



EQM perturbadora, saúde mental e a espiritualidade do paciente: analisando relatos de brasileiros

Distressing NDE, mental health and the patient's spirituality: analyzing Brazilian reports

Beatriz Ferrara Carunchio*

Resumo: EQMs (experiências de quase morte) são experiências que ocorrem quando um paciente em morte clínica ou próximo deste estado é reanimado e tem lembranças desse período. São profundamente impactantes na vida como um todo, inclusive em aspectos da espiritualidade e saúde mental. Na maior parte dos casos, são agradáveis. Alguns desses pacientes relatam experiências terríveis, com muitos impactos nefastos. O objetivo do artigo é discutir as EQMs perturbadoras e suas consequências à luz de autores das áreas médica e psicológica. Para isso, também foram analisados relatos de EQMs perturbadoras de brasileiros, coletados na pesquisa de doutorado da autora. Concluiu-se que a hipervigilância parece ser um traço comum após uma EQM perturbadora, fator associado a outras consequências, como TEPT, ansiedade e distúrbios do sono.

Palavras-chave: Experiência de Quase Morte (EQM). Ciência da religião. Saúde mental. Espiritualidade. Hipervigilância.

Abstract: NDEs (near-death experiences) occur when a patient in or near clinical death is resuscitated and has memories of that period. NDEs have a profound impact on whole life, including aspects of spirituality and mental health. They are pleasant in most cases, but some patients report terrible experiences, with many harmful impacts. The article aims to discuss distressing NDEs and their consequences in light of medical and psychological authors. Reports of Brazilians distressing NDEs, collected during the author's doctoral research, were also analyzed. In conclusion, hypervigilance seems to be a common trait after a distressing NDE related to other consequences, such as PTSD, anxiety, and sleep disorders.

Keywords: Near-Death Experience (NDE). Study of religion. Mental health. Spirituality. Hypervigilance.

Introdução

Experiências de Quase Morte (EQMs) são experiências subjetivas muito intensas que ocorrem a pacientes em morte clínica ou muito próximos deste estado. É comum que nos relatos de EQM existam aspectos que os pacientes identificam como experiências espirituais, tais como experiência fora do corpo, contato com supostos seres místicos ou entes queridos já falecidos, visitas a supostos outros planos, entre outros.

Geralmente após esse tipo de experiência, o paciente passa por intensas mudanças não apenas no âmbito da espiritualidade e religiosidade, mas em diferentes setores de sua vida, tais como nos relacionamentos afetivos e interpessoais, na carreira, em aspectos

* Pesquisadora de pós-doutorado pelo Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP. Doutora em Ciência da Religião (PUC-SP). ORCID: 0000-0002-3220-3174 – contato: bf.carunchio@gmail.com

psicossociais (incluindo crenças, visão de mundo, planos, metas e a própria identidade). A saúde mental também é afetada. Infelizmente, após uma EQM, mesmo que agradável, é comum o paciente apresentar senso de realidade alterada, angústia, conflitos psicológicos e mesmo transtornos como depressão grave, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) e distúrbios do sono.

O objetivo deste artigo é apresentar dados de saúde mental de pacientes que tiveram EQM. Mais especificamente, daqueles pacientes que tiveram EQMs perturbadoras, um tema com pouco material no meio acadêmico, mas com intenso impacto sobre estes pacientes e seus familiares e que, portanto, merece dedicação.

Pacientes que passam por EQMs 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.

Cabe ressaltar que o foco deste campo de estudos não é comprovar ou negar a realidade objetiva desse tipo de experiência, mesmo pelo fato de as mesmas serem subjetivas, e sim abordar as consequências que ficam para o paciente em sua saúde mental e aspectos psicossociais, como a presença de transtornos, os aspectos emocionais, alterações na religiosidade e espiritualidade, nas relações afetivas, sociais e familiares, por exemplo.

Foram utilizados na escrita deste artigo autores da área médica e psicológica. Devido ao fato de o tema ser pouco estudado, especialmente quando se trata de EQMs perturbadoras, parte do referencial teórico é um tanto antigo. Por isso, uma das propostas do artigo é, também, atualizar este conteúdo e trazê-lo para o cenário contemporâneo nacional ao ilustrá-lo com relatos de casos coletados na pesquisa de doutorado da autora, realizada na PUC-SP em 2017. Cabe ressaltar que todos aqueles que participaram da pesquisa o fizeram voluntariamente, em acordo com as normas éticas. Os relatos serão apresentados juntamente de uma breve descrição de aspectos da saúde mental, idade, sexo, profissão e religião, mas com o cuidado ético de não apresentar dados que possam identificar os participantes.

Inicialmente, abordaremos o panorama geral das EQMs, com definições, descrição dos elementos que compõem o curioso fenômeno e alguns apontamentos metodológicos para o estudo dos chamados fenômenos anômalos. A seguir, são abordados os dois primeiros tipos de EQM desagradável: aquelas em que, apesar dos aspectos perturbadores, prevalecem os elementos e sentimentos agradáveis; e aquelas em que, independentemente da fenomenologia, dos elementos presentes, o paciente se depara com sentimentos de desamparo, medo, com a sensação de morte e o sentimento de vazio, que tornam a experiência algo difícil de elaborar e superar. O artigo segue com a abordagem das EQMs perturbadoras propriamente ditas, em que o paciente tem uma experiência desagradável, com predomínio de elementos medonhos e sentimentos intensos de pavor, desamparo, vulnerabilidade e culpa, com impacto nefasto em

diferentes setores da vida, incluindo aspectos da espiritualidade e da saúde mental, que serão abordados na sequência. Por fim, constam as considerações finais.

