

# Importância de um Protocolo de Primeiro Atendimento de Pacientes com Experiência de Quase Morte (EQM)

## The Importance of a First Care Protocol for Near-Death Experience (NDE) patients

Luciana Oliveira de Carvalho (orcid.org/0000-0002-3446-8459)<sup>1</sup>

Beatriz Ferrara Carunchio (orcid.org/0000-0002-3220-3174)<sup>2</sup>

---

### Resumo

Experiências de Quase Morte são subjetivas, intensas e ocorrem a pacientes em morte clínica ou próximos desse estado, geralmente deixando consequências profundas e persistentes em diversos aspectos da vida do paciente, incluindo, em certos casos, depressão, transtorno de estresse pós traumático e distúrbios do sono. O primeiro atendimento é crucial para o prognóstico desses pacientes. Atualmente 10% da população mundial e 14% da brasileira tiveram EQM. O objetivo deste artigo é apresentar esse fenômeno tão pouco estudado e suas consequências, discutindo a importância e necessidade de desenvolver um protocolo de primeiro atendimento e de capacitar profissionais de saúde para liderança sob essa crescente demanda. O artigo seguiu o método bibliográfico, e teve como resultado a elaboração de um protocolo de primeiro atendimento. Conclui-se que há uma crescente demanda pelo tema e uma precária capacitação dos profissionais de saúde para lidarem com ele, requerendo um protocolo de atendimento inicial direcionado, pois suas consequências são potencialmente impactantes nas vidas dos indivíduos que passam por essa experiência.

**Palavras-chave:** EQM. Neuropsicologia. Psicologia da saúde. Psicologia hospitalar. Saúde mental.

### Abstract

Near-Death Experiences (NDE) are intense, subjective and occur in patients who are clinically dead or close to it, generally leaving profound and long-term consequences in many aspects of patients' life, including psychological issues such as post-traumatic stress disorder (PTSD) and sleep disorders. First care is crucial for these patients' prognosis. Currently, 10% of the world population and 14% of the Brazilian population have already had a NDE. This study presents the phenomenon and its consequences, discussing the importance and need for a first care protocol and training health professionals to properly tackle this growing demand. Bibliographic research was conducted which resulted in a first care protocol proposal. The growing demand regarding NDE and the precarious training of health professionals to address it require a first care protocol, since its consequences can potentially impact the lives of individuals who experienced it.

**Keywords:** NDE. Neuropsychology. Health psychology. Hospital psychology. Mental health.

---

Experiência de Quase Morte (EQM) é um tipo de vivência subjetiva muito intensa que ocorre a pacientes em morte clínica ou muito próximos dessa condição. Durante uma EQM o paciente pode vivenciar supostos fenômenos pouco usuais, como observar o próprio corpo de cima, atravessar um túnel muito escuro, visitar supostos outros planos e encontrar supostos seres sobrenaturais. Estudos acerca do assunto - incluindo este - não pretendem atestar a veracidade ou a falseabilidade do fenômeno, e sim estudar as consequências que esse tipo de experiência acarreta ao paciente, alterando sua vida e a de seus familiares de forma drástica e duradoura.

---

<sup>1</sup> Centro Universitário Tiradentes, Maceió, AL, Brasil. E-mail: lucianaaoc@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: bf.carunchio@gmail.com

Apesar de ser um fenômeno relativamente comum, chegando a abranger 10% da população mundial (Kondziella & Olsen, 2019) e 14% da população brasileira (Carunchio, 2017a) – como será abordado à frente –, a maioria dos profissionais de saúde não sabe lidar com esses pacientes, incluindo o psicólogo. O resultado disso é uma demanda crescente de pessoas com dificuldades em diferentes aspectos de suas vidas, como o trabalho e a carreira, os relacionamentos, a sociabilidade, e crescentes problemas de saúde mental.

Medidas relativamente simples podem ter um impacto favorável no prognóstico desses pacientes. Pensando nisso, neste artigo será discutida a importância da criação de um protocolo para primeiro atendimento a esses pacientes. O acolhimento inicial do relato, a resposta a possíveis dúvidas e a orientação do paciente, quando realizados cedo, com empatia e sem julgamentos, podem fazer toda a diferença na forma como o enfermo e seus familiares poderão lidar com as consequências, sentimentos e angústias decorrentes desse tipo de vivência, promovendo saúde mental e qualidade de vida.

## **Conceitos e primeiras definições**

O termo “Experiência de Quase Morte” foi criado pelo psiquiatra Raymond Moody (1975) e apresentado em sua obra *Life after life*. O autor define esse fenômeno como experiências subjetivas ocorridas em indivíduos em iminência de morte, como durante paradas cardiorrespiratórias e situações semelhantes de emergência, cujos relatos costumam incluir as experiências pouco usuais supramencionadas.

Haeseler & Beauregard (2013), médicos e pesquisadores dedicados ao estudo da relação entre cérebro e consciência, pontuam que a EQM ocorre em estado de consciência alterado. Machado & Zangari (2016), psicólogos e pesquisadores brasileiros de destaque no estudo de experiências anômalas, defendem que elas podem ser consideradas como uma experiência anômala, ou seja, um tipo de experiência cujos paradigmas científicos atualmente não possuem explicações que compreendam todos os tipos de casos.

Carunchio (2017b), neuropsicóloga e pesquisadora brasileira que estuda EQM, aponta que esta, como fenômeno anômalo, é definida como uma experiência psicológica que acontece durante ou muito próxima ao momento da morte clínica, também categorizada por Moody (1975) como um evento espiritual profundo que acontece de forma inesperada a algum indivíduo no momento da morte. Já Greyson (2013), psiquiatra e pesquisador do fenômeno há mais de 30 anos, define EQM como eventos psicológicos profundos, com elementos transcendentais e místicos e que ocorrem com indivíduos próximos da morte.

Haeseler & Beauregard (2013) também afirmam que EQMs são experiências vívidas e realísticas que desencadeiam grandes mudanças na vida dos indivíduos, e são em grande parte subjetivas. Van Lommel (2010), cardiologista pesquisador do fenômeno desde antes do surgimento do termo EQM, considera-a como fenômenos espirituais que muitas vezes envolvem experiências fora do corpo.

