REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: DILEMAS BIOÉTICOS ENTRE A AUTONOMIA DO PACIENTE E O PATERNALISMO FAMILIAR

BREAKING BAD NEWS IN PALLIATIVE CARE: BIOETHICAL DILEMMAS BETWEEN PATIENT AUTONOMY AND FAMILY PATERNALISM

Ciências da Saúde • 07/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793748847

Anderson Roberto de Sales Corrêa[1]

Ana Paula da Costa Cavalcante[2]

Allan Patrick Aquino Silva[3]

Emilly Cassia Soares Furtado[4]

Karen Bianca da Silva Reis[5]

Gabriel Jardim da Mota Correa Pinto[6]

RESUMO

Na linha de cuidados oncológicos, a comunicação deve ser uma habilidade essencial para efetivação da compreensão do estado de saúde e facilitador do processo de aceitação do diagnóstico. Durante a terminalidade, este fator ultrapassa a estratégia de trabalho, sendo conceituado como um dever ético profissional. Esta revisão de literatura busca sintetizar e discutir evidências sobre a comunicação de prognóstico em oncologia adulta e pediátrica. Foi realizada revisão de literatura em bases de dados científicas no período de 2020 a 2025, com seleção final de 39 artigos. A análise das quatro matrizes temáticas evidenciou que: Protocolos estruturados como o SPIKES, OKRA e o modelo ABCDE fortalecem o vínculo terapêutico, reduzem a ansiedade e promovem decisões compartilhadas. Contudo, persistem lacunas na investigação prévia da percepção do paciente sobre a doença gerando descompassos entre a experiência do paciente e suas reais expectativas. Em países do Oriente a prevalência de não-revelação e protecionismo familiar atingiu taxas de 83,1%, em antítese a preferência pela verdade foi relatada por 69 a 83% dos pacientes. Em crianças e adolescentes o desejo de participação ativa no cuidado aumenta ao longo da progressão da doença. Pais enlutados defendem a comunicação precoce, honesta e contínua. Para os profissionais, comunicar más notícias é um processo relacional de alta carga emocional, que desencadeia ansiedade e sintomas depressivos. A comunicação de prognóstico deve ser consolidada como uma intervenção terapêutica longitudinal e relacional. A prática baseada em evidências exige a investigação das preferências de comunicação, e acolhimento da autonomia relacional.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Revelação da Verdade; Comunicação de más notícias; Bioética.

ABSTRACT

In oncology care, communication is an essential skill for ensuring patients' understanding of their health status and facilitating the process of accepting a diagnosis. At the end of life, this skill extends beyond a work strategy and becomes an ethical and professional duty. This literature review aims to synthesize and discuss evidence on prognostic communication in adult and pediatric oncology. A literature review was conducted using scientific databases, covering the period from 2020 to 2025, with a final selection of 39 articles. Analysis of four thematic matrices revealed that structured protocols, such as SPIKES, OKRA, and the ABCDE model, strengthen the therapeutic relationship, reduce anxiety, and promote shared decision-making. However, gaps persist in the preliminary assessment of patients' perceptions of their illness, leading to discrepancies between patients' experiences and their actual expectations. In Eastern countries, the prevalence of nondisclosure and family protectiveness reached 83.1%, whereas a preference for truth-telling was reported by 69% to 83% of patients. Among children and adolescents, the desire for active participation in care increases as the disease progresses. Bereaved parents advocate for early, honest, and ongoing communication. For healthcare professionals, delivering bad news is a highly emotional relational process that can trigger anxiety and depressive symptoms. Prognostic communication should be established as a longitudinal, relationship-centered therapeutic intervention. Evidence-based practice requires the assessment of communication preferences and respect for relational autonomy.

Keywords: Palliative care; Truth disclosure; Breaking bad news; Bioethics.

1. INTRODUÇÃO

A comunicação de prognóstico e terminalidade representam um desafio complexo para as equipes de saúde atuantes em cuidados paliativos, por envolver tensões éticas profundas entre o direito à informação, proteção à dignidade do paciente e os limites da medicina (Cenedesi Júnior, 2023). Informar o diagnóstico é diferente de comunicar prognóstico, pois o paciente, mesmo interessado em todas as informações sobre a doença, não necessariamente deseja estar informado sobre a evolução provável e a proximidade da morte, essa distinção torna o processo de comunicação de más notícias um ato que exige prudência, sensibilidade e rigor ético (Akdeniz; Yardimci; Kavukcu, 2021)

Diante do avançar da doença e esgotamento de estratégias terapêuticas curativas, surge a problemática da comunicação por parte da equipe multiprofissional do diagnóstico e do prognóstico ao paciente, familiares e cuidador principal (Cerqueira et al., 2024). Em situações de comunicação de prognóstico reservado, a equipe de saúde pode deparar-se com a tentativa de omissão de diagnóstico por parte da família, o que pode comprometer o bem-estar físico e psicológico do paciente(Bobrzyk Pereira et al., 2026). Com isso a problemática da omissão ou distorção de informações acerca do diagnóstico pode estender-se para todos os envolvidos no processo, tornando-se um problema bioético na área assistencial da saúde.

Sob a perspectiva da bioética, a autonomia um dos princípios centrais, estabelece que todo indivíduo possui o direito de tomar decisões sobre sua própria vida, tendo a escolha de aceitar ou recusar desde que esteja livre de qualquer coerção, sendo muito importante que esteja bem estabelecido para pacientes em cuidados paliativos (Ugarte; Acioly, 2014) . Entretanto, ao receber o

prognóstico de cuidados paliativos, em alguns casos a família pode tomar decisões que afetem a autonomia do indivíduo retificado no pacto do silêncio, motivados pela intenção de proteger o paciente, interferindo diretamente na dinâmica do cuidado em sua totalidade (Ferreira; Alvarenga; Rego, 2024).

Na literatura existente sobre esta problemática ainda é evidente a necessidade de sínteses que integrem os achados acerca da forma que o paternalismo familiar afetará o paciente e o tratamento, as variações nas preferências informacionais de pacientes e familiares a as implicações práticas dos princípios bioéticos na tomada de decisões clínicas. Diante disso, o artigo tem por objetivo identificar os dilemas éticos enfrentados por profissionais de saúde diante da comunicação de más notícias a familiares e pacientes que vivenciam doença oncológica, assim como estratégias adotadas para mediar os conflitos entre o desejo da família e o direito do paciente à informação e à autonomia

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL), com abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta nas bases de dados online: BDENF, LILACS, SciELO, PubMed e Index Psicologia. A busca na base de dados foi realizada durante o mês de Maio a Julho de 2026, utilizando-se os descritores: Cuidados paliativos; Revelação da Verdade; Comunicação de más notícias; Bioética, e seus correspondentes nos idiomas espanhol e língua inglesa.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram todos retirados da fonte científica para pesquisa em saúde DeCS (Descritores em

Ciências da Saúde), onde foi realizada a pesquisa utilizando a combinação dos descritores a partir do operador booleano “AND” e “OR” dos descritores da pesquisa.

Foi adotado como critérios de inclusão: Disponibilidade do artigo na íntegra gratuitamente; Publicação no idioma português, espanhol ou inglês; Publicação no período de 2020 a 2025; Texto com pesquisa em coleta de fontes primárias; Seleção do título que contenha referência aos descritores e; Leitura do texto na íntegra (classificatória), cujos resultados da pesquisa estivessem ligados ao conhecimento acadêmico sobre comunicação de más notícias no âmbito da oncologia.

Para os critérios de exclusão foi utilizado: Estudos do tipo amostras duplicadas; Resumos ou estudos que não foram disponibilizados na íntegra; Artigos publicados há mais de 5 anos; Idiomas diferentes de português, espanhol ou inglês; Texto sem elemento relevante ao escopo do estudo; Textos sem link de conteúdo disponível durante pesquisa bibliográfica; Texto com acesso restrito; Textos fora das bases de dados online selecionadas; Produção bibliográfica do tipo tese, dissertação, monografia, editorial, carta ao leitor, revisão de literatura.

Para a seleção das publicações procedeu-se à leitura exaustiva dos títulos e resumos, de modo a assegurar que eles contemplavam a questão norteadora da pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão selecionados. Foram realizadas buscas iniciais pelos resumos dos artigos que correspondiam aos descritores adotados e selecionados aqueles que mencionavam a comunicação de más notícias em cuidados paliativos e os aspectos bioéticos relacionados.

