

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA EXPERIÊNCIA DE QUASE-MORTE: abordagem pelo profissional de saúde

PSYCHOLOGICAL IMPACTS OF NEAR-DEATH EXPERIENCE: approach by the health professional

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DE LAS EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE: enfoque del profesional de la salud

Monalisa Claudia Maria da Silva*
Alexander Moreira-Almeida**

RESUMO

As experiências de quase-morte (EQM) têm sido descritas consistentemente na história da humanidade, mas ainda há pouca discussão sobre seu impacto e como devem ser abordadas pelos profissionais de saúde. Neste artigo, revisamos as evidências dos impactos psicológicos da EQM e como são acolhidas e abordadas pelos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, as EQMs são descritas como agradáveis e com impactos majoritariamente positivos a curto e longo prazo, como maior sentido existencial, espiritualidade, crença na vida após a morte e menor medo da morte. Mas também podem ser angustiantes e com impactos negativos, como frustração e dificuldades de integrar as vivências na vida cotidiana. As EQMs ainda são pouco exploradas e seus relatos muitas vezes rechaçados pelos profissionais de saúde. Como diretrizes mínimas, recomenda-se que os profissionais de saúde estejam abertos e proporcionem escuta empática aos relatos de EQMs dos pacientes, orientando-os que as EQMs são frequentes, não são indicadoras de problemas físicos ou mentais e que geralmente têm impacto positivo. Também pode-se orientar que para algumas pessoas as EQMs podem gerar sofrimento e que ajuda estará disponível se necessária. Investigar as EQMs possibilitará discussões relevantes no campo da saúde: escuta qualificada, finitude, acolhimento e relação mente-cérebro.

Palavras-chave: Experiência de quase-morte. Saúde mental. Impacto. Abordagem.

ABSTRACT

Near-death experiences (NDEs) have been consistently described throughout human history, but there is still little discussion about their impact and how health professionals should address them. In this article, we will review the evidence on the psychological impacts of NDEs and how they are embraced and addressed by health professionals. Most of the time, NDEs are described as pleasant and with mostly positive impacts in the short and long term, such as greater existential meaning, spirituality, belief in life after death and less fear of death. But they can also be distressing and

* Mestre em Enfermagem e Doutoranda em Saúde, Faculdade de Medicina, UFJF. Professora Adjunta Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: 0000-0002-6185-5171. E-mail: monalisacms13@gmail.com.

** Doutorado em Psiquiatria pela USP. Brasil. Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: 0000-0002-9135-2532. E-mail: alex.ma@medicina.ufjf.br.

have negative impacts, such as frustration and difficulties in integrating experiences into everyday life. NDEs are still little explored and their reports are often rejected by health professionals. As a minimum guideline, it is recommended that health professionals be open and provide empathic listening to patients' reports of NDEs, advising them that NDEs are frequent, are not indicators of physical or mental problems and that they generally have a positive impact. It can also be advised that for some people NDEs can be distressing and that help will be available if needed. Investigating NDEs will enable relevant discussions in the field of health: qualified listening, finitude, embracement and mind-brain relationship.

Keywords: Near-death experience. Mental health. Impact. Approach.

RESUMEN

Las experiencias cercanas a la muerte (ECM) se han descrito consistentemente a lo largo de la historia humana, pero todavía hay poca discusión sobre su impacto y cómo deben ser abordadas por los profesionales de la salud. En este artículo, revisaremos la evidencia sobre los impactos psicológicos de las ECM y cómo los profesionales de la salud los aceptan y abordan. La mayoría de las veces, las ECM se describen como placenteras y con impactos mayoritariamente positivos a corto y largo plazo, como mayor sentido existencial, espiritualidad, creencia en la vida después de la muerte y menor miedo a la muerte. Pero también pueden ser angustiantes y tener impactos negativos, como frustración y dificultades para integrar las experiencias en la vida cotidiana. Las ECM todavía son poco exploradas y sus informes son a menudo rechazados por los profesionales de la salud. Como pauta mínima, se recomienda que los profesionales de la salud sean abiertos y escuchen con empatía los informes de ECM de los pacientes, aconsejándoles que las ECM son frecuentes, no son indicadores de problemas físicos mentales y que generalmente tienen un impacto positivo. También se puede advertir que para algunas personas las ECM pueden ser angustiosas y que habrá ayuda disponible si es necesario. Investigar las ECM posibilitará discusiones relevantes en el campo de la salud: escucha calificada, finitud, abrazo y relación mente-cerebro.

Palabras clave: Experiencia cercana a la muerte. Salud mental. Impacto. Enfoque.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, as chamadas experiências anômalas (EAs), integram o conhecimento coletivo e, consecutivamente, intrigam leigos e acadêmicos. As EAs podem ser definidas como fenômenos incomuns, mas não intrinsecamente patológicos e que parecem proporcionar um panorama alternativo para a realidade do *self*. E, ainda que frequentemente sejam vivenciadas pela maioria das pessoas (MONTEIRO DE BARROS *et al.*, 2022), acredita-se desviar da experiência comum ou de explicações comumente aceitas da realidade, de acordo com a ciência predominante ocidental (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2017).

Dentre as distintas EAs, enfatizaremos a experiência de quase-morte (EQM), que pode ser definida como uma experiência fora do comum, na maioria das vezes vívida, realista e profundamente transformadora, caracterizada frequentemente com teor transcendente e por percepções claras de deixar o corpo físico e estarem em uma dimensão espaço-temporal distinta do habitual. Incide em pessoas que estiveram fisiologicamente próximas à morte, como em um evento decorrente de parada cardíaca, ou psicologicamente próximas à morte,

como em acidentes ou em doenças em que elas temiam que iriam morrer (GREYSON, 2015; MOORE; GREYSON, 2017).

As EQMs, em geral, impactam significativamente a vida das pessoas que as vivenciam, independentemente da idade, como pode ser observado no relato a seguir. A descrição foi fornecida pela genitora. Segundo a mesma, a experiência aconteceu quando seu filho estava com três anos e meio, foi internado em um hospital com um problema cardíaco e teve que passar por uma cirurgia de *peito aberto*:

