

MARIA CRISTINA MONTEIRO DE BARROS

**Experiências espirituais e religiosas no Brasil: prevalência, características e implicações  
para a saúde mental**

São Paulo

2022

MARIA CRISTINA MONTEIRO DE BARROS

**Experiências espirituais e religiosas no Brasil:** prevalência, características e implicações  
para a saúde mental

**Versão Original**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Programa em Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Mario F. P. Prestes

São Paulo

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barros, Maria Cristina Monteiro de  
Experiências espirituais e religiosas no Brasil  
: prevalência, características e implicações para a  
saúde mental / Maria Cristina Monteiro de Barros. --  
São Paulo, 2022.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Mario Fernandes Prieto Prestes.

Descritores: 1.Espiritualidade 2.Religião  
3.Medicina 4.Psicologia 5.Parapsicologia 6.Fenômenos  
psicológicos 7.Saúde mental

USP/FM/DBD-368/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: MONTEIRO DE BARROS, Maria Cristina

Título: Experiências espirituais e religiosas no Brasil: prevalência, características e implicações para a saúde mental

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho ao meu avô, Luiz Monteiro de Barros (*in memoriam*), médico homeopata e humanista, que ainda nos anos 40, escrevia e palestrava sobre a importância da inclusão da dimensão espiritual nas abordagens de saúde, especialmente Medicina e Psicologia. Certa de que seu exemplo de vida inspira nossa família até os dias de hoje, espero que, de onde ele esteja, um sorriso largo em seus olhos azuis possa ser o reconhecimento de que estamos no caminho por ele sonhado: o de oferecer um cuidado pleno em saúde, repleto de sentido, coração e alma.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e minha mãe, pela constante inspiração, carinho, cuidado e paciência durante esses últimos anos tão desafiadores!

Ao meu esposo Bernardo, pelo companheirismo, motivação, brilho e inteligência que sempre me orientam;

Às minhas três meninas-moças-mulheres, pelo incentivo, compreensão e amor durante os muitos momentos de ausência e impaciência que me acompanharam nesses anos de estudo, trabalho (e pandemia).

Ao ProSer e toda a equipe, por ser esse lugar de portas sempre abertas às ideias e projetos de seus integrantes;

Ao querido amigo Everton Maraldi, por toda a luz e conhecimento dispensado no início dos estudos dessa tese;

Ao querido amigo Arão Belitardo de Oliveira, pela paciência, compromisso, amizade e eficiência na ajuda com as análises estatísticas;

Ao amigo Gustavo Rocha pela disponibilidade em ler a introdução desse trabalho e oferecer insights preciosos;

À psicóloga Priscila Bermudes, por sua ajuda no processo de formatação deste trabalho;

E finalmente, ao meu orientador, Mario F. Prieto Peres, pela condução leve, visão ampla e pragmática, que me ajudaram a permanecer com os pés no chão e conseguir finalizar esse desafio.

## **Encontro de almas**

Vem,  
Conversemos através da alma.  
Revelemos o que é secreto aos olhos e ouvidos.  
Sem exhibir os dentes,  
Sorri comigo, como um botão de rosa.  
Entendamo-nos pelos pensamentos,  
Sem língua, sem lábios.  
Sem abrir a boca,  
Contemo-nos todos os segredos do mundo,  
Como faria o intelecto divino.  
Fujamos dos incrédulos  
Que só são capazes de entender  
Se escutam palavras e vêem rostos.  
Ninguém fala para si mesmo em voz alta.  
Já que todos somos um,  
Falemos desse outro modo.  
Como podes dizer à tua mão: “toca”,  
Se todas as mãos são uma?  
Vem, conversemos assim.  
Os pés e as mãos conhecem o desejo da alma.  
Fechemos pois a boca e conversemos através da alma.  
Só a alma conhece destino de tudo, passo a passo.  
Vem, se te interessas, posso mostrar-te

Jalâl ad-Din Rûmî, em “Poemas Místicos: Divan de Shams de Tabriz”. [seleção, introdução e tradução José Jorge de Carvalho]. São Paulo: Attar Editorial, 1996.

Esta tese foi elaborada de acordo com as seguintes normas:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

## RESUMO

Barros MCM. *Experiências espirituais e religiosas no Brasil: prevalência, características e implicações para a saúde mental* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

As experiências espirituais e religiosas (EERs) são definidas como fenômenos subjetivos relacionados à consciência de uma dimensão transcendente. Podem provocar mudanças de valores, hábitos e estilo de vida. Encontram-se na base das crenças sobre a existência da dimensão espiritual da realidade e podem apresentar características anômalas. As EERs não dependem de crenças religiosas ou espirituais específicas, mas se relacionam com elas na maneira como são interpretadas. Há evidências de que são comuns em diferentes populações, dentro de vasta gama de origens culturais. No Brasil, dados sobre sua prevalência, associação com fatores sociodemográficos, fatores de indução, processos de mudança religiosa e aspectos de saúde mental tais como ansiedade, depressão, qualidade de vida, otimismo e pessimismo ainda não foram investigados em amostras gerais amplas. Com o objetivo de preencher essa lacuna, foram investigados 16 tipos de EERs entre 1053 participantes da população geral brasileira, através de um questionário online autoaplicável, distribuído nas 5 principais regiões do país através do sistema de cotas. Foram então coletadas informações sobre religiosidade e aplicadas as escalas DUREL, Qualidade de vida (WHOQOL–breve), a PHQ9 para rastreamento de depressão e GAD7 para ansiedade, além do Teste de Orientação de vida (TOV-R). As EERs foram agrupadas em experiências místicas, mediúnicas, relacionadas a psi, experiências de memórias de supostas vidas passadas e de quase morte. A idade média da amostra final foi de 40,8 anos, com respondentes de nível socioeconômico e educacional superior à média da população brasileira. As EERs mostraram-se altamente prevalentes; aproximadamente 92% da amostra teve EERs pelo menos uma vez na vida e 47,5% referiu ter pelo menos uma experiência frequentemente. As EERs foram mais prevalentes em mulheres, mas não se associaram com renda, educação, situação de emprego e etnia. A idade avançada mostrou-se associada apenas a experiências místicas frequentes. Os respondentes reportaram ter pelo menos uma experiência mística com frequência em 35% dos casos, enquanto no grupo de experiências psi, esse percentual foi de 27,7%, seguido pelo grupo mediúnico, com 11%. As experiências isoladas mais frequentemente vivenciadas foram: “Unidade com Deus ou algo maior que o indivíduo” (26,8%), “Ter uma intuição sobre algo” (18,6%), “Ter usado a intuição para tomar uma decisão” (18,0%). As EERs espontâneas mostraram-se predominantes (77,2%), mas as induzidas foram substancialmente observadas (22,7%). EERs espontâneas associaram-se a homens, católicos e pessoas com mais de 60 anos, enquanto as induzidas foram mais comuns entre kardecistas, mulheres e pessoas com idade entre 31 e 45 anos. Os experienciadores identificaram mais de um indutor relacionado às experiências, que ocorreram principalmente em estados alterados de consciência (sonho, álcool e anestesia). EERs associaram-se à maior probabilidade de conversão religiosa, mas por outro lado, ter experiências mostrou-se inversamente associado ao ateísmo/agnosticismo. Houve maior prevalência de conversão entre mulheres. As EERs mostraram-se de forma geral associadas a (e preditoras de) sintomas de ansiedade e depressão, pior qualidade de vida física e psicológica, maior disposição ao otimismo e redução do pessimismo, face à religiosidade não organizacional e intrínseca praticada pelos experienciadores. A relação entre EERs e saúde mental é multidimensional, fazendo conviver aspectos contraditórios em relação ao impacto que provocam. Nossos achados trazem

implicações de ordem clínica, que são discutidas detalhadamente e confirmam a complexidade e relevância do tema para a promoção de um cuidado integral em saúde.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religião; Medicina; Psicologia; Parapsicologia; Fenômenos psicológicos; Saúde Mental.

## ABSTRACT

Barros MCM. *Spiritual and religious experiences in Brazil: prevalence, characteristics and implications to mental health* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

Spiritual and religious experiences (SREs) can be defined as subjective phenomena related to the consciousness of a transcendent dimension. They can cause changes in values, habits and lifestyle. They are at the base of beliefs about the existence of the spiritual dimension of reality and may present anomalous characteristics. SREs do not depend on specific religious or spiritual beliefs, but relate to them in the way they are interpreted. There is evidence that they are common in different populations, within a wide range of cultural backgrounds. In Brazil, data on its prevalence, association with sociodemographic factors, induction factors, processes of religious change and mental health aspects such as anxiety, depression, quality of life, optimism and pessimism have not yet been investigated in large general samples. In order to fill this gap, 16 types of SREs were investigated among 1053 participants of the general Brazilian population, through a self-administered online questionnaire, distributed in the 5 main regions of the country through a quota sample methodology. Information about participants' religiousness was collected and the tests DUREL, Quality of life (WHOQOL–brief), PHQ9 for depression screening and GAD7 for anxiety were applied, in addition to the Life Orientation Test (LOT). SREs were grouped into mystical, mediumistic, psi-related experiences, alleged past-life memory and near-death experiences. The average age of the final sample was 40.8 years, with respondents with a higher socioeconomic and educational level than the average of the Brazilian population. SREs were highly prevalent; approximately 92% of the sample had SREs at least once in their lifetime and 47.5% reported having at least one experience frequently. SREs were more prevalent in women, but were not associated with income, education, employment status, and ethnicity. Advanced age was only associated with frequent mystical experiences. Respondents reported having at least one mystical experience frequently in 35% of cases, versus 27.7% in the psi experience group, followed by the mediumistics with 11%. The most frequently isolated experiences were: “Unity with God or something higher than oneself” (26.8%), “Having an intuition about something” (18.6%), “Using intuition to make a decision” (18.0%). Spontaneous SREs were predominant (77.2%), but induced ones were substantially observed (22.7%). Spontaneous SREs were associated with men, Catholics and participants over 60 years old, while induced experiences were more common among Kardecists, women and people aged between 31 and 45 years. The experiencers identified more than one inducer related to the experiences, which occurred mainly in altered states of consciousness (dreaming, alcohol and anesthesia). SREs were associated with a higher probability of religious conversion, although having experiences was mostly inversely associated with atheism/agnosticism and religious disaffiliation. There was a higher prevalence of conversion among women. SREs were generally associated with (and predictors of) symptoms of anxiety and depression, worse physical and psychological quality of life, greater disposition to optimism and reduced pessimism, in face of non-organizational and intrinsic religiosity practiced by the experiencers. The relationship between SREs and mental health is multidimensional, bringing together contradictory aspects in relation to the impact they may cause. Our findings have clinical implications, which are discussed in detail and confirm the complexity and relevance of the topic for the promotion of comprehensive health care.