Na estratégia PICo foi considerado, P: Profissionais de saúde, pacientes em cuidados paliativos e suas famílias, I: Dilemas bioéticos e conflitos morais na comunicação de más notícias, Co: Tomada de decisão ética, humanização do cuidado e respeito às diretivas antecipadas de vontade

Para avaliação da qualidade da pesquisa qualitativa, foi utilizada a abordagem de análise de confiança dos dados, com a ferramenta GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research), que considera 4 componentes para avaliação de um artigo qualitativo: Limitações metodológicas, Coerência, Adequação dos dados e Relevância dos dados para o tema de pesquisa (Toma; Barreto; Lewin, 2019)

Os dados foram categorizados em quadros sinópticos com síntese dos resultados e classificados em matriz temática para reflexão dos resultados e elucidação das evidências recentes sobre o tema. O presente estudo por ser uma revisão integrativa de literatura, com uso de fontes de dados secundárias de domínio público dispensa apreciação ética e parecer consubstanciado por comitê de ética e pesquisa com seres humanos e animais. Todos os autores utilizados para a análise e síntese do conteúdo da revisão integrativa foram adequadamente referenciados.

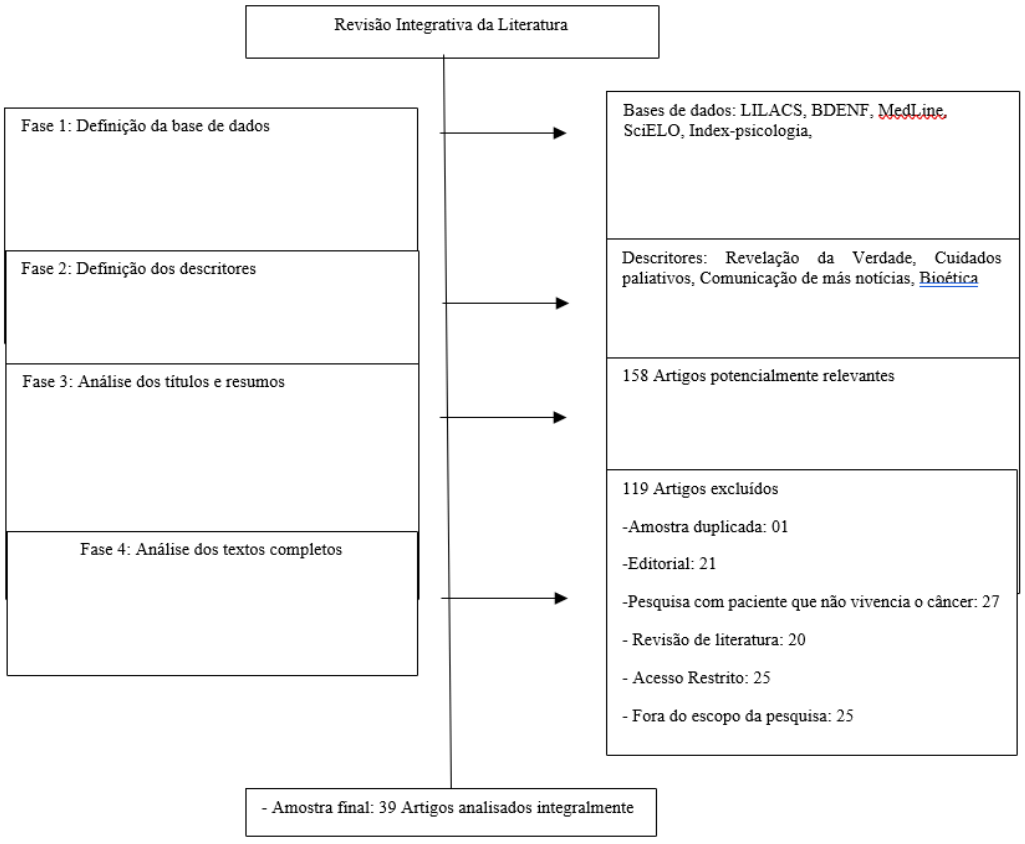
3. RESULTADOS

Em Busca inicial, foi identificado 14.834 artigos sem os filtros de pesquisa, após aplicação dos critérios de exclusão nos filtros de pesquisa, os resultados reduziram para 831 artigos, sendo 767 na Medline, 63 na LILACS, SciElo: 3, Index-psicologia: 9, BDENF: 11, quanto ao idioma, foram majoritariamente em língua inglesa

(N=786), seguido de Espanhol com 21 artigos e Português com 39 artigos.

Na 3ª etapa desta pesquisa foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos textos com filtração de 158 artigos que abordavam o tema relacionado a comunicação de más notícias no cenário de paciente e família que vivenciam doença oncológica. Após leitura completa dos artigos pré-selecionados, entraram para a pesquisa e análise de conteúdo da pesquisa um total de 39 artigos

Figura 1. Formação da amostra



Fonte: Protocolo de pesquisa, 2026.

Os dados foram analisados e categorizados a partir dos componentes de autor/referência, base de dados, amostra utilizada, periódico de publicação, Qualis CAPES e categoria profissional envolvida no estudo, a partir dos dados analisados é possível

identificar que 97,44% dos estudos da seleção final foram da base de dados PubMed (n=38), seguido da SciElo (2,56%, n=1).

Houve maior proporção de médicos pesquisando sobre o tema de comunicação de más notícias em oncologia, correspondendo a 43,59% (n=17) da amostra, seguido de enfermeiros (25,64% / n=10) e psicólogos (15,38% / n=6). Neste estudo identificado que a maioria dos artigos foi publicado em revista A1 (n= 18/46,15%), seguido de A3 (n= 10/25,64%) e A2 (n=5/23,08%).

Em método de análise para confiança dos dados disponibilizados nas pesquisas, foi utilizado o método GRADE-CERQual para as pesquisas com abordagem puramente qualitativa, assim, temos nesta pesquisa dados em sua maioria com alta confiança (n=12 /46,15%), seguido de moderada confiança (n=8 /30,77%) e Baixa confiança (n=4 /15,38%).

Metodologicamente os estudos foram em sua maioria transversal com uso de entrevista semiestruturada (n=19 /48,72%), seguido de estudo transversal com uso de questionário estruturado (n=9 /23,08%). A abordagem foi em sua maioria de estudos qualitativos (n=20 /51,28%), Quantitativos (n=12 /30,77%) e misto (n=7 /17,95%).

Quanto aos participantes das pesquisas, a maioria foi com Pacientes com câncer (n=13 /33,33%), seguido de Familiares ou cuidadores principais de pacientes com câncer (n=6 /17,95%) e Pacientes com câncer e familiares (n=6 /15,38%). Em relação ao País de estudo, em sua maioria, foram realizados nos Estados Unidos da América (n=9 /23,08%), seguido de Etiópia (n=4 /10,26%).

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o número de inclusão, tipo de bibliografia, local de

realização do estudo, título do artigo, objetivos e metodologia.

Nº	Região da pesquisa	País da pesquisa	Cenário do Estudo	Título do artigo	Objetiv
SILVA et al. 2025	Nordeste brasileiro	Brasil	Hospital universitário	SPIKES clinical protocol for delivering bad news: an experience report	Aplicar protoco SPIKES uma reuniã familiar com pacient em

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/a-comunicacao-de-mas-noticias-em-cuidados-paliativos-dilemas-bioeticos-entre-a-autonomia-do-paciente-e-o-paternalismo-familiar?noblockage

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2026.

Durante etapa analítica, as temáticas semelhantes foram agrupadas e sintetizadas em matrizes de conhecimento, apresentando 4 temas principais. Cada matriz foi desenhada com as convergências, divergências, lacunas do conhecimento e implicações práticas dos achados.

3.1. Matriz Temática 1: Protocolos Estruturados e a Prática Baseada em Evidências

Essa matriz consolida as evidências sobre eficácia, aplicabilidade, barreiras e limitações de ferramentas padronizadas para a comunicação de más notícias.