Experiência de Quase Morte: algumas definições e conceitos iniciais

Como mencionado na introdução deste artigo, uma EQM é uma experiência subjetiva, muito intensa e que acarreta diversas consequências em diferentes âmbitos da vida do paciente. Apesar de o início dos estudos ser relativamente recente, esse tipo de experiência sempre aconteceu, está presente em contos populares ou mesmo mitos de diferentes povos em que alguém visita o mundo dos mortos e retorna transformado (Greyson, 2013; Van Lommel, 2010). O primeiro estudo acerca do assunto foi uma coleta de relatos empreendida por Albert Heim em 1882 (Greyson, 2013, Van Lommel, 2010). O próprio Heim passou por uma EQM após uma queda nos alpes suíços, durante uma escalada. O fenômeno o impactou de tal forma que ele dedicou os 25 anos seguintes a coletar relatos semelhantes entre sobreviventes de quedas, de guerras e de afogamentos (Van Lommel, 2010).

No entanto, o termo Experiência de Quase Morte só surgiu quase um século depois, quando Raymond Moody publicou seu livro, *Life after life*, em 1975. No livro, Moody descreve cientificamente o fenômeno, elencando os elementos que o compõem e cunhando o termo EQM, em inglês, *NDE: Near Death Experience* (Moody, 1975). O autor define as EQMs como “[...] eventos espirituais profundos que acontecem, de forma inesperada, a alguns indivíduos no momento da morte” (Moody, 1975, p. 04).

Bruce Greyson, psiquiatra que se dedica ao estudo das EQMs e seus aspectos clínicos há mais de 30 anos, acrescenta que:

As Experiências de Quase Morte (EQMs) são eventos psicológicos profundos que têm elementos transcendentais e místicos e ocorrem, normalmente, com indivíduos que estão próximos da morte ou em situações de perigo físico ou emocional intenso (Greyson, 2013, p. 241).

Haeseler e Beauregard, por outro lado, focam seus estudos acerca das EQMs em outro aspecto curioso: a relação entre o cérebro e a consciência. Abordam também as dificuldades metodológicas encontradas ao se estudar o fenômeno cientificamente, desde a medicina, uma vez que os estudos e pesquisas sobre EQM são retrospectivos, realizados através de relatos e estudos de casos, pois a equipe de saúde não tem meios de saber se um paciente está ou não passando por uma EQM, e induzir a experiência seria algo arriscado e contra os códigos de ética profissional e de pesquisa, já que os riscos de óbito ou sequelas (físicas e psicológicas) seriam muito altos. Os autores definem as EQMs como experiências vívidas e realísticas, que desencadeiam grandes mudanças na vida do paciente (Haeseler, Beauregard, 2013).

Van Lommel deparou-se pela primeira vez com uma EQM em 1969, quando era ainda um jovem médico em plantão numa unidade para pacientes cardíacos e o termo EQM sequer existia. Num plantão noturno, um dos pacientes sob seus cuidados sofreu uma parada cardiorrespiratória e, após ser reanimado, relatou ter atravessado um túnel com música e cores, e chegar a um maravilhoso local. Essa experiência tocou o jovem

médico a ponto de fazê-lo dedicar-se ao estudo das EQMs antes mesmo de o termo ser criado (Van Lommel, 2010).

Por sua vez, Marino Junior, neurologista brasileiro que foi um dos precursores na implantação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) no país, explica que as EQMs acontecem a pacientes que já estiveram em morte clínica. Essas experiências são, geralmente, muito curtas, embora o paciente possa ter sua percepção de tempo alterada, por exemplo, passar 1 minuto em morte clínica, 5 minutos desacordado, mas relatar que teve a sensação de terem se passado várias horas. A EQM seria, para Marino Júnior, as memórias de experiências que se passaram no período da morte clínica (Marino Júnior, 2005).

Neste ponto, é importante ressaltar a diferença entre morte clínica e morte encefálica. Na morte clínica, o paciente pode ser reanimado, caso receba socorro a tempo e reaja bem aos esforços da equipe de saúde. Durante a morte clínica, o EEG (eletroencefalograma) evidencia ausência de atividade no córtex cerebral (região mais externa do cérebro, responsável por funções nervosas superiores, as ditas funções neuropsicológicas, como a atenção, lucidez, coordenação dos movimentos, modulação do comportamento e das emoções, cognição e percepção, entre outras). Já a morte encefálica é uma condição irreversível e caracterizada pela falência do tronco encefálico, estrutura cerebral relacionada a grande parte das funções vitais (Rabello, 2006). Portanto, as EQMs ocorrem durante a morte clínica, uma vez que a morte encefálica é uma condição final e irreversível.

Como mencionado, o EEG é um exame que mostra a atividade cerebral em áreas corticais, mostrando as áreas ativas e a qualidade da atividade, ou apontando a ausência de atividade. O cérebro de um paciente em morte clínica ou próximo disso mostra o EEG isoelétrico (um traço contínuo que revela ausência de atividade) ou, em alguns casos, revela uma fraca atividade residual. Fica a questão: de que forma é possível que esses pacientes tenham lembranças de experiências tão intensas e vívidas, que geram tamanho impacto em suas vidas, com o cérebro em condições tão ruins?

Buscando responder a essas perguntas, surgiram diferentes hipóteses explicativas no campo da medicina, da psicologia e, mais recentemente, das neurociências. Entretanto, nenhuma dessas hipóteses pôde ser validada, pois diversas delas não dão conta da multiplicidade dos casos, enquanto outras (as hipóteses psicológicas) não têm caminhos metodológicos para teste (Greyson, 2007, 2013; Van Lommel, 2010).

Diante disso, Machado e Zangari consideram que as EQMs são experiências anômalas, ou seja, para as quais não existem, até este momento, explicações satisfatórias e que consigam explicar a multiplicidade dos casos dentro dos paradigmas científicos atuais (Machado e Zangari, 2013).

Cardeña, Lynn e Krippner reforçam a natureza não patológica deste tipo de experiência e explicam o conceito de 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, Lynn, Krippner, 2013, p. 01).

Além disso, embora essas dificuldades metodológicas sejam constantes, é importante ressaltar que se dedicar ao estudo das EQMs e de outros fenômenos anômalos não implica considerar que há algo de sobrenatural por trás dessas experiências, nem em buscar validá-las ou invalidá-las (Machado, 2010). Ao cientista e ao pesquisador, cabe sempre manter o olhar neutro, afastando crenças pessoais e investigando o fenômeno através de hipóteses possíveis de serem comprovadas ou refutadas, conforme os resultados obtidos nas pesquisas, sempre seguindo um método científico rigoroso.