Cerca de duas semanas após a cirurgia, ele começou a perguntar quando poderia voltar ao lindo lugar ensolarado com todas as flores e animais. Eu disse: Nós iremos ao parque em alguns dias quando você estiver se sentindo melhor. Não, disse ele, não me refiro ao parque, quero dizer ao lugar ensolarado que fui com a senhora. Perguntei-lhe: Que senhora? E ele disse: a senhora que flutua. Eu disse a ele que não sabia o que ele queria dizer e que devia ter esquecido onde ficava aquele lugar ensolarado, e ele disse: você não me levou lá, a senhora veio e me pegou. Ela segurou minha mão e flutuamos para cima... você estava do lado de fora quando eu estava tendo meu coração remendado... estava tudo bem, a senhora cuidou de mim, a senhora me ama, não foi assustador, foi lindo. Tudo era brilhante e colorido [mas] eu queria voltar para ver você. Perguntei a ele: quando você voltou, você estava dormindo, acordado ou sonhando? E ele disse: estava acordado, mas estava no teto e, quando olhei para baixo, estava deitado em uma cama com os braços ao lado do corpo e os médicos estavam fazendo algo no meu peito. Tudo estava realmente brilhante e eu flutuei de volta para baixo... Cerca de um ano depois de sua operação, estávamos assistindo Hospital Infantil (um programa de televisão filmado em um hospital) e uma criança estava passando por uma cirurgia cardíaca. Andrew ficou muito animado e disse: eu tinha aquela máquina (máquina de *bypass*). Eu disse: acho que não. Ele disse: sim, eu realmente tinha. Disse a ele: você estava dormindo quando foi operado, então não teria visto nenhuma máquina. Ele disse: sei que estava dormindo, mas podia ver quando estava olhando para baixo. Disse a ele: se você estivesse dormindo, como poderia estar olhando para baixo? E ele respondeu: sabe, eu te disse, quando eu flutuei com a senhora... [um dia] mostrei a ele uma foto da minha mãe (ela havia falecido) quando ela tinha a minha idade atual, e ele disse: é ela. Essa é a senhora. (PARNIA *et al.*, 2022, material suplementar, Tabela S6, tradução nossa¹).

¹ *About two weeks after the surgery, he started asking when he could go back to the beautiful sunny place with all the flowers and animals. I said, We'll go to the park in a few days when you are feeling better. No," he said, "I don't mean the park, I mean the sunny place I went to with the lady." I asked him, "What lady?" and he said, "The lady that floats." I told him I didn't know what he meant and that I must have forgotten where this sunny place was, and he said, "You didn't take me there, the lady came and got me. She held my hand and we floated up.... You were outside when I was having my heart mended.... It was okay, the lady looked after me, the lady loves me, it wasn't scary, it was lovely. Everything was bright and colourful [but] I wanted to come back to see you." I asked him, "When you came back, were you asleep or awake or dreaming?" and he said, "I was awake, but I was up on the ceiling and when I looked down I was lying in a bed with my arms by my sides and doctors were doing something to my chest. Everything was really bright and I floated back down..." About a year after his operation we were watching Children's Hospital (a television program filmed in a hospital) and a child was having heart surgery. Andrew got really excited and said, "I had that machine" (a bypass machine). I said, "I don't think you did." He said, "Yes, I did really." "But," I said, "you were asleep when you had your operation, so you wouldn't have seen any machines." He said, "I know I was asleep, but I could see it when I was looking down." I said, "If you were asleep, how could you be looking down?" He said, "You know, I told you, when I floated up with the lady..." [One day] I showed him a photo of my mum (she had passed away) when she was my age now, and he said, "That's her. That's the lady. (PARNIA *et al.*, 2022).*

A etiologia e a incidência exata não são conhecidas (PEINKHOFER; DREIER; KONDZIELLA, 2019), mas alguns estudos prospectivos encontraram a ocorrência de EQMs entre 6% e 20% de sobreviventes de parada cardíaca (GREYSON, 2003; PARNIA *et al.*, 2001; VAN LOMMEL *et al.*, 2001). E mesmo com diversos modelos teóricos que tentam explicar o fenômeno, tais como: teorias neurobiológicas, psicológicas e transcendentais, ainda segue sem explicação científica satisfatória (CHARLAND-VERVILLE *et al.*, 2014; GREYSON, KELLY E KELLY, 2009; PARNIA *et al.*, 2022; PEINKHOFER; DREIER; KONDZIELLA, 2019), pois existem vários aspectos das EQMs que não podem ser explicados pelos modelos teóricos atuais, ou mesmo, por expectativas culturais ou religiosas (GREYSON, 2007; PARNIA, 2017).

Ainda que as pessoas que passaram por uma EQM a descreva como predominantemente agradáveis/prazerosas, onde são comuns sentimentos de paz, alegria e amor. Há estudos que apontam para a ocorrência entre 1 a 14% de EQMs descritas como predominantemente angustiantes/terrorizantes, onde exibem sentimentos como culpa e até mesmo terror/horror (BUSH, 2009; BUSH; GREYSON, 2014; CASSOL *et al.*, 2019; CHARLAND-VERVILLE *et al.*, 2014; GREYSON; BUSH, 1992). Algumas explicações quanto à discrepância na proporção de achados entre os diferentes tipos de EQMs, talvez possa ser pela definição muito ampla ou devido às distintas metodologias utilizadas (CASSOL *et al.*, 2019), ou ainda pelo fato de que as pessoas que passam por experiências angustiantes podem apresentar certa relutância em falar sobre elas, por vergonha, estigma social, ou por não querer reviver a experiência (ROMINGER, 2010), por medo de ser estigmatizado pela família, ou mesmo pensar que pode estar enlouquecendo (GREYSON, 2012).

É interessante ressaltar que, em geral, as EQMs angustiantes contêm características muito semelhantes às EQMs clássicas, no entanto, o experienciador considera a experiência como desagradável/angustiante (GREYSON; BUSH, 1992). Inclusive, essas particularidades foram descritas anteriormente e foram denominadas de inversas devido à semelhança com às EQMs clássicas (RING, 1985).

Até onde se sabe, nenhum estudo identificou algum fator que possa prever com segurança quais pessoas terão ou não uma EQM, ou mesmo, entre as pessoas que experimentaram uma EQM, quais pessoas teriam experiências agradáveis ou angustiantes (BUSH, 2009; GREYSON, KELLY, E. W; KELLY E. F, 2009; HOLDEN, LONG E MACLURG, 2009).

A EQM ocorre independente de idade, religião, grupo socioeconômico, cultura e nível de escolaridade. Assim como pode ser desencadeada por diversos fatores, como acidentes,

afofamentos, combates, catástrofes, doenças, procedimentos cirúrgicos, parto, parada cardíaca, entre outros (ATWATER, 1994; GREYSON, 1983; GREYSON; KHANNA, 2014; , LONG E MACLURG, 2009; VAN LOMMEL *et al.*, 2001).

É importante ressaltar que, independente do teor da experiência, se agradável ou angustiante, poderá ocasionar efeitos positivos e/ou negativos a curto e longo prazo (BUSH, 2020; LAKE, 2019; MOODY, 1975; PANAGORE, 2020; RING, 1985). Ainda assim, são pouco exploradas pelos profissionais de saúde e, em muitos casos, os relatos são rechaçados por estes profissionais (BUSH, 2020; CARUNCHIO, 2020; SAMOILLO; CORCORAN, 2020; WALKER, 1989).