Artigos Incluídos	Abordagem Central / Desenho	Síntese Crítica dos Resultados	Lacunas e Limitações Evidenciadas	Implicações Clínicas e Científicas
KRIEGER et al. 2024 SILVA et al. 2025 AGUSTINA et al. 2024 ALVES et al. 2023 WALKER; SIVELL, 2022 MARTINS et al. 2023 HENOK FISEHA et al., 2020	Relatos de experiência, protocolos de estudo (OKRA), estudos de caso (ABCDE) e transversais quanti-qualitativos baseados no SPIKES.	Os protocolos estruturados funcionam como importantes balizadores de segurança para o profissional, reduzindo a ansiedade da equipe médica e de enfermagem. O SPIKES é amplamente aceito na oncologia e odontologia (câncer bucal), garantindo passos sistemáticos. Contudo, modelos lineares falham em absorver oscilações emocionais abruptas e dinâmicas familiares complexas, exigindo ferramentas complementa	Elevada dependência de autorrelatos dos profissionais; escassez de dados longitudinais que comprovem se a aplicação estrita do protocolo reduz, de fato, o sofrimento psíquico de longo prazo do paciente; e falta de validação cultural profunda das etapas rígidas do SPIKES em cenários não ocidentais.	**Necessidade de flexibilização:** Protocolos não devem ser seguidos como "scripts" mecânicos, mas sim como bússolas relacionais. Há clara demanda por incluir simulações realísticas e metodologias baseadas em casos (como o ABCDE) na formação de médicos, enfermeiros e dentistas para mitigar as barreiras de comunicação.

		res como o ABCDE para dilemas éticos específicos e o OKRA para acompanhamento contínuo.		

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2026. No intuito de identificar os limites emocionais da comunicação diagnóstica e prognóstica foi realizada entrevistas abordando o protocolo SPIKES. As emoções foram marcadas por choro, raiva e frustração. O uso do protocolo SPIKES proporcionou diálogo respeitoso e humanizado. Os conflitos iniciais foram atenuados por escuta ativa, transparência e apoio emocional (da Silva et al., 2025).

Ao considerar a perspectiva multicultural e étnica, um estudo de caso indonésio demonstrou que a comunicação da verdade requer avaliação prévia, posterior, preparação e continuidade do plano de cuidados. A avaliação recomendada foi o ABCDE (Atitudes, Crenças, Contexto, Estilo de tomada de decisão e Ambiente). As perspectivas e particularidades na Indonésia podem gerar diferentes reações. Em muitos casos as decisões sobre morte e morrer são consideradas prerrogativas exclusivas de Deus, interessando-se pouco sobre o prognóstico (Agustina et al., 2024).

No Brasil foi utilizado o protocolo SPIKES para comunicação de más notícias, observando-se que os pacientes desejam obter o máximo de informações sobre diagnóstico e prognóstico, todavia, apenas 35% tiveram esse nível de informação. Os 5 itens mais importantes expressos nas preferências foram: a definição de um plano de ação com encaminhamento para tratamento, o esclarecimento de dúvidas, a honestidade sobre seu estado de saúde, a esperança

oferecida pelo profissional, a atenção dispensada pelo profissional e o uso de linguagem acessível durante a conversa (Alves et al., 2023).

Contrariamente, pacientes que haviam concluído terapia anti-tumoral desejavam receber menos informações sobre prognóstico. Porém apresentaram maior ansiedade, pacientes depressivos relataram menor satisfação com apoio emocional durante revelação diagnóstica. Houve correlação negativa entre resiliência e escores de depressão e ansiedade (Alves et al., 2023).

Martins e colaboradores (2023) evidenciaram em estudo brasileiro que poucos profissionais possuem treinamento sobre comunicação de más notícias. Na pesquisa, foi relatado ser desafiador compreender a percepção do paciente sobre o diagnóstico e facilitador a demonstração de empatia no processo de comunicação.

Fato semelhante se repetiu na Etiópia, onde 82,1% da equipe médica não conhecia o protocolo SPIKES, neste estudo, apenas 19,2% dos pacientes estavam satisfeitos com as informações sobre o câncer. Mais da metade dos médicos acreditam que informar a notícia negativa irá causar depressão, desesperança e reduzir a sobrevida. Em contrapartida, são cientes que o paciente deseja saber seu diagnóstico e prognóstico (Fisseha et al., 2020)

Estudos de Fisseha e colaboradores (2020) juntamente com (Alves e colaboradores (2023) evidenciaram o contraste entre a vontade do paciente e a conduta que o médico considera o mais adequado, onde parte expressiva omite a verdade sobre prognóstico temendo a depressão e a perda de esperança.

A tentativa de proteção do paciente através da omissão de conteúdo diagnóstico ou prognóstico pode ser mascarado pelo princípio da Não-maleficência e Beneficência, todavia, recai sobre um paternalismo familiar, ferindo o princípio da autonomia e o direito do consentimento livre e esclarecido sobre as decisões terapêuticas, tratamento e condutas durante a terminalidade.

A concepção paternalista surgiu no final do século XIX como parte de uma crítica fundamentada no valor da liberdade e autonomia pessoal. Está associado a atitudes de superproteção que são comumente entendidas como uma violação da liberdade e autonomia de uma pessoa, com intenção benevolente ou protetora. O paternalismo abrange o confronto entre as necessidades pessoais individuais e a superproteção e cuidado social por outro indivíduo (Thompson, 2017).

O diagnóstico de terminalidade é considerada uma comunicação de má notícia, que tem como consequência forte impacto emocional ao paciente e familiares, com potencial de alteração drástica da vida e perspectiva de um indivíduo. No serviço de saúde, frequentemente a comunicação de más notícias envolve uma doença crônica ou terminal, como o câncer (Appiah-Danquah et al., 2025).

O debate ético sobre o paternalismo se debruça sobre constranger a pessoa para seu próprio bem, e se a ordem jurídica positiva deve proteger alguém de perigos, quando este alguém pode rejeitar tal proteção. Assim o paternalismo é contrário à autonomia e à autodeterminação. Fornecer um máximo de informações e apoiar as consequências devido às decisões, seria um caminho anti-paternalista (Adeodato, 2012)

Valores culturais, normas e contextos sociais têm o potencial de influenciar as preferências de pacientes e familiares na comunicação de más notícias. O contexto influencia se o médico conta toda a verdade, a quem e como. Os pacientes são frequentemente acompanhados por seus familiares ao hospital, que às vezes impedem que os médicos revelem informações sobre a gravidade da doença aos pacientes (FRANCIS, ROBERTSON, 2023; Abraha Woldemarian et al. 2021; Miller; Porter; Barbagallo, 2022).

A autonomia é desafiadora para profissionais de saúde envolvidos no processo de comunicação de más notícias, sendo mais crítico em momentos de terminalidade, buscando-se o equilíbrio entre as experiências pessoais de liberdade e autonomia, e as interdependências de paciente e família. Sendo necessário habilidades de negociação e capacidade de receber apoio da equipe de saúde. Assim, o binômio paciente-família deve encontrar equilíbrio para exercer a autonomia durante o período que vivencia uma doença limitante (Matos et al. 2022).

3.2. Matriz Temática 2: Tensões Culturais, Familiarismo, e o Dilema da Revelação da Verdade

Essa matriz analisa os conflitos éticos-culturais globais onde o modelo ocidental de autonomia individual colide com estruturas familiares protetivas (não-revelação da verdade e concluio familiar).

Artigos Incluídos	**Região / Contexto Cultural**	**Síntese Crítica dos Resultados**	**Dinâmica do Conluio (Collusion)**	**Implicações Clínicas e Científicas**
MUAYGIL et al., 2025	Arábia Saudita, Marrocos,	Há uma marcada divergência	Em países como Bangladesh	**Navegação cultural guiada:** A

RAOUI; GHALIB; AGOUB, 2025 BISWAS et al., 2025 NORONHA et al., 2025 HIRATSUKA et al. 2025 MULUGETA et al., 2024. MAYA et al., 2023. Ephrem Abathun Ayalew; Mphuthi; Matlhaba, 2023 Lounsbury et al., 2022 Bendary et al., 2022 AMINI; MESHKINI; RAMEZANI BADR, 2023 ABRAHA WOLDEMARIAM, 2021.	Bangladesh, Índia, Etiópia, Egito, Irã e cenários africanos gerais.	global sobre a autonomia: enquanto os pacientes frequentemente expressam o desejo individual de saber a verdade (*truth-telling*), a sociedade, as famílias e até os profissionais tendem a ocultar o diagnóstico de câncer para evitar a "perda da esperança". O impacto psicológico da revelação abrupta em locais sem suporte social (ex: Marrocos) é devastador, mas a **não revelação** está diretamente associada a uma pior qualidade do processo de morrer e maior sobrecarga emocional do	e Índia, a família atua como um filtro impermeável, colidindo com a equipe médica para ocultar o prognóstico (especialmente em idosos). Os profissionais enfrentam sofrimento moral ao equilibrar o dever ético da beneficência e o respeito às normas culturais locais.	comunicação nestes contextos exige uma abordagem de "revelação gradual e consentida", onde o profissional investiga o quanto o paciente deseja saber, em vez de aplicar uma transparência radical e descontextualizada. O conluio deve ser abordado como um sintoma do medo familiar que requer intervenção psicoterapêutica, e não apenas como um obstáculo burocrático.

		cuidador no luto.		