Keywords: Spirituality; Religion; Medicine; Psychology; Parapsichology; Psychological phenomena; Parasychology; Mental health

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Prevalência de experiências religiosas e espirituais (EERs) no Brasil (n = 1053)	90
Gráfico 2 – Histograma da proporção de participantes pelo número de EERs informados.....	91
Gráfico 3 – Número de relatos de cada indutor de experiências tal como identificado pelos participantes.....	97
Gráfico 4 – Diagrama de Venn das categorias relacionadas aos fatores indutores identificados pelos participantes .....	98
Gráfico 5 – Proporção de indutores únicos e múltiplos por gênero no subgrupo de experiências induzidas (a), e por participantes afiliados ao Espiritismo (b) .....	99
Gráfico 6 – Gráfico aluvial da mudança de afiliação religiosa dos participantes da pesquisa .....	100
Gráfico 7 – Proporção de mudança de religião entre diferentes grupos de afiliações religiosas .....	101
Gráfico 8 – Razão de chances (IC 95%) de EERs de acordo com a mudança religiosa entre “Nascidos” e “Convertidos” .....	104
Gráfico 9 – Razão de chances (IC 95%) de EERs de acordo com a mudança religiosa entre “Convertidos” e “Secularistas” .....	105

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n = 1053) .....	87
Tabela 2 – Associações entre grupos de EERs e dados sociodemográficos .....	92
Tabela 3 – Características sociodemográficas das experiências espontâneas e induzidas auto reportadas (n = 970).....	95
Tabela 4 – Prevalência de EERs atribuídas como espontâneas ou induzidas, ocorridas pelo menos uma vez na vida.....	96
Tabela 5 – Dados sociodemográficos dos participantes segundo grupos de mudança religiosa .....	101
Tabela 6 – Prevalência de EERs segundo grupos de mudança religiosa .....	102
Tabela 7 – Características sociodemográficas da amostra em relação às EERs Místicas (n = 1053).....	106
Tabela 8 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação às EERs Místicas (n = 1053).....	107
Tabela 9 – Associações entre EERs Místicas e Ansiedade e Depressão (n = 1053).....	109
Tabela 10 – Associações entre EERs Místicas e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 1053) .....	110
Tabela 11 – Associações entre EERs Místicas e Otimismo e Pessimismo (n = 1035) .....	110
Tabela 12 – Características sociodemográficas dos participantes em relação às EERs Mediúnicas (n = 1053).....	113
Tabela 13 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação às EERs Mediúnicas (n = 1053) .....	114
Tabela 14 – Associações entre EERs Mediúnicas e escores de depressão (PHQ-9) e ansiedade (GAD-7) (n = 1053).....	115
Tabela 15 – Associações entre EERs Mediúnicas e Qualidade de Vida, domínios físico e psicológico (n = 1053).....	116
Tabela 16 – Associações entre EERs Mediúnicas, Otimismo e Pessimismo (n = 1035).....	117
Tabela 17 – Características sociodemográficas da amostra “ter tido um sonho que depois se realizou”.....	118
Tabela 18 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação a “Ter tido um sonho que depois se realizou” .....	119
Tabela 19 – Associações entre Experiência de Sonho, Ansiedade e Depressão (n = 873) ....	121
Tabela 20 – Associações entre Sonho e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 873).....	122
Tabela 21 – Associações entre Sonho e Otimismo e Pessimismo (n = 873).....	122
Tabela 22 – Características sociodemográficas da amostra para experiência de intuição (n = 878).....	124

Tabela 23 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação à Experiência de intuição (n = 878) .....	124
Tabela 24 – Associações entre Intuição, Ansiedade e Depressão (n = 878) .....	126
Tabela 25 – Associações entre Intuição e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 878).....	128
Tabela 26 – Associações entre Intuição e Otimismo e Pessimismo (n = 878).....	128
Tabela 27 – Característica sociodemográficas dos participantes em relação “Ter usado a intuição para tomar decisão” (n = 873) .....	130
Tabela 28 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação a “Ter usado a intuição para tomar decisão” (n = 873) .....	131
Tabela 29 – Associações entre “Ter usado a Intuição para tomar decisão”, Ansiedade e Depressão (n = 873).....	132
Tabela 30 – Associações entre “Ter Usado Intuição para tomar decisão” e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 873).....	133
Tabela 31 – Associações entre “Ter Usado Intuição para tomar decisão” e Otimismo e Pessimismo (n = 873) .....	134
Tabela 32 – Características sociodemográficas dos participantes em relação à Experiência de quase morte (n = 1053).....	135
Tabela 33 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação à Experiência de quase morte (n = 1053).....	136
Tabela 34 – Associações entre EERs Quase Morte, Ansiedade e Depressão (n = 1053) .....	138
Tabela 35 – Associações entre EERs Quase Morte e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 1053) .....	138
Tabela 36 – Associações entre EERs de Quase Morte e Otimismo (TOV-Otimismo) (n = 1035) .....	139
Tabela 37 – Associações entre EERs de Quase Morte e Pessimismo (TOV-Pessimismo) (n = 1035).....	139
Tabela 38 – Características sociodemográficas da amostra em relação à Experiência de memória de vidas passadas (n = 1053) .....	140
Tabela 39 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação à Experiência de memória de vidas passadas (n = 1053).....	141
Tabela 40 – Associações entre EERs de Vida Passada e escores de depressão (PHQ-9) e ansiedade (GAD-7) (n = 1053).....	143
Tabela 41 – Associações entre EERs de Vida Passada e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 1053) .....	144
Tabela 42 – Associações entre EERs de Vida Passada e Otimismo (TOV-Otimismo) (n = 1035) .....	144
Tabela 43 – Associações entre EERs de Vida Passada e Pessimismo (TOV-Pessimismo) (n = 1035).....	144

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS E HIPÓTESES.....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
3.1	PARTE 1: LEVANTAMENTO GERAL SOBRE AS EERS .....	25
3.1.1	Uma breve história do campo.....	25
3.1.2	Definição dos termos .....	30
3.1.3	Tipos de experiências espirituais e religiosas .....	33
3.1.3.1	Experiências místicas .....	35
3.1.3.2	Experiências de comunicação após a morte ou mediúnicas.....	39
3.1.3.3	Experiências relacionadas a psi ou paranormais .....	42
3.1.3.4	Experiências de memórias de supostas vidas passadas .....	46
3.1.3.5	Experiências de quase morte .....	47
3.1.4	Fatores de predisposição à ocorrência de EERs .....	49
3.1.5	Diagnóstico diferencial entre EER saudáveis e patológicas.....	53
3.2	PARTE 2: LEVANTAMENTO DOS TÓPICOS ESPECÍFICOS DESSA PESQUISA .....	57
3.2.1	Prevalência das EERs no Brasil e no mundo .....	57
3.2.2	Contextos de ocorrência e fatores de indução.....	58
3.2.3	EERs e fatores sociodemográficos.....	60
3.2.4	EERs e conversão religiosa no Brasil.....	62
3.2.5	EERs e aspectos de saúde mental: ansiedade e depressão .....	64
3.2.6	EERs e aspectos de saúde mental: qualidade de vida, otimismo e pessimismo 67	
3.2.7	EERs e aspectos da saúde mental: religiosidade e espiritualidade .....	68
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>71</b>
4.1	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO .....	71
4.2	INSTRUMENTOS .....	71
4.3	AMOSTRA.....	73

4.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	74
<b>4.4.1</b>	<b>Variáveis gerais.....</b>	<b>74</b>
4.4.1.1	Experiências espirituais e religiosas (EER) .....	74
4.4.1.2	Dados sociodemográficos .....	75
4.4.1.3	Afiliação religiosa .....	75
<b>4.4.2</b>	<b>Variáveis do estudo sobre EERs espontâneas e induzidas.....</b>	<b>76</b>
4.4.2.1	Experiências espontâneas e experiências induzidas.....	76
<b>4.4.3</b>	<b>Variáveis do estudo sobre conversão religiosa.....</b>	<b>77</b>
4.4.3.1	Afiliações religiosas e mudança religiosa .....	77
<b>4.4.4</b>	<b>Variáveis do estudo sobre aspectos de saúde mental .....</b>	<b>78</b>
4.4.4.1	Variáveis preditoras.....	78
<i>4.4.4.1.1</i>	<i>Experiências místicas.....</i>	<i>78</i>
<i>4.4.4.1.2</i>	<i>Experiências Mediúnicas.....</i>	<i>78</i>
<i>4.4.4.1.3</i>	<i>Experiências relacionadas a psi .....</i>	<i>78</i>
<i>4.4.4.1.4</i>	<i>Experiências de quase morte e Experiências de memórias de supostas vidas passadas .....</i>	<i>79</i>
4.4.4.2	Variáveis de Desfecho: Variáveis de saúde mental .....	79
4.4.4.3	Covariáveis: Religiosidade e Afiliações Religiosas.....	80
4.4.4.4	Variáveis sociodemográficas.....	80
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	80
<b>4.5.1</b>	<b>Estatísticas do estudo sobre prevalência de EERs e fatores sociodemográficos</b>	<b>80</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Estatísticas do estudo sobre EERs espontâneas e induzidas .....</b>	<b>81</b>
<b>4.5.3</b>	<b>Estatísticas do estudo sobre EERs e conversão religiosa .....</b>	<b>81</b>
<b>4.5.4</b>	<b>Estatística do estudo sobre EERs e aspectos de saúde mental .....</b>	<b>82</b>
4.5.4.1	Experiências Místicas.....	82
4.5.4.2	Experiências mediúnicas .....	83
4.5.4.3	Experiências relacionadas à Psi.....	84
4.5.4.4	Experiências de quase morte e experiências de memórias de supostas vidas passadas	85