Quanto à fenomenologia das EQMs, geralmente se consideram os seguintes elementos (Moody, 1975; Van Lommel, 2010; Greyson, 2013):

- Inefabilidade: dificuldade em transformar a lembrança num relato, o paciente nem sempre tem referências para descrever linguisticamente, e mesmo para compreender, aquilo que vivenciou;
- Consciência de estar morto: essa noção pode surgir de forma intuitiva ou pode ser deduzida após observar o próprio corpo de cima, aparentemente sem vida, também pode acontecer de ouvir alguém (geralmente profissional de saúde ou de socorro) declarar a morte;
- Sentimentos de paz e serenidade: muito comum em EQMs agradáveis, geralmente estes sentimentos são relatados pelo paciente como mais intensos que o usual;
- Experiência fora do corpo: envolvendo a observação do corpo de algum ponto externo a ele, geralmente os pacientes relatam flutuar e ver o corpo de cima, algumas pessoas relatam dificuldade em reconhecer o próprio corpo, em casos de acidentes graves, com muitos ferimentos, por exemplo;
- Experiência de atravessar um túnel, com ou sem uma luz no final dele. Apesar de geralmente o túnel ser relatado como escuro, pode ocorrer de haver cores, música, sons, entes, etc.;
- Visitas a supostos outros planos: usualmente descritos como lugares de grande beleza, como jardins ou cidades de luz, mas como será abordado mais à frente, também ocorrem relatos de regiões pantanosas, desertas e sem vida;
- Encontro com entes queridos já falecidos: são curiosos os relatos em que o paciente toma conhecimento da morte de alguém justamente durante o suposto encontro com esta pessoa na EQM. Outro ponto curioso são as EQMs de crianças que veem parentes falecidos há muitos anos e depois os identificam em antigas fotos de família;
- A luz brilhante: na maioria das vezes, a luz é relatada como muito intensa, mas sem ferir os olhos, que irradia amor universal e aceitação plena; alguns pacientes identificam essa luz como um ser que detém todo o conhecimento, e é comum que pessoas religiosas identifiquem essa luz como Deus, Jesus Cristo, um guia, orixá, espírito muito evoluído, ou outra possibilidade segundo a crença de cada um;
- Revisão da história de vida: mais comum em adultos e muito rara até os seis anos. Algumas vezes, o paciente apenas assiste a cena, em outros casos ele a revive, e também pode ocorrer de vivenciar a cena desde o ponto de vista de outra pessoa envolvida;
- Flashes do futuro: muito raro, a pessoa pode visualizar ou simplesmente tomar conhecimento desses fatos;

- Chegar a um ponto sem retorno: seja um bloqueio invisível, um rio, uma ponte, um portal ou um ponto que, se atravessado, não haverá como retornar;
- Retorno ao corpo: pode ocorrer por livre escolha; algumas pessoas relatam ser mandadas de volta para o corpo por um ser, outras ainda relatam ter sido puxadas pelo corpo.

Esses elementos foram divididos dessa maneira para fins didáticos. Na prática, ao ouvir o relato de um paciente, nota-se que os elementos se mesclam de maneiras únicas, tornando cada experiência singular, como será mostrado nos relatos mais à frente.

Os elementos não precisam aparecer nesta ordem, e não há relatos que tragam todos eles (Moody, 1975; Van Lommel, 2010; Greyson, 2013). Além disso, as condições que desestabilizaram o paciente podem indicar o tipo de elemento que irá predominar, por exemplo, pacientes intoxicados, alcoolizados, com overdose de drogas ou mesmo sob o efeito de medicamentos com efeitos sobre o nível de consciência podem apresentar EQM com aspectos bizarros e confusos; enquanto pacientes que têm EQM após parada cardiorrespiratória apresentam, caracteristicamente, experiência fora do corpo; já aqueles que se depararam com o risco de morte repentino, como em um acidente, apresentam marcadamente prevalência de elementos cognitivos, como revisão da história de vida, distorção temporal ou aceleração do pensamento (Greyson, 2013). Isso, no entanto, não determina se a EQM será agradável ou perturbadora, nem a profundidade da experiência.

O número de pessoas que passam por uma EQM não é baixo como se poderia supor. Um estudo recente, coordenado pelo prestigiado neurologista Daniel Kondziella, coletando dados de 1034 pacientes em 35 países, mostrou que 10% deles tiveram EQM (Kondziella, Dreier e Olsen, 2019).

No Brasil, conforme dados da pesquisa de doutorado da autora, realizada com 350 participantes, a porcentagem de pessoas afetadas entre a população geral chega a 14%, enquanto entre pacientes que correram risco de morte, a porcentagem sobe para 51% (autor, 2017a).

Muito possivelmente, a prevalência é ainda mais alta, pois muitos pacientes têm receio de relatar o fenômeno, ou pela infabilidade que lhe é característica, ou mesmo pelo receio de ser considerado doente mental pelos profissionais de saúde ou mesmo por familiares e amigos (Van Lommel, 2010; Greyson, 2007, 2013; autor 2017a). Além disso, a prevalência tende a aumentar conforme a tecnologia e as técnicas médicas se desenvolvem e mais pacientes podem sobreviver a condições críticas de saúde (Greyson, 2013).

Quanto à identificação do tipo de experiência que poderia ser, seguramente, considerada uma EQM, os pesquisadores se utilizam de escalas que mensuram a prevalência de cada elemento da experiência. Isso é importante para que se possa dizer, com certeza, que o tipo de experiência anômala apresentada pelo paciente é, de fato, uma EQM, especialmente sendo este um fenômeno pouco abordado. A escala mais utilizada nos estudos internacionais, e que a autora também utilizou para a coleta de dados em sua pesquisa de doutorado, é a Escala Greyson, desenvolvida por Bruce Greyson em 1983 e com validação semântica para o português brasileiro (Greyson, 1983; Serralta, Cony, Cembranel e colaboradores, 2010).