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2026.

Uma pesquisa fenomenológica Árabe investigou o dilema da revelação da verdade com médicos. Surgindo 3 temas centrais: Motivos para revelação, Conflito ético e Resposta ao conflito. Médicos sauditas revelaram que ao realizar formação na América do Norte deparam-se com o desafio de conciliar as práticas aprendidas com a realidade atual. Normas culturais, religiosidade e família representam um papel importante no momento de dizer a verdade (Muaygil et al. 2025).

O conflito ético de médicos sauditas surgiu diante de: “Pedido de familiares para ocultação da verdade”, geralmente bem-intencionados e em forma de proteger o paciente do impacto emocional e; “Proteção da reputação”, pois ao dizer a verdade eram vistos como inflexíveis, desequilibrando o dever médico com expectativas de familiares e colegas de trabalho. O conflito ético foi solucionado por meio da estratégia de julgamento profissional, onde priorizou-se o dever ético da divulgação, flexibilizando as regras para evitar o conflito, incentivando esperança para adequar-se culturalmente. Foi recomendado o ambiente acolhedor, treinamento profissional e conscientização sobre os direitos dos pacientes, assim como atuação multiprofissional (Muaygil et al. 2025).

Motivações para a não revelação da verdade foi investigada por Biswas e colaboradores (2025), onde a questão prognóstica foi ocultada do paciente pelos familiares em 93% dos casos. Os familiares, em sua maioria, evitaram perguntas e impedem que os

médicos discutam a doença com o paciente. Quase metade dos cuidadores sentiam-se culpados por não revelar a verdade. Como razão para a não divulgação da verdade foi relatado: deterioração do estado físico e medo de quebrar a esperança; recusa em submeter-se a tratamento adicional; e reações negativas. Propõem uma divulgação gradual, de acordo com o desejo do paciente, com revelação da verdade pelo cuidador principal, médico ou outro membro da família.

No Egito 89,5% dos pacientes desejavam receber a verdade, contradizendo com a abordagem paternalista e centrada na família adotada nesta cultura (Bendary et al. 2022). No Irã 80,7% desejavam saber seu diagnóstico (Amini; Meshkini; Ramezanibadr, 2023). Já na Índia foi investigado sobre desejos de 2.962 pacientes idosos com câncer em saber a verdade. Constatando que 71,8% dos pacientes desejavam completo esclarecimento sobre diagnóstico e prognóstico. Em 23,1% dos casos foi recusada pela família a abordagem do tema (Noronha et al. 2025).

Tendo como fatores associados a um desejo significativamente menor de divulgação incluíam sexo feminino, analfabetismo, ECOG PS ≥ 2, terapia administrada com intenção paliativa e vulnerabilidade funcional na avaliação geriátrica. Neste estudo 45% dos pacientes em terapia paliativa acreditavam que o tratamento oncológico estava sendo realizado com intenção curativa (Noronha et al. 2025).

Em estudo no Japão, a revelação da verdade demonstrou melhores proporções de “manter a esperança" e “prazer na vida diária” no grupo em que foi revelado diagnóstico e prognóstico, sugerindo desenvolvimento de resiliência adaptativa do paciente (Hiratsuka et al. 2025). Na Etiópia foi identificado que a revelação da verdade

contribuiu para a adesão ao tratamento, melhora da estabilidade psicológica e maior aceitação de tratamentos alternativos. A interferência familiar foi o principal fator mencionado para a não-revelação , determinando o conflito ético neste estudo (Mulugeta et al. 2024).

Ainda na Etiópia foi realizado pesquisa com 2 grupos de familiares, o grupo que sabia do prognóstico desde o início, afirmaram que é um direito do paciente, porém sentiram-se desconfortáveis com o controle e quantidade de informações repassadas durante a consulta. O segundo grupo não gostou que o paciente fosse informado ao longo da evolução da doença, alegando falta de oportunidade para amortecer o impacto da verdade. O grupo em que foi relatada a verdade sobre diagnóstico e prognóstico desde o início, percebeu melhor cooperação do paciente no cuidado (Maya et al. 2023).

O grupo de cuidadores da não-revelação verbalizou que a informação foi maléfica, aumentando preocupação e piorando o bem-estar emocional, sentiram-se angustiados, impotentes diante da progressão da doença, e culpados, com sentimentos de luto antecipado, tristeza e insuficiência. (Maya et al. 2023).

Ainda sobre esse grupo, a motivação foi relacionada a proteção de más notícias, considerando ser a coisa mais gentil a se fazer em um momento como esse. Adicionaram ainda o provável enfrentamento ineficaz ao lidar com a notícia. Em menor número desse subgrupo houve lamentação de não revelar o prognóstico, sendo justificado por ser o necessário naquele momento. Os cuidadores mantiveram o sigilo através de: poucas informações aos familiares, solicitação à equipe médica para não revelar o diagnóstico, manter o paciente

distraído e; controlar as pessoas com quem o paciente conversava (Maya et al. 2023).

Em pacientes da Etiópia a fé e rituais religiosos foram descritos como fundamentais para manter motivação e encontrarem sentido na vida, conservando a esperança. Ficou evidente com os discursos, que comunicar más notícias beneficia o paciente, permitindo o poder de escolha informada. O apoio da família, equipe de cuidados paliativos foram úteis no enfrentamento das más notícias. Ao receber a notícia de terminalidade, foi preferido estar ciente detalhadamente de tudo e estar na presença de seus familiares, tendo como abordagem: comunicação gradual, amigável e compassiva, assim como a empatia. Como formas inadequadas foi descrita a não participação de familiares e receber notícia direta (sem preparação). A abordagem de comunicação médica ao revelar diagnóstico de paliatividade foi considerada ruim e triste, não respeitando as preferências anteriormente relatadas (Ayalew; Mphuthi; Matlhaba, 2023).

Também foi investigado preferências de comunicação por pacientes, público geral e familiares na Etiópia. A preferência foi pela comunicação pelo oncologista de diagnóstico e prognóstico. 73% do público geral considerou que a expectativa de vida fosse comunicada somente para a família que poderia decidir se passaria ou não a informação ao paciente. Apenas 3% dos cuidadores preferiram a comunicação de prognóstico desfavorável ao paciente. Em contrapartida, os pacientes preferem, predominantemente, ser informados diretamente ou na presença da família. 69% dos pacientes afirmam que as informações não devem ser ocultadas, em comparação com 37% dos cuidadores. Na análise multivariada cuidadores e público geral foram menos propensos a permitir que

médicos revelem diagnóstico e prognóstico diretamente ao paciente (ABRAHA WOLDEMARIAM, et al. 2021).

Diante do dilema ético de revelação de más notícias, a dicotomia entre autonomia e presunção de maleficência diante da verdade Khan (2024) ressalta o conceito de "honestidade personalizada" sugerindo abordagem matizada para o comportamento ético, adaptando o diálogo ao contexto, enfatizando a transparência e confiança, simultaneamente avaliando a dinâmica da situação, equilibrando a veracidade com a empatia e compreensão, respeitando as diferenças individuais. Aplicando-se abordagem de relativismo ético; dialética relacional; acomodação comunicativa; inteligência emocional e comunicação centrada na pessoa.

A flexibilidade exige uma estrutura ética bem construída para prevenir manipulação ou engano, requerendo uma bússola moral forte e capaz de discernir quando e como adaptar a honestidade, evitando-se a ambiguidade ética, que é particularmente crítica em situações de más notícias e terminalidade, onde informações podem ser retidas sob o pretexto de proteger os sentimentos de outros (Khan, 2024).

A subjetividade do julgamento pode gerar uma honestidade problemática, sem diretrizes éticas claras, a revelação ou ocultação pode ser usada para racionalizar irresponsavelmente a desonestidade. Estabelecer limites éticos claros e promover cultura de integridade são essenciais para prevenir o uso indevido da honestidade personalizada (Khan, 2024).

