

# Comunicación de Malas Noticias en Cuidados Paliativos y Conspiración del Silencio en la Atención Oncológica

Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos e Conspiração do Silêncio na Assistência Oncológica  
Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos e Conspiração do Silêncio na Assistência Oncológica

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar, a partir de um relato de experiência discente em serviço de oncologia, as implicações da conspiração do silêncio na assistência. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa, baseada em vivências de estágio curricular, registros em diário de campo, diálogo com equipe multiprofissional e revisão da literatura. **Resultados:** Observou-se que familiares frequentemente solicitam a omissão ou restrição de informações relativas ao diagnóstico e prognóstico, limitando a autonomia do paciente e impactando a tomada de decisões. **Conclusão:** Evidencia-se que estratégias como escuta ativa, empatia, reuniões familiares e uso de protocolos estruturados fortalecem o vínculo terapêutico, favorecem a compreensão e qualificam a assistência paliativa. **DESCRITORES:** Comunicação em saúde; Cuidados paliativos; Oncologia; Equipe Multiprofissional.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze, based on a student's account of their experience in an oncology service, the implications of the conspiracy of silence in healthcare. **Method:** It is a qualitative study grounded in curricular internship experiences, field diary records, dialogue with a multidisciplinary team, and literature review. **Results:** Findings indicate that family members often request the omission or restriction of information regarding diagnosis and prognosis, thereby limiting patient autonomy and influencing decision-making processes. **Conclusion:** Evidence suggests that strategies such as active listening, empathy, family meetings, and the use of structured communication protocols strengthen the therapeutic relationship, enhance understanding, and improve the quality of palliative care delivery.

**DESCRIPTORS:** Health Communication; Palliative Care; Medical Oncology; Multidisciplinary Care Team.

## RESUMEN

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar, a partir de un relato de experiencia estudiantil en un servicio de oncología, las implicaciones de la conspiración del silencio en la práctica asistencial. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo basado en vivencias de prácticas curriculares, registros en diario de campo, diálogo con el equipo multidisciplinario y revisión de la literatura. **Resultados:** Se observó que los familiares frecuentemente solicitan la omisión o restricción de información relacionada con el diagnóstico y el pronóstico, limitando la autonomía del paciente e influyendo en la toma de decisiones. **Conclusión:** La evidencia sugiere que estrategias como la escucha activa, la empatía, las reuniones familiares y el uso de protocolos estructurados fortalecen la relación terapéutica, favorecen la comprensión y mejoran la calidad de la atención paliativa.

**DESCRIPTORES:** Comunicación en salud; Cuidados paliativos; Oncología; Equipo multidisciplinario.

### Amanda Bobrzyk Pereira

Estudiante de Enfermería, 9.º semestre, Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y las Misiones, Campus Santo Ângelo/RS  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9021-6548>

### Natan Fontoura Saratt da Silva

Estudiante de Enfermería, 9.º semestre, Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y las Misiones, campus Santo Ângelo/RS.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8727-1493>

### Isabel Schorn Nascimento

Estudiante de Enfermería, 9.º semestre, Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y las Misiones, campus Santo Ângelo/RS.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3805-9361>

### Maria Eduarda da Silva

Estudiante de Enfermería, 9.º semestre, Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y las Misiones, campus Santo Ângelo/RS.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3889-4970>

### Lorenzo Meller Dumke

Estudiante de Medicina, 12.º semestre, Universidad del Valle del Río dos Sinos, campus São Leopoldo/RS.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2410-829X>

### Kelly Cristina Meller Sangoi

Doctoranda en Atención Integral a la Salud, Unijuí, Máster en Ciencias de la Salud. Profesora del Curso de Graduación en Enfermería, Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y las Misiones, campus Santo Ângelo/RS.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5550-0086>

Recibido en: 03/02/2026

Aprobado en: 10/03/2026

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la multiplicación desordenada de las células del cuerpo, formando tumores que comprometen el funcionamiento de los tejidos y órganos. En los casos más graves, se produce la metástasis, proceso en el que las células malignas se dispersan desde el tumor primario,

alcanzan los vasos sanguíneos o linfáticos y se diseminan a otras partes del cuerpo, originando tumores secundarios, lo que complica el tratamiento<sup>1</sup>.