4.5.4.4.1	<i>Experiências de quase morte</i> .....	85
4.5.4.4.2	<i>Experiências de memórias de supostas vidas passadas</i> .....	86
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	86
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>87</b>
5.1	PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS .....	87
5.1.1	<b>Experiências espirituais e religiosas</b> .....	<b>89</b>
5.1.2	<b>Perfil sociodemográfico e EERs</b> .....	<b>91</b>
5.2	EXPERIÊNCIAS ESPONTÂNEAS E INDUZIDAS .....	94
5.3	EER E CONVERSÃO/MIGRAÇÃO RELIGIOSA .....	99
5.4	EER E ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL .....	105
5.4.1	<b>Experiências místicas</b> .....	<b>105</b>
5.4.2	<b>Experiências mediúnicas</b> .....	<b>112</b>
5.4.3	<b>Experiências relacionadas à Psi</b> .....	<b>117</b>
5.4.3.1	Experiência de sonho premonitório .....	117
5.4.3.2	Experiência de intuição .....	123
5.4.3.3	Experiência de “ter usado a intuição para tomar uma decisão” .....	129
5.4.4	<b>Experiências de quase morte e experiências de supostas vidas passadas</b> ..	<b>135</b>
5.4.4.1	Experiências de quase morte .....	135
5.4.4.2	Experiências de memórias de supostas vidas passadas .....	140
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>145</b>
6.1	PREVALÊNCIA E FATORES SÓCIODEMOGRÁFICOS .....	145
6.1.1	<b>EER e grupos de experiências</b> .....	<b>145</b>
6.1.1.1	Grupo 1: Experiências místicas .....	145
6.1.1.2	Grupo 2: Experiências mediúnicas .....	146
6.1.1.3	Grupo 3: Experiências relacionadas com Psi .....	147
6.1.1.4	Grupo 4: Experiências de memórias de supostas vidas passadas e experiências de quase morte .....	148
6.1.2	<b>Associação entre EERs e as características sociodemográficas</b> .....	<b>150</b>
6.1.2.1	Gênero .....	150
6.1.2.2	Idade .....	151
6.1.2.3	Etnia, Educação, Status Ocupacional e Renda .....	152

6.1.2.4	Estado civil.....	153
6.2	EXPERIÊNCIAS ESPONTÂNEAS E INDUZIDAS .....	154
6.2.1	<b>Prevalência de experiências espontâneas e induzidas .....</b>	<b>156</b>
6.2.2	<b>EERs e fatores de indução .....</b>	<b>157</b>
6.2.3	<b>Fatores sociodemográficos e experiências espontâneas e induzidas .....</b>	<b>159</b>
6.2.3.1	Gênero .....	160
6.2.3.2	Idade .....	161
6.3	EERS E CONVERSÃO RELIGIOSA .....	162
6.3.1	<b>Mudança religiosa e EERs .....</b>	<b>162</b>
6.3.2	<b>EERs e os “Convertidos”, “Nascidos” e “Secularistas” .....</b>	<b>164</b>
6.3.3	<b>Conversão religiosa e variáveis sociodemográficas .....</b>	<b>167</b>
6.4	EERS E ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL.....	168
6.4.1	<b>EER fatores e sociodemográficos das amostras específicas.....</b>	<b>169</b>
6.4.2	<b>EERs, depressão e ansiedade.....</b>	<b>171</b>
6.4.3	<b>EERs, qualidade de vida, otimismo e pessimismo .....</b>	<b>175</b>
6.4.4	<b>EERs, afiliação religiosa e tipos de religiosidade em relação a aspectos de saúde mental.....</b>	<b>178</b>
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>182</b>
7.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURAS PESQUISAS .....	189
7.2	CONCLUSÕES .....	194
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>199</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS.....</b>	<b>224</b>
	<b>APÊNDICE B – ARTIGO “PREVALENCE OF SPIRITUAL AND RELIGIOUS EXPERIENCES IN THE GENERAL POPULATION: A BRAZILIAN NATIONWIDE STUDY” .....</b>	<b>247</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em todas as culturas conhecidas ao longo dos tempos, houve relatos de pessoas que tiveram experiências de cunho espiritual e religioso (EERs). Essas experiências encontram-se na base das crenças sobre a existência da dimensão espiritual da realidade (Hufford, 2014; Moreira-Almeida, 2013). De uma forma geral, as EERs podem ser definidas como fenômenos subjetivos relacionados à consciência de uma dimensão transcendente, que podem provocar mudanças de valores, estilo de vida e crenças (Hinterkopf, 1994; Moreira-Almeida, 2013; Brook, 2019). Em sua manifestação, podem envolver estados alterados de consciência ou apresentar características anômalas ou desviantes da norma compreendida pela ciência atual (Cardeña; Lynn; Krippner, 2013). Embora não dependam de crenças religiosas ou espirituais específicas, elas se relacionam com elas na maneira como são interpretadas ou explicadas (Hood; Chen, 2005; Machado *et al.*, 2016) e em seu estudo, devem ser levados em consideração os valores e tradições compartilhados pela cultura de onde emergem (Correa; Brojato, 2016; Maraldi *et al.*, 2010; Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2003). Até há alguns anos as EERs eram compreendidas como vivências raras ou patológicas (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2003; Moreira-Almeida, 2013). No entanto, essas experiências são comuns em diferentes populações em todo o mundo, dentro de uma vasta gama de origens culturais (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Levin; Steele, 2005; Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2003; Machado, 2009; Pechey; Halligan, 2012; Palmer; Hastings, 2013; Reichow, 2017; Wahbeh; Radin, 2018). Interessados em compreender sobre as relações entre aspectos da espiritualidade e sua interface com a saúde no Brasil, em 2016, o Instituto Coalizão Inter-fé elaborou um “survey” denominado “Crenças, práticas e experiências espirituais e religiosas na população brasileira”. Através de um questionário online autoaplicável, que foi distribuído nas principais regiões do país através do sistema de cotas, formou-se um importante banco de dados a partir do qual vários estudos vêm sendo realizados desde então.

A presente tese é um desses estudos, que se debruçou sobre a investigação de 16 tipos de experiências espirituais e religiosas numa amostra final de 1053 participantes da população geral brasileira. Para este estudo, essas experiências foram divididas em 5 tipos, de acordo com suas características fenomenológicas: experiências místicas, mediúnicas, relacionadas a psi, experiências de memórias de supostas vidas passadas e experiências de quase morte. A partir

dessa categorização, por questões metodológicas relacionadas ao número baixo de respostas para algumas das análises estatísticas, os 5 tipos de experiências foram reunidos em 4 grupos (as experiências de supostas vidas passadas e de quase morte formaram um só grupo). Foram então elaborados quatro tópicos de investigação para nossa pesquisa, levando em consideração as características do questionário que utilizamos, cujos dados já haviam sido coletados. Apesar do Brasil ser um país majoritariamente religioso e reconhecido como um solo fértil para manifestações de cunho espiritual, dados fundamentais como a prevalência das EER e sua associação com fatores sócio-demográficos ainda não haviam sido amplamente compreendidos no país. De fato, a grande maioria das pesquisas sobre EER concentra-se em países do eixo América do Norte-Europa. Há uma demanda de dados de culturas não hegemônicas que possam contribuir para a melhor compreensão dos aspectos da relação entre as diversas experiências, os experienciadores e a saúde mental. Esse foi portanto o ponto de partida para a realização dessa tese e as primeiras análises que realizamos, cujos resultados já se encontram publicados na *Revista Transcultural Psychiatry* (Monteiro de Barros *et al.*, 2022). Com esses dados, pretendeu-se coletar informações norteadoras para a prática clínica de profissionais de saúde mental e para os próprios experienciadores, visando o melhor manejo clínico dos efeitos individuais e coletivos das EERs. No entanto, para além de conhecer sobre a prevalência de tais experiências, observamos que seria também importante entendermos mais sobre sua natureza e fatores de indução. Compreendemos que as EER são em geral descritas como fenômenos espontâneos, comumente relacionados a estados alterados de consciência. Algumas EER podem se dar em meio a atividades religiosas/espirituais, mas também podem estar associadas a contextos laicos e à prática de atividades como esportes ou caminhadas em meio à natureza. E ainda são relatadas por pessoas que passam por períodos de grande estresse físico e/ou psicológico (Wulff, 2013; Targ *et al.*, 2013; Taylor, 2017). O questionário de nosso banco de dados possuía uma lista de fatores possivelmente relacionados à ocorrência das experiências, tais como anestesia, coma, uso de substâncias, álcool, entre outros. Conhecer sobre os fatores que os próprios experienciadores identificam como indutores de suas EERs, foi nossa escolha de segundo tópico a ser pesquisado. Isso nos permitiria tecer um mapa mais fiel à multidimensionalidade do fenômeno, e possivelmente inspirar a criação de abordagens de cuidado que levem em consideração a experiência tal como ela foi assimilada pelo indivíduo, evitando, portanto, o desrespeito às diferenças culturais e minimizando as chances de