3.3. Matriz Temática 3: Oncologia Pediátrica, Herbiatria e Triângulos de Comunicação Prognóstica

Esta matriz mapeia a complexidade das preferências de comunicação quando o paciente é uma criança ou adolescente, envolvendo as discordâncias entre pais, pacientes e oncologistas

Artigos Incluídos	**População-Alvo**	**Síntese Crítica dos Resultados**	**Divergências de Preferência (Mismatches)**	**Implicações Clínicas e Científicas**
KENTOR et al., 2025 SUPERDOCK et al., 2025 Christianson et al., 2025 AYALA, et al., 2025 KAYE et al., 2024 ZALUD et al., 2024. RINA; FENI, 2024 KAYE et al., 2021 Bluebond-Langner et al., 2020 BROUWER, et al., 2021 SISK et al., 2019 WANG et al., 2020	Crianças com câncer avançado, Adolescentes e Adultos Jovens, pais enlutados e oncologistas pediátricos.	A comunicação prognóstica em pediatria é dinâmica e reconfigura-se ao longo dos marcos da doença. Pais e pacientes frequentemente relatam sentir-se "abandonados no campo às escuras", sem clareza sobre a progressão da doença. Pais enlutados apontam que o tom, a honestidade compassiva e o momento da entrega da notícia moldam permanentemente a	**Descompasso claro:** Oncologistas tendem a superestimar o desejo dos pais por dados puramente estatísticos. Adolescentes exigem maior agência e informações longitudinais sobre o seu futuro e fertilidade, enquanto os pais muitas vezes tentam blindá-los da gravidade do prognóstico, gerando barreiras na comunicação triádica.	**Modelos de decisão compartilhada contínua:** A revelação do prognóstico na pediatria não é um evento único, mas um processo longitudinal. Recomenda-se o mapeamento sistemático e individualizado das preferências de comunicação de cada membro da tríade (Paciente-Família-Médico) a cada mudança de linha terapêutica,

		experiência de luto, exigindo das equipes pérolas comunicativas (empatia) em detrimento de armadilhas (frieza ou excesso de jargões técnicos).		garantindo o direito à informação dos adolescentes sem violar o tempo de processamento dos pais.

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2026.

Para abordagem de comunicação prognóstica com adolescentes e crianças, 2 estudos realizado em Memphis (EUA) investigam momentos para revelação, apresentando resultados semelhantes, emergindo respostas de: Após o diagnóstico; assim que as informações estiverem disponíveis; A cada mudança no estado da doença e; repetidamente ao longo do tempo. O valor da divulgação precoce foi valorizado por cuidadores com maior frequência após a morte do paciente, sendo importante durante o luto (Kentor et al. 2025; Kaye et al. 2025).

Em relação ao estilo da comunicação prognóstica, foram categorizados 4 temas: Inclusão dos Adultos jovens e adolescentes, Liderança do oncologista na divulgação; Integração da equipe e apoio psicossocial; local adequado para discussões. A maioria dos pais de pacientes preferiram não os incluir na discussão prognóstica, aumentando a frequência conforme a progressão da doença. No grupo dos enlutados, nenhum pai preferiu a ocultação prognóstica

ao paciente pelo médico. Os adolescentes e jovens adultos enfatizaram a participação e inclusão durante todo o processo de tratamento (Kentor et al. 2025).

Quanto ao conteúdo da comunicação prognóstica foi gerado 4 temas: Ouvir tudo x informação limitada; Conteúdo individualizado; Importância da orientação antecipatória e Valor das estatísticas. Os pais enfatizaram o desejo em saber tudo. Em situação de recidiva ou progressão da doença os pacientes não expressaram interesse em saber tudo, permitindo a limitação de certas informações. A preferência por ocultação da verdade prognóstica foi reduzindo em frequência conforme a progressão da doença nos grupos estudados, sendo nula nos pais enlutados. Poucos participantes em todos os grupos preferiram o uso de dados estatísticos de prognóstico da doença durante a comunicação (Kentor et al. 2025).

A comunicação prognóstica foi categorizada, por pais enlutados, como: útil e essencial, de alta qualidade e centrada no paciente. Devendo ser oportuna e transparente, com abordagem individualizada (respeito às preferências da família), com criação de espaço para esperança (Compaixão e não abandono). Os pais informaram que ouvir a comunicação era ruim e doloroso, porém necessário, auxilia nas expectativas realistas e tomada de decisões informadas. Para alguns a divulgação precoce permitiu que a criança tivesse autonomia e poder de decisão (Superdock et al. 2025).

Em estudos com pais, oncologistas e crianças em Memphis, foi descrito como preferências de comunicação: Perguntar ao paciente o que, quanto e com que frequência deseja ouvir; Que tipo de informação prognóstica seria útil saber e se deseja alguém para

compartilhar a informação. A conversa transparente, direta e empática; dar a opção de não ouvir mais também foi descrita como auxiliar. (Christianson et al. 2025)

Em relação ao desejo de divulgação emergiu 3 preferências: Desejo de se manter informado; Importância de antecipar e se preparar para o futuro e informação para tomada de decisões. No grupo que não desejou receber informações foi relatado: Confiança nos especialistas, ênfase em mentalidade de curto prazo, proteção e bem-estar emocional. A maioria dos pais e oncologistas defenderam a revelação do prognóstico mesmo que não fosse solicitada ou desejada por pacientes e pais (Christianson et al. 2025). Em estudo em Memphis, a maioria dos pais queria que o oncologista considerasse revelar o prognóstico aos pais primeiro e respeitasse as preferências dos pais em limitar as informações dependendo da idade da criança, do estágio de desenvolvimento ou de outros motivos específicos (Kaye et al. 2025).

No intuito de identificar as barreiras e facilitadores de comunicação de más notícias nos Países baixos, foi evidenciado maior expressão das barreiras de comunicação ao abordar a possível morte de seus filhos, emergindo 10 temas: Falta de comunicação oportuna, Falha médica em solicitar opinião dos pais, Pais sentindo-se despreparados depois da conversa; Falta de clareza sobre o tratamento futuro; Falha dos médicos em expressar incertezas; Falha dos médicos em agendar consultas de acompanhamento; Presença de muitos profissionais de saúde ou profissionais desconhecidos; Preocupação ao dar más notícias ao filho; lidar com indícios de más notícias em contextos não verbais; e incompreensão dos pais em relação à terminologia médica (Brouwer et al. 2020).

Para identificar as mudanças de comunicação prognóstica ao longo do desenvolvimento da doença, foi feito estudo de coorte longitudinal e prospectiva nos Estados Unidos, onde a comunicação prognóstica foi considerada extremamente importante durante o primeiro ano após o diagnóstico. Com proporções aumentando ao longo do tempo. No momento do diagnóstico relataram satisfação com as informações prognósticas recebidas, reduzindo a proporção ao longo dos meses de tratamento. A satisfação apresentou associação inversa com a ansiedade (Sisk et al. 2021).

A exigência ética, respeitando o princípio da autonomia e estabelecimento da verdade sobre diagnóstico e prognóstico para pacientes adultos está bem estabelecida e discutida nas pesquisas em saúde, sendo amplamente aceita e tendo como instrumento o consentimento informado. Para crianças e adolescentes a revelação da verdade ainda é um tema com discussões incipientes comparado com adultos, visto que ainda não é uma posição ética padrão. Isso ocorre porque o consentimento informado não apresenta grande relevância para crianças menores, sendo revelado as informações e fornecida a tomada de decisão para o responsável legal (Beauchamp; Childress, 2019; El Ali; O'Neil; Gillam, 2025; Gillam et al. 2022).

Além do consentimento informado, é descrito como razão ética para divulgação da verdade a crianças menores de idade: O respeito e promoção do envolvimento da criança no plano terapêutico, prevenção de restrição de frustrações da autonomia futura; respeito a criança como pessoa e personificação da veracidade e fidelidade (Hudson; Spriggs; Gillam, 2018).

Em geral, a discussão ética da confidencialidade de diagnóstico e prognóstico às crianças não é bem definida. Com autores que apresentam razões éticas a favor da ocultação da verdade, especialmente para crianças que não possuem total autonomia, e a possibilidade de eventos positivos e negativos nos interesses da criança durante a divulgação da verdade (El Ali; O'Neil; Gillam, 2025).