Essa escala possui 16 itens, cada um deles apresenta um elemento típico de EQM. O respondente é orientado a atribuir, para cada um deles, um valor entre 0 e 2, de acordo com a presença e intensidade de cada elemento nas lembranças da sua EQM. A escala contempla aspectos cognitivos (como pensamentos acelerados, alterações na percepção do tempo e compreensão ampliada, por exemplo), afetivos (alguns exemplos deste tipo de elemento são os sentimentos de paz, serenidade e amor universal), relativos à espiritualidade do paciente (como o encontro com seres sobrenaturais ou entes queridos falecidos) e à experiências anômalas (por exemplo, experiência fora do corpo, flashes do futuro, entre outras possibilidades). A experiência é seguramente considerada uma EQM (e válida para pesquisas) quando a soma da pontuação é igual ou maior a 7, sendo que a pontuação máxima é de 32 pontos (Greyson, 1983; Serralta, Cony, Cembranel e colaboradores, 2010). Assim, todos os relatos apresentados mais à frente neste artigo possuem pontuação igual ou superior a 7.

É de fundamental importância identificar casos de EQM não apenas para fins de estudo e pesquisa, mas para oferecer o suporte adequado a esses pacientes, tratando ou prevenindo possíveis consequências nefastas. Para que isso aconteça, também os profissionais de saúde precisam ser orientados. A reação do profissional no primeiro acolhimento é um ponto crucial, pois pode facilitar a elaboração da EQM ou, ao contrário, reforçar aspectos patológicos, a angústia e mesmo a dúvida quanto a própria sanidade. Infelizmente, a maioria dos pacientes não se sente acolhida por profissionais de saúde nessa condição, inclusive pelo psicólogo (Greyson, 2013). A situação é ainda mais dramática ao se tratar de EQMs desagradáveis, como será abordado na sequência.

Aspectos perturbadores em EQMs agradáveis

Infelizmente, nem sempre uma EQM é uma experiência agradável e sublime – muitas vezes, a presença de elementos ou sentimentos desagradáveis é marcante. É preciso diferenciar, porém, as experiências majoritariamente desagradáveis, que serão abordadas mais à frente, daquelas EQMs com prevalência de elementos e sentimentos agradáveis, mas com pequenas intrusões de aspectos desagradáveis, que serão abordadas agora.

Existem diferentes aspectos que podem fazer com que uma EQM se torne uma experiência desagradável. Ao contrário do que muitos supõem, isso não se limita ao conteúdo do relato ou aos elementos presentes ou ausentes, mas se amplia para a maneira como são narrados (e, portanto, percebidos) e pelos sentimentos e sensações implícitas ou explícitas que suscitam.

Existem três tipos de EQMs perturbadoras. As primeiras são aquelas semelhantes às EQMs agradáveis, porém narradas pelo sujeito como algo assustador ou de algum modo desconfortável. É comum, por exemplo, assustar-se ao ver o próprio corpo supostamente sem vida, sentir algum tipo de desconforto na experiência do túnel, ou ao vivenciar algo diferente de suas crenças ou ideias acerca do pós-morte, ou ainda assustar-se com a ideia de que se está morrendo (Greyson, Bush, 1992).

A seguir, constam alguns relatos deste tipo. No primeiro relato, a EQM ocorreu após um acidente de automóvel ocasionado por um desmaio durante a condução. O

relato foca simplesmente nas sensações, evidenciando a característica inefável da experiência, que também pode estar presente em EQMs perturbadoras, ou parcialmente perturbadoras. O participante passou a apresentar ansiedade após o evento, relatado a seguir: “Sensação de preso ao corpo, sentindo forte pressão. Olhos entreabertos”. (Sexo masculino, 39 anos, evangélico, assistente administrativo, Escala Greyson = 10).

O próximo relato também é focado em sensações e sentimentos. É um claro exemplo de EQM que se inicia desagradável (devido à presença de sentimentos angustiantes e da sensação de estar morrendo) e se desenrola de maneira mais agradável. A experiência ocorreu após hemorragia interna ocasionada por complicações de uma gravidez ectópica. A participante desenvolveu transtorno depressivo após o evento, cujo relato segue:

Na mesa de cirurgia, enquanto ocorria a operação, eu estava com muito medo e ansiosa. Em um determinado ponto, eu senti como se a sala de cirurgia ficasse mais clara, como se as luzes da sala fossem mais fortes e brancas. Nesse momento, senti um alívio muito grande e uma tranquilidade e paz. Algo muito instantâneo. Estava com muito medo de morrer, e pensando no meu filho e familiares. Mas nesse momento em que a sala ficou mais clara, não tive mais medo de morrer. (Sexo feminino, 35 anos, evangélica, vendedora, Escala Greyson = 7).

O relato a seguir é interessante por apresentar um cenário muito agradável, mas, simultaneamente, a participante observava o próprio corpo no hospital, supostamente morto. A EQM ocorreu devido a complicações após um aborto: “Tranquilidade, campo cheio de flores tipo margaridas, ao mesmo tempo que vi meu corpo caído no chão do hospital “(Sexo feminino, 56 anos, ateia, funcionária pública federal, Escala Greyson = 10).

Muitas vezes, se o relato for analisado de forma neutra quanto à sua fenomenologia, verificando quais fenômenos estão presentes ou ausentes, é possível perceber que certos relatos de EQMs perturbadoras apresentam basicamente os mesmos elementos dos relatos de experiências agradáveis, mas são recordados e narrados evidenciando sentimentos de angústia, medo, sensação de incerteza... Dificilmente um relato de EQM é completamente agradável ou completamente desagradável, e cerca de 50% dos relatos apresentam algum conteúdo desagradável, mesmo que o grau de desconforto seja muito baixo (Marino Jr., 2005).