Esta patología se considera un grave problema de salud pública mundial debido a su alta incidencia y mortalidad. Cuando la cura ya no es posible, se hace esencial la oferta de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos (CP) surgen como respuesta a las necesidades y los retos inherentes a las enfermedades graves, progresivas, incurables y limitantes, y constituyen un modelo de atención esencial para promover la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, preservando su dignidad y priorizando un enfoque integral y centrado en la persona<sup>2</sup>.

El Manual de CP del Ministerio de Salud destaca la importancia de aliviar el sufrimiento mediante la reducción del dolor físico, mental y espiritual, a partir de una actuación integrada entre el equipo de salud, el paciente y sus familiares. Se trata de una intervención que requiere una mirada atenta y precisa, orientada a promover el confort de todos los involucrados en el proceso, favoreciendo un mejor enfrentamiento de la enfermedad mediante la mejora continua de la asistencia prestada y la atención a los constantes cambios psicosociales y económicos que conlleva el diagnóstico oncológico<sup>3</sup>.

Se entiende por malas noticias toda información de carácter negativo que pueda provocar un cambio en la vida de una persona debido a una situación específica, como la necesidad de cambiar el curso del tratamiento, una respuesta deficiente al tratamiento, la necesidad de hospitalización o de realizar algún procedimiento invasivo, la pérdida de funcionalidad, la privación de la participación social y cambios inevitables en el estilo de vida<sup>4</sup>.

En este sentido, la comunicación eficaz en CP, en el contexto de la oncología, ayuda a comprender la condición de salud y a adoptar una mejor conduc-

ta frente a las opciones de tratamiento, favoreciendo la aclaración de dudas y la adhesión a la terapia, siempre basada en la claridad y la transparencia, con el fin de establecer una relación de confianza con el equipo de salud<sup>5</sup>.

Además, la comunicación de malas noticias es uno de los momentos más delicados en la práctica de cualquier profesional de la salud. Implica no solo la transmisión de información difícil, sino también la creación de un espacio donde el sufrimiento pueda ser acogido con empatía y respeto<sup>6</sup>.

Cuando el diálogo implica el agotamiento de las posibilidades terapéuticas ante una enfermedad avanzada e incurable, el impacto emocional tiende a ser profundo, afectando tanto al paciente como a sus familiares. Esta realidad puede comprometer el bienestar físico y psicológico, además de restringir las perspectivas y decisiones relacionadas con el futuro<sup>7</sup>. Ante esta experiencia, el paciente y la familia se enfrentan al reto de darle un nuevo significado, buscando nuevas formas de comprender y afrontar la incertidumbre, lo que exige una constante adaptación y reconstrucción de significados<sup>8</sup>.

En este proceso, el silencio se manifiesta con frecuencia en las fases iniciales de la EC, configurándose como un fenómeno social recurrente que involucra a pacientes, familiares, cuidadores y al equipo de salud<sup>9</sup>. Aunque la finitud es inherente a la condición humana, los pacientes, familiares y equipos multiprofesionales de salud demuestran a diario dificultades de comunicación, recurriendo, en ocasiones, a la llamada conspiración del silencio. Esta estrategia consiste en evitar discusiones sobre la condición de salud, el pronóstico y la finitud, por temor a las repercusiones emocionales que el conocimiento de esta información pueda causar<sup>10-11</sup>.

Dado el impacto de este fenómeno en la atención sanitaria, este informe tiene como objetivo describir la experiencia de los estudiantes durante la

licenciatura en el contexto de los CP oncológicos y la comunicación, centrándose en el fenómeno de la conspiración del silencio, con el fin de analizar sus implicaciones en el proceso de comunicación entre el equipo sanitario, el paciente y sus familiares, así como sus repercusiones en la toma de decisiones, en la experiencia de la enfermedad y en la atención integral ante el diagnóstico.

## MÉTODO

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo y descriptivo, caracterizado como un relato de experiencia, desarrollado a partir de diálogos y experiencias compartidas con estudiantes y profesionales de un equipo multidisciplinario que trabaja en CP.

Las experiencias analizadas surgieron de interacciones que tuvieron lugar en momentos de intercambio informal en el día a día del servicio, así como durante discusiones de casos clínicos, en las que se compartieron percepciones, estrategias de cuidado y retos éticos relacionados con el pacto de silencio ante el pronóstico de los pacientes.