3.4. Matriz Temática 4: A Dimensão do Profissional de Saúde: Emoções, Treinamento e os Desafios Tecnológicos Atuais. Esta Matriz Examina as Dificuldades, a Sobrecarga Emocional e a Empatia dos Profissionais, Além do Impacto Disruptivo da Transformação Digital na Comunicação de Más Notícias.

Artigos Incluídos	**Foco da Evidência**	**Síntese Crítica dos Resultados**	**O Fenômeno Tecnológico / Modernidade**	**Implicações Clínicas e Científicas**
VITALE et al., 2025 MOHD DESA et al., 2024. IODICE; PENICK; WINKLER, 2023 MILLER; PORTER; BARBAGALLO, 2023 TRANBERG et al., 2024. HERZOG et al., 2023	Equipes de enfermagem, médicos (oncologistas/hematologistas), dentistas e estudantes de medicina.	A entrega de más notícias provoca expressiva sobrecarga emocional e exaustão psíquica nos profissionais, que muitas vezes carecem de treinamento formal durante a graduação. A percepção do paciente	**Quebra de Paradigma (Portais de Saúde):** O artigo **#19** introduz uma disrupção crítica: os portais eletrônicos de saúde do paciente (*Patient Portals*) estão "entregando" laudos de	**Urgência de Treinamento e Regulação Digital:** É imperativo reformular currículos de saúde para incluir a comunicação como competência técnica mensurável (usando simulações e análise de sentimentos

TRANBERG; BRODIN, 2023 KRIEGER et al., 2023 ABRAHA WOLDEMARIAM et al., 2021		sobre a empatia profissional é drasticamente afetada pela natureza da notícia (notícias piores reduzem artificialmente a percepção de empatia, mesmo em consultas tecnicamente idênticas). A linguagem utilizada e o ambiente físico são determinantes críticos na experiência de recepção do diagnóstico.	biópsias e exames de imagem catastróficos diretamente aos pacientes antes que o médico possa contextualizá-los, gerando pânico, desamparo e eliminando o acolhimento do ambiente clínico.	via IA/LLM para apoiar as dificuldades da enfermagem, como aponta o estudo #04). Clínico-institucionalmente, há necessidade de regular os tempos de liberação de exames em portais eletrônicos, garantindo que diagnósticos oncológicos graves tenham um *delay* controlado para permitir o agendamento de uma consulta presencial de acolhimento.

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2026

Na perspectiva de investigar a dimensão profissional da comunicação de más notícias na Itália, 221 profissionais foram entrevistados, onde foi identificado emoções como empatia, serenidade, consciência profissional e calma, outros demonstrando

impotência, desconforto e dificuldades emocionais como angústia e estresse (Vitale et al. 2025).

A empatia influenciou fortemente a capacidade de comunicar notícias negativas. O apoio da equipe influenciou no estado emocional durante a comunicação de más notícias. Fatores estressores foram identificados: reação do paciente e familiares e incerteza do diagnóstico. A distração, humor e apoio emocional foi descrito como um método de alívio de estresse (Vitale et al. 2025).

Iodice e colaboradores (2023), abordaram o tema de acesso ao diagnóstico e estadiamento do câncer através de portais eletrônicos. Foi descrito que o sofrimento psicológico diante do acesso à informação pelo portal prejudica a comunicação de más notícias, retirando a oportunidade de comunicação por profissional capacitado e atencioso. Os autores sugerem bloqueios estendidos aos pacientes, com disponibilização dos dados pelo médico assistente após a comunicação do diagnóstico e prognóstico.

Em pesquisa multicêntrica na Alemanha. Suíça e Austrália, foi investigado o treinamento, experiência e preferências de médicos e estudantes de medicina ao comunicar más notícias. Os médicos acreditam que o foco ao comunicar é: apresentar os fatos de forma direta. Consideraram difícil controlar emoções como tristeza, compaixão e manter postura profissional e equilibrar a empatia e a pena. A maioria dos médicos (93,3%) afirma adaptar a comunicação conforme a cultura do paciente (Herzog et al. 2023).

Na Suécia, a comunicação de más notícias moldou-se por 5 processos inter-relacionados: *Tornar-se o mau mensageiro, Esperar o imprevisível, Estar em cena, Gerenciar a esperança*

profissionalmente, Atenção plena à relação emocional. Sentiram-se responsáveis em informar o mais gentil possível. Preocuparam-se em manter um familiar na conversa, conhecer o paciente previamente, manter um quarto reservado e tempo para se preparar o suficiente para a conversa. A fala pausada e com poucos jargões foram importantes para os médicos da pesquisa (Tranberg; Brodin, 2023).

Os médicos podiam sentir alívio quando os pacientes ou seus familiares choravam; pois sabiam que os ouvintes haviam compreendido e aceitado a informação, podendo então prosseguir com a conversa para perguntas e planejamento. Alguns médicos temiam o sofrimento do paciente caso não correspondesse às expectativas dos pacientes. A maioria se preocupava em manter um bom relacionamento com seus pacientes, embora às vezes achassem difícil conciliar isso com a responsabilidade de transmitir a mensagem negativa (Tranberg; Brodin, 2023).

Foi explorado experiências, reações e preferências de pacientes ao receberem más notícias na Alemanha. Foi identificado que a maioria recebeu a notícia sozinho e prejudicial, sentindo-se como se estivessem perdendo o controle de suas vidas e vulneráveis. A maioria recebeu o diagnóstico de forma totalmente inesperada (Krieger et al. 2023).

Foi identificado como necessidades: Informações adequadas, segunda opinião, atendimento em etapas, decisão compartilhada e tratamento estruturado. Como reação dos pacientes às más notícias foi identificado: choque, medo e impotência, descrença e negação, raiva e sentimento de injustiça, gratidão e depressão (Krieger et al. 2023).

Quanto às preferências em relação ao recebimento de más notícias foi relatado: apoio psico-oncológico, atendimento às necessidades de informação, apoio abrangente orientado pelas necessidades e uma equipe de apoio competente (Krieger et al. 2023).

Pacientes italianos foram entrevistados sobre preferência de revelação. Tendo predileção por comunicação completa ou comunicação personalizada. Saber a verdade completa foi melhor para enfrentamento da doença. Foi relatado como barreiras de comunicação: tempo limitado das consultas, linguagem técnica, incapacidade do médico em compreender as necessidades dos pacientes (Bongelli et al. 2021).

Foi sugerido para melhoria no atendimento: Maior tempo durante consulta; Equipe com vínculo; Maior compreensão da reação do paciente, Relação mais sensível e humana, Maior empatia, Desejo de papel ativo no próprio cuidado e abordagem personalizada; mais informações e espaço para perguntas; Atenção para ser ouvido e Linguagem simples (Bongelli et al., 2021).

A comunicação da verdade em situações de doença oncológica e que ameaça a vida, envolve diversos dilemas éticos, a conspiração do silêncio é justificada por familiares e profissionais como tentativa de busca da paz e bem-estar, porém a ocultação da verdade causa tensão, angústia e isolamento social, confusão, isolamento e abandono. Nem a superproteção, nem o distanciamento auxiliarão nestes momentos (Couso et al., 2022)

A honestidade e compaixão devem auxiliar no processo de morte e morrer, auxiliando no enfrentamento do medo, dor, futuro incerto e causar dor e sofrimento. Há consensos que determinam que a

reduzir ou adiar a revelação da verdade pode ser um ato moralmente válido, conforme considerado apropriado. A verdade, mesmo que forneça conhecimento razoável sobre prognóstico, garante uma comunicação verdadeira, transparente e enriquecedora, estabelecendo melhoria na relação profissional de saúde - paciente (Couso et al., 2022).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar os dilemas bioéticos presentes na comunicação de más notícias em cuidados paliativos, com foco no conflito entre a autonomia do paciente e o paternalismo familiar. A partir da revisão integrativa realizada, foi possível identificar que a prática do pacto do silêncio ainda se coloca como um dos principais desafios enfrentados pelas equipes multiprofissionais, uma vez que a tentativa de omissão do diagnóstico por parte da família pode comprometer diretamente o bem-estar e a autonomia do paciente.

Protocolos estruturados (como SPIKES, OKRA e ABCDE) constituem a espinha dorsal da prática baseada em evidências na comunicação de más notícias. Eles promovem autonomia, transparência, alívio do sofrimento familiar e maior aceitação das condutas clínicas. Por outro lado, as principais limitações não residem nos protocolos em si, mas na ausência de capacitação formal durante a graduação e residência e na falta de preparo para lidar com reações emocionais e nuances socioculturais.