patologização ou medicalização excessiva, no caso de experiências mais intensas, por exemplo. Por outro lado, historicamente, as EERs vem sendo estudadas em relação ao potencial de transformação profunda que podem provocar nos seus experienciadores (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Moreira-Almeida, 2013; Palmer; Braud, 2002; Wulff, 2013; Greyson, 2013; Brook, 2019; Machado, 2009; Reichow, 2017; Taves, 2019). A conversão religiosa seria um exemplo do impacto que essas experiências podem trazer à vida de pessoas que devido à influência do fenômeno, optam por migrar de religião, ou adotar um sistema de crenças e práticas espirituais (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Machado, 2009; Castro *et al.*, 2014). De fato, as experiências espirituais estão na base da própria formação das religiões e da adoção de novos valores e senso de identidade (Wulff, 2013; Carvalho; Irffi, 2019), e por isso compreendemos que seria importante estudar sobre a influência das EERs no trânsito religioso brasileiro. Este tornou-se então o tema de nosso terceiro estudo, já que associações entre EERs e mudança religiosa em uma amostra ampla brasileira não foram investigadas até o momento. No entanto, nossos objetivos não se completariam sem que explorássemos as relações entre as EER e variáveis de saúde mental, especialmente relacionadas à ansiedade, depressão, qualidade de vida e otimismo, que haviam sido inquiridas no questionário utilizado para essa tese. O estudo das associações entre EER e saúde mental vem sendo, de forma geral, exploradas por inúmeros estudos desde o início da construção desse campo de pesquisas (Lukoff; Lu; Turner, 1992; Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006; Moreira-Almeida; Cardeña, 2011; Brook, 2019). Não obstante, em sua maioria, pesquisas brasileiras anteriores se concentraram em investigar a relação da dimensão da espiritualidade/religião e saúde mental, mas não na relação específica entre experiências espirituais religiosas e desfechos em saúde mental (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006; Menezes Jr. *et al.*, 2012; Zangari; Machado, 2015; Alminhana, 2016; Reichow, 2017). Além disso, o foco tem sido em populações clínicas e nas questões relacionadas ao diagnóstico diferencial entre EER e psicoses, deixando em segundo plano a exploração sobre a associação dessas experiências com a saúde emocional dos experienciadores, através da averiguação de presença de depressão, ansiedade, da percepção de qualidade de vida, da presença do otimismo e pessimismo.

Os objetivos de identificar a prevalência de EERs na população brasileira e compreender sua diversidade de expressões, a influência que provocam no trânsito religioso e o impacto na saúde mental e qualidade de vida dos experienciadores, nos ajudarão a traçar um mapa mais

claro a respeito dos benefícios e prejuízos que podem estar associados à sua manifestação, auxiliando na construção de estratégias e intervenções de saúde pública e suplementar sensíveis às peculiaridades culturais do brasileiro especialmente relacionadas à expressão da dimensão espiritual e religiosa, tanto no âmbito individual como coletivo.

Para atender aos nossos objetivos, realizamos uma revisão sobre o tema, dividida em duas partes. Na parte 1, fizemos um levantamento dos aspectos gerais mais importantes relacionados ao tema das EER. Assim, o primeiro capítulo conta sobre como esse campo de conhecimento foi introduzido na área da saúde mental, tornando-se objeto de investigações científicas através de um número progressivamente grande de pesquisas, publicações e iniciativas ao redor do mundo. Devido à constante confusão gerada na identificação dos termos religiosidade e espiritualidade, achamos pertinente trazer essa discussão também para o termo “experiências espirituais e religiosas” no item 3.1.2., procurando esclarecer sobre sua utilização e diferenciação em relação a outras terminologias, tais como experiências anômalas ou experiências humanas excepcionais. Em seguida, no item 3.1.3., descrevemos sobre cinco tipos de experiências espirituais e religiosas, de acordo com a categorização realizada a partir da análise das 16 experiências listadas no questionário online utilizado nesse estudo. Para uma melhor compreensão sobre elas, também buscamos estudar sobre fatores de predisposição à manifestação de EERs, discutindo sobre aspectos de personalidade que podem se associar à ocorrência de cada uma das experiências pesquisadas. Um importante aspecto do estudo das EERs diz respeito ao diagnóstico diferencial entre experiências saudáveis e patológicas, especialmente relacionado às psicoses. Este foi o assunto do tópico seguinte (item 3.5). Na parte 2 da revisão sobre EERs, entramos no levantamento dos temas que foram propriamente investigados em nossa pesquisa. Dessa forma, iniciamos a parte 2 com o levantamento da prevalência das EER no mundo e no Brasil (item 3.2.1). Na sequência, introduzimos a questão dos contextos de ocorrência das EER e seus fatores de indução (item 3.2.2), enquanto no capítulo seguinte, abordamos a relação das EER com os fatores sociodemográficos (item 3.2.3). Em seguida, discutimos a questão da conversão e migração religiosa no Brasil (item 3.2.4), para então finalizarmos com uma revisão sobre as relações entre EER e ansiedade, depressão, qualidade de vida e medidas de otimismo e pessimismo (itens 3.2.5, 3.2.6). Finalizamos essa revisão através do levantamento da influência da religiosidade e espiritualidade dos experienciadores na configuração de sua saúde mental (item 3.2.7).

Esse conjunto de estudos é apenas o início de um projeto que se estenderá a partir da junção dos dados resultantes das demais pesquisas sobre crenças e práticas espirituais e religiosas no Brasil, com a utilização do mesmo banco de dados e iniciativa do Projeto da Coalizão Inter-fé. Juntos, esses estudos formarão um corpo mais robusto de achados que nos ajudarão a construir estratégias e intervenções futuras em saúde pública e suplementar, visando a integração da dimensão espiritual nos cuidados em saúde individual e comunitária.

## 2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

A prevalência das experiências espirituais e religiosas, sua associação com fatores sócio-demográficos e os aspectos relacionados à sua manifestação (espontâneas ou induzidas), ainda não foram amplamente compreendidos no Brasil devido à falta de generalização de amostras de estudos anteriores. Também são poucas as pesquisas que tratam especificamente sobre as diversas EERs e suas correlações com a adoção de novas crenças e práticas religiosas e espirituais (refiliação e conversão religiosa), que podem culminar em hábitos promotores de saúde. E ainda, a relação entre as EERs e a saúde mental (ansiedade, depressão, bem-estar, otimismo e qualidade de vida) também carecem de estudos mais amplos, que incluam diversos tipos de experiências em uma população não clínica. No presente estudo, queremos preencher essa lacuna, através de uma amostra ampla, que envolve a população geral e inclui as principais regiões brasileiras. Isso ajudará na construção de estratégias e intervenções mais amplas e inclusivas em saúde, através de uma visão de saúde integral, ou seja, que inclua a importância da dimensão espiritual e religiosa para o bem estar do ser humano, tanto no contexto de sua individualidade, de sua vida em comunidade ou mesmo em sua relação com o meio ambiente.

Dessa forma, os objetivos específicos desse trabalho podem ser descritos como:

- Avaliar a prevalência de experiências espirituais e religiosas na população geral brasileira.
- Compreender sua relação com os dados demográficos de gênero, idade, região geográfica, raça, estado civil, escolaridade, situação de trabalho e classe social.
- Identificar a proporção de EERs espontâneas ou sem fatores de indução identificados pelos sujeitos e relacionar com aspectos sociodemográficos;
- Investigar fatores de indução de EERs atribuídos a causas fisiológicas, clínicas (aspectos médicos), químicas (relacionadas a substâncias) ou não clínicas (culturais, religiosas e outras).
- Investigar a relação entre as EERs e a afiliação religiosa primária (ao nascimento) e secundária (refiliação/conversão religiosa).
- Avaliar a influência das experiências espirituais e religiosas no trânsito religioso brasileiro, verificando se determinadas experiências são preditoras de reafiliação ou conversão religiosa.

- Investigar a relação das EERs com aspectos da saúde mental tais como sintomas de depressão e ansiedade, bem-estar psicológico, otimismo e qualidade de vida.