No relato a seguir, ocorrido após choque anafilático, ficam bastante evidentes os sentimentos de medo e angústia, além de ser uma EQM que começa num tom de medo e incerteza, mas, em seu desenrolar, se mostra uma experiência majoritariamente agradável:

Um exame contrastado aos 21 anos que provocou choque anafilático. O primeiro evento foi uma revisão crítica da vida até aquele momento. Em seguida entrei, muito amedrontada, numa espécie de buraco escuro e estreito, até começar a ver luz no fim do túnel. Saí num local de paz, luminoso, infinito, com uma música nunca ouvida antes, cheiros suaves e vozes muito doces e acolhedoras. Antes de ver qualquer pessoa, despenquei em queda livre e em posição de Trendelenburg até bater com muita força no interior do corpo, entrando pela região do chacra cardíaco. Demorei a conseguir mover o corpo. Os registros e os médicos dizem que fiquei imóvel por cerca de 10 min. (Sexo feminino, 68 anos, budista, médica, Escala Greyson = 20).

Fica bastante evidente que alguns elementos se apresentam de maneira desagradável no tom em que são narrados e pela presença de sentimentos de medo ou da possível

angústia que uma revisão *crítica* da história de vida poderia desencadear. Alguns autores consideram que EQMs com essa revisão crítica da história de vida, algumas vezes envolvendo situações de julgamento externo, poderiam ser considerados como outra categoria de EQM desagradável (Jagadheesan e Belanti, 2012), mas aqui esta diferenciação não será feita, compreendendo que o relato traz elementos muito semelhantes a uma experiência agradável e, de fato, ganha tons mais suaves conforme se desenrola. Outro ponto interessante sobre esse relato é a experiência do túnel que se inicia como um buraco escuro e estreito também evidenciam sensação de desconforto.

A experiência do túnel ou região escura é um dos elementos que mais desperta sensações desagradáveis. Por volta de 15% dos pacientes que experienciam esse elemento o vivenciam ou o narram de maneira desagradável ou amedrontadora, ainda que a continuação da EQM seja agradável (Van Lommel, 2010). A seguir, mais um relato cuja experiência do túnel ganha tom desconfortável, não necessariamente medonho. A participante é diabética e a EQM foi ocasionada por um traumatismo cranioencefálico. Segue o relato: “[...] tive a sensação de entrar em um túnel em alta velocidade com luzes coloridas e sensação de morte iminente paralisia não conseguia me mexer eu era puxada para dentro do túnel de luzes” (Sexo feminino, 42 anos, católica, médica psiquiatra, Escala Greyson = 10).

Pode-se notar que o relato destaca sensações desagradáveis, como o fato de ser puxada para dentro do túnel, sem poder resistir, mover-se e com a sensação de morte iminente.

O segundo tipo de EQM perturbadora seria um tipo de experiência paradoxal, em que o paciente se defronta com o vazio e tem dificuldades para lidar com isso, pois coloca o ser humano em contato com a possibilidade de deixar de existir. Nessas experiências, o sujeito sente que espera passivamente por algo que não sabe ao certo o que é ou se realmente virá. Disso surge o sentimento de vazio, como se a vida não tivesse sido algo significativo (Greyson, Bush, 1992). Outro ponto que pode ser marcante em relatos desse tipo é a inefabilidade da experiência de maneira ainda mais marcada, gerando, também isso, desconforto na medida em que o paciente tende a apresentar maior dificuldade em elaborar a EQM.

O primeiro relato apresentado neste artigo poderia, também, estar nesta categoria devido à evidente inefabilidade. A seguir, apresentamos outro relato semelhante, em que, além da inefabilidade, se destaca a sensação de não estar vivo, de forma tão impactante e surpreendente que o participante não conseguiu explicar ou descrever em palavras o que se passou, apesar de ter uma pontuação bastante alta na Escala Greyson, 26 pontos, apontando para uma EQM bastante profunda. A experiência ocorreu após acidente de motocicleta, com sequelas: “Surreal, uma realidade totalmente diferente da de costume, é algo que nos envolve de uma tal maneira que sabemos que não estamos ali em matéria... Mais nossa consciência é atraída por este ambiente... Foi mega surreal” (Sexo masculino, 32 anos, comerciante, agnóstico/budista/evangélico, Escala Greyson = 26).

Por fim, há aquelas experiências com a presença de imagens, sons cenários ou criaturas assustadoras, sofredoras ou ameaçadoras. Neste último caso, o conteúdo em si é gerador de medo ou desespero. Algumas vezes há um “guia bondoso” que acompanha e conduz o sujeito através da experiência. Greyson e Bush (1992) ressaltam que as EQMs desse terceiro tipo são menos frequentes que os outros dois tipos de EQM

perturbadora. É frequente que após a EQM esses pacientes apresentem transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), além de intensa angústia sobre o motivo de ter vivenciado uma experiência tão desagradável. Esses efeitos, infelizmente, são duradouros, mesmo anos após a EQM, e devem ser tratados (Greyson, Bush, 1992). É esse terceiro tipo de EQM desagradável que será abordado a seguir.

EQMs perturbadoras

Na maioria dos casos, uma EQM leva o paciente a um contexto agradável, muito diferente do cenário de angústia, medo ou dor típicos de uma situação de doença grave, acidente ou violência que o tenha levado a esse estado. São frequentes relatos de sentimentos de paz, serenidade e mesmo alegria. Infelizmente, em alguns casos não é bem isso o que ocorre. As experiências chamadas de EQMs perturbadoras são aquelas em que a maioria dos fenômenos relatados são desagradáveis, causadores de dor, medo ou incertezas. Antes de abordar a fenomenologia e as consequências desse tipo de EQM, apresentaremos alguns relatos deste tipo.

O relato que segue ocorreu após hemorragia alveolar. O participante sofre de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES); também apresenta deficiência auditiva, depressão e distúrbios do sono. O relato é curto e foca, simplesmente, no local escuro e alagadiço, implicitamente desagradável e amedrontador: “Vivi uma experiência em um local pantanoso e trevoso” (Sexo masculino, 26 anos, espírita, biomédico, Escala Greyson = 7).