Para compreender melhor a situação em que uma EQM pode ocorrer, é preciso recorrer aos conceitos de morte clínica e morte encefálica, diferenciando-os. Segundo Rabello (2006), neurologista brasileiro de imenso prestígio, a morte encefálica se define pela falência do tronco encefálico, estrutura responsável por grande parte das funções vitais, sendo ela um estado irreversível.

Já a morte clínica é outro tipo de condição. De acordo com Rabello (2006) e Carunchio (2017a), a morte clínica pode ser reversível por meio de reanimação em tempo hábil. É a condição, por exemplo, de uma parada cardiorrespiratória, em que não houve falência ou dano irreversível das funções do tronco encefálico. Se a equipe de saúde agir depressa e o paciente reagir, a vivificação é possível, muitas vezes sem sequelas. É nessa condição que pode acontecer uma Experiência de Quase Morte. Entretanto, se o paciente não for socorrido a tempo ou não reagir, a tendência é que entre em morte encefálica.

Explicados esses primeiros conceitos, é possível abordar, no trecho que segue, a fenomenologia das EQM, ou seja, os elementos que compõem essa curiosa experiência.

## Elementos das EQMs

Quando se pensa em como uma EQM se desenrola, é possível separar o fenômeno em alguns elementos. Esses elementos, tais como serão abordados aqui, foram elencados inicialmente por Moody (1975) e revisados posteriormente por Greyson (2013) e Carunchio (2015, 2017a, 2017b). Neles estão descritas situações que podem acontecer especificamente em uma EQM. Seguem os elementos: sensação de serenidade, marcando o fim de uma situação de estresse ou tensão, sentida antes de acontecer a EQM; perceber-se fora do corpo – é comum a observação do próprio corpo de cima (autoscopia), numa posição pairando sobre ele, conseguindo observar as ações da equipe médica sendo executadas, elemento especialmente comum quando a EQM ocorre por evento cardiológico; ouvir sons diferentes do local onde está fisicamente – mesmo estando o paciente cercado de sons da equipe de saúde intervindo em seu corpo, ele não os percebe, podendo escutar os sons de um jardim, por exemplo; consciência de estar morto, seja por ouvir ser declarado morto pela equipe de saúde, por concluir isso ao ver o próprio corpo supostamente sem vida, ou mesmo de maneira intuitiva; inefabilidade, dificuldades em colocar a experiência em palavras, pois não têm referências em sua memória para esse tipo de vivência; visão clássica do túnel – ver um ambiente escuro em formato de túnel, muitas vezes com uma luz no final; encontros com seres místicos que podem transmitir uma sensação de revelação e emoções como paz, aceitação plena, amor universal ou mesmo medo e terror; encontro e conversas com entes queridos falecidos que já faleceram; revisão da história de vida, seja como cenas de um filme passando em sua frente, seja revivendo alguns trechos, do próprio ponto de vista ou do olhar de outra pessoa que estava lá naquele momento (mais frequente em adolescentes e adultos); cenas perturbadoras (lugares e criaturas que causem horror); cenas encantadoras (lugares e criaturas que causem sentimentos agradáveis); momentos de reflexão (sobre a vida, valores, perspectivas...); flashes

do futuro (embora muito raros, esse tipo de fenômeno é relatado por alguns pacientes); chegar a uma fronteira, seja um portal, uma ponte, um rio, ou um bloqueio invisível, que algumas vezes o paciente pode escolher se deseja ultrapassar, e outras simplesmente é mandado de volta para o corpo ou se sente puxado por ele; volta brusca para o corpo – geralmente o retorno é relatado como um despertar brusco, dificilmente é comemorado pelo paciente com a mesma alegria dos familiares e da equipe de saúde, pois na maioria dos casos ele sai de uma experiência sublime e retorna a um corpo em terríveis condições de saúde, com dor intensa, talvez com sequelas.

É interessante notar que não é necessário que se vivencie todas essas experiências. Aliás, os três autores referenciados esclarecem que não há registro de EQM com todos os elementos. Também não precisam acontecer na ordem em que foram elencadas, pois na prática clínica percebe-se que tais elementos podem se combinar e se mesclar de maneiras únicas em cada caso.

Além disso, elementos semelhantes aos das EQM podem ocorrer a pacientes em outras condições. Elias (2018) destaca o caso de pacientes em coma profundo ou em fase terminal que têm EQM como visões no leito de morte. Em outro extremo, algumas pessoas passam por situações de grande perigo e ameaça à vida ou à sua integridade (acidentes de trânsito, quedas graves, situações de violência, entre outras) e saem ilesas. De acordo com a mesma autora, ao alegarem terem experienciado fenômenos similares aos das EQM, o tipo de vivência recebe o nome de medo da morte.

## **Prevalência e população**

Segundo Kondziella, Dreier & Olsen (2019), os dados mostram que 10% da população mundial já passou por uma EQM (1 em cada 10 pessoas). No cenário nacional, de acordo com Carunchio (2017a), 14% da população brasileira já teve uma EQM. Quando se considera apenas os brasileiros que já correram risco de morte, a porcentagem da prevalência de EQM sobe para 51%.

Na pesquisa brasileira (Carunchio, 2017a), 87,76% dos pacientes brasileiros que tiveram EQM têm menos de 60 anos, 71,43% deles são indivíduos entre 30 e 59 anos. Greyson (2013) também aponta que esse fenômeno tende a ser mais comum entre pacientes mais jovens, embora existam casos ocorridos na velhice mais avançada e mesmo no início da infância.

Quanto à saúde mental, é preciso deixar claro que ter uma EQM não é indicador de patologia, isto é, em termos psiquiátricos uma EQM é uma experiência positiva. Greyson (2013) deixa isso claro ao mencionar que pacientes com EQM “(...) não se distinguem dos não experienciadores em inteligência, neuroticismo, extroversão, traço e estado de ansiedade ou em medidas relevantes do Rorschach” (Greyson, 2013, p. 245).

Elias (2018) pontua que diferentemente de quando um paciente se mostra desorientado durante uma alucinação, no decorrer das EQM ocorre o oposto: o paciente passa

por esse momento de maneira lúcida, compreendendo o que está vivenciando. Além disso, ao contrário do que se poderia supor, uma EQM não é sinal de que houve despersonalização, pois o senso de identidade do paciente se encontra preservado ao longo de todo o evento. Esses argumentos são fundamentais para que se compreenda o caráter não patológico das EQM.