As tentativas de impor um modelo de comunicação ocidental de autonomia individual em contextos coletivistas gerou atritos e rejeição familiar. Por outro lado, ceder pacificamente a conspiração do silêncio e ao protecionismo familiar usurpa o direito do paciente à

autodeterminação, levando a piores desfechos de fim de vida, como demonstrado pelos dados de qualidade de morte e qualidade do cuidado na China, gerando angústia e culpa nos próprios cuidadores (Hiratsuka et al, 2025).

A literatura aponta para a necessidade de adotar o conceito de autonomia relacional e estratégias como a "oferta da verdade", nas quais o médico investiga ativamente o quanto o próprio paciente deseja saber e qual o papel ele concede à sua família na tomada de decisão. Dessa forma, constrói-se um triálogo clínico (médico-paciente-família) capaz de respeitar os laços culturais de suporte sem anular a dignidade e a voz da pessoa doente.

Comunicar más notícias não é uma simples tarefa técnica, mas um evento de alta densidade emocional que coloca o profissional em situação de vulnerabilidade psíquica, emergindo sentimentos de angústia, tristeza, impotência em contraste com a necessidade de manutenção de postura profissional. Expondo que a pessoa que comunica más notícias também necessita de cuidados, pois gera ansiedade e sofrimento psíquico aos profissionais com ou sem treinamento adequado.

A consolidação das quatro matrizes temáticas deste estudo sintetiza a complexidade multifacetada da comunicação de prognóstico e transmissão de más notícias (CMN) na prática oncogeriátrica, adulta e pediátrica. O avanço das evidências demonstra que a revelação prognóstica ultrapassou a condição de mero ato de transmissão de dados biomédicos, configurando-se como um processo interpessoal, ético e longitudinal, estruturado por dinâmicas culturais, relacionais e tecnológicas.

Como melhoria da atenção durante a comunicação de más notícias e terminalidade, observa-se a necessidade de implantação e execução de roteiros de comunicação flexíveis (centrados na pessoa) com equipe multiprofissional, e desconstrução da cultura do concluio familiar e não-revelação da verdade, com foco na abordagem de autonomia relacional. Estratégias de educação profissional em saúde sobre comunicação de más notícias, demonstraram eficácia na redução do estresse e angústia do profissional, e são mandatórias para qualificação da comunicação de más notícias no contexto oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHA WOLDEMARIAM, Aynalem et al. Breaking Bad News in Cancer Care: Ethiopian Patients Want More Information Than What Family and the Public Want Them to Have. **JCO Global Oncology,** n. 7, p. 1341–1348, ago. 2021.

ADEODATO.J.M. Direito à saúde e o problema filosófico do paternalismo na bioética. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais,** Vitória, n. 11, p. 149-170, jan./jun. 2012.

AGUSTINA, Rismia et al. ABCDE assessment for palliative care truth-telling dilemmas: a case study. **International Journal of Palliative Nursing,** v. 30, n. 8, p. 444–450, 2 ago. 2024.

AKDENIZ, M.; YARDIMCI, B.; KAVUKCU, E. Ethical Considerations at the end-of-life Care. **SAGE Open Medicine,** v. 9, n. 9, p. 1–9, 12 mar. 2021.

ALVES, Carolina G. B. et al. Patient's perceptions of oral and oropharyngeal cancer diagnosis disclosure: communication aspects

based on SPIKES protocol. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology,** v. 135, n. 4, p. 518–529, abr. 2023.

AMINI, Kourosh ; MESHKINI, Sahar ; RAMEZANIBADR, Farhad. Patients' preferences on breaking bad news: a cross-sectional study from Iran. **Indian Journal of Medical Ethics.** V. XXI, N. 4, p. 284-292, Out-Dez. 2023. Disponível em: https://ijme.in/articles/patients-preferences-on-breaking-bad-news-a-cross-sectional-study-from-iran/?galley=html. Acesso em: 17 ago.. 2026.

ANDRADE, C. G. DE .; COSTA, S. F. G. DA .; LOPES, M. E. L.. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, n. 9, p. 2523–2530, set. 2013.

APPIAH-DANQUAH, Rita et al. Breaking bad news related to terminal illnesses: protocol for a systematic review of the experiences and views of healthcare providers and patients in sub-Saharan Africa. **BMJ Open,** v. 15, n. 8, p. e099964-e099964, 1 ago. 2025.

AYALA, Adriana Areizaga et al. "We Were Still Left in the Back Field, Not Knowing": Pediatric Cancer Patients and Parents Describe Obstacles to Prognostic Communication. **Cancer Medicine,** v. 14, n. 7, abr. 2025.

AYALEW, EphremmAbathun; MPHUTHI, David D; MATLHABA, Kholofelo L. Patient's preferences for delivering bad news in palliative care in Ethiopia: a qualitative study. **BMC Palliative Care,** v. 22, n. 1, 3 nov. 2023.

BEAUCHAMP, T.L./ CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics.** New York: Oxford University, 8ªed. 2019.

BENDARY, Mohamed et al. Truth-telling in Oncology: Egyptian Patients' Attitudes and Preferences. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,** v. 23, n. 12, p. 4227–4231, 1 dez. 2022.

BISWAS, Jheelam et al. Situations in which caregivers and patients are likely to collude: Perspectives from caregivers of advanced cancer patients in Bangladesh. **Palliative & supportive care,** v. 23, p. e68, Spring 2025.

BLUEBOND-LANGNER, Myra et al. Parents' responses to prognostic disclosure at diagnosis of a child with a high-risk brain tumor: Analysis of clinician-parent interactions and implications for clinical practice. **Pediatric Blood & Cancer,** v. 68, n. 3, 23 nov. 2020.

BOBRZYK PEREIRA, A.; FONTOURA SARATT DA SILVA, N.; SCHORN NASCIMENTO, I.; DA SILVA, M. E.; MELLER DUMKE, L.; MELLER SANGOI, K. C. Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos e Conspiração do Silêncio na Assistência Oncológica. **Nursing Edição Brasileira,** *[S. l.]*, v. 31, n. 334, p. 13186–13200, 2026. DOI: 10.36489/nursing.2026v31i334p13186-13200. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3549. Acesso em: 25 jun. 2026.

BONGELLI, Ramona et al. Italian onco-haematological patients preferences in bad news communication: a preliminary investigation. **BMC cancer,** v. 21, n. 1, p. 555, Spring 2021.

BROUWER, Marije A. et al. Breaking bad news: what parents would like you to know. **Archives of Disease in Childhood,** v. 106, n. 3, p. 276–281, 1 mar. 2021.

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M. DA .; SILVA, J. J. DA .. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética,** v. 27, n. 4, p. 711–718, out. 2019.

CENEDESI JÚNIOR, MA. Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. **Revista Bioética,** v. 31, p. e3532PT, 2023.

CHRISTIANSON, Caroline et al. Preferences for Communication About Prognosis Among Children With Cancer, Parents, and Oncologists. **JAMA Network Open,** v. 8, n. 4, p. e255431-e255431, 16 abr. 2025.

COUSO, Edeny Fando et al. Comunicación de la verdad en oncología desde la visión de la bioética médica. **Revista Cubana de Medicina Militar.** v. 51, n.3, e: 02202049. Jun. 2022.

CUNHA, 2014. **A pesquisa baseada em evidências manual revisão bibliográfica sistemática e integrativa.** [s.l: s.n.]. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf.

EL ALI, Mandy Mervat; O'NEILL, Jenny; GILLAM, Lynn. How paediatric nurses frame the ethics of non-disclosure directives. **Nursing Ethics,** 14 jun. 2025.

FERREIRA, A. C. DA S.; ALVARENGA, M. I. F.; REGO, M. F. M. P. DA S.. Conspiracy of Silence in Oncological Palliative Care: Perspectives and Strategies of the Healthcare Team. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 70, n. 1, p. e–214543, 2024.

FRANCIS, Laura; ROBERTSON, Noelle. Healthcare Practitioners' Experiences of Breaking Bad news: a Critical Interpretative Meta Synthesis. **Patient Education and Counseling,** v. 107, n. 0738–3991, p. 107574, fev. 2023.

GILLAM, Lynn et al. Telling the truth to seriously ill children: Considering children's interests when parents veto telling the truth. **Bioethics,** v. 36, n. 7, 19 maio 2022.