Los registros fueron producidos en abril de 2024 por estudiantes del curso de graduación en enfermería durante la pasantía curricular obligatoria de la disciplina Atención Integral a la Salud del Adulto II, cuyo programa incluye la atención integral al adulto, incluida la evaluación clínica y la asistencia en condiciones de salud agudas y crónicas. La inserción de los estudiantes en este contexto les permitió acercarse a las prácticas asistenciales en CP y a los procesos de comunicación en salud.

El escenario de la experiencia fue un servicio de oncología ubicado en el sur de Brasil, referente en la atención a pacientes con enfermedades oncológicas en diferentes etapas de evolución clínica. Las observaciones y experiencias se registraron en un diario de campo, que contenía descripciones de las interacciones, reflexiones analíticas y

aspectos relevantes para la comprensión de las prácticas relacionadas con la comunicación del pronóstico y el pacto de silencio.

El análisis del material se realizó mediante una lectura minuciosa y sistemática de los registros, seguida de la identificación de los ejes temáticos que surgieron de la experiencia vivida, especialmente aquellos relacionados con la comunicación en CP, los aspectos éticos de la atención y las repercusiones del pacto de silencio en la asistencia. La interpretación de los hallazgos se basó en los supuestos teóricos de los cuidados paliativos y la bioética, en diálogo con la literatura científica pertinente al tema.

## RESULTADOS

Este relato de experiencia describe observaciones y experiencias académicas desarrolladas en el contexto de los cuidados paliativos. Las prácticas, con una carga horaria total de 15 horas, se realizaron en un servicio de oncología (ambulatorio) responsable del seguimiento de pacientes en cuidados paliativos oncológicos.

En el contexto ambulatorio, se atendió a diez pacientes durante el período. Se observó que los pacientes mantenían un mayor contacto con su rutina familiar y social, lo que favorecía la preservación de la autonomía y la identidad personal. A diferencia del entorno hospitalario, el ambulatorio permitía una atención más longitudinal y flexible, con una mayor posibilidad de diálogo continuo entre el equipo, el paciente y los familiares.

Las experiencias más significativas estuvieron relacionadas con el seguimiento de los pacientes y sus familiares tras la comunicación del diagnóstico de cáncer, la recidiva de la enfermedad o la constatación de la ineficacia terapéutica frente al tratamiento previamente instaurado.

En varias situaciones, se pudieron

observar manifestaciones emocionales intensas, como negación, ansiedad, rebeldía y silencio prolongado después de la consulta. En algunos casos, los familiares solicitaron una consulta privada con el equipo para discutir el pronóstico sin la presencia del paciente, lo que ponía de manifiesto la inseguridad sobre la mejor forma de llevar a cabo la comunicación.

Se observó que la experiencia de los PC variaba en función de factores como la clase social, la edad, el género y la estructura familiar. Los pacientes con una mayor red de apoyo mostraban una mayor adherencia a las orientaciones y una mejor organización de los cuidados domiciliarios. Por el contrario, las familias con conflictos previos o sobrecarga emocional mostraban una mayor dificultad para tomar decisiones compartidas.

En pacientes seniles, se hizo evidente que la familia a menudo asumía el papel de principal interlocutora con el equipo, intermediando en la información sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Esta postura, aunque motivada por la protección, a veces daba lugar a la omisión de información relevante para el paciente.

Durante la pasantía, se siguió el caso de un paciente anciano con progresión de cáncer metastásico de pulmón, en su primera infusión de quimioterapia paliativa, acompañado por su hija y su nieta. La familia asumía íntegramente la comunicación con el equipo, respondiendo a las preguntas dirigidas al paciente y solicitando explícitamente que no se le transmitiera cierta información sobre el pronóstico.

En un momento dado, cuando el profesional trató de evaluar la comprensión del paciente sobre su estado clínico, la hija intervino afirmando que él no sabía que la enfermedad estaba avanzada y que prefería que siguiera así. Se observó en el paciente una actitud introspectiva, con una mirada atenta a las conversaciones, lo que sugería una

posible percepción de la gravedad de la situación, a pesar del intento de ocultamiento.

Por el contrario, también se observaron situaciones en las que la comunicación abierta produjo efectos positivos. En una consulta realizada por un profesional cualificado, se adoptaron principios similares a los del Protocolo SPIKES. Inicialmente, se investigó el nivel de comprensión del paciente y la familia sobre la enfermedad; a continuación, la información se transmitió de forma gradual, con pausas para acoger las reacciones emocionales.