De acordo com uma revisão das publicações científicas sobre o tema, houve forte predominância de artigos de opinião (resenhas de livros, comentários e editoriais), artigos de revisão, de descrição fenomenológica, originados nos Estados Unidos. A partir de 2000, houve aumento no número de estudos longitudinais e transversais, assim como uma diversificação nos países que têm publicado a respeito e também, mais artigos que discutem as implicações das EQMs para a relação mente-cérebro. Em suma, os resultados indicam que a maioria das publicações acadêmicas sobre EQMs são recentes, geralmente não tem dados empíricos originais e são centralizados na América do Norte e Europa Ocidental (SLEUTJES; MOREIRA-ALMEIDA; GREYSON, 2014), corroborando que as EQMS ainda são pouco estudadas, sobretudo no Brasil.

Ademais, embora a literatura traga uma diversidade de relatos consistentes, onde são descritas mudanças no comportamento associadas a EQMs, poucos deles pesquisaram essas transformações ou mesmo seu efeito na vida das pessoas que a experienciaram. Portanto, objetivou-se neste estudo, revisar as evidências dos impactos psicológicos da EQM e como são acolhidas e abordadas pelos profissionais de saúde.

2 IMPACTOS DAS EQMs

Uma limitação das pesquisas de EQM é que, na maioria das vezes, são retrospectivas, levando a questão quanto à confiabilidade das memórias autobiográficas do experienciador, pois essas podem sofrer distorções ao longo dos anos. Já quanto aos efeitos posteriores das EQMs, a literatura em geral se concentra nas transformações pessoais benéficas que frequentemente se seguem. Em menor proporção, são analisados os efeitos negativos (GREYSON, 2013).

Portanto, ao abordar os efeitos advindos de uma EQM, uma questão importante é quanto à confiabilidade e estabilidade das memórias dos relatos de EQM ao longo do tempo.

Alguns estudos trazem que, em geral, as pessoas que passaram por essa experiência relatam memórias muito ricas e detalhadas. Os experienciadores relatam que têm a percepção de que a experiência foi *mais real* que um evento real da vida. Esse senso de veracidade se mantém mesmo que os relatos tenham sido feitos muitos anos após a pessoa ter vivenciado a EQM. Provavelmente decorre de uma estabilidade dessas memórias, diferentemente das memórias cotidianas (GREYSON, 2007; MOORE, GREYSON, 2017).

Outros estudos investigaram as memórias utilizando o Questionário de Características de Memória (QCM) comparando as memórias da EQM com eventos reais (na maioria das vezes envolviam mortes de familiares; finais traumáticos de relacionamentos; desastres naturais; grandes cirurgias, doenças ou hospitalizações e nascimentos de filhos) e com eventos imaginários (na maioria das vezes envolviam casamentos ou divórcios antecipados; desastres naturais, todos fatos que não ocorreram). Os resultados indicaram que as memórias de EQM possuem mais características de memórias reais que as memórias dos eventos reais e imaginados (MOORE, GREYSON, 2017; PALMIERI *et al.*, 2014; THONNARD *et al.*, 2013). Estes achados reforçam a importância de melhor compreender os efeitos trazidos pela experiência, haja vista, se manterem presentes e intensas na vida das pessoas ao longo dos anos.

Como vimos anteriormente, após uma EQM, os experienciadores podem descrevê-la como positiva e enriquecedora (MOODY, 1975; ORNE, 1995), ou angustiante e até mesmo aterrorizante, carregada de dor emocional e angústia (BUSH, 2009; BUSH, 2020; GREYSON, 2014; CARUNCHIO, 2020; ORNE, 1995). Os efeitos posteriores a uma EQM podem ser positivos ou negativos, e podem ser classificados como: psicológicos, espirituais, biológicos e sociais (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014).

Alguns efeitos biológicos, compreendem algumas alterações, tais como: metabolismo, apetite e necessidade de sono (NOURI; HOLDEN, 2008). Outra implicação descrita, são os chamados efeitos colaterais fisiológicos, chamados fenômenos eletromagnéticos (EM), que incluem relatos de mau funcionamento de dispositivos elétricos, incluindo relógios de pulso, luzes, televisões, rádios, computadores, eletrodomésticos, veículos e telefones celulares, próximos a pessoas que experienciaram uma EQM (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014).

Ainda que esses efeitos tenham sido pouco descritos nas investigações mais antigas relacionadas aos efeitos posteriores da EQM, ultimamente têm atraído mais atenção dos pesquisadores. Um motivo para esse aumento, pode ser devido ao surgimento cada vez maior de dispositivos eletroeletrônicos (BLALOCK; HOLDEN; ATWATER, 2016; GREYSON *et al.*, 2015; RING, 1992). No entanto, até o momento os estudos possuem muitas limitações

e ainda não existem evidências consistentes que corroborem esses relatos (GREYSON *et al.*, 2015).

Alguns dos diversos efeitos psicológicos positivos produzidos por uma EQM foram elencados por Ring (1985), entre os quais se destacam: a) redução ou até mesmo a extinção do medo da morte; b) maior entusiasmo pela vida; c) consciência sobre a importância do amor; d) senso de união com o todo; e) valorização do conhecimento; f) maior responsabilidade pela própria vida; g) ampliação da atividade mental e física; h) reavaliação da importância de bens materiais e a vida; i) profundo senso de missão; j) senso de urgência, bem como, a repensar prioridades.

Os efeitos considerados mais comuns pós EQM são: perda do medo da morte, tornar-se mais altruísta, mais espiritualizado, mais generoso, maior aptidão para compreender as diferenças, aceitar o novo e diferente, maior sabedoria para lidar com fatores estressantes, tornar-se mais intuitivo, menos competitivo (ATWATER, 1994; GREYSON, 1983; GREYSON, BUSH, 1992; FENWICK, P.; FENWICK, E., 2008; KHANNA; GREYSON, 2014) e menos materialista (GROTH-MARNAT; SUMMERS, 1998; KNOBLAUCH *et al.*, 2001). Ademais, a manifestação espontânea de emoções positivas como paz, bem-estar e felicidade, narradas como uma experiência subjetiva e profunda, quando próximos da morte (CHARLAND-VERVILLE *et al.*, 2014).

Para ilustrar e melhor compreender a capacidade de transformação após uma EQM, seria interessante analisar o artigo escrito por Bragheta *et al.* (2013), *Impacto de uma experiência de quase morte e conversão religiosa sobre a saúde mental de um criminoso: relato de caso e revisão de literatura*. Este traz o relato de experiência de um homem de 45 anos, que apresentava consistente comportamento psicopático desde muito jovem e estava preso, condenado a 44 anos de prisão por quatro homicídios e tráfico de drogas. Este sofreu, aos 22 anos de idade e após 3 anos de prisão, um atentado, no qual foi esfaqueado 14 vezes. Logo, precisou ser encaminhado rapidamente para uma cirurgia de emergência devido ruptura de alguns órgãos. Durante a cirurgia, experimentou uma EQM, que acarretou uma transformação positiva e duradoura em sua vida. Entre as mudanças podemos citar: arrependimento pelos crimes cometidos, envolvimento com a religião/espiritualidade, processo de reabilitação e reintegração social, constituição de família, bem como desejo de auxiliar outras pessoas por meio de sua própria experiência. É digno de nota que essas transformações permaneceram presentes mesmo após 23 anos de ter vivenciado a EQM (BRAGHETA *et al.*, 2013).