Já o relato a seguir ocorreu devido a um afogamento. É um exemplo claro de EQM apenas com elementos perturbadores e sentimentos desagradáveis explícitos. Mesmo vários anos após a EQM, a pessoa apresenta sentimento de medo, culpa e senso de realidade alterada. Também, após a experiência, desenvolveu TEPT e distúrbios do sono. Esse é um relato bastante emblemático, pois apresenta os diferentes elementos de uma EQM perturbadora, que serão abordados logo a seguir. Segue o relato:

Faz 3 anos que eu me afoguei e fui para um lugar horrível. Era escuro e sujo, pessoas gritando e chorando. Tinha um homem que ria enquanto levava muitas pessoas presas numa corrente. Ele me viu e diz que logo iria me levar. Eu não gosto de contar isso porque ou acham que sou louco ou então acham que sou uma má pessoa por ter ido pra esse lugar. Eu acho que fui para o inferno. Nada nunca mais foi igual. Não tem uma noite que eu durmo bem e não tenho pesadelo com isso. Sinto uma falta de ar, me sinto vigiado pelo mal. Quando penso nisso eu tenho medo e também muita vergonha, não sou uma pessoa ruim. Eu espero que tudo se ajeite, espero ser bom e também ser mais próximo de Deus. Obrigado por ler a minha história. Deus te abençoe. (Sexo masculino, 42 anos, católico, engenheiro, Escala Greyson = 15).

Em trabalhos anteriores (autor, 2017a), ao abordar este tipo de experiência, optou-se pelo termo EQM perturbadora, e não EQM negativa, pelo fato de, com isso, evitar juízos de valor quanto a estes tipos de experiências. Além disso, termos como “positiva” ou “negativa” podem sugerir nas entrelinhas algo de patológico quando, de início, não há, necessariamente, alguma psicopatologia pré-existente nesses pacientes. Pacientes que passam por EQM costumam enfrentar preconceito e, ao evitar o termo “negativa”, espera-se evitar que carreguem mais este.

É fundamental recordar que todos aqueles que correm algum tipo de risco de morte estão sujeitos a vivenciar uma EQM. Dentre essas pessoas, qualquer uma poderia ter uma EQM perturbadora. Não há relação entre este tipo de EQM e fatores como o estilo de vida prévio do paciente, crença ou descrença religiosa, aspectos relacionados à saúde mental prévia, tentativas de suicídio ou as condições em que a quase morte aconteceu (Greyson, 2007, 2013; Bush, 2009; Van Lommel, 2010; Greyson, Bush, 1992; Jagadheesan, Belanti, 2012; autor, 2017a, 2017b).

Também não há evidências de relação entre EQM perturbadora e aspectos psicológicos prévios, como mágoas, medos ou sentimento de culpa (Jagadheesan, Belanti, 2012).

Apesar disso, como se pode notar especialmente no segundo relato, é muito comum que esses pacientes se mostrem angustiados e mesmo com sentimento de culpa após relatos desse tipo.

Estudos iniciais sobre EQM não mencionavam as EQMs perturbadoras. Ainda assim, as diferentes religiões e culturas sempre apresentaram o lado assustador do pós-morte. Os autores mencionam o Livro Tibetano dos Mortos para exemplificar casos em que mesmo elementos agradáveis podem, em certas ocasiões, ser descritos de maneira assustadora (Greyson, Bush, 1992; Greyson, 2013; Jagadheesan, Belanti, 2012).

Bush fez um estudo bastante completo e interessante sobre EQMs perturbadoras, apresentando seus elementos e as consequências que trazem (Bush, 2009). Curiosamente, é possível notar que os elementos das EQMs perturbadoras poderiam ser descritos quase como sendo os mesmos das EQMs agradáveis, mas em outro extremo emocional. A experiência do túnel ou do espaço escuro (um dos maiores geradores de angústia, medo ou desconforto nas EQMs de modo geral) com frequência surge como a experiência de vagar na escuridão, como se a pessoa estivesse perdida ou sem a velocidade necessária. A impressão é que em EQMs agradáveis, a escuridão é atravessada muito depressa, gerando a impressão visual de estar num túnel. Na EQM perturbadora, sem essa velocidade, resta ao paciente tentar atravessar essa região escura a passos vagarosos e incertos.

Em geral a escuridão é descrita como tão densa que não se vê nada, e até mesmo os sons são absorvidos por ela, num silêncio profundo e pesado. Quando há sons, são de gritos, lamúrias, choros ou ameaças. Pode haver a presença de seres perturbados, chorosos ou ameaçadores. Em alguns casos, sons de correntes ou de tortura também são relatados (Greyson, Bush, 1992; Bush, 2009).

Ao chegar a suposta outra dimensão, em lugar dos belos jardins, das impressionantes cidades de luz ou campos de flores típicos das EQMs agradáveis, é comum que o paciente se perceba num local árido, onde não há vida, como um cenário desértico. Também são descritas experiências em pântanos, charcos e regiões alagadiças e desagradáveis (Greyson, Bush, 1992; Bush, 2009). Ambos os relatos apresentados neste trecho do artigo descrevem bem este tipo de cenário.

Essa outra dimensão pode se encontrar num silêncio profundo ou ter sons de ameaças, choro e lamúrias, tal como a região escura. A sensação de frio intenso também é muito referida (Greyson, Bush, 1992; Bush, 2009). Esse é um ponto muito curioso, pois nas EQMs agradáveis é extremamente raro que o paciente mencione ter sentido frio ou calor.

Nas experiências em que há outros seres no local, estes são descritos como seres sofrendores ou perturbados, ou ainda, como seres ameaçadores e perturbadores, que de algum modo fazem o paciente sentir medo e insegurança. Durante a experiência existe a sensação de que a qualquer momento a pessoa pode sofrer algum tipo de violência ou ser torturada (Greyson, Bush, 1992; Bush, 2009).

As consequências que surgem na vida do paciente após uma EQM perturbadora costumam ser terríveis e, infelizmente, duradouras, como será abordado a seguir.

Saúde mental de pacientes que tiveram EQM perturbadora

Como mencionado anteriormente, uma EQM pode desencadear diversas consequências na vida do paciente, sendo que várias destas consequências não são agradáveis. Pode, inclusive, desencadear ou agravar transtornos como a depressão, TEPT e distúrbios do sono. Especialmente em casos de EQM perturbadora, ou com elementos perturbadores marcantes, essas consequências nefastas podem ser ainda mais intensas.