En esta consulta, el paciente expresó su miedo a «sufrir solo» y su preocupación por su esposa. La escucha activa permitió la elaboración conjunta de un plan de cuidados, que incluía seguimiento psicológico y orientación a la familia. Después de la consulta, los familiares informaron sentirse más seguros y preparados.

La pasantía puso de manifiesto las deficiencias en la preparación de los profesionales para comunicar malas noticias. Se observó inseguridad en algunos miembros del equipo, uso de lenguaje excesivamente técnico y dificultad para manejar emociones intensas. También se observó la ausencia de reuniones familiares estructuradas en determinados casos, lo que podría favorecer una mejor alineación de la información.

Estas experiencias suscitaron reflexiones sobre la necesidad de una mayor capacitación en comunicación en PC aún en la formación académica, incluyendo metodologías como la simulación realista y la formación específica para la comunicación de noticias difíciles.

Se produjeron situaciones similares en otras consultas, en las que los familiares solicitaron que no se utilizaran términos como «metástasis», «progresión» o «cuidados paliativos». Este comportamiento puso de manifiesto la presencia del llamado cerco del silencio,

caracterizado por el intento de proteger al paciente del sufrimiento emocional.

## DISCUSIÓN

El fenómeno observado en la consulta externa se corresponde con lo que se describe como conspiración del silencio, caracterizada por la evasión o la renuencia a discutir abiertamente el diagnóstico y el pronóstico<sup>12</sup>. La literatura evidencia que la ausencia de una comunicación honesta puede comprometer la calidad de vida, interferir en la toma de decisiones y dar lugar a intervenciones invasivas innecesarias<sup>13</sup>.

Los estudios indican que los pacientes que desconocen la gravedad de su afección no presentan mejores índices de calidad de vida, ansiedad o depresión<sup>14</sup>. Además, el desconocimiento puede generar un optimismo poco realista y comportamientos perjudiciales para la salud<sup>15</sup>.

La exclusión del paciente de las discusiones puede provocar sentimientos de desamparo, pérdida de autonomía e imposibilidad de resolver cuestiones personales y afectivas, lo que también repercute en el proceso de duelo familiar<sup>16</sup>.

La Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson sostiene que el cuidado debe basarse en principios éticos, humanísticos y relacionales. Desde esta perspectiva, el pacto de silencio debilita el cuidado transpersonal al limitar el diálogo y la autonomía del paciente<sup>17</sup>.

Por lo tanto, la comunicación no debe limitarse a la transmisión de información, sino constituirse como un espacio para la construcción de significado, la acogida del sufrimiento y la preservación de la dignidad. El estudio de xxx refuerza que el cerco del silencio está frecuentemente asociado a factores culturales y familiares<sup>16</sup>. Así, la superación de este fenómeno no debe producirse por imposición, sino mediante el diálogo estructurado, la escucha activa y la construcción de un entendimiento

con la familia<sup>18</sup>.

Estrategias como reuniones familiares estructuradas<sup>19</sup>, el uso de preguntas reflexivas («Si estuvieras en su lugar, ¿te gustaría saberlo?») y la participación del equipo multidisciplinar demuestran su potencial para desmontar el pacto de silencio sin romper los vínculos afectivos.

El uso del Protocolo SPIKES resulta relevante en la transmisión de noticias difíciles, ya que contempla seis etapas fundamentales que favorecen la comunicación gradual, la acogida emocional y la planificación conjunta de los cuidados<sup>20</sup>. De forma complementaria, el protocolo NURSE ayuda a gestionar las emociones, orientando al profesional a nombrar los sentimientos, comprender los miedos, respetar, apoyar y explorar las emociones<sup>21</sup>.

Las experiencias observadas en la pasantía confirman los hallazgos científicos, que asocian la comunicación honesta con una mayor satisfacción y seguridad del paciente y la familia<sup>22</sup>.

La laguna formativa identificada en los cursos del área de la salud coincide con la literatura, que señala que solo una pequeña parte de los profesionales recibe formación específica en CP<sup>23</sup>. La simulación realista se ha señalado como una estrategia prometedora para el desarrollo de competencias comunicativas, aunque aún faltan directrices estructurales consolidadas para su implementación<sup>24-25</sup>.

