letreiro ou prescrição com o diagnóstico escrito
Direito e ética: autonomia do paciente	Afastamento: "nessa fase de doença seria melhor que vocês estivessem mais próximos"

Fonte: Crispim DH, et al., 2018.

BIBLIOGRAFIA

Bogo M, Katz E, Regehr C, Logie C, Mylopoulos M, Tufford L. Toward understanding meta-competence: An analysis of students' reflection on their simulated interviews. Social Work Educ. 2013; 32(2):259-73.

Crispim DH, Bernardes DCR. Comunicação em cuidados Paliativos. In: Manual da residência de cuidados paliativos. Manole; 2018.

Crispim DH, Brandao AB. Conduzindo uma reunião de família em Cuidados Paliativos. In: Manual da residência de cuidados paliativos. Manole; 2018.

Dean A, Willis S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. Int J Palliat Nurs. 2016; 22(6):265-71. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.6.265.

Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Speicher MR, Bragan L, Calabrese LH. Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. Med Educ. 2020 jun; 54(6):571-81. doi: 10.1111/medu.14138. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32083747. PMCID: PMC7317910.

Huang HL, Cheng SY, Yao CA, Hu WY, Chen CY, Chiu TY. Truth telling and treatment strategies in end-of-life care in physician-led accountable care organizations: discrepancies between patients' preferences and physicians' perceptions. Medicine. 2015; 94(16).

Janssen T, Carton JS. The Effects of Locus of Control and Task Difficulty on Procrastination. Journal Genet Psychol. 1999; 160(4):436-42. doi: 10.1080/00221329909595557.

Lockwood PL. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. Behav Brain Res. 2016; 311:255-66.

McCabe MS, Wood WA, Goldberg RM. When the family requests withholding the diagnosis: who owns the truth? J Oncol Pract. 2010; 6(2):94.

Morgan A. Against compassion: In defence of a "hybrid" concept of empathy. Nursing Philosophy. 2017; 18(3):e12148.

Nangle DW, Grover RL, Holleb LJ, Cassano M, Fales J. Defining competence and identifying target skills. In Practitioner's guide to empirically based measures of social skills. New York: Springer. 2010. p. 3-19.

Ozdogan M, Samur M, Artac M, Yildiz M, Savas B, Bozcuk HS. Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. J Palliat Med. 2006; 9(5):1114-9.

Rosenberg MB. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Editora Agora; 2006.

Sheu SJ, Huang SH, Tang FI, Huang SL. Ethical decision making on truth telling in terminal cancer: medical students' choices between patient autonomy and family paternalism. Med Educ. 2006; 40(6):590-8.

Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. Nurs Ethic. 2004; 11(5):500-13.

Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. Int J Clin Pract. 2015; 69(11):1257-67. doi: 10.1111/ijcp.12686.