Em relação aos nossos dois estudos iniciais, hipotetizamos que o Brasil teria uma prevalência alta de EERs, possivelmente maior do que a média dos países do eixo América do Norte e Europa Ocidental. Também acreditamos que a maioria das EER seriam relatadas como espontâneas ou não induzidas. Para nosso terceiro estudo, levantamos a hipótese de que os experienciadores teriam uma maior probabilidade de mudança para uma nova afiliação religiosa quando comparados com não experienciadores e que, devido à secularização em nosso país, a maioria das EERs estaria inversamente associada à desfiliação religiosa ou ateísmo/agnosticismo. Finalmente, ao investigarmos as relações entre EER e aspectos de saúde mental, nossa hipótese é que haveria uma associação inversa entre a prevalência de EERs e a indicação de depressão e transtornos de ansiedade. Da mesma forma, devido aos dados de estudos anteriores que atestam sobre os benefícios da dimensão espiritual e religiosa e de algumas experiências sobre a saúde, ter EERs estaria associado a maior qualidade de vida, maiores taxas de otimismo e menores pontuações de pessimismo. Além disso, pertencer a religiões ou grupos espirituais mediúnicos, como Espiritismo Kardecista, Umbanda, Candomblé, entre outros, atenuaria possíveis associações negativas, ou seja, ter EER ao pertencer a um contexto religioso/espiritual simpático a esses fenômenos, implicaria em uma redução da ansiedade, depressão, aumento da qualidade de vida e otimismo.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 PARTE 1: LEVANTAMENTO GERAL SOBRE AS EER**

##### **3.1.1 Uma breve história do campo**

Em todas as culturas conhecidas ao longo dos tempos, houve relatos de pessoas que tiveram experiências de cunho espiritual e religioso (EER). Essas experiências encontram-se na base das crenças sobre a existência da dimensão espiritual da realidade (Hufford, 2014; Moreira-Almeida, 2013) e vem sendo estudadas cientificamente há mais de um século. As primeiras investigações científicas das EERs ocorreram no século XIX, a partir da difusão do movimento espiritualista na Europa e nos Estados Unidos, e dos fenômenos ditos mediúnicos e paranormais, que ocorriam nas populares sésances da época. A criação de um novo campo de investigação desses fenômenos (a pesquisa psíquica – “psychical research”) e a fundação das Sociedades Britânica (1882) e Americana (1885) para Pesquisa Psíquica testemunharam o interesse genuíno que essas experiências despertaram na área científica e psicológica, através da participação de nomes como William James (1842-1910), Théodore Flournoy (1854-1920), Frederic Myers (1843-1901), Carl Gustave Jung (1875-1961) entre outros (Gauld, 1968). William James utilizou uma abordagem fenomenológica para estudar experiências religiosas, em que procurou contemplar a experiência humana em sua totalidade, apesar dos limites inerentes à ciência da época. Em sua obra “As variedades da experiência religiosa” (1902/1994), James leva ao campo da Psicologia a ideia de que o misticismo, a conversão e as experiências religiosas que os caracterizam, serviriam à função de estimular no indivíduo, um processo de transformação que se originaria de uma inquietação básica, para a qual a solução seria conectá-lo com as regiões subliminares da Consciência que poderiam de uma forma dinâmica, se relacionar com a transcendência, ou com o adoecimento e insanidade. Essa conexão, segundo James, formaria a base que une todas as religiões (Taves, 2019, p. 4). Seu pensamento foi não somente fundamental para a própria Psicologia da Religião, mas também influenciou a formação de outras correntes psicológicas que procuraram incluir essa ampla variedade de

fenômenos da consciência em seu campo de estudo, tais como a Psicologia Analítica<sup>1</sup>, a Transpessoal<sup>2</sup> e a Psicossíntese<sup>3</sup>, entre outras. A partir do interesse pelos fenômenos religiosos, ampliou-se a pesquisa sobre a ampla variedade de fenômenos psicológicos da consciência, que foram ganhando termos específicos correspondentes à sua interpretação, tais como “dissociação” e “personalidade cindida” (“split personality”), além dos diversos tipos de experiências alucinatórias, entre outros (Maraldi, 2021, p. 9). Desse modo, os fenômenos psíquicos e os fenômenos espirituais encontravam-se entrelaçados, formando o campo epistemológico de uma Psicologia não somente empírica, mas também filosófica. No entanto, deveria haver um cuidado para a não contaminação da ciência psicológica com as crenças espiritualistas ou os preceitos de uma denominação religiosa específica. Com esse intuito, a Psicologia da Religião foi então se desenvolvendo baseando-se em pressupostos como a “exclusão metodológica do transcendente” proposta por Flournoy (1902), que considerava que a investigação das experiências religiosas e espirituais deveria se limitar apenas aos seus aspectos psicológicos, ou seja, deixando questões metafísicas sobre a ontologia dessas experiências para a Filosofia e a Teologia (Maraldi, 2021, p. 5). O estudo psicológico deveria se dar independentemente da crença dos experienciadores acerca da natureza divina de suas experiências, pois o Transcendente permaneceria uma possibilidade em aberto, nem admitida, nem negada “a priori”. Apesar dessas considerações, haveria um campo extenso de desenvolvimento para a Psicologia da Religião, pois tais fenômenos poderiam gerar implicações importantes sobre a própria natureza da mente e deveriam, portanto, ser estudados. No entanto, a Psicologia caminhou em outra direção e qualquer questão relacionada à religião (crenças, experiências e práticas religiosas) foi desconsiderada pela ciência psicológica, com o desenvolvimento do Behaviorismo ou Psicologia Comportamental. A Psicologia da Religião passou então a deixar os fenômenos paranormais fora de seu foco de estudo, e de certa forma,

---

<sup>1</sup> Segundo Shamdasani (2006), a Psicologia Analítica é o termo utilizado por Carl Gustav Jung (1875-1961) para denominar seu sistema psicológico, que também recebeu o nome de Psicologia Complexa. Através de sua visão da natureza simbólica da psique, Jung estudou experiências anômalas como a sincronicidade, conceituando o inconsciente coletivo, os arquétipos, complexos e o processo de individuação, entre outros conceitos que influenciaram o desenvolvimento do campo psicológico ocidental.

<sup>2</sup> Segundo Hartelius, Caplan e Rardin (2007) Psicologia Transpessoal é uma abordagem psicológica nascida nos Estados Unidos em 1968, a partir do encontro de influentes nomes da Psicologia Humanista da época, tais como Abraham Maslow (1908-1970), que destaca o potencial dos estados não ordinários de consciência (além do ego) para autodesenvolvimento e autorrealização humanos.

<sup>3</sup> De acordo com Assagioli (1993), a Psicossíntese é uma escola da Psicologia fundada pelo psiquiatra italiano Roberto Assagioli (1888-1974) que propõe o contínuo desenvolvimento da personalidade humana rumo aos estados mais integrados do “Eu” (Self).

houve um silenciamento do campo, especialmente a partir da segunda década do século XX (Cardeña; Krippner, 2017).

Em contrapartida, os estudos sobre fenômenos psíquicos ganharam espaço através da pesquisa psíquica (“Psychical research” ou “Métapsychique”), formando as bases do que tornou a Parapsicologia, que se estabeleceu como área de pesquisa dos fenômenos paranormais, que propunha avaliar a ontologia de tais experiências. Psicólogos como Joseph Banks Rhine (1895-1980) e William McDougall (1831-1938), no século 20, dedicaram-se à investigação empírica das ocorrências paranormais, através da criação de métodos experimentais padronizados, que procuravam deflagrar manifestações fraudulentas além de rejeitar explicações baseadas em crenças populares (Maraldi, 2021, p. 7). No entanto, a Parapsicologia foi marginalizada como ciência, apesar do rigor científico de seus experimentos, do extenso número de publicações em revistas científicas de grande impacto e da implicação de seus achados para a compreensão das habilidades humanas. Além disso, ela foi considerada uma área independente, posicionando-se ao lado da Psicologia, mas não dentro dela. Essa união foi novamente proposta anos mais tarde, através da Psicologia Transpessoal (Saldanha, 2008), que surgiu em 1968 como uma área interessada no estudo dos estados alterados ou não ordinários de consciência (EAC) e nas experiências ocorridas a partir desses estados (falaremos sobre os EACs mais adiante). Nessa época, especialmente na costa oeste norte americana, houve um ressurgimento do interesse sobre as experiências místicas, sobre a meditação e o uso de substâncias psicodélicas, como fenômenos para alteração de consciência, inspirados no movimento de contracultura e na aproximação das tradições espirituais provindas do Oriente. A consciência, portanto, voltou a ser objeto de estudo da Psicologia, e seu aspecto multidimensional passou a ser explorado através de estudos que investigaram, entre outras coisas, o potencial de transformação de experiências de estados não ordinários de consciência, que Abraham Maslow (1908-1970) denominou experiências de pico ou culminantes (Hartelius; Caplan; Rardin, 2007). Em sua fenomenologia, essas experiências teriam alguns aspectos semelhantes a características das experiências espirituais do tipo místicas, mas receberam um nome desvinculado de qualquer conotação religiosa justamente para que a Psicologia Transpessoal pudesse ser cientificamente reconhecida. Apesar desses cuidados, no entanto, essa abordagem permaneceu marginal. No entanto, a partir dos anos 80, houve um renascimento do interesse pelo campo, através da Psicologia da Religião, formalmente estabelecida pela Associação de Psicologia Americana

(em 1976, Division 36), comprovado pelo incremento no número e diversidade de estudos na área. Na mesma época, o conceito de experiência anômala passou a ser introduzido, assim como a área da Psicologia Anomalística, um campo de estudos de certa forma sucessor da Parapsicologia, voltado para o conjunto de experiências desviantes da realidade usual ou ordinária, segundo o que atualmente considera a ciência ocidental (Cardeña; Lynn; Krippner, 2013, p. 2). A Psicologia Anomalística recebeu influência das ciências cognitivas e, ao contrário da Transpessoal, não postula o potencial de crescimento psicológico/espiritual ensejado pelas experiências não ordinárias de consciência, nem tampouco dá lugar a explicações que estejam fora do alcance das teorias psicológicas, psicossociais e cognitivas para os fenômenos anômalos (Maraldi, 2021). No entanto, revelou-se mais abrangente ao incluir no seu campo de pesquisa, experiências outrora deixadas de lado pela Parapsicologia e pela Psicologia da Religião, como por exemplo as experiências de abdução alienígena, entre outras (Cardeña; Lynn; Krippner, 2013). O fato de a Psicologia Anomalística a priori não considerar patológicos os fenômenos de características bizarras ou não convencionais (anômalo não quer dizer anormal), tem contribuído para que outras áreas de pesquisa tais como a Antropologia e a Psiquiatria, utilizem o termo anômalo para referirem-se às experiências espirituais e religiosas. De qualquer maneira, nas últimas duas décadas tem havido um crescente interesse de disciplinas distintas acerca dos fenômenos de características anômalas, a partir dos estudos sobre as relações entre religiosidade, espiritualidade e saúde de forma geral. Segundo Zangari e colaboradores (2017), o foco moveu-se da investigação sobre a autenticidade das experiências religiosas, espirituais e anômalas até então investigadas, para a compreensão sobre o impacto que elas causam na vida de seus protagonistas. Um grande marco para essa vertente de estudos foi a publicação da categoria “Problema religioso e espiritual”, Código V 62.89 na quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013), a partir dos trabalhos de David Lukoff, Francis Lu e Robert Turner (1992), que chamaram a atenção para a importância do diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e espirituais saudáveis e patológicas, trazendo um olhar específico para a consideração de variáveis culturais (abordaremos esse tópico posteriormente). Um outro marco importante para esse campo de estudos foi a publicação do Handbook of Religion and Health em 2001, por Harold G. Koenig, que compilou evidências desse impacto a partir de mais de 1200 estudos realizados no século XX. Em 2006, foi publicada uma atualização dos resultados apresentados naquela obra, com o acréscimo de