O achado corrobora que, sob a perspectiva de longo prazo, ainda que os efeitos de transformação possam variar, as mudanças mais descritas, ainda parecem ser atitudes mais altruístas e espirituais. Uma importante compreensão de si mesmo e da vida, bem como uma diminuição do medo da morte (GROTH-MARNAT; SUMMERS, 1998; KNOBLAUCH *et al.*, 2001; NOYES *et al.*, 2009; RING, 1980; SCHWANINGER *et al.*, 2002; VAN LOMMEL *et al.*, 2001).

Um estudo retrospectivo investigou a extensão e os tipos de crenças, atitudes e valores modificados de 53 indivíduos que relataram ter tido uma EQM, com um grupo controle composto por 27 indivíduos que referiram ter tido incidentes semelhantes com risco de vida, sem uma EQM correspondente. Os resultados sugeriram que o grupo EQM passou por mudanças significativamente maiores do que as pessoas que passaram por situações semelhantes de risco de vida, sem EQM. A análise da profundidade da experiência indicou que a profundidade da EQM e a extensão da mudança estavam positivamente correlacionadas (GROTH-MARNAT; SUMMERS, 1998).

Um estudo longitudinal de oito anos com pacientes ressuscitados com sucesso após parada cardíaca comparou os pacientes que tiveram EQM e os que não tiveram EQM. Quando comparados aos pacientes que se recuperaram de uma parada cardíaca e não tiveram EQM, após oito anos de seguimento, os que tiveram EQM apresentaram maior empatia, envolvimento com a família, interesse em espiritualidade, crença em vida após a morte e sentido existencial. Também apresentaram menor medo da morte. Essas mudanças positivas foram maiores aos 8 anos do que aos 2 anos de acompanhamento (VAN LOMMEL *et al.*, 2001).

De modo análogo, Noyes (1980) analisou retrospectivamente 215 pessoas que passaram por uma EQM. Ao analisar seus efeitos sob a vida desses experienciadores, e comparar comportamentos e posturas pré e pós EQM, encontrou um padrão de mudanças consideradas positivas. Essas mudanças referiam-se às atitudes, condutas, crenças, valores, incluindo a ausência do medo de morrer, sentimento de pertencimento ao mundo, constante crença na continuidade da existência, valorização da vida, reavaliação de prioridades e melhora de atitudes para com os outros e consigo (NOYES, 1980).

2.1 Efeitos negativos da EQM

Embora as evidências indiquem de modo consistente que as EQMs têm um efeito majoritariamente positivo sobre quem as vivencia, é importante saber que uma significativa minoria apresenta EQMs de conteúdo negativo e/ou tem impactos negativos da vivência.

Assim, vamos nesta seção abordar alguns pontos relevantes sobre os potenciais efeitos negativos das EQMs.

Até o momento, pouco se sabe sobre as consequências que podem ser geradas após uma EQM negativa, no entanto, uma explicação comum para a EQM angustiante seria como uma mensagem para revisão e transformação da vida (BUSH; GREYSON, 2014). Pode-se especular que a relutância em relatar uma EQM angustiante, além de limitar as pesquisas sobre o tema, poderia aumentar a probabilidade de que o experienciador venha a desenvolver um trauma duradouro (BUSH; GREYSON, 2014).

Os problemas emocionais pós EQM podem incluir raiva e depressão por terem retornado, contra a vontade do indivíduo, para essa dimensão física, bem como sensação de culpa, medo e desespero. Também pode haver problemas na reconciliação da experiência com suas crenças religiosas ou materialistas prévias, bem como seus valores e estilo de vida (HOLDEN, 2009; CASSOL *et al.*, 2019). Podem também achar que são de alguma forma *anormais* e se isolar das demais pessoas, assim como seu círculo social não aceitar bem sua mudança de valores, atitudes e crenças (GREYSON, 1997). Podem então, sentirem-se distantes ou separados das pessoas que não passaram pela mesma experiência e temem ser ridicularizados ou rejeitados (GREYSON, 2007, 2013).

Lembro-me da minha raiva por ter que ir embora... o choque de me ver empurrada de volta para um corpo que gritava de dor... e claro, a frustração final de não ser capaz de encontrar as palavras para descrever, mesmo que remotamente toda a extensão da minha experiência. Não havia ninguém que eu pudesse contar, que não pensaria que eu estava ficando louca, ou estava apenas momentaneamente confusa por causa do acidente e o ferimento na cabeça (CORCORAN, 1988, p.34, tradução nossa²).

Após uma EQM o paciente pode apresentar senso de realidade alterada, angústia, conflitos psicológicos e mesmo transtornos como depressão grave, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) (KHANNA; GREYSON, 2015; CASSOL *et al.*, 2019) e distúrbios do sono (CARUNCHIO, 2020). Além disso, a grande maioria dos experimentadores relata sentir-se frustrada por não ser capaz de descrever o alto significado da experiência para os outros como gostariam (FRENCH, 2005).

Os fragmentos de relatos a seguir mostram que, ainda que atualmente, as EQMs venham se tornando mais conhecidas, as pessoas que as vivenciaram podem se tornar

² *I remember my anger at having to leave... the shock of finding myself thrust back into a body that was screaming out in pain... and of course, the ultimate frustration of not being able to find the words to, even remotely describe the full extent of my experience. There was no one I could tell who wouldn't think I was either crazy, or just momentarily confused because of my head injury. (CORCORAN, 1988, p.34).*

relutantes em compartilhá-las, principalmente quando essas experiências são consideradas angustiantes ou perturbadoras, pois ao recobrar a memória podem trazer dor e desconforto, além de se sentirem estigmatizadas (CASSOL *et al.*, 2019; GREYSON; BUSH, 1992).

Eu vejo essa visão como flashbacks constantemente. Não consigo tirar isso da minha cabeça.... Eu ainda vejo isso em minha mente com meus próprios olhos. Já se passaram dois anos, mas eu nunca falei sobre isso. Meu marido nem sabe.... Quero deixar isso para trás, mas não consigo (BUSH; GREYSON, 2014, p.4, tradução nossa³).