No entanto, de acordo com Carunchio (2017a), por ser uma experiência incomum e impactante, é frequente que esses pacientes apresentem certas dificuldades ao retomarem suas vidas, incluindo alguns transtornos secundários, decorrentes principalmente de EQM perturbadoras. No Brasil, as estatísticas são de 8,16% para distúrbios do sono e 2,04% para TEPT (transtorno de estresse pós traumático). Dos pacientes que passaram pela pesquisa, a maioria dos que tiveram uma EQM não tinham transtornos preexistentes.

Um ponto importante quanto à prevalência de EQM é que ela tende a aumentar com o passar do tempo, pois, conforme as tecnologias e técnicas das ciências médicas avançam, se torna cada vez mais comum a ressuscitação de pacientes que até pouco tempo atrás iam a óbito (Greyson, 2013; Carunchio, 2017a, 2018). Como se pode supor, a educação de profissionais de saúde e a criação de protocolos para atender a essa crescente demanda é algo cada vez mais urgente.

## **Aspectos metodológicos dos estudos de EQM e possíveis hipóteses diagnósticas**

Um aspecto importante a ser considerado acerca das EQM é que a equipe de saúde não tem indicadores de quando um paciente está vivenciando esse tipo de experiência. É possível, claro, constatar a morte clínica ou sua aproximação, mas não há como saber se o paciente está passando por uma EQM. Nesse sentido, os estudos desse fenômeno são retrospectivos, feitos por meio de relatos.

Segundo Machado & Zangari (2016), o termo “experiências anômalas” não denota algo sobrenatural nem patológico, mas sim algo que foge da contemplação e compreensão explicativa em sua totalidade da ciência em seus paradigmas atuais. Segundo Cardeña, Lynn & Krippner (2013), as EQMs são vivências irregulares vivenciadas por grande parte da população e que se desviam das experiências comuns ou das explicações da realidade que são comumente aceitas, independem do estado de consciência do indivíduo, não têm relação com doenças mentais e alucinações, são distintas de doenças mentais em sua fenomenologia, antecedentes, consequências e etiologia, assim como sua resposta a vários tratamentos. Dessa maneira, o termo “anômalo”:

(...) deriva do grego *anomalos*, significando irregular, diferente, desigual, em contraste com *homalos*, que significa o mesmo ou comum. Uma experiência anômala é irregular na medida em que difere das experiências comuns, é desigual na medida em que não é como as experiências ordinárias. Normalmente é desigual porque, pelo menos na

academia, não recebe a mesma atenção que as experiências regulares. (Cardeña et al., 2013, p. 1)

Dessa maneira, quando se fala em experiências anômalas, tais como as EQMs, se fala num tipo de experiência de difícil estudo quanto à sua etiologia e hipóteses explicativas, mas que por definição não implica em ação sobrenatural (embora muitas vezes o paciente se refira a ela nesses termos), não implica também na crença do pesquisador acerca desse tipo de fenômeno. O foco dos estudos de EQM dentre profissionais de saúde geralmente está relacionado ao que o método científico pode dar conta, como as consequências de uma EQM e como proporcionar aos pacientes um bom prognóstico (Carunchio, 2017a; Greyson, 2013; Machado & Zangari, 2016).

Outro ponto metodológico a se considerar é que, pela impossibilidade ética de reproduzir o fenômeno, os estudos ocorrem de forma retrospectiva, isto é, um paciente que teve EQM devido a alguma intercorrência em sua saúde se voluntaria para compartilhar seu relato, passar por entrevistas, escalas etc. Os pesquisadores não se debruçam sobre o evento em si, e sim sobre as lembranças e a narrativa do sujeito a respeito de sua vivência.

Ainda assim, ocasionalmente surgem hipóteses explicativas a respeito das EQM e sua etiologia, geralmente fundamentadas nas bases da medicina, da psicologia e, mais recentemente, das neurociências. A seguir serão brevemente apresentadas as principais hipóteses explicativas, com base em Carunchio (2018) e Greyson (2013).

Segundo Carunchio (2018), Oskar Pfister iniciou o debate acerca das explicações psicológicas para a experiência de quase morte no campo da psicologia, propondo que esse fenômeno aconteceria devido a uma defesa psíquica contra a ameaça de morte iminente, sendo os elementos descritos nos relatos fruto das crenças e expectativas pessoais e culturais acerca da morte. Porém, uma crítica a essa hipótese é que os elementos descritos nas EQM são semelhantes em todo o mundo, até em pessoas que nunca ouviram falar de EQM, incluindo crianças novas demais para abstrair algo de tamanha complexidade.

Ainda sobre hipóteses psicológicas, na década de 1970 se tornou famosa a suposição de que as EQM seriam lembranças do parto, sendo o elemento do túnel com a luz no final a saída do bebê de dentro do corpo da mãe. Contudo, recém nascidos não têm acuidade visual para ter esse tipo de percepção, muito menos capacidade cortical para registrar memórias (afinal, o córtex cerebral só começa a se diferenciar dos demais tecidos cerebrais, se formando de fato, nos anos iniciais da infância). Também perderia seu fundamento considerando que aqueles que nasceram de parto por cesárea também podem relatar EQM, incluindo a experiência do túnel.

Por fim, existe também a hipótese com arquétipos de Jung, que considera que numa EQM estariam presentes os arquétipos da experiência do nascimento, da morte e da iluminação, da dissolução (ênfatisando estados de punição e tortura que acarretam na dissolução do eu e da morte) e da integração transcendente (sentimentos de gratidão, senso de ampliação do eu, bem-aventurança e união com algo maior), sendo todos eles

representantes de aspectos emocionais profundos, possivelmente associados ao sistema límbico, áreas mais primitivas e córtex cerebral. Essa é uma hipótese interessante, mas de difícil comprovação prática.

Ainda sobre hipóteses psicológicas de base junguiana, Elias (2018) menciona a possibilidade de a EQM ser vivenciada pelo paciente como um processo alquímico, o que poderia explicar a intensa transformação no estilo de vida, crenças e valores que esses pacientes tendem a apresentar após a experiência.