## CONCLUSIÓN

El presente informe de experiencia evidencia que la comunicación en la PC oncológica constituye un eje central para la promoción de la atención integral, humanizada y ética, especialmente ante el fenómeno de la conspiración del silencio. Las experiencias académicas descritas permitieron comprender que la omisión o distorsión de la información, aunque a menudo motivada por el deseo de proteger al paciente, puede generar impactos negativos significativos en la

calidad de vida, la autonomía, la toma de decisiones y el proceso de afrontamiento de la enfermedad y la finitud, tanto para el paciente como para sus familiares.

Se observó que el cerco del silencio surge de un contexto multifactorial, impregnado de aspectos culturales, emocionales, familiares e institucionales, que exige a los profesionales de la salud sensibilidad, preparación técnica y habilidades comunicativas avanzadas. En este sentido, la comunicación no debe entenderse solo como la transmisión de información, sino como un proceso relacional, basado en la escucha activa, la aceptación de las emociones y la construcción compartida de decisiones, respetando los valores, creencias y límites de cada individuo y familia.

El informe refuerza la importancia de la actuación multiprofesional y del uso de estrategias estructuradas, como reuniones familiares, preguntas reflexivas y protocolos de comunicación de malas noticias, como SPIKES y NURSE, como herramientas facilitadoras para cualificar el diálogo y reducir los impactos del pacto de silencio. Además, se evidencia la necesidad de una mayor inversión en la formación académica y la educación permanente de los profesionales de la salud, incorporando de forma sistemática contenidos relacionados con los cuidados paliativos, la bioética y la comunicación de malas noticias, incluso mediante metodologías activas, como la simulación realista.