artigos brasileiros de relevância para a área (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006). De forma geral, os achados desse estudo ressaltaram que o envolvimento religioso e espiritual está relacionado a melhores desfechos de saúde física e mental, a despeito da controversa relação histórica entre as disciplinas da saúde mental e o campo religioso. As patologias mentais e as experiências religiosas encontram-se entrelaçadas desde a Antiguidade, na obra de Sócrates ou no Antigo Testamento (Lukoff, 1985).

Na idade Média e por um longo tempo depois, as experiências espirituais eram fundamentalmente consideradas possessão demoníaca ou bruxaria, e o papel da Psiquiatria tornou-se, especialmente a partir do século XIX, o de trazer esclarecimento para a mente supersticiosa e conhecimento racional para a ignorância religiosa (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006). Com o desenvolvimento científico, apesar do movimento espiritualista e dos estudos acerca das experiências religiosas e paranormais, essas experiências guardavam forte conotação patológica. Novas teorias sobre a mente, tais como a Psicanálise, passaram a exercer uma forte crítica à religião e aos poucos tornaram-se uma importante influência para o pensamento intelectual do século XX, majoritariamente antirreligioso. A visão psicanalítica de Sigmund Freud compreendia a religião como uma “neurose obsessiva universal” (embora essa relação tenha sido revista pela Psicanálise contemporânea), contribuindo para uma visão reducionista e desvalorizadora dos fenômenos espirituais (Franco, 2020; Freud, 1978/1930). Particularmente, as experiências místicas relatadas na literatura religiosa foram identificadas como um processo de “regressão ao narcisismo primário”<sup>4</sup> (Lukoff; Lu; Turner, 1992), gerando forte impacto sobre a visão negativa da Psiquiatria e da Ciência acerca dos fenômenos religiosos. Assim sendo, muito embora as experiências religiosas e espirituais tenham sido objeto de pesquisa para o próprio desenvolvimento das teorias sobre o funcionamento da mente, elas passaram a ser relacionadas à expressão da natureza patológica da religiosidade (Alvarado, 2004; Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006). Tal como mencionado anteriormente, foi apenas a partir do final do século XX que o cenário começou a mudar, especialmente por volta da primeira década dos anos 2000, quando houve um aumento significativo e constante no

---

<sup>4</sup> Em suas obras “O Futuro de uma ilusão” (SIGMUND, 2010) e “Mal-estar da civilização” (SIGMUND, 2020), Freud responde à provocação do colega Romain Rolland que lhe escreve em carta perguntando sobre a posição da Psicanálise acerca do “sentimento oceânico”, ou seja, sentimento de união com o todo, que seria a base de toda a religiosidade, descrito e vivenciado por grandes mestres espirituais. Freud argumenta que essa experiência no adulto, seria a preservação de um “sentimento primitivo do ego”, que a criança pequena experimenta quando ainda não se reconhece como um ser indiferenciado da mãe.

número de estudos e pesquisas acerca das relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. E, nesse sentido, o Brasil vem se mantendo entre os países em desenvolvimento mais profícuos na publicação de artigos científicos nesse campo, especialmente quando em comparação com países desenvolvidos (Lucchetti; Lucchetti, 2014).

### **3.1.2 Definição dos termos**

É importante apresentarmos as definições de religiosidade e espiritualidade que utilizamos nesse estudo, pois elas embasam a própria compreensão dos fenômenos religiosos e espirituais. Segundo Koenig e colaboradores (2001), a religião pode ser compreendida como um sistema organizado de crenças, práticas e rituais, que através de simbologia própria, busca aproximar o indivíduo e a comunidade daquilo que é considerado sagrado, transcendente para aquele sistema. A religiosidade seria a face subjetiva da religião, ou seja, a expressão pessoal das práticas institucionais religiosas - o processo pelo qual a estrutura espiritual se manifesta individualmente ao se ligar a uma determinada doutrina religiosa. Já a espiritualidade é um constructo mais difícil de ser mensurado (Koenig, 2009). É um conceito mais abrangente, definido como a busca pessoal pela compreensão das questões existenciais últimas e pelo próprio sentido da vida. Essa busca envolve o relacionamento com o sagrado ou transcendente, que pode ou não se originar de uma religião ou levar ao seu desenvolvimento (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006). A espiritualidade relaciona-se com o sentido existencial e com o autoconhecimento. É considerada parte estrutural da personalidade humana, que pode ou não ser conscientemente desenvolvida ou trabalhada. Sobretudo, a ligação espiritual com a transcendência ou o que se constitui sagrado aos olhos de uma pessoa, pode envolver suas crenças religiosas específicas, mas não depende delas (King; Koenig, 2009; Pinto, 2009). Da mesma forma, a definição de experiências religiosas e espirituais merece atenção. Como vimos através do breve histórico, trata-se de um campo de estudos que envolve diferentes disciplinas e visões, as quais nem sempre dialogam entre si (Machado *et al.*, 2016). Uma mesma experiência pode ser definida como anômala pela Psicologia Anomalística, “psi” ou paranormal pela Parapsicologia, mas pode, sobretudo, ser interpretada como sendo de natureza religiosa ou espiritual. Tais experiências têm, portanto, recebido inúmeras classificações ao longo da história: anômalas, transcendentais, excepcionais, místicas, transpessoais, entre outras. Em

comum, guardam o potencial de modificar o modo como uma pessoa se relaciona com o mundo, com os outros, com a morte e o sofrimento. Elas podem ser extremamente significativas na vida de um indivíduo e trazer mudanças em diversos aspectos de seu modo de viver. A experiência religiosa e espiritual também pode ser compreendida através dos valores e tradições que são compartilhados e transmitidos por um determinado contexto religioso, caracterizando a vivência do indivíduo dentro dele (Correa; Brojato, 2016). Daí a importância de se compreender sobre as práticas e crenças associadas às experiências religiosas e espirituais, pois crenças, práticas e experiências estão relacionadas entre si, ainda que de uma forma não direta e causal (Machado *et al.*, 2016).

As EERs podem ser entendidas, portanto, como um conceito guarda-chuva, que compreende eventos fenomenologicamente diversos, como experiências mediúnicas, paranormais (relacionadas a psi) e místicas (às vezes consideradas como uma categoria distinta em si mesma) (Brook, 2019; Taves, 2019). De qualquer maneira, em sua origem, a experiência religiosa foi definida por William James como um fenômeno de comunhão ou relação direta com aquilo que o homem, em sua solitude, considera como divino (James, 1902/1994), através de um sentimento intenso e único, que resultaria em uma crença (Marques, 2021), que atesta o fato de que as próprias religiões em sua maioria nasceram a partir das experiências transcendentais de seus fundadores. Segundo Hinterkopf (1994) as experiências são de natureza espiritual por terem uma relação com a dimensão Transcendente, que abrange perspectivas mais amplas da vivência da realidade, reforçando a necessidade de busca de sentido existencial. A dimensão Transcendente direciona a experiência para um sentimento de pertencimento e união com algo maior, que pode ser caracterizado como Deus, Natureza, Força vital, dependendo do contexto cultural onde ela emerge. Transcendente e divino aqui caracterizam a relação do indivíduo com o Mistério, a Realidade máxima, o “totalmente Outro”, tal como o define o teólogo alemão Rudolf Otto (1869-1937) (Otto, 2005). Mas trata-se sobretudo de uma experiência sentida, ou mais propriamente, vivenciada. A experiência sentida como espiritual (e/ou religiosa) pode também estar ligada a (e provocar a emergência de) atributos e valores como fé, amor, altruísmo, senso de propósito e, em última instância, pode levar ao crescimento espiritual. Segundo Kass *et al.* (1991), as características principais das experiências espirituais estão relacionadas aos resultados ou consequências que elas promovem, tais como a crença em um poder maior ou Deus e a percepção de que esse Deus e o experienciador possuem uma

relação profunda, direta e íntima. Essas características que definem a experiência religiosa e espiritual guardam uma visão mais ampla do que a mera definição que a equipara com a experiência anômala ou incomum. Nesse sentido, as EERs se aproximam mais das EHE (experiências humanas excepcionais), termo cunhado por Rhea White (1993) e que compreende uma gama de fenômenos que além de serem desviantes do senso comum de realidade (tal como na definição de experiências anômalas), teriam também um potencial de transformação quando processadas adequadamente pelo indivíduo (diferentemente das experiências anômalas). Embora elas possam causar ansiedade e outros sintomas indesejáveis, elas induzem à mudança e crescimento (Palmer; Braud, 2002; Tassell-Matamua; Steadman; Frewin, 2018). Ao mesmo tempo, as EERs tal como as definimos nesse estudo, vão além do conceito de experiência religiosa implicada nos processos de conversão e relacionada exclusivamente ao misticismo ou à experiência mística (Taves, 2019), para incluir o conceito de espiritualidade e abarcar a vivência de pessoas sem religião definida, mas espiritualizadas. Pessoas não religiosas reportam experiências espirituais, em geral buscando para elas causas naturais ou fisiológicas, sem, no entanto, deixarem de vivenciar a dimensão do sagrado que elas ensejam (Maraldi; Barros; Cunha, 2017).