Os primeiros pontos, como se percebe em alguns dos relatos que ilustram este artigo, é um marcante sentimento de medo, incerteza e vulnerabilidade. Alguns pacientes podem, também, apresentar sentimento de culpa; muitos se sentem envergonhados ao contar a experiência, com medo também do julgamento que pessoas próximas e mesmo profissionais de saúde ou líderes religiosos (no caso de pacientes religiosos) possam ter a respeito deles (autor, 2017a; autor, 2017b; Bush, 2009; Greyson, 2013; Jagadheesan e Belanti, 2012).

É importante destacar que, enquanto um paciente que teve EQM agradável teme por desconfiar quanto à sua sanidade mental, aqueles com EQMs perturbadoras somam a este medo o intenso receio de ser considerado alguém ruim, de má índole por ter vivenciado algo desagradável num suposto pós-vida e, com isso, perder o afeto e a confiança de seus familiares e pessoas queridas. O sentimento de solidão e desesperança são muito intensos e marcantes.

Esse medo pode ser especialmente marcante nos casos em que aspectos da religiosidade e espiritualidade do paciente apresentam possibilidades de situações ou cenários desagradáveis no pós-vida, com discurso que relaciona isso ao estilo de vida, sentimentos e pensamentos da pessoa (Bush, 2009).

Quanto aos aspectos emocionais e afetivos, em lugar dos sentimentos de serenidade, há sentimentos de solidão e abandono, além de um senso de vulnerabilidade e uma sensação de perigo iminente. Como em qualquer outra condição traumática, esse conjunto de sentimentos e sensações tende a desencadear, quando muito intenso ou prolongado, um estressante e contínuo estado de hipervigilância, que pode persistir por anos, mesmo após a experiência.

Do ponto de vista neuropsicológico, a hipervigilância é caracterizada por um estado de alerta contínuo e extenuante. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) define hipervigilância como:

Estado aumentado de sensibilidade sensorial acompanhado por uma intensidade exagerada de comportamentos cujo propósito é detectar ameaças. A hipervigilância

também é acompanhada por um estado de ansiedade aumentada que pode causar exaustão. Outros sintomas incluem excitação anormalmente aumentada, resposta aumentada aos estímulos e varredura contínua do ambiente à procura de ameaças. Na hipervigilância, existe um rastreamento permanente do ambiente à procura de visões, sons, pessoas, comportamentos, odores ou qualquer outra coisa que relembra ameaça ou trauma. O indivíduo se coloca em estado de alerta para ter certeza de que o perigo não está por perto. A hipervigilância pode levar a inúmeros padrões comportamentais obsessivos, bem como a dificuldades na interação social e nos relacionamentos. (DSM-5, 2014, pp. 824-825).

Esse tipo de traço costuma estar presente em pacientes que se mostram mais reservados, cautelosos, desconfiados e temerosos com relação ao meio em que estão e às pessoas com quem convivem, como se sempre desconfiassem ou esperassem algo de negativo. Quando esse traço se apresenta, é frequente que a pessoa demore a se sentir à vontade em uma situação ou relacionamento interpessoal, pois o processamento cerebral de estímulos e percepções tende a demorar mais que o usual para acontecer, tamanha a meticulosidade e cuidado com o qual é desempenhado. Pacientes hipervigilantes tendem a preservar demais seu espaço pessoal (simbólico), se sentindo seguros apenas em situações que podem controlar. Com isso, podem ter dificuldade para manter relações mais próximas e íntimas (DSM-5, 2014; Exner e Sedin, 1999).

Esse pode ser um estado duradouro, crônico, como em pacientes paranoicos, por exemplo, em que o estilo de funcionamento do sujeito é marcado pela hipervigilância; mas pode, também, ser um sintoma reativo, isto é, uma reação normal de defesa após um grande trauma, incluindo uma EQM perturbadora. Hipervigilância reativa é algo frequente em pacientes com TEPT (Transtorno do Estresse Pós-Traumático), por exemplo, e é muito observado em pacientes que passaram por EQM perturbadora, o que dificulta ainda mais a identificação desses casos (pois o paciente resiste a se abrir e falar sobre isso) e o tratamento, tornando o prognóstico mais complicado.

Transtornos secundários tendem a ser mais frequentes em pacientes que tiveram EQM perturbadora (Greyson, 2013; Bush, 2009; autor, 2017a). Os mais frequentes são distúrbios do sono, TEPT e depressão. Ansiedade também pode surgir, o que é uma característica peculiar a esse tipo de experiência, pois em EQMs agradáveis o que se observa com frequência é a diminuição da ansiedade, chegando a ser até menos frequente que na população geral (autor, 2017a; Greyson, 2013; Greyson, Bush, 1992; Bush, 2009).

Essa dinâmica psicológica que se instala após uma EQM perturbadora faz com que esse tipo de experiência seja subnotificada (Jagadheesan e Belanti, 2012). Isso é um problema sério, pois além de dificultar estudos e pesquisas que poderiam apontar diretrizes clínicas para aliviar os efeitos nefastos que esse tipo de EQM traz, esses pacientes ficam desamparados, sem o tratamento necessário, enfrentando sozinhos sentimentos desagradáveis intensos e eventuais transtornos.

Conclusão

Uma EQM, especialmente quando é perturbadora, pode ser considerada um evento traumático, isto é, um acontecimento fora de controle, que rompe com todas

as certezas do sujeito, com o fluxo da chamada “vida normal”. As consequências que se seguem afetam diferentes setores da vida do paciente e tendem a ser principalmente nefastas em casos de EQMs perturbadoras.

Além dos aspectos emocionais, como o medo e sentimento de culpa, o preconceito sofrido por esses pacientes interfere de modo dramático na piora do quadro de saúde mental. É importante que todos aqueles que lidarão com pacientes com esse histórico sejam devidamente orientados sobre as EQMs, suas consequências e sobre o fato de uma experiência desagradável não apresentar ligação com estilo de vida, fé, crença ou descrença religiosa, traços de personalidade etc. Além da orientação à família e aos profissionais da saúde, percebe-se a importância de oferecer informações, também, ao líder religioso e à comunidade religiosa, no caso de pacientes religiosos. Uma espiritualidade madura, vivenciada de forma saudável, pode ser grande fonte de apoio para o paciente, mas é preciso que aqueles envolvidos com ele tenham acesso a informações confiáveis acerca do fenômeno e de suas consequências.