Seguimos explorando as hipóteses acerca da etiologia das EQMs, agora quanto à sua fisiologia. A primeira dessas hipóteses, conhecida como a hipótese da hipóxia ou anóxia, apontam para a relação da EQM com a hipóxia cerebral (baixa oxigenação), anóxia (ausência de oxigênio no cérebro), hipercarbica (aumento do gás carbônico), ação de neurotransmissores e atividades anormais nos lobos temporais do cérebro (residuais) (Serralta et al., 2010). Segundo Carunchio (2017a), ao alcançar a morte clínica, um exame de EEG constata facilmente a ausência de atividade cortical (eletroencefalografia isométrica, isto é, o EEG mostra apenas uma linha horizontal). Isso significa que as áreas cerebrais mais externas do córtex, responsáveis pela atenção, percepção, regulação do comportamento e interpretação das percepções, não mostram evidência de atividade. Dessa maneira, conforme essa hipótese, os lapsos de lucidez e os fenômenos ocorridos durante a EQM seriam resultado de atividade residual nessas regiões. No entanto, o que se constata é que em muitos casos de EQM não houve hipóxia ou anóxia, por exemplo, situações em que o paciente estava em contexto hospitalar, monitorado, com oxigenação ou em respiradores. Assim, não se pode dizer que essa hipótese explique todos os casos de EQM.

Segundo Carunchio (2018) existe também a possibilidade de que os efeitos colaterais aos medicamentos poderiam causar experiências semelhantes a EQM (alucinações). Porém indivíduos nessas condições tendem a relatar menos EQM, e pessoas sob efeitos de substâncias (não necessariamente medicamentos), quando passam por EQM, trazem relatos de experiências confusas, com elementos bizarros. Assim, essa hipótese não contemplaria os pacientes que passaram pelo fenômeno sem o efeito de fármacos (por exemplo, após um acidente, afogamento, parada cardiorrespiratória etc.).

Por fim, serão apresentadas a seguir as hipóteses das neurociências. A primeira é a das endopsicosinas. Durante o processo de hipóxia, atinge-se a excitotoxicidade isquêmica (células nervosas danificadas/mortas por estimulação excessiva de glutamato), assim causando a cascata de glutamato (grande liberação de glutamato, neurotransmissor excitatório). Joaquim, Patriota & Bianco (2010) afirmam que com a intensa atividade de serotonina, endorfina e endopsicosinas ativam-se áreas como o hipotálamo, lobo temporal direito e o canal central da medula espinhal. Carunchio (2018) sugere que essa seria uma possibilidade explicativa sobre a etiologia das EQM, sobre como acontecem os fenômenos sensoriais das experiências de quase morte. Porém, mais uma vez não daria conta de explicar todos os casos, uma vez que nem todo paciente de EQM passa por hipóxia/anóxia.

Forcen (2013) apresenta a hipótese das endorfinas, segundo a qual uma grande carga de endorfina seria secretada no sistema nervoso central no momento da morte, causando a EQM. De acordo com o autor, isso amenizaria a dor e supostamente tornaria a experiência de morrer algo prazeroso. No entanto, mais uma vez a hipótese não explica todas as EQM, uma vez que nem todas são prazerosas e agradáveis.

O mesmo autor também explica a hipótese de hiperatividade nos lobos temporais como a justificativa para o fenômeno. Mas há pacientes que sofrem parada cardiorrespiratória e não apresentam atividade residual nos lobos temporais. Assim, essa hipótese também não abarca todas as experiências.

Como visto, a etiologia das EQM ainda é algo nebuloso, já que o fenômeno é de difícil explicação. Isso torna os métodos de estudo sobre esse evento ainda mais complexo. Como já mencionado, os estudos geralmente são retrospectivos, pautados em relatos. Por isso atualmente as pesquisas mais promissoras são centradas nas consequências que uma EQM deixa para o paciente.

## **Escala de Experiência de Quase Morte de Greyson**

Como já foi mencionado, não existem meios de saber o momento exato em que um paciente está vivenciando uma EQM, nem se um paciente próximo da morte clínica (ou já nesse estado) irá ou não ter essa experiência. Os estudos são retrospectivos, por isso, para que as pesquisas sejam fidedignas e para que o paciente seja encaminhado para os tratamentos corretos (quando for o caso), é essencial saber se aquilo que ele relata foi, de fato, uma EQM, ou se foi algum outro tipo de fenômeno espiritual ou místico. Para isso, o uso de escalas é uma forma de saber com segurança o que houve com o paciente.

Um dos mais importantes instrumentos de mensuração é a Escala de Greyson, desenvolvida pelo prestigiado pesquisador Bruce Greyson em 1983. De acordo com o autor, a escala se aplica a pacientes após algum risco de morte e pode ser facilmente compreendido por eles, além de ser de simples manejo e correção para a equipe de saúde. A escala é uma das mais utilizadas em estudos internacionais sobre EQM, está validada estatisticamente e aborda os principais elementos da experiência de quase morte, podendo ser replicada anos depois sem alterações importantes nos resultados. A versão final da Escala Greyson contém 16 itens representando elementos típicos da EQM.

O respondente da escala precisa atribuir uma pontuação entre 0 e 2, de acordo com a presença e intensidade daquele elemento nas suas lembranças da EQM. Os dados são interpretados com uma soma simples das pontuações, sendo que um resultado igual ou superior a 7 permite ter certeza de que a experiência foi uma EQM.

De acordo com Greyson (1983), a escala contempla em suas perguntas quatro facetas das EQMs: a cognição (alteração na percepção do tempo, pensamentos acelerados e compreensão ampliada), a afetividade (sentimento de paz, amor universal, serenidade etc.), aspectos da espiritualidade do paciente (contato com entes queridos já falecidos, encontro



com agentes sobrenaturais, ver-se em outras realidades) e aspectos relacionados a supostos fenômenos anômalos (experiência fora do corpo ou separação corpo-mente, flashes do futuro).

Embora existam outras escalas para mensurar a presença e intensidade das EQMs – sendo digna de nota também a Weighted Core Experience Index (WCEI), de Van Lommel (2010) –, a maioria dos estudos internacionais são feitos com a Escala Greyson, o que facilita as comparações estatísticas entre estudos com diferentes amostras. Além disso, há uma versão da escala com estudo de equivalência semântica para o português, realizada por Serralta et al. (2010), com participação do próprio Greyson. Nesse estudo de tradução foi constatado que a escala está apta para ser utilizada na cultura brasileira, e foi utilizada também no estudo com amostra brasileira conduzido por Carunchio (2017a).