HENOK FISSEHA et al. Perspectives of Protocol Based Breaking Bad News among Medical Patients and Physicians in a Teaching Hospital, Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Sciences,** v. 30, n. 6, 1 nov. 2020.

HERZOG, Emilie M. et al. How to break bad news and how to learn this skill: results from an international North-Eastern German Society for Gynecological Oncology (NOGGO) survey among physicians and medical students with 1089 participants. **International Journal of Gynecologic Cancer,** v. 33, n. 12, 1 dez. 2023.

HIRATSUKA, Yusuke et al. Impact of Diagnosis Nondisclosure on Quality of Dying in Cancer Patients: A Bereavement Study. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 69, n. 2, p. 196–203, fev. 2025.

HUDSON, Nicholas; SPRIGGS, Merle; GILLAM, Lynn. Telling the truth to young children: Ethical reasons for information disclosure in paediatrics. **Journal of Paediatrics and Child Health,** v. 55, n. 1, p. 13–17, 9 set. 2018.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidados Paliativos.** Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos.

IODICE, Eleanor; PENICK, Emily; WINKLER, Stuart S. When Patient Portals Break Bad News. Military Medicine, v. 189, n. 7–8, p. 183–185, 22 dez. 2023.

KAYE, Erica C et al. Patient, Parent, and Oncologist Perspectives and Recommendations on the Right Way to Talk About Prognosis in Advanced Childhood Cancer. **JCO Oncology Practice,** 6 set. 2024.

KAYE, Erica C. et al. Prognostic Communication Between Oncologists and Parents of Children With Advanced Cancer. **Pediatrics.** v. 147, n. 6 : e : 2020044503. Jun 2021.

KENTOR, Rachel A. et al. Differences in Patient and Parent Preferences for Prognostic Communication Across Disease Milestones in Advanced Childhood Cancer**. Pediatric Blood & Cancer,** v. 72, n. 11, 4 ago. 2025.

KHAN, Abdul Sattar. Customised honesty: A new paradigm in ethical behaviour. **Indian Journal of Medical Ethics.** V.10, ed. 1, Disponível em: https://ijme.in/articles/customised-honesty-a-new-paradigm-in-ethical-behaviour/?galley=html. Acesso em: 17 ago.. 2026.

KRIEGER, Theresia et al. Cancer Patients' Experiences and Preferences When Receiving Bad news: a Qualitative Study. **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology,** v. 149, 23 ago. 2022.

KRIEGER, Theresia et al. Study protocol OKRA: orientation compass for the preparing, delivering and following up on breaking bad news conversations in paediatric oncology. **BMJ Paediatrics Open,** v. 8, n. 1, p. e002473, maio 2024.

LOUNSBURY, David W. et al. Communicating bad news to patients and families in African oncology settings. **Psycho-Oncology,** 7 set. 2022.

MARTINS, BN. et al. The barriers dentists face to communicate cancer diagnosis: self-assessment based on SPIKES protocol. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal,** p. e191-e198, 2023.

MATOS, SA. Bioética: perda da autonomia como consequência do paternalismo no processo do envelhecimento. **Mundo livre: revista multidisciplinar,.** 8, n. 2, p. 87-103, jul/dez. 2022.

MAYA, Sravannthi et al. Experiences of prognosis disclosure versus nondisclosure among family caregivers of persons with advanced cancer. **Death Studies,** v. 48, n. 9, p. 905–915, 20 dez. 2023.

MILLER, Elizabeth M.; PORTER, Joanne E.; BARBAGALLO, Michael S. Patient and family members' experiences with language and environment when receiving bad news: A qualitative exploratory study. **Palliative and Supportive Care,** p. 1–7, 31 jan. 2023.

MILLER, Elizabeth M.; PORTER, Joanne E.; BARBAGALLO, Michael S. The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. **Palliative and Supportive Care,** v. 20, n. 3, p. 433–444, 25 ago. 2021.

MOHD DESA, S. N. F. et al. An insight into clinicians' practices in breaking bad news of oral cancer diagnosis. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery,** v. 53, n. 9, p. 717–723, set. 2024.

MUAYGIL, Ruaim A. et al. Truth-telling and devastating disclosures Navigating the tension between ethical and cultural obligations in Saudi Arabia. **BMC Medical Ethics,** v. 26, n. 1, 14 nov 2025.

MULUGETA, Tefera et al. Breaking bad news in oncology practice: experience and challenges of oncology health professionals in Ethiopia – an exploratory qualitative study. **BMJ open,** v. 14, n. 5, p. e087977-e087977, 1 maio 2024.

NORONHA, Vanita et al. Treatment goals, desire for disclosure, and perception of cancer treatment outcomes in older patients with cancer: An observational study from a tertiary care center in India. **Journal of Geriatric Oncology,** v. 16, n. 3, p. 102198, abr. 2025.

RAOUI, Aicha; GHALIB, Loubna El; AGOUB, Mohamed. Psychological and social impact of announcing cancer diagnosis in a Moroccan university hospital oncology unit: a cross-sectional study**. BMC Psychology,** v. 13, n. 1, 26 nov. 2025.

RINA, Mariyana ; FENI, Betriana. The experiences of Indonesian parents receiving bad news about their children's diseases: A qualitative descriptive study. **Journal of pediatric nursing.** V. 77, p. e558-e564, 2024.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. REVISÃO INTEGRATIVA DE PESQUISA APLICADA À ENFERMAGEM. **Cogitare Enfermagem,** v. 3, n. 2, 1998.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v.20, n.2, jun. 2007.

SIQUEIRA, Michel et al. SPIKES clinical protocol for delivering bad news: an experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 78, n. 6, 1 jan. 2025.

SISK, Bryan A. et al. Longitudinal prognostic communication needs of adolescents and young adults with cancer. **Cancer,** v. 126, n. 2, p. 400–407, 30 set. 2019.

SUPERDOCK, Alexandra K. et al. Communication About Prognosis Across Advancing Childhood Cancer: Preferences and Recommendations from Bereaved Parents. **Journal of Palliative Medicine,** 5 jun. 2025.

TAVARES DE SOUZA, M.; DIAS DA SILVA, M.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein,** v. 8, n. 1, p. 102–108, 2010.

THOMPSON, L. **Paternalism,** 15ª Ed, Londres ed Encyclopedia Britannica. , 2017.

TRANBERG, Mattias et al. The influence of “bad news” and “neutral/good news” on patients” perception of physician empathy during oncology consultations. **Cancer Medicine,** v. 13, n. 1, jan. 2024.

TRANBERG, Mattias; BRODIN, Eva. Physicians’ Lived Experience of Breaking Bad News in Clinical Practice: Five Essentials of a Relational Process. **Qualitative Health Research,** v. 33, n. 14, p. 1349–1359, 4 out. 2023.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it . **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,** v. 41, n. 5, p. 374–377, out. 2014.

VITALE, Elsa et al. Communicating bad news in oncology and hematology settings: A statistic and Large Language Model for interpreting nurses' difficulties and emotions. **Palliative and Supportive Care,** v. 23, 2025.

WALKER, Louise ; SIVELL, Stephanie. Breaking bad news in a cross-language context: A qualitative study to develop a set of culturally and linguistically appropriate phrases and techniques with Zulu speaking cancer patients. **Patient Education and Counseling,** v 105, p.2081-88, 2022.

WANG, Qi et al. Perspectives of Chinese Cancer Patients Toward Disclosure of Cancer Diagnosis to Their Minor Children. **Cancer nursing,** v. 43, n. 1, p. 2–11, 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546–553, dez. 2005.

ZALUD, Kristina et al. Parent and oncologist perspectives on prognostic disclosure in advanced childhood cancer: communication pearls and pitfalls. **Supportive Care in Cancer,** v. 32, n. 6, 13 maio 2024.

---

[1] Enfermeiro. Universidade Federal do Pará, Especialista em enfermagem oncológica. Belém/Pa. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3895-0090

[2] Bacharel em Ciências Contábeis, Especializada em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Pará, Primavera, Pará. E-mail: acesse o

artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-0044-5480

[3] Cientista social. Universidade Federal do Pará. Especialista em antropologia urbana. Belém/PA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-9317-1542

[4] Fisioterapeuta, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9796-9859

[5] Enfermeira, Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém, Pará. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9545-0877

[6] Médico, Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém, Pará. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3966-6542