Quanto ao impacto advindo de uma EQM aterrorizante, parece haver três respostas comumente relacionadas: a recuperação, onde a EQM aterrorizante pode ser interpretada como um aviso sobre comportamentos imprudentes ou errados, e para transformar a vida de alguém. Bastante comum neste grupo é o movimento em direção a uma comunidade religiosa cristã. Outra resposta seria uma crença reducionista, como resposta a uma experiência angustiante, uma forma de defesa que permitiria ao experienciador negar um significado mais profundo a EQM e tratá-la como se não tivesse importância, ou seja, reduzi-la a uma disfunção cerebral, um evento biológico sem maior significado. A última resposta seria quando os experienciadores têm dificuldade em compreender ou integrar EQMs aterrorizantes e, mesmo anos depois, ainda lutam com as implicações existenciais da EQM (BUSH; GREYSON, 2014; GREYSON; BUSH, 1992).

Tive uma experiência que permaneceu comigo por 29 anos.... Deixou um horror em minha mente e eu nunca falei sobre isso até agora. E, depois de todos esses anos, o pesadelo continua vívido em minha mente. Por alguma razão, [31 anos depois] todas as memórias estão de volta e vívidas É como viver tudo de novo, e eu não quero (BUSH; GREYSON, 2014, p.3, tradução nossa⁴).

Outro fato que pode ocorrer é quando experimentam o sentido do amor incondicional durante a EQM e após não conseguem mais aceitar as condições e as limitações dos relacionamentos humanos (GREYSON, 2007, 2013).

Assim como as pessoas que passaram por uma EQM buscam adaptar suas vidas às mudanças substanciais que vivenciaram, da mesma forma, relações mais próximas, como cônjuges, filhos e outros, podem encontrar dificuldades para compreender e se adaptar à

³ *I see this vision as flashbacks constantly. I cannot get this out of my head.... I still see it in my mind from my own eyes. It has been two years, yet I have never talked about it. My husband does not even know.... I want to put this behind me, but am unable. (BUSH; GREYSON, 2014, p.3).*

⁴ *I had an experience which has remained with me for 29 years.... It has left a horror in my mind and I have never spoken about it until now.” And, “After all these years, the nightmare remains vivid in my mind.” “For some reason, [31 years later] all the memories are back and vivid.... It’s like living it all over again, and I don’t want to. (BUSH; GREYSON, 2014, p.3).*

nova condição de extensas mudanças quanto aos valores, crenças e atitudes da pessoa que experienciou a EQM (FURN, 1987; MUSGRAVE, 1997). Em situações conjugais, essas dificuldades podem resultar em divórcio (NOYES *et al.*, 2009).

Em um estudo qualitativo retrospectivo a taxa de divórcio entre 50 experienciadores australianos foi três vezes maior que a da população geral da Austrália (SUTHERLAND, 1990). Uma vez que experienciadores de EQM experimentam uma transformação no que tange aos sonhos de vida e outras singularidades do que a vida e o que o casamento expressam para eles, ao passo que os sonhos e significados da vida de seus cônjuges continuaram inalterados (CHRISTIAN, HOLDEN, 2012; NOYES *et al.*, 2009). Estudos futuros são necessários, no entanto, talvez essa diferença poderia ser um dos fatores explicativos para uma provável maior taxa de divórcio dessas pessoas.

Para alguns experienciadores, a forma com que os outros acolhem sua nova maneira de ver o mundo será um fator determinante para o sucesso a longo prazo dos relacionamentos (INSINGER, 1991; MANLEY, 1996). Portanto, a integração da experiência e a forma de construção na vida cotidiana também dependerá de como o outro percebe e aceita, e de alguma forma, considera importante o que foi vivenciado pelo experienciador (CORCORAN, 1988). Um estudo abordou especificamente a qualidade da relação familiar e conjugal entre 11 pessoas que experimentaram uma EQM e encontrou que: famílias que lidaram bem com a EQM foram fortalecidas, ao passo que as famílias que encontraram dificuldades tiveram piora em seus níveis de funcionamento (INSINGER, 1991).

3 ABORDAGEM/ACOLHIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em 1892, quando muito pouco se estudava sobre EQMs (termo que só surgiria quase um século depois), a não ser por relatos isolados, que denotavam ter grande influência no comportamento, atitude e crenças das pessoas, Myers escreveu: “É possível que possamos aprender muito se questionarmos pessoas moribundas, ao acordarem de algum estado de coma, quanto à sua memória de qualquer sonho ou visão durante esse estado” (MYERS, 1892, p.180 *apud* ZINGRONE; ALVARADO, 2009, tradução nossa⁵).

Além disso, há autores que consideram que o primeiro relato que uma pessoa faça de sua EQM desempenharia importante papel no processo de adaptação e integração da vivência. Além disso, vale considerar que o experienciador pode levar anos para se adaptar

⁵ *It is possible that we might learn much were we to question dying persons, on their awakening from some comatose condition, as to their memory of any dream or vision during that state" (Myers 1892,180).*

e melhor conviver com sua experiência (VAN LOMMELL *et al.*, 2001). Considerando que este primeiro relato poderá ocorrer horas ou dias após a EQM, muitas vezes ainda em um ambiente de saúde, possibilitando que o primeiro a saber seja um profissional de saúde e somente a seguir outras pessoas próximas, tais como familiares e amigos.

A partir dessa reflexão justifica-se a importância do olhar atento dos profissionais de saúde, por pelo menos três motivos:

- As EQMs desencadeiam mudanças abrangentes e duradouras em relação a crenças, atitudes e valores dos pacientes.
- Elas podem ser confundidas com estados psicopatológicos, embora acarretem consequências muito diferentes das geradas nas experiências psicopatológicas e, por essa razão, demandarem diferentes abordagens.
- Ter melhor compreensão dos mecanismos da EQM poderá ampliar a nossa compreensão em relação ao fenômeno da consciência e da sua relação com a função cerebral (GREYSON, 2007, 2013).

O profissional de saúde deveria atuar para auxiliar o paciente a desenvolver um entendimento sobre sua EQM e para integrar de modo saudável as novas crenças e atitudes que podem se seguir à EQM (GREYSON, 2012). Portanto, é de grande importância promover um ambiente seguro em que o experienciador possa expressar e explorar sua EQM e seus possíveis impactos.

Uma forma de promover esse ambiente é através da escuta genuína, com aceitação da experiência como realidade subjetiva do outro, percebendo a EQM como uma experiência humana válida. Deve-se buscar conhecer o significado que a experiência tem para o experienciador, além de oferecer suporte para o processo de integração da experiência (GREYSON, 2012). Como recomendado na Declaração de Posição sobre espiritualidade da Associação Mundial de Psiquiatria, a abordagem deve ser centrada no paciente, nas suas vivências, valores e crenças e não nas do profissional (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2018).

A falta de um adequado acolhimento no atendimento a esses pacientes, bem como a desqualificação pelos profissionais da vivência pode contribuir para consequências negativas a curto e longo prazo, como isolamento e rejeição (SAMOILO; CORCORAN, 2020).