## Consequências das EQMs

Uma EQM é um tipo de experiência extremamente intensa, que coloca o sujeito diretamente de frente com sua própria finitude, de maneira realista, lúcida, muito mais dramática do que uma reflexão acerca do tema da morte ou mesmo do que o luto pela perda de um ente querido. Sendo assim, é comum que uma EQM traga mudanças para a vida do paciente em diferentes setores da vida. As primeiras consequências a serem examinadas serão as psicológicas, fundamentadas em Carunchio (2017a), Greyson (2013) e Van Lommel (2010).

Em decorrência de uma EQM ser uma experiência intensa, vinda de um evento de risco iminente de morte, sobre o qual nem sempre o sujeito pode falar, pode haver dificuldade de assimilar tal fenômeno. Muitas pessoas se privam de falar sobre o que aconteceu, sobre como se sentem, sobre as mudanças que ocorreram (na visão de mundo, em si mesmas), colaborando para uma série de problemas.

Em muitos casos tal ressalva vem do medo da não aceitação pelos familiares, relacionamentos e a sociedade em geral. Isso é intensificado pela ideia de patologização da EQM e pelo estigma de ser considerado doente mental, inclusive por si mesmo e por profissionais de saúde, o que causa angústia e sofrimento psíquico. Com isso, as lembranças do ocorrido não são elaboradas ou são mal elaboradas, não encontrando lugar na vida e na realidade. Paradoxalmente, isso intensifica possíveis consequências nefastas da EQM, mas ao mesmo tempo faz com que o paciente se cale e deixe de buscar ajuda.

Alterações nas atitudes, crenças e valores são comuns e duradouras, principalmente em experiências boas. A vida passa a ser mais apreciada, diminuem o materialismo e a competitividade, aumentam a confiança e a flexibilidade para enfrentar problemas cotidianos. Em suma, o sujeito desenvolve um senso renovado de propósito de vida. Essas mudanças são duradouras, inclusive ao se verificar sua presença 8 anos após a EQM, e, novamente, 20 anos depois (Haeseler & Beauregard, 2013).

Além da diminuição do medo da morte, pode ocorrer o luto por voltar a uma vida que não é tão agradável como a EQM, seja pelo do sentido do estilo de vida, seja por haver sequelas

do evento que a causou. Geralmente essa reação de luto é acompanhada de intensa angústia: além de ser uma vivência que não se encaixa no cotidiano com facilidade, o paciente pode sentir que não pode conversar abertamente sobre o assunto, seja por ver o tema como um tabu, seja pela própria inefabilidade da experiência, pois, sendo algo abstrato, uma vivência para a qual o sujeito geralmente não tem referência, pode existir certa dificuldade para traduzi-la em palavras. Isso cria uma solidão intensa ao lidar com a situação, podendo haver uma dificuldade em agir no mundo e retomar a “vida normal”, alterando o senso de realidade – o que pode persistir por muitos anos –, gerando um sentimento de alienação e depressão de longa duração.

O risco de suicídio é pequeno: a maioria desses pacientes apresenta intensa objeção a ele, isto é, a morte é vista como algo natural e agradável, mas sentem que deve vir no seu próprio tempo. No entanto, esse risco pode se fazer presente em casos de EQM, principalmente em pacientes mais jovens.

Algumas EQM têm conteúdos perturbadores. São experiências totalmente desagradáveis, causam dor, medo, angústia, desespero e incertezas. São comuns nesse tipo de relato experiências envolvendo violência, ameaças, tortura, seres medonhos ou sofredores, o ato vagar numa região escura ou árida etc. Tal fato faz o paciente questionar o porquê aconteceu com ele, já que a maioria tem conteúdos agradáveis e pode ocasionar transtorno de estresse pós traumático (TEPT) e distúrbios do sono devido às lembranças da EQM e pesadelos constantes.

Pacientes que passam por EQM perturbadoras vivem uma experiência desagradável, permeada por medo, tristeza e dificuldade. Além de apresentarem mais sintomas psicológicos e maior prevalência de transtornos mentais após a experiência, esses pacientes também se sentem profundamente culpados pelo teor daquilo que vivenciaram, questionando a própria sanidade e os motivos de terem passado por algo tão desagradável. São extremamente estigmatizados por familiares, amigos e mesmo por profissionais de saúde, o que dificulta ainda mais a superação dos desafios e transtornos trazidos pela EQM, assim como a retomada da vida normal e a acomodação neuropsicológica da lembrança da EQM. (Carunchio, 2020, p. 172).

É preciso deixar claro, novamente, que todos estão sujeitos a passar por uma EQM e que, acontecendo isso, todos estão sujeitos a ter uma experiência perturbadora, independentemente de crenças ou descrença, estilo de vida prévio etc.

No âmbito da sociabilidade e dos relacionamentos, intensas mudanças também podem ocorrer após uma EQM. Devido às emoções intensas e marcantes ocorridas na EQM, o modo como se lida com a vida e com aqueles com quem se convive sofre mudanças bruscas. Surge a tendência a se preocupar mais com os outros, sentimentos de amor, compaixão, pouco interesse em status social ou aprovação das pessoas, e aumento da tolerância e empatia. Também é comum o aumento da preocupação com questões de justiça social e com o meio ambiente.

Em decorrência dessas mudanças, se atribuem outras em relação à sociabilidade. Os relacionamentos se tornam diferentes, pois a antiga forma de se conviver já não existe, devido ao novo jeito de ser do paciente e às alterações na visão de mundo e de si mesmo. Com isso, tribulações ocorrem na família, entre os amigos e nos relacionamentos amorosos, podendo gerar angústias, questionamentos por parte dos outros que, por sua vez, sentem que o paciente não é mais o mesmo e não se encaixa mais nos parâmetros sociais ou nos valores do grupo, e até, em certos casos, nos que são reforçados na sociedade.

Essa dificuldade de conciliar novas crenças e valores com as expectativas da família gera uma solidão no paciente, sentimento de medo de rejeição e de ser anormal. Na EQM agradável o paciente se sente tão amado e plenamente aceito, que toma esse parâmetro como referência e se frustra com relacionamentos comuns do dia a dia, dificultando-os. São frequentes divórcios e rompimentos de relacionamentos afetivos, pois os relacionamentos limitados tendem a não ser mais suficientes, ocorrem conflitos em decorrência de o casal não se reconhecer mais. A pessoa que passou pela EQM mudou muito em muito pouco tempo, e às vezes não se sente à vontade para comentar sobre o acontecido com o companheiro. Com isso, seu cônjuge passa a desconhecê-la, até mesmo apresentando sentimentos de culpa por não acompanhar todas essas mudanças, se sentindo incompreendido. Familiares, parceiros e mesmo amigos próximos também precisam ser acolhidos, também precisam ter seus sentimentos validados.