Quanto à saúde mental e aspectos clínicos, notou-se que a hipervigilância é um traço de grande destaque para o desenvolvimento de transtornos como o TEPT, distúrbios do sono, ansiedade e emoções relacionadas. É um traço que reforça, constantemente, a lembrança desagradável e a ideia de trauma, possivelmente levando à piora do quadro de saúde mental. Por isso, é preciso que o trabalho clínico com esses pacientes se concentre especialmente na questão da hipervigilância.

Por fim, cabe um comentário a respeito da Escala Greyson. Nota-se que as EQMs perturbadoras são subnotificadas e, possivelmente, mal rastreadas. Em parte, a subnotificação pode ocorrer porque a escala não descreve aspectos perturbadores da experiência, concentrando-se nos agradáveis. Uma revisão da escala, ou a construção de uma escala de apoio para casos de EQM perturbadora seria de grande relevância acadêmica e clínica.

Referências

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

CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley. Experiências anômalas em perspectiva. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley. *Variiedades da experiência anômala*. São Paulo: Atheneu, 2013, pp. 01-15.

CARUNCHIO, Beatriz Ferrara. *Experiência de Quase Morte (EQM): uma abordagem empírica*. 194 f. Tese (Doutorado em Ciência da Religião), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017a.

CARUNCHIO, Beatriz Ferrara. Caminhando pela vida e transitando pela morte: Experiência de Quase Morte (EQM) como uma experiência mística. *Rever*, v. 17, n. 2, São Paulo, pp. 11-36, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2017vol17i2a2>

DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (recurso eletrônico): 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EXNER, John E.; SEDIN, Concepción. Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GREYSON, Bruce. Experiências de Quase Morte. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley. Variedades da experiência anômala. São Paulo: Atheneu, 2013, pp. 241-270.

GREYSON, Bruce. Experiências de quase morte: implicações clínicas. Revista de Psiquiatria Clínica, v.34, n.1, São Paulo, 2007, pp. 116-125.

GREYSON, Bruce. The Near-Death Experience Scale: construction, reliability and validity. Journal of Nervous and Mental Disease, v.171, n.6, 1983, pp. 369-375.

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

HAESELER, Natalie Trent-von; BEAUREGARD, Mario. Experiências de Quase Morte em parada cardíaca: implicações para o conceito de mente não local. Rev. Psiq. Clín. v.40, n.5, 2003, pp. 197-202.

JAGADHEESAN, Karuppia; BELANTI, John. Phenomenology of near-death experiences. In: PERERA, Mahendra; JAGADHEESAN, Karuppia; PEAKE, Anthony. Making sense of near-death experiences: a handbook for clinicians. Londres: Jessica Kingsley Publishers, 2012. pp. 36-50.

KONDZIELLA, Daniel; DREIER, Jeans P.; OLSEN, Markus H. Prevalence of near-death experience in people with and without REM sleep intrusion. PeerJ7. Disponível em: <http://doi.org/10.7717/peerj.7585>

MACHADO, Fátima Regina. Experiências anômalas (extra-sensório-motoras) na vida cotidiana e sua associação com crenças, atitudes e bem-estar subjetivo. Boletim Academia Paulista de Psicologia. v.30, n.79, 2010, pp. 462-483.

MACHADO, Fatima Regina; ZANGARI, Wellington. Experiências de Quase Morte: vivências limítrofes que ressignificam a vida. In: Anais do IX Seminário Psicologia e Senso Religioso: morte, religião e psicologia. João Pessoa: UFPB, 2013, pp. 29-30.

MARINO JUNIOR, Raul. A religião do cérebro: as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana. 7 ed. São Paulo: Gente, 2005.

MOODY, Raymond A. Life after life. Covington: Mockingbird Books, 1975.

RABELLO, Getúlio Daré. Coma e estados alterados de consciência. In: NITRINI, Ricardo; BACHESCHI, Luiz Alberto. A neurologia que todo médico deve saber. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006, pp. 143-169.

SERRALTA, F. B., CONY, F., CEMBRANEL, Z., GREYSON, B., SZOBOT, C. M. Semantic equivalence of the Portuguese version of the near-death experience scale. *Psico-USF*, v.15, n.1, 2010, pp. 35-46.

VAN LOMMEL, Pim. *Consciousness beyond life: the Science of the Near-Death Experience*. New York: HarperOne, 2010.

PORTAL SER UNIVERSITÁRIO. Cursos de Graduação. Teologia. Disponível em: <www.seruniversitario.com.br/cursos-graduacao/cursoSuperior/teologia>. Acesso em: 17 jan. 2019.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 6, pp. 642-656, 2014. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2014.9427>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

RAUPP, K. da S. A profissão de teólogo e sua regulamentação legal no Brasil: estado da questão e breve crítica. In: SOARES, A. M. L.; PASSOS, J. D. (Org.). *Teologia pública: reflexões sobre uma área de conhecimento e sua cidadania acadêmica*. São Paulo: Paulinas, 2011. 328 p. parte II, pp. 134-145.

SELLI, L.; ALVES, J. de S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética- BIOETHIKOS, Centro Universitário São Camilo, v. 1, n. 1, pp. 43-52, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf>. Acesso em: 03 set. 2019.

SOARES, A. M. L. Teologia na universidade, como convém. In: SOARES, A. M. L.; PASSOS, J. D. (Org.). *Teologia pública: reflexões sobre uma área de conhecimento e sua cidadania acadêmica*. São Paulo: Paulinas, 2011. 328 p. pp. 277-289.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Palliative care. Fact sheet. Reviewed. August, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 13 set. 2017.

Recebido: 5 de junho de 2020.

Aprovado: 12 de julho de 2020.