Por último, cabe destacar que la superación de la conspiración del silencio no se produce de forma impositiva, sino a través de procesos dialógicos, empáticos y graduales, capaces de fortalecer los vínculos, promover la dignidad del paciente y garantizar una atención centrada en la persona. Así, se espera que este informe contribuya a la reflexión crítica sobre las prácticas comunicativas en cuidados paliativos y fomente la construcción de enfoques más sensibles, éticos y humanizados en el contexto de la oncología.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Cuidados paliativos [Internet]. 2023. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>.
2. Pecegueiro MJPV. O impacto da pandemia pela COVID19 na comunicação nos Cuidados Paliativos [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto [Internet]. 2021. Available from: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=522001](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=522001).
3. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. 2023. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao>.
4. Vogel KP, Silva JHG da, Ferreira LC, Machado LC. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2019;43:314–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>.
5. Paulino ATN, Prado DC, Pimentel JCF, Santos LSM, Rodrigues VSM, Tavares YS. A Importância da Comunicação Clara e Transparente na Relação Médico-Paciente no contexto dos Cuidados Paliativos. *Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar* [Internet] (ISSN-2527-2500). 2026 [cited 2026 Feb 12]. Available from: [https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/pt\\_BR/article/view/2794](https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/pt_BR/article/view/2794).
6. Lima RS, Rebellato C, Agostini OS. Vista do Comunicação de más notícias em cuidados paliativos: estudo bibliométrico. *Revista Eletrônica de Comunicação e Informação & Inovação em Saúde* [Internet]. 2026 [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3981/271>.
7. Cherpak GL, Hirschfeld HP, dos Santos LGM, Arbex MCFB. Barreiras para uma comunicação eficaz. *Guia de comunicação de más notícias*. Rio de Janeiro. Atheneu [Internet]. 2019. p. 31-28. 6. Available from: <https://www.scribd.com/document/884117250/Guia-de-Comunicacao-de-Mas-Noticias>.
8. Sansom-Daly UM, Lobb EA, Evans HE, Breen LJ, Ugalde A, Best M, et al. To be mortal is human: professional consensus around the need for more psychology in palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care* [Internet]. 2021 Mar 4;11(4):401–3. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002884>.
9. Ibañez-Masero O, Carmona-Rega IM, Ruiz-Fernández MD, Ortiz-Amo R, Cabrera-Troya J, Ortega-Galán AM. Communicating Health Information at the End of Life: The Caregivers' Perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022 Jul 11;16(14):2469. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142469>.
10. Nagelschmidt K, Leppin N, Seifart C, Rief W, von Blanckenburg P. Systematic mixed-method review of barriers to end-of-life communication in the family context [Internet]. *BMJ Supportive & Palliative Care* [Internet]. 2020 Aug 27;11(3):253–63. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002219>.
11. Alfaya-Góngora MM, Sánchez-Ojeda MA, Gallardo-Vigil MÁ, Navarro-Prado S. Estudio preliminar del proceso fin de vida mediante triangulación de datos en un hospital comarcal. *Enfermería Global* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Apr 28];20(2):426–52. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.428511>.
12. Sutar R, Chandra P, Seshachar P, Gowda L, Chaturvedi S. A qualitative study to assess collusion and psychological distress in cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*. 2021;25(2):242. Available from: [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_146\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_146_18).
13. Ferreira JC, Pereira AP, Bonamigo EL. Dificuldade de comunicar a morte do paciente aos familiares. *Revista Bioética* [Internet]. 2022 Mar;30(1):36–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301504EN>.
14. Alsirafy SA, Abdel-Aziz HI, Abdel-Aal HH, El-Sherief WA, Farag DE. Not Telling Patients Their Cancer Diagnosis in Egypt: Is It Associated With Less Anxiety and Depression and Better Quality of Life? *JCO global oncology* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2022 Oct 29];8:e2200080. Available from: <https://doi.org/10.1200/GO.22.00080>.
15. He C, Zhu WX, Tang Y, Bai Y, Luo Z, Xu J, et al. Knowledge of a cancer diagnosis is a protective factor for the survival of patients with breast cancer: a retrospective cohort study. *BMC Cancer* [Internet]. 2021 Jun 27;21(1). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12885-021-08512-1>.
16. Paganini LH, da Silva IBB, Oliveira G, Canartoli AC, Lins AMR, Schibler CEM, et al. Conspiração do Silêncio em Cuidados Paliativos: Revisão de Literatura. *Lumen Et Virtus* [Internet]. 2024 Oct 30;15(41):6459–73. Available from: <https://doi.org/10.56238/lew15n41-109>.
17. Sousa C, Preto C, Rodrigues P, Anastácio V. Intervenções de enfermagem que contribuem para a superação do luto perinatal. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health* [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 19];18(e):e35281–1. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/35281>.
18. Gonçalves DIO, Gonçalves LPS, Ruela MFO, de Oliveira PH. A Conspiração do Silêncio no Cuidado Oncológico: Dilemas Éticos na Comunicação do Diagnóstico e Prognóstico. *Editora Foco* [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 19]. Available from: <https://focopublicacoes.com.br/wp-content/uploads/2025/09/Foco-ETICA-E-PROFISSIONALISMO-EM-MEDICINA.pdf#page=13>.
19. Ferreira ACS, Alvarenga MIF, Rego MFMP. Conspiracy of Silence in Oncological Palliative Care: Perspectives and Strategies of the Healthcare Team. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2024 Apr 5;70(1). Available from: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4543>.
20. Ferraz MAG, Chaves BA, Silva DP, Jordán APW, Barbosa LNF. Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2022 Jul 18;46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210458>.
21. Maia RS, Nogueira CPV, Dias TA. Protocolos de Comunicação de Más Notícias em Saúde: Revisão da Literatura. *ID on line Revista de psicologia*. 2025 May 31;19(76):101–14. Available from: <https://doi.org/10.14295/online.v19i76.4181>.
22. García-Navarro EB, García Navarro S, Cáceres-Titos MJ. How to Manage the Suffering of the Patient and the Family in the Final Stage of Life: A Qualitative Study. *Nursing Reports* [Internet]. 2023 Dec 1;13(4):1706–20. Available from: <https://doi.org/10.3390/nursrep13040141>.
23. Chang T, Darshani S, Manikavasagam P, Arambepola C. Knowledge and attitudes about end-of-life decisions, good death and principles of medical ethics among doctors in tertiary care hospitals in Sri Lanka: a cross-sectional study. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2021 May 26;22(1). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12910-021-00631-5>.
24. Silva T, Ramos AR, Quadros A de. Uso da simulação realística como estratégia de ensino para os cursos de graduação em enfermagem. *Conjecturas* [Internet]. 2021 Nov 20;21(6):221–42. Available from: <https://doi.org/10.53660/CONJ-338-612>.