Já no âmbito da carreira e do trabalho, Carunchio (2018) afirma que, ao ocorrer a perda ou mudança de antigos papéis sociais após a EQM, o papel do indivíduo no trabalho também é afetado. Assim, pode ocorrer o afastamento do trabalho ou até a interrupção da carreira, especialmente quando a área de atuação valorizava e incentivava aspectos que não fazem mais sentido para o paciente, como a competitividade e o status social. De acordo com a mesma autora, outro motivo comum de interrupção ou afastamento do trabalho são os transtornos secundários a uma EQM, majoritariamente a depressão e o transtorno do estresse pós-traumático.

Em decorrência das mudanças de atitudes, crenças e valores em geral, o indivíduo pode optar por transformações significativas em diversos âmbitos, como a busca por novas oportunidades de trabalho e novas carreiras, mais alinhadas com seus novos parâmetros de ver a vida, de personalidade e de identidade. Geralmente, quando é possível entrar numa área de atuação que valoriza a nova forma de ser do paciente, o prognóstico tende a ser muito favorável, como aponta Carunchio (2017a).

Já no caso de crianças e adolescentes que passam por EQM, de acordo com Sutherland (2009), a escolha de carreira é influenciada pelo evento. Em grande parte dos casos, quando esses pacientes se deparam com a escolha da carreira, geralmente se direcionam às áreas de saúde, artes, filosofia, teologia e física.

Outro ponto importante a ser considerado no âmbito das consequências de uma EQM é a espiritualidade do paciente. É importante deixar claro que não se trata de um olhar místico

ou religioso acerca do fenômeno, mas sim de considerar as consequências de um evento clínico num setor da vida que é importante para grande parte da população, embora seja igualmente comum que aconteçam EQM em pacientes ateus, agnósticos ou sem religião, pois tal experiência independe de religiosidade, sendo ela uma experiência anômala e, acima de tudo, humana.

É interessante mencionar que até a década de 1990 a espiritualidade do paciente era algo raramente mencionado entre profissionais de saúde, e, quando abordada, muitas vezes era de modo a comparar crenças, práticas e fenômenos como as EQM a psicopatologias. A partir de então, como recorda o psiquiatra Moreira-Almeida (2004), essa situação começou a mudar, aumentando a realização de pesquisas acerca do assunto, culminando na inserção da categoria Problemas Espirituais e Religiosos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e mantendo essa categoria no DSM-5. Esse sem dúvidas foi um grande passo, fazendo com que os profissionais de saúde mental passassem a dar mais atenção para essa importante esfera da vida de seus pacientes, uma vez que esse setor da vida também pode ser a razão de uma consulta psicológica ou médica, já que podem existir angústias ou focos de ansiedade diretamente relacionados à espiritualidade e religiosidade, com potencial de repercutir em outras áreas da vida, como a família, os relacionamentos e mesmo no quadro de saúde.

Um dos objetivos da criação da classe de Problemas Espirituais e Religiosos foi chamar a atenção para a existência de quadros de cunho espiritual e com potencial benéfico que se assemelham a transtornos mentais, e estimular pesquisas para melhor descrever esses fenômenos, seu diagnóstico diferencial e conduta. (Moreira-Almeida, 2004, p. 49). Greyson (2013) afirma algo semelhante ao destacar que “O fato de considerar a angústia relacionada à EQM como um problema religioso ou espiritual pode reduzir os diagnósticos ou intervenções inadequadas e levar a estratégias de tratamento mais focadas” (Greyson, 2013, p. 250).

Em Carunchio (2017b), os âmbitos da religiosidade e espiritualidade também são afetados pela EQM, sendo ela uma experiência demasiadamente abstrata e classificada por teorias como experiência anômala. Ao mesmo tempo, é comum que pacientes e pessoas de fora da psicologia considerem esse fenômeno como uma experiência mística ou espiritual. No geral a EQM tem efeitos intensos e transformadores, capazes de modificar perspectivas de vida, sendo assim há interferências na espiritualidade e no papel religioso na vida do indivíduo, ou mesmo na ausência dele.

Em diversos casos nota-se um aumento da espiritualidade depois da vivência da EQM, tal qual majoritariamente se encontra em experiências agradáveis, fazendo ela com que o paciente perceba a si mesmo como parte de algo maior, benéfico e cheio de significado, causando sentimento de invulnerabilidade, sensação de ter um destino especial a cumprir, percepção de um sentido espiritual em sua existência e em estar vivo, lidando com a morte sem medo, e, em alguns casos, desenvolvendo ou reforçando uma crença de vida após a morte, que passa a ser vista como algo a ser aceito, e não ameaçador, como uma transição

que pode ser agradável, porém que tem o momento certo para acontecer, sendo assim contrária a tendências de comportamentos e ideias suicidas.

Nessa busca de um sentido espiritual para a vida podem ocorrer mudanças na religiosidade, como o abandono de crenças, troca de religião, procura por uma religião ou até o retorno a ela. Porém nas EQM em que o indivíduo não consegue entrelaçar os acontecimentos e o que foi percebido neles com suas crenças religiosas, surgem conflitos, sentimentos de divergências de ideias. Além disso, no caso de EQM perturbadoras o sentimento de culpa e mesmo conflitos no âmbito da religiosidade são muito frequentes, como aponta Carunchio (2020).

### **Dificuldades dos profissionais de saúde em relação ao paciente com EQM**

As dificuldades para lidar com a quase morte guardam alguma relação com as dificuldades que muitos profissionais de saúde apresentam para lidar com a morte. Esse é um tema complexo e de grande relevância, que remete diretamente à rotina dessas profissões e à formação dos profissionais nos cursos de graduação.

Segundo Freitas (2016), até poucas décadas atrás a maioria das pessoas morria em casa, fato que evitava a exposição que os profissionais de saúde têm às ocorrências de morte atualmente. Presenciar a morte se tornou parte do trabalho e da rotina dos profissionais da saúde, provocando sentimentos de fracasso, impotência, raiva e culpabilidade por não poder evitá-la.