Um outro aspecto importante que também reflete a abrangência das experiências religiosas e espirituais, é que elas não se restringem a fenômenos de caráter intenso e dramático. Pelo contrário, o interesse pelos frutos das experiências mais cotidianas e graduais tem crescido e vem ajudando a modificar a próprio entendimento do que seria a conversão religiosa/espiritual (Taves, 2019; Wulff, 2013). Na história dessas experiências, esta significa uma mudança importante em relação à ênfase que William James dava às experiências subjetivas súbitas. A atitude contemporânea seria a de validar todo o espectro de experiências, num contínuum entre as mais ordinárias e graduais até as mais intensas e abruptas, compreendendo que mesmo as mais graduais carregariam em si o potencial para as transformações espirituais outrora relacionadas apenas às experiências dramáticas e (especialmente) às unitivas do tipo místicas. Ou seja, experiências mais ordinárias podem ser catalizadoras de transformações existenciais profundas, que envolvem a mudança de valores, a construção de novos significados e propósitos de vida (Taves, 2019). Essa é também, de certa forma, a perspectiva de Abraham Maslow (1908-1970) em relação à função das experiências culminantes, que ele postulou que seriam um caminho aconselhável na busca do desenvolvimento espiritual ou autotranscendência, para

que então fosse possível encontrar, através das experiências platô, o sagrado em meio ao ordinário (Maslow, 1970; Krippner, 1972). Esse aspecto tem sido observado a partir de dados obtidos através da aplicação de instrumentos como o DSES - Daily Spiritual Experiences Scale (Underwood, 2011), ferramenta já validada para o português (Kimura *et al.*, 2012). De modo geral, a DSES avalia a frequência com que as pessoas vivenciam, no seu cotidiano, experiências como a sensação da presença de Deus, sentimento de conexão com a vida, sentimento de amor aos outros, à natureza, sentimentos de paz interior, de gratidão e desejo de proximidade com Deus. O instrumento possui itens com e sem implicação teísta, de forma que também pode ser utilizado entre não religiosos. Em um estudo que explora a extensão e implicação do uso dessa ferramenta (Underwood, 2011), os achados nos ajudam a compreender a importância do estudo de tais experiências: a maior presença de experiências espirituais diárias (menos dramáticas) em pacientes adultos está associada com menor tempo de hospitalização, aumento de suporte social, melhor saúde psicológica e física. Em um pesquisa longitudinal realizada com 6534 pacientes adultos, houve correlação positiva com sua própria percepção de saúde, sendo as experiências espirituais cotidianas um fator mais preditivo de bem-estar do que a frequência a templos religiosos (Skarupski, 2010). No entanto, mesmo quando uma determinada cultura aceita e dialoga com os elementos anômalos de uma dada experiência, não raro esses elementos tendem a ser excluídos devido a avaliações que fragmentam e desconsideram a importância do contexto cultural e suas implicações sobre a saúde mental (Zangari; Machado, 2015). A utilização de instrumentos pouco sensíveis a essas diferenças culturais, bem como a subutilização da categoria de problemas religiosos e espirituais do DSM V (Sandage; Moe, 2013), ainda são prática comum (Franco, 2021). Este trabalho pode contribuir para novos movimentos nesse campo, por se tratar de um estudo amplo, realizado em uma cultura religiosamente sincrética, fora do contexto anglo-saxão da maioria dos estudos anteriores sobre essas experiências.

### **3.1.3 Tipos de experiências espirituais e religiosas**

Em seu trabalho de investigação sobre as experiências que ela denominou de excepcionais, Rhea White elencou 100 tipos de experiências que foram agrupadas em 5 tipos ou grupos principais: experiências místicas, experiências psíquicas (psi) ou paranormais,

experiências de encontros, experiências incomuns relacionadas à morte, experiências excepcionais-normais (1993). Em trabalho mais recente, Cardeña, Lynn e Krippner (2013) selecionaram 9 experiências anômalas para fazerem parte de importante revisão sobre o tema, publicada em forma de livro: “As variedades da experiência anômala” (2013). Além das experiências místicas e das relacionadas a psi, os autores elencaram como principais tipos de fenômenos anômalos, as experiências de quase morte, de memórias de vidas passadas, de sonhos lúcidos, de sinestesia, de curas anômalas, de abdução alienígena, e alucinatórias. Estudos complementares sugerem que o termo “experiências de identidade/Self” poderia ser também utilizado como um conceito mais amplo que inclui as experiências mediúnicas, de saída do corpo e de vidas passadas (Maraldi, 2017). Para Grof e Grof (1989, 1991), as experiências foram classificadas segundo seu conceito de emergência espiritual e são apresentados 10 tipos de experiências, dentre elas as experiências xamânicas, experiências de despertar da Kundalini, experiências culminantes ou unitivas, renovação psicológica de centramento, experiências de abertura psíquica, experiências de vidas passadas, de encontros com guias e de canalização, experiências de quase morte, experiências de contatos com seres extra-terrestres (OVNIS), estados de possessão.

De fato, as classificações são inúmeras e diferentes entre si, sendo as experiências mais ou menos valorizadas de acordo com suas tradições culturais de referência (Taves, 2019). A partir de uma revisão de importantes publicações brasileiras sobre o tema (Moreira-Almeida; Lotufo Neto, 2003; Menezes Junior *et al.*, 2012; Maraldi *et al.*, 2010, 2014, 2019; Maraldi; Krippner, 2019; Negro *et al.*, 2002; Machado, 2009; Zangari; Machado, 2015; Moreira-Almeida *et al.*, 2007, 2008; Paiva, 1998), reunimos cinco tipos de experiências religiosas e espirituais que se relacionam com os fenômenos investigados no questionário utilizado para o presente trabalho. Denominamos essas EER como experiências místicas, experiências mediúnicas, experiências relacionadas a psi, experiências de memórias de supostas vidas passadas e experiências de quase morte. Os termos utilizados baseiam-se especialmente na forma como essas experiências são denominadas na produção acadêmica brasileira sobre o tema.

No entanto, para além das denominações ou termos escolhidos, as características que abrangem cada experiência foram extraídas de autores de referência para o campo, a partir do estudo de suas publicações (James, 1902/1985; Stace, 1960; Hardy, 1979; Wulff, 2013; Taves,

2020; Cardeña; Lynn; Krippner, 2013; White, 1993; Grof; Grof, 1989; Irwin, 1994; Targ; Schlitz; Irwin, 2013; Mills; Lynn, 2013; Stevenson, 1975; Ring, 1984; Greyson, 2013; Krippner; Faith; 2017; Cardeña *et al.*, 2009).

### 3.1.3.1 Experiências místicas

As experiências místicas são fenômenos transcendentais, centrados em um senso de realidade que difere da experiência comum e é caracterizada por uma sensação de unidade com toda a realidade (Cardeña; Lynn; Krippner, 2016). As experiências místicas podem apresentar efeitos transformadores, levando a uma sensação de significado na vida e bem-estar psicológico, desde que os experienciadores as assimilem em suas vidas (Brook, 2019; Greeley, 1975; Hay; Morisy, 1978; Moreira-Almeida; Lotufo Neto, 2017; Palmer; Braud, 2002). Ainda assim, essas experiências geralmente têm sido negligenciados como recurso terapêutico pelos profissionais de saúde (Menegatti-Chequini, 2019). As experiências místicas têm sido compreendidas como exemplos mais genuínos de fenômenos universais e transculturais, atravessando as diferenças entre as próprias religiões. Por esse motivo alguns autores advogam que elas tenham uma categorização única e distinta, por serem mais específicas do que as experiências religiosas em geral (Hood; Hill; Spilka, 2018).

William James (1902/1985) definiu o que seriam as principais características de uma experiência mística: a inefabilidade, sua qualidade noética, sua transitoriedade e a passividade provocada por ela. Mais tarde, Stace (1960) acrescentou ao conjunto o aparecimento de uma consciência unitária e indiferenciada, além de aspectos como não estar localizada no tempo/espço, conter um senso de realidade, provocar sentimentos de bem-aventurança, encontro com o Divino ou união com Deus, presença de vida subjacente a todas as coisas além de uma conexão entre elas (Stace, 1960, p. 131). As experiências místicas podem ser extremas ou suaves, e em casos intensos, pode haver sobreposição de fenômenos como a ocorrência de visões e eventos anômalos. Por esse motivo, a sua relação com a patologia mental pareceu algo natural a psicólogos e psiquiatras e atualmente, a diferenciação entre experiências místicas saudáveis e patológicas ainda é uma questão que precisa ser mais bem compreendida.

Em seu artigo de revisão sobre o tema, Wulff (2013) afirma que as experiências místicas provocam efeitos persistentes e transformadores, que envolvem mudança de valores, insights

profundos, adoção de novas crenças, maior compaixão em relação às outras pessoas, perda ou diminuição do medo da morte, entre outros. Os frutos dessas experiências se fazem sentir em pessoas abertas à experiência e que se encontram em ambientes acolhedores, ou seja, contextos que oferecem a elas o suporte e repertório de significados para sua integração. Nesse sentido, como ressalta Brook (2019, p.1), as principais tradições religiosas e espirituais fazem referência a essas experiências e estudos empíricos realizados nesses contextos dão suporte aos seus efeitos transformadores, seja na tradição cristã (Jung, 1965; Mahoney; Pargament, 2004), ou na tradição judaica através dos estudos da Kabbalah por Lazar e Kravetz (2005), ou ainda na tradição hindu com os estudos sobre a Kundalini yoga (Harrigan, 2004), ou mesmo no estudo das experiências místicas junto aos monges budistas tibetanos (Chen; Hooh; Yang; Watson, 2011), entre outros<sup>5</sup>.