Embora as EQMs ocorram com relativa regularidade, para muitos profissionais da saúde são fenômenos considerados inexplicáveis e, comumente, ignorados. Os pacientes

podem relutar em relatar sua EQM a profissionais de saúde devido a muitas respostas negativas anteriormente que possam ter obtido em tentativas prévias de compartilhamento (CARUNCHIO, 2020; VAN LOMMEL, 2010). Os resultados de um estudo indicaram que uma a cada cinco pessoas que passaram por uma EQM se sentiram prejudicadas quando revelaram sua experiência ao profissional de saúde. Ainda que tenha sido uma minoria (20%), ocorreu principalmente, com aqueles que tiveram as EQMs mais profundas e, portanto, com efeitos posteriores relativamente mais intensos e desafios de integração da experiência. Eles referiam experiências de revelação mais negativas de acordo com a narrativa, ou seja, quanto mais rica a EQM, mais percebiam que seu confidente respondia de maneira negativa. Isso se deu ao perceberem que os profissionais viam suas narrativas como algo negativo e por vezes rejeitavam, patologizavam (como apenas decorrentes de alucinações e disfunções cerebrais) e/ou demonizavam a experiência (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014).

Ainda que atualmente exista um corpo substancial de pesquisas com resultados que podem auxiliar o profissional de saúde durante a assistência prestada, ainda existe grande desconhecimento sobre o tema. Este artigo é um esforço para auxiliar preencher esta lacuna. Entre os pontos centrais de uma adequada abordagem, o profissional deve ser capaz de reconhecer as EQMs quando seus pacientes as descrevem, não se surpreender, ainda que os relatos sejam muito profundos. Deve saber e orientar os pacientes que as EQMs são bastante frequentes, geralmente não indicam doença física ou mental e que os efeitos posteriores são geralmente positivos, embora possa também gerar algumas dificuldades em sua integração (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014).

Considera-se premente que o tema faça parte dos currículos dos cursos de saúde e educação continuada dos profissionais de saúde (FOSTER *et al.*, 2009; HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014). Ainda que essas indicações ocorram praticamente desde o início do campo de estudos de EQM, no entanto, as razões pelas quais esses apelos aparentemente não são atendidos não são bem conhecidas. Uma questão relevante e que talvez possa estar influenciando, pode ser a predominância de uma visão reducionista das EQMs, onde são consideradas meros fenômenos neurofisiológicos ou psicológicos subjetivos e, portanto, descartadas como apenas distorções da realidade, sem um significado mais profundo (MOBBS; WATT, 2011; NELSON *et al.*, 2006). Outra questão, talvez seja que os profissionais de saúde não compreendam o dano que pode ser causado advindo do não acolhimento da experiência (FOSTER; JAMES; HOLDEN, 2009)

O relato a seguir mostra como um experienciador pós EQM descreve sua tentativa de

expor a experiência ao profissional de saúde e em seguida ao pastor e como foi a reação de ambos:

Eu tive várias consultas após o acidente onde eles vinham testar minha visão e minha coordenação e ver se havia danos cerebrais ou algo assim depois. E eles perguntavam: Aconteceu mais alguma coisa? Você tem alguma pergunta? E algumas vezes mencionei que tive essa experiência em que pude ver o acidente acontecendo do alto, e a reação que tive foi um [...] rosto realmente preocupado, e me disseram que eu poderia ser encaminhado para um terapeuta ou alguém que pudesse falar comigo sobre meus pensamentos sobre isso. E isso me fez sentir que isso significava que algo estava errado, então eu não queria tocar mais no assunto.... Eu esperava que um médico pudesse dizer: Isso é comum. Isso acontece no mundo e apenas alguém para validar isso e me confortar. (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014, p.280, tradução nossa⁶).

Em segundo lugar, revelei a EQM ao pastor. No entanto, ele achou a experiência inútil, pois não indagou sobre a minha perspectiva e processo psicoespiritual em torno da experiência, mas impôs sua própria perspectiva teológica que não ressoou em mim. (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014, p.280, tradução nossa⁷).

As reações dos profissionais frente ao relato da experiência, poderão influenciar decisivamente, seja com papel integrador, onde a EQM será utilizada para promoção de crescimento pessoal ou desestimular a busca por ajuda para compreensão da experiência. Ainda que essa jamais seja esquecida, passando a ser vista como um evento bizarro que se choca com o cotidiano da pessoa, passando a ser vista como uma instabilidade mental (GREYSON; HARRIS, 1987; GREYSON, 2013). Portanto, o avanço do tema na academia, nos currículos e educação continuada poderá prover *insights* necessários para apoiar os experienciadores (SAMOILLO; CORCORAN, 2020) a validar e melhor compreender sua EQM (NOYES *et al.*, 2009), assim como aproveitar os efeitos de transformações na vida, incitados pela EQM e empregá-los para prováveis benefícios, tais como a melhor compreensão do processo de morte e morrer, as relações entre o cérebro e a consciência, bem como aceitarem mais facilmente expor o tema e serem mais abertos a participar de estudos (NOYES *et al.*, 2009).

⁶ I had several consultations after the accident where they would come test my eyesight and my coordination and see if there was brain damage or anything like that afterward. And they would ask, “Did anything else happen? Do you have any questions?” And a couple of times I mentioned that I had this experience where I could see the accident happening from up in the air, and the reaction I got was a distinct concerned face, like [Leslie demonstrates their facial expression by frowning and pulling back] a really concerned face, and I was told that I could be referred to a therapist or someone who could talk to me about my thoughts on this. And it made me feel like that meant something was wrong, so then I didn’t want to bring it up any more I’d hoped that a doctor would be able to say, “This is common. This happens in the world,” and just someone to validate that and comfort me. (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014, p.280).

⁷ Second, she disclosed her NDE to her pastor. However, she found the experience unhelpful, as he did not inquire into her perspective and psychospiritual process around the experience but instead imposed his own theological perspective on it that did not resonate with Leslie. (HOLDEN; KINSEY; MOORE, 2014, p.280).

Em suma, a partir do momento que o profissional se abre ao tema de maneira sensível, colocando em suspenso suas próprias crenças frente a uma escuta genuína e o respeito com o outro, cada profissional desenvolverá suas próprias habilidades de comunicação verbal e não verbal, no intuito de encorajar a conversa sobre EQM, em que a pessoa possa expressar livremente quaisquer emoções que tenham sido precipitadas pelo contato próximo com a morte e a EQM (GREYSON; HARRIS, 1987).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As EQMs são experiências universais, descritas de forma consistente, desde a antiguidade, ao longo da história da humanidade e, em geral, impactam significativamente a vida das pessoas que as vivenciam. Na maioria das vezes são ditas agradáveis, mas também podem ser angustiantes. Podem ocasionar impactos positivos e/ou negativos a curto e longo prazo. Ainda assim, são pouco exploradas pelos profissionais de saúde e, em muitos casos, os relatos são rechaçados por estes profissionais. Entender melhor a EQM auxiliará o profissional de saúde em sua prática clínica e possibilitará aprofundar as investigações acerca do funcionamento da consciência e da espiritualidade humana.