Ao trabalhar com pacientes em risco de morte, frequentemente se observa situações nas quais o paciente e a família não seguem o tratamento de forma adequada ou entram em negação, gerando angústia, agressividade e rejeição nos profissionais de saúde, que, ao lidarem constantemente com essa situação no tratamento, em especial de pacientes terminais, os tratam de forma a causar a morte simbólica, pontua Freitas (2016).

De acordo com a mesma autora, os sofrimentos não compartilhados dos profissionais de saúde acarretam mecanismos de defesa que refletem nos pacientes e familiares, o que é extremamente danoso para todos. Isso se deve a uma formação que carece de capacitação para lidar com as demandas emocionais do ofício.

Ao mesmo tempo – aponta Freitas (2016) – os estudantes dos cursos de saúde aprendem a lidar com a doença, e não com o doente. Ao se depararem com situações de pacientes à beira da morte e até mesmo com a morte, muitas vezes não há respaldo algum por parte de supervisores, professores ou colegas. Assim, a defesa contra essa sobrecarga psíquica se torna a higienização das próprias emoções, ou seja, o futuro profissional passa a lidar com a dor, sofrimento e morte de forma objetiva e superficial, conseqüentemente mecanizando as relações com os pacientes e familiares. É necessário, portanto, focar na postura dos profissionais de saúde frente a casos em que uma EQM ocorre, visto que nos cursos de graduação e mesmo na pós-graduação eles não são preparados para lidar com esses casos.

Segundo Carunchio (2017a, 2018) e Greyson (2013), a atitude dos profissionais de saúde diante dos casos de EQM pode ser decisiva para dificultar ou facilitar a readaptação na retomada da vida comum do paciente, já que ele pode se sentir constrangido ou confortável para seguir o processo de elaboração da sua experiência ao primeiro contato com a equipe. Ou seja, o primeiro atendimento a esses pacientes é decisivo para o prognóstico, e atitudes mais evidentes – como a conduta do profissional – ou mais sutis – como a postura frente ao que é relatado – interferem na maneira como o paciente irá olhar para sua EQM: como algo que pode trazer novas possibilidades, mudanças de vida que podem ser agradáveis, ou, ao contrário, como algo muito estranho, que beira a patologia.

A reação do profissional de saúde interfere porque é para ele que o paciente dará o primeiro relato de sua experiência. Assim sendo, não só a conduta do profissional, mas também sua ética, as palavras usadas, o tom de voz, as expressões faciais e a postura podem colocar em risco o desenvolvimento e crescimento do indivíduo a partir da vivência.

A maioria dos pacientes relata não se sentirem confortáveis frente às reações dos profissionais de saúde em geral (incluindo psicólogos) detectando, portanto, uma debilidade da capacitação da equipe para lidar com questões de humanidade, confusão e insegurança em experiências intensas e anômalas, e desqualificação em saber ouvir o paciente e dar lugar a sua vivência na vida do indivíduo, especialmente na situação de especificidade de EQM.

Tal despreparo profissional se dá não apenas por causa do tabu da morte, mas também em decorrência do tabu sobre as experiências anômalas, pela pouca informação científica acerca desses assuntos e da repercussão dessas experiências na saúde mental e em aspectos psicossociais do paciente. Isso acarreta o desconhecimento da maneira correta de agir, evitando falar, lidar com tais conteúdos e até mesmo assumido uma postura hostil. Ao paciente resta, muitas vezes, lidar com tudo isso e com o estigma de maneira solitária, calado.

## **Apontamentos gerais sobre o primeiro atendimento de pacientes com EQM e sua importância**

Ao lidar com pacientes que tiveram EQM, o foco deve ser integrar os conteúdos ao cotidiano do indivíduo. De acordo com Greyson (2013) e Carunchio (2017a, 2018), não é produtivo fazer uma interpretação simbólica do relato (reduzindo-o a um sonho ou simples devaneio), nem o tratar como delírio. O paciente deve se sentir à vontade para falar sobre a experiência e aquilo que ela acarretou, a fim de se esgotar o tema. Para isso, é importante manter o foco no presente, mesmo explorando a experiência demasiadamente, trabalhar os papéis que foram perdidos, tratar o luto da EQM e transtornos secundários – quando for o caso –, viabilizar reflexões, esclarecer percepções e questionamentos, além de auxiliar o paciente em mudanças que ele precisa fazer.

É importante fornecer ao paciente e familiares dados sobre o fenômeno, com seriedade e respeito, colocando em todos os aspectos da terapia o paciente como centro da história, no papel principal de sua vida. De acordo com os mesmos autores, os transtornos secundários à

EQM, sendo eles na maioria das vezes ansiedade, transtornos de estresse pós traumático, distúrbios de sono e depressão, podem ser tratados de forma convencional.

De acordo com Carunchio (2017a, 2018), Carvalho (2020) e Greyson (2013), o primeiro contato com o paciente pós-EQM é um momento muito delicado, pois influencia em todo o processo de absorção e elaboração da experiência. O acolhimento é muito importante, e muitas vezes não é realizado da maneira correta, causando sérios danos no paciente e em seus familiares. Assim, ter um protocolo com informações essenciais sobre a experiência de quase morte e como intervir nessa situação é de extremo valor a qualquer profissional da saúde envolvido, principalmente aos psicólogos, que muitas vezes também falham nesse contato inicial.

## Conclusão

Apesar da etiologia das EQM não ter explicação científica satisfatória, o fenômeno é notavelmente comum, seus elementos padrões são replicados independente da nacionalidade, cultura, crença e outros aspectos da identidade do paciente. Atualmente 10% da população mundial e 14% da brasileira já vivenciaram uma EQM, sendo em sua maioria adultos com menos de 60 anos e sem psicopatologias prévias que facilitem a ocorrência de uma EQM. Da mesma forma, ter EQM não é, por si só, indicador de patologia. Conforme as técnicas e tecnologias médicas se desenvolvem, essa porcentagem tende a crescer, tornando o fenômeno cada vez mais comum no cotidiano dos profissionais de saúde.