No entanto, as experiências podem apresentar dificuldades para sua integração, quando seu conteúdo revela aspectos sombrios ou quando é muito abrupta e intensa. Segundo estudos recentes, ao abordar as experiências espiritualmente transformadoras, Brook (2019, p. 3) relata que a integração psicoespiritual dessas experiências pode levar até mesmo anos, podendo ocorrer em estágios, que vão de confusão inicial, reorientação inicial e busca de uma nova identidade pessoal e social, passando pela estruturação da nova identidade e estabelecimento de equilíbrio da nova visão de mundo, até atingirem o engajamento no processo de crescimento contínuo. É justamente durante o processo de adaptação às mudanças ou efeitos da experiência, que se faz fundamental a diferenciação entre patologia e o que Stanislav Grof chama de crise de emergência espiritual (Grof; Grof, 1989), pois é nesse momento que o experienciador se encontra mais vulnerável e que a dissolução de vários aspectos de sua personalidade pode acarretar sintomas que necessitam de cuidado clínico, sem que se configurem transtorno psicótico propriamente dito. Na década de 80, a partir de uma série de estudos que culminaram na já mencionada categoria de problemas religiosos e espirituais do DSM IV (APA, 1994), Lukoff sugeriu a inclusão de uma área de sobreposição entre as experiências místicas e a psicose, onde experiências místicas com características psicóticas e experiências psicóticas com características místicas coexistiriam (Lukoff, 1985). A partir dessa proposta, novos estudos foram realizados e critérios de diferenciação foram propostos (Berembaum, 2000; Moreira-

---

<sup>5</sup> Há uma extensa literatura secundária sobre estudo do misticismo em “Mystical Encounters with the Natural World: Experiences & Explanations” de Paul Marshall (2005).

Almeida, 2009), juntamente com a inclusão de estudos sobre os fatores predisponentes a uma e outra situação (Wulff, 2013, Moreira-Almeida, 2009; Cardeña; Lynn; Krippner, 2017), tais como traços de personalidade, abertura à experiência, hipnotizabilidade, absorção, esquizotipia benigna, propensão à fantasia, entre outros (Wulff, 2013; Cardeña; Lynn; Krippner, 2017). As implicações clínicas dessa experiência são evidentes e inerentes à sua própria natureza, tendo já sido observadas em áreas específicas como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a elaboração do luto, entre outras (Wulff, 2013, p. 317). Em cenários mais recentes, no entanto, a experiência mística induzida vem sendo a grande protagonista de estudos com psicodélicos, com resultados promissores para algumas patologias como o próprio TEPT, a dependência química, a depressão, entre outros (Doblin *et al.*, 2019; Forstmann; Sagioglou, 2021; Aday *et al.*, 2020). Em 1938, O LSD-25 (ácido lisérgico dietilamida) foi sintetizado pela primeira vez por Albert Hofmann (1906-2008) e a partir da descoberta de seus efeitos, iniciou-se um período de exploração científica de seu potencial terapêutico, realizada por importantes pesquisadores de renomadas universidades, tais como os psicólogos Timothy leary e Richard Alpert, de Harvard. Durante esse período, mais de mil artigos científicos foram publicados sobre o tema. No entanto, após uma série de ações controversas que se somaram a questões do contexto sociopolítico do movimento de contracultura, a partir de 1966 o governo Norte Americano proibiu totalmente a utilização de psicodélicos para fins de pesquisa, ato que foi seguido por outros países ao redor do mundo, apesar de evidências de seu potencial terapêutico. Apesar de ainda ser considerado um tema que exige cautela e constante estudo, a partir dos anos 2000, houve um renascimento desse campo de estudos, e o volume de pesquisas vem aumentando substancialmente na última década. Já existem evidências sobre os efeitos benéficos do uso de cogumelos (Psilocibina) para depressão refratária, dependência química, de MDMA para TEPT e alcoolismo, entre outros (Doblin *et al.*, 2019). Sobretudo, experiências místicas podem ser induzidas por psicodélicos. Em recente pesquisa brasileira, Ursini e colaboradores (2019) analisaram 1507 respondentes ao questionário de experiências místicas (MEQ30) já validado para o uso no Brasil (Schenverg *et al.*, 2017) e concluíram que os diferentes psicodélicos podem influenciar de forma diversa a catalisação de experiências místicas. Nesse estudo, o uso de Psicocibina produziu os maiores escores nas diferentes dimensões da escala, independentemente de outras variáveis.

Em recente estudo na Universidade de Johns Hopkins, Griffiths e colaboradores (2019) compararam 5 grupos de indivíduos que responderam a um survey online com questões que investigavam aspectos de sua mais importante experiência espiritual de encontro com Deus ou uma força maior. Os autores buscaram compreender sobre detalhes da experiência subjetiva, como ela foi interpretada e avaliada pelos experienciadores, e sobretudo sua percepção de mudanças que persistiram ao longo do tempo. Dentre esses grupos, havia aqueles que tiveram experiências espirituais naturalmente (n=809), os que usaram Psilocibina (n=1184), LSD (n=1251), Ayahuasca (435) e DMT (606). Após os devidos ajustes estatísticos, os achados apontaram que aqueles que não induziram suas experiências através de substâncias, as descreviam como sendo encontros com Deus, enquanto os demais participantes preferiam utilizar o termo “realidade última”. Porém, o mais importante aspecto é o fato de haver muitas semelhanças entre os grupos, em termos de efeitos benéficos, sendo que a maioria descreveu sua experiência como um encontro com algo consciente, inteligente, eterno, benevolente e sagrado. Além disso a metade dos experienciadores preencheu os critérios para uma experiência mística completa e mais de dois terços dos que se autoidentificaram anteriormente como ateus, tornaram-se não ateus após a experiência. E ainda mais significativo, é o fato de que essas experiências foram identificadas como sendo as mais carregadas de sentido no nível pessoal e espiritual, produzindo mudanças persistentes em relação à satisfação com a vida, senso de propósito e sentido existencial.

Um aspecto importante a ser considerado, no entanto, é que apesar das experiências místicas naquele estudo terem sido reconhecidas entre os diferentes grupos como significativas e transformadoras, um terço dos sujeitos admitiram que elas também foram psicologicamente desafiadoras. Esses dados trazem implicações clínicas relevantes. Embora muitos estudos ainda precisem ser realizados considerando os fatores de predisposição a essas experiências nesses grupos, bem como os aspectos neurofisiológicos correlacionados, os aspectos transformadores e espirituais associados à experiência mística podem estar presentes mesmo quando ela é induzida por substâncias. Inúmeros ensaios clínicos estão sendo realizados com diversas dessas substâncias, apontando para os benefícios de seu uso clínico, desde que dentro de condições previamente testadas que garantam a devida contextualização e integração dessas experiências, produzindo dessa forma efeitos de crescimento espiritual semelhantes aos obtidos em experiências espontâneas (Wheeler; Dyer, 2020; Wulff, 2013; Cardeña; Lynn; Krippner, 2017).

### 3.1.3.2 Experiências de comunicação após a morte ou mediúnicas

Estudos que investigam o fenômeno de encontros e comunicação com pessoas já mortas têm utilizado a denominação “experiências de comunicação após a morte”, um termo abrangente e desvinculado de crenças específicas, sugerido pela primeira vez por Guggenheim e Guggenheim (1995). De forma sucinta, trata-se de uma experiência espiritual que ocorre quando uma pessoa entra em contato de forma espontânea com um parente ou conhecido já falecido. Essas experiências podem ocorrer sob várias formas, como através dos sentidos como “ver alguém que já morreu”, “ouvir a voz de um ente já falecido”, ou ainda “sentir seu perfume”. Podem também acontecer através de encontros oníricos e de coincidências ou sinais que são interpretados como mensagens deixadas por alguém que já morreu (Exline, 2021; Guggenheim; Guggenheim, 1995; Krippner; Faith, 2001). As experiências de comunicação após a morte podem também ser descritas através do fenômeno da mediunidade (Beischel, 2019; Beischel *et al.*, 2014; Lee, 2015; Maraldi, 2019; Maraldi *et al.*, 2017). O termo mediunidade refere-se a experiências caracterizadas pela extensão da própria consciência para além do continuum tempo-espaco como o percebemos, onde indivíduos denominados médiuns podem se comunicar com pessoas falecidas (Lucchetti *et al.*, 2015). A mediunidade é um termo particularmente relevante no contexto sociocultural brasileiro, devido à histórica influência de crenças na sobrevivência após a morte e na comunicação entre vivos e mortos advindas de religiões de matriz africana, indígena e europeia, tal como o Candomblé, a Umbanda e o Espiritismo francês (Maraldi *et al.*, 2017). Além disso ela é um fenômeno popular também em outras tradições, como entre católicos carismáticos e evangélicos pentecostais, ainda que recebendo outros nomes e explicações de acordo com cada denominação religiosa (Moreira-Almeida, 2013).

Segundo dados do Censo Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010), mais de quatro milhões de pessoas no Brasil fazem parte de religiões que praticam alguma forma de mediunidade e este número é crescente, chegando à estimativa de 8% segundo estudo mais recente (PERES *et al.*, 2018). Faz-se importante reforçar que a mediunidade no contexto cultural brasileiro, está presente através da influência recebida pelas tradições africanas e