REFERÊNCIAS

ATWATER, P. M. H. **Beyond the Light: Near-death Experiences: the Full Story**. London: Thorsons, 1994.

BLALOCK, Sarah; HOLDEN, Janice M.; ATWATER, P. M. H. Electromagnetic and other environmental effects following near-death experiences: A primer. **Journal of Near-Death Studies**. v. 33, n. 4, p. 181–211, 2016.

BRAGHETTA, Camilla C. *et al.* Impact of a near-death experience and religious conversion on the mental health of a criminal: case report and literature review. **Trends in psychiatry and psychotherapy**. v. 35, p. 81-84, 2013.

BUSH, Nancy E. GREYSON, Bruce. Distressing near-death experiences: The basics. **Missouri Medicine**. v. 111, n. 6, p. 486-90, 2014.

BUSH, Nancy E. Afterward: Making meaning after a frightening near-death experience. **Journal of Near-Death Studies**. v. 21, n. 2, p. 99-133, 2002.

BUSH, Nancy E. Distressing Western Near-Death Experiences: finding a way through the abyss. In: HOLDEN, Janice Miner; GREYSON, Bruce; JAMES, Debbie. (Ed.) **The handbook of Near-Death Experiences: thirty years of investigation**. Santa Bárbara: ABC-Clio, 2009, pp. 63-86

BUSH, Nancy E. Healthcare After a Near-Death Experience. **Narrative Inquiry in Bioethics**. v. 10, n. 1, p. 22-24, 2020.

CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley. The psychology of anomalous experiences: A rediscovery. **Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice**, v. 4, n. 1, p. 4, 2017.

CARUNCHIO, Beatriz F. EQM perturbadora, saúde mental e a espiritualidade do paciente: analisando relatos de brasileiros. **REVER**. 20(2):171–86, 2020.

CASSOL, Helena *et al.* A systematic analysis of distressing near-death experience accounts. **Memory**. v. 27, n. 8, p. 1122-1129, 2019.

CHARLAND-VERVILLE, Vanessa *et al.* Near-death experiences in non-life-threatening events and coma of different etiologies. **Frontiers in human neuroscience**. v. 8, p. 203, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262930199_Near-death_experiences_in_non-life-threatening_events_and_coma_of_different_etiologies. Acesso em: 15 nov. 2022.

CHRISTIAN, Rozan; HOLDEN, Janice M. Til death do us part': Marital aftermath of one spouse's near-death experience. **Journal of Near-Death Studies**. v. 30, n. 4, p. 207-231, 2012.

CORCORAN, Diane K. Helping patients who've had near-death experiences. **Nursing**. v. 18, n. 11, p. 34-39, 1988.

FENWICK, Peter; FENWICK, Elizabeth. **The Art of Dying: A journey to elsewhere**. London: Continuum, 2008.

FOSTER, Ryan. D.; JAMES, Debbie.; HOLDEN, Janice M. Practical applications of research on near-death experiences. In J. M. Holden, J. M.; Greyson, B.; James, D. **The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty years of investigation**. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO, 2009. p. 235-258.

FRENCH, Christopher C. Near-death experiences in cardiac arrest survivors. **Progress in brain research**. v. 150, p. 351-367, 2005.

FURN, Bette G. Adjustment and the near-death experience: A conceptual and therapeutic model. **Journal of Near-Death Studies**. v. 6, n. 1, p. 4-19, 1987.

GREYSON Bruce. The Near-Death Experience Scale: Construction, reliability, and validity. **The Journal of nervous and mental disease**. v. 171, n. 6, p.369-75, 1983.

GREYSON, Bruce; HARRIS, Bárbara. Clinical approaches to the near-death experiercer, **Journal of Near-Death Studies**. v 6, p. 41–52, 1987.

GREYSON, Bruce. The near-death experience as a focus of clinical attention. **The Journal of nervous and mental disease**. v. 185, n. 5, p. 327-334, 1997.

GREYSON, Bruce. Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit. **General hospital psychiatry**. v. 25, n. 4, p. 269-276, 2003.

GREYSON, Bruce. Consistency of near-death experience accounts over two decades: Are reports embellished over time? **Resuscitation**. v. 73, n. 3, p. 407-411, 2007.

GREYSON, Bruce. Getting comfortable with near death experiences: An overview of near-death experiences. **Missouri Medicine**. v. 110, n. 6, p. 475, 2013.

GREYSON, Bruce. The psychology of near-death experiences and spirituality. In: MILLER, Lisa J. (ed.) **The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality**. New York: Oxford University Press, p. 514–528, 2012.

GREYSON, Bruce. Near death experiences. IN CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven J.; KRIPPNER, Stanley (Ed.). **Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence**. 2.ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2014.

GREYSON, Bruce. Western scientific approaches to near-death experiences. **Humanities**. v. 4, n. 4, p. 775-796, 2015.

GREYSON, Bruce; BUSH, Nancy E. Distressing near-death experiences. **Psychiatry**. v. 55, n. 1, p. 95-110, 1992.

GREYSON, Bruce; KELLY, Emily W.; KELLY, Edward F. Explanatory models for near-death experiences. In J. M. Holden, J. M.; Greyson, B.; James, D. **The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty years of investigation**. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO, p. 213-234, 2009.

GREYSON, Bruce; KHANNA, Surbhi. Near-death experiences and spiritual well-being. **Journal of religion and health**. v. 53, n. 6, p. 1605-1615, 2014.

GREYSON, Bruce, *et al.* Electromagnetic Phenomena Reported by Near-Death Experiencers. **Journal of Near-Death Studies**. v. 33, n. 4, p. 213-243, 2015. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/313419371_Electromagnetic_Phenomena_Reported_by_Near-Death_Experiencers. Acesso em: 20 nov. 2022.

GROTH-MARNAT, Gary; SUMMERS, Roger. Altered beliefs, attitudes, and behaviors following near-death experiences. **Journal of Humanistic Psychology**. v. 38, n. 3, p. 110-125, 1998.

HOLDEN, Janice M. Veridical perception in near-death experiences. In J. M. Holden, J. M.; Greyson, B.; James, D. **The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty years of investigation**. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO, 2009, p. 186-211.

HOLDEN, Janice. M.; LONG, Jeffrey.; MACLURG, Jason. B. Characteristics of western near-death experiencers. In J. M. Holden, J. M.; Greyson, B.; James, D. **The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty years of investigation**. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO, 2009, p. 109–133.

HOLDEN, Janice M.; KINSEY, Lee; MOORE, Travis R. Disclosing near-death experiences to professional healthcare providers and nonprofessionals. **Spirituality in Clinical practice**. v. 1, n. 4, p. 278, 2014.

INSINGER, Mori. The impact of a near-death experience on family relationships. **Journal of near-death studies**. v. 9, n. 3, p. 141-181, 1991.