Nesse ponto é preciso destacar que, de maneira geral, as equipes de saúde se encontram completamente desorientadas quando se trata de pacientes com EQM. Primeiramente porque não é possível perceber indícios de que um paciente esteja passando por esse evento. Se esses profissionais já apresentam certas dificuldades para lidar com o tabu da morte, nota-se que o tabu é ainda maior quando se trata de pacientes com EQM. Há pouquíssima informação científica acerca do fenômeno e de suas consequências, da mesma forma que existem poucos instrumentos que facilitem a identificação, acolhimento e tratamento desses pacientes.

O resultado desse quadro é a equipe de saúde desorientada e o paciente desamparado, fragilizado, enfrentando angústias e consequências potencialmente complicadoras de maneira solitária, sem receber os cuidados necessários. O primeiro atendimento a esses pacientes é especialmente determinante para o prognóstico. Quando realizado de imediato, de forma a acolher e respeitar as diretrizes sugeridas no artigo, o prognóstico tende a ser melhor, o paciente pode ser levado a acolher essa experiência como algo construtivo, que pode lhe oferecer novas possibilidades de vida, novos planos, novas formas de ser. Por outro lado, quando esse primeiro atendimento não é realizado, ou quando a situação não é manejada de maneira adequada, o que se observa é a intensificação das consequências nefastas, incluindo os transtornos secundários.

Compreendendo que essa demanda é crescente e que muitas vezes os profissionais de saúde deixam de realizar a conduta adequada simplesmente por desinformação e pela notável falta de instrumentos adequados, conclui-se que há uma necessidade urgente de capacitar e informar esses profissionais, bem como de oferecer-lhes instrumentos adequados para o bom manejo de casos de EQM. Idealmente um protocolo breve e com técnicas executivas claras, que possa ser aplicado em contexto hospitalar ou clínico, tanto pelo psicólogo quanto por outros profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros.

## Referências

- Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S. (2013). Experiências anômalas em perspectiva. In E. Cardeña, S. J. Lynn, & S. Krippner (Orgs.), *Variedades da experiência anômala* (pp. 1-15). Atheneu.
- Carunchio, B. F. (2015). *Experiências de quase morte (EQM) e saúde mental: Aspectos clínicos* [Apresentação de Trabalho]. X Seminário de Psicologia e Senso Religioso, Curitiba, Paraná, Brasil. <http://studylibpt.com/doc/5026552/experi%C3%AAs-de-quase-morte--eqm--e-sa%C3%BAde-mental>
- Carunchio, B. F. (2017a). *Experiência de Quase Morte (EQM): Uma abordagem empírica* [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUC-SP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/20652>
- Carunchio, B. F. (2017b) Caminhando pela vida e transitando pela morte: Experiência de Quase Morte (EQM) como uma experiência mística. *REVER*, 17(2), 11-36. <http://doi.org/10.23925/1677-1222.2017vol17i2a2>
- Carunchio, B. F. (2018). *Experiência de quase morte: Um breve guia para profissionais de saúde*. KDP-Amazon.
- Carunchio, B. F. (2020). EQM perturbadora, saúde mental e a espiritualidade do paciente: analisando relatos de brasileiros. *REVER*, 20(2), 171-186. <http://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a2>
- Carvalho, L. O. (2020). *Importância de um protocolo para atendimento inicial a pacientes que tiveram Experiência de Quase Morte (EQM)* [Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário Tiradentes].
- Elias, A. C. A. (2018) *Manual para aplicação RIME - psicoterapia breve por imagens*. UnicampBFCM.
- Forcen, F. E. (2013). Between life and death: the phenomenology of near-death experiences. *The Journal of humanistic psychiatry*, 2(1), 13-15.
- Freitas, M. H. (2016). Religiosidade e morte na prática do profissional de saúde: implicações para a formação. In M. H. Freitas, T. A. A. Aquino, & G. J. Paiva (Orgs.), *Morte, psicologia e religião* (pp. 23-41). Fonte; Terceira Via.



- Greyson, B. (1983). The Near-Death Experience Scale: construction, reliability and validity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 369-375. <https://doi.org/10.1097/00005053-198306000-00007>
- Greyson, B. (2013). Experiências de Quase Morte. In E. Cardeña, S. J. Lynn, & S. Krippner (Orgs.), *Variedades da experiência anômala* (pp. 241-270). Atheneu.
- Haeseler, N. T., & Beauregard, M. (2013). Near-death experiences in cardiac arrest: implications for the concept of non-local mind. *Archives of Clinical Psychiatry*, 40(5), 197-202. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000500005>
- Joaquim, M. A. S., Patriota, G. C., & Bianco, A. D. M. (2010). Isquemia encefálica, cascatas vasodilatadoras e alterações bioquímicas. *Arquivos Brasileiros Neurocirurgia*, 29(2), 58-63. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1625589.pdf>
- Kondziella, D., Dreier, J. P., & Olsen, M. H. (2019). Prevalence of near-death experiences and REM sleep intrusion in 1034 adults from 35 countries. *PeerJ*, 27(7), e7585. <https://doi.org/10.7717/peerj.7585>
- Machado, F. R., & Zangari, W. (2016). Experiências de Quase Morte: vivências limítrofes que ressignificam a vida. In M. H. Freitas, T. A. A. Aquino, & G. J. de Paiva (Org.), *Morte, psicologia e religião* (pp. 245-260). Fonte; Terceira Via.
- Moody, R. A. (1975). *Life after life*. Mockingbird Books.
- Moreira-Almeida, A. (2004). *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo] Biblioteca Digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-12042005-160501/pt-br.php>
- Rabello, G. D. (2006). Coma e estados alterados de consciência. In R. Nitrini, & L. A. Bacheschi (Orgs.), *A neurologia que todo médico deve saber* (pp. 143-169). Atheneu.
- Serralta, F. B., Cony, F., Cembranel, Z., Greyson, B., & Szobot, C. M. (2010). Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte. *Psico-USF*, 15(1), 35-46. <http://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100005>
- Sutherland, C. (2009). "Trailing clouds of glory": the Near-Death Experiences of western children and teens. In J. M. Holden, B. Greyson & D. James (Orgs.), *The handbook of Near-Death Experiences: thirty years of investigation* (pp. 87-107). Praeger.
- Van Lommel, P. (2011). *Consciousness beyond life: the Science of the Near-Death Experience*. HarperOne.

Recebido em: 30/07/2020

Aprovado em: 9/03/2021