KHANNA, Surbhi; GREYSON, Bruce. Near-death experiences and spiritual well-being. **Journal of religion and health**. v. 53, n. 6, p. 1605-1615, 2014.

KHANNA, Surbhi; GREYSON, Bruce. Near-death experiences and posttraumatic growth. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 203, n. 10, p. 749-755, 2015.

KNOBLAUCH, Hubert; SCHMIED, Ina; SCHNETTLER, Bernt. Different kinds of near-death experience: a report on a survey of near-death experiences in Germany. **J Near Death Stud**. 2001; 20:15-29.

LAKE, James. The near-death experience (NDE) as an inherited predisposition: Possible genetic, epigenetic, neural and symbolic mechanisms. **Med Hypotheses**. v. 126, p. 135-148, 2019.

MANLEY, Linda K. Enchanted journeys: Near-death experiences and the emergency nurse. **Journal of Emergency Nursing**. v. 22, n. 4, p. 311-316, 1996.

MOBBS, Dean; WATT, Caroline. There is nothing paranormal about near-death experiences: how neuroscience can explain seeing bright lights, meeting the dead, or being convinced you are one of them. **Trends in cognitive sciences**. v. 15, n. 10, p. 447-449, 2011.

MONTEIRO DE BARROS, Maria C. *et al.* Prevalence of spiritual and religious experiences in the general population: A Brazilian nationwide study. **Transcultural Psychiatry**. p. 13634615221088701, 2022.

MOODY, Raymond. **Life after Life**. New York: Bantam Press, 1975.

MOORE, Lauren E.; GREYSON, Bruce. Characteristics of memories for near-death experiences. **Consciousness and Cognition**. v. 51, p. 116-124, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander *et al.* Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. **Debates em Psiquiatria**. v. 8, n. 2, p. 6-8, 2018.

MUSGRAVE, Cassandra. The near-death experience: A study of spiritual transformation. **Journal of Near-Death Studies**. v. 15, n. 3, p. 187-201, 1997.

MYERS, Frederic WH. On indications of continued terrene knowledge on the part of phantasms of the dead. In: **Proceedings of the Society for Psychical Research**. 1892. p. 170-252.

NELSON, Kevin R. *et al.* Does the arousal system contribute to near death experience? **Neurology**. v. 66, n. 7, p. 1003-1009, 2006.

NOURI, Farnoosh (Faaith) M.; HOLDEN, Janice. M. Electromagnetic aftereffects of near-death experiences. **Journal of Near-Death Studies**. v. 27, n. 2, p. 83-110, 2008.

NOYES, Russell Jr. Attitude change following near-death experiences. **Psychiatry**. v. 43, n. 3, p. 234-242, 1980.

NOYES, Russel Jr. *et al.* Aftereffects of pleasurable Western adult Near death Experiences. In J. M. Holden, J. M.; Greyson, B.; James, D. **The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty years of investigation.** Santa Barbara, CA: Praeger /ABC-CLIO, p. 41–62, 2009.

ORNE, Roberta M. The meaning of survival: The early aftermath of a near-death experience. **Research in nursing & health.** v. 18, n. 3, p. 239-247, 1995.

PALMIERI, Arianna *et al.* “Reality” of near-death experience memories: evidence from a psychodynamic and electrophysiological integrated study. **Frontiers in Human Neuroscience.** v. 8, p. 429, 2014.

PANAGORE, Peter B. My Deaths Direct My Life: Living with Near-Death Experience. **Narrative Inquiry in Bioethics.** v. 10, n. 1, p. E3-E6, 2020.

PARNIA, Sam *et al.* A qualitative and quantitative study of the incidence, features and a etiology of near death experiences in cardiac arrest survivors. **Resuscitation.** v. 48, n. 2, p. 149-156, 2001.

PARNIA, Sam *et al.* Guidelines and standards for the study of death and recalled experiences of death—a multidisciplinary consensus statement and proposed future directions. **Annals of the New York Academy of Sciences.** 2022.

PARNIA, Sam. Understanding the cognitive experience of death and the near-death experience. **QJM: An International Journal of Medicine.** v. 110, n. 2, p. 67-69, 2017.

PEINKHOFER, Costanza; DREIER, Jens P.; KONDZIELLA, Daniel. Semiology and mechanisms of near-death experiences. **Current Neurology and Neuroscience Reports.** v. 19, n. 9, p. 1-12, 2019.

RING, Kenneth. **Life at death:** A scientific investigation of the near-death experience. New York: Coward-McCann, 1980.

RING, Kenneth. **Heading toward omega in search of the meaning of the near-death experience** 1st Quill ed. New York: W. Morrow, 1985.

RING, Kenneth. **The Omega Project:** Near-death experiences, UFO encounters, and mind at large. New York: William Morrow, 1992.

ROMINGER, Ryan. Postcards from heaven and hell: Understanding the near-death experience through art. **Art Therapy.** v. 27, n. 1, p. 18-25, 2010.

SAMOILO Lílian, CORCORAN Diane. Closing the Medical Gap of Care for Patients Who Have Had a Near-Death Experience. **Narrat Inq Bioeth.** 2020;10(1):37–42.

SCHWANINGER, Janet *et al.* A prospective analysis of near-death experiences in cardiac arrest patients. **Journal of Near-Death Studies.** v. 20, n. 4, p. 215-232, 2002.

SLEUTJES Adriana; MOREIRA-ALMEIDA Alexander; GREYSON, Bruce. Almost 40 years investigating near-death experiences: an overview of mainstream scientific journals. **The Journal of nervous and mental disease.** 2014; 202 (11): 833–6.

SUTHERLAND, Cherie. Changes in religious beliefs, attitudes, and practices following near-death experiences: An Australian study. **Journal of Near-Death Studies**. v. 9, n. 1, p. 21-31, 1990.

THONNARD Marie, *et al.* Characteristics of near-death experiences memories as compared to real and imagined events memories. **PLoS One**. v.8, n. 3, e57620, 2013.

VAN LOMMEL Pim, *et al.* Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. **Lancet**. 2001 Dec 15;358(9298):2039-45. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(01\)07100-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)07100-8/fulltext). Acesso em: 15 nov. 2022.

VAN LOMMEL, Pim. **Consciousness beyond life: The science of the near-death experience**. London. HarperOne, 2010.

WALKER, Barbara A. Health care professionals and the near-death experience. **Death studies**. v. 13, n. 1, p. 63-71, 1989.

ZINGRONE, Nancy L.; ALVARADO, Carlos S. Pleasurable Western adult near-death experiences: features, circumstances, and incidence. In J. M. Holden, J. M.; Greyson, B.; James, D. **The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty years of investigation**. Santa Barbara, CA: Praeger /ABC-CLIO, p. 17-40, 2009.

Recebido em: 20-12-2022
Aprovado em: 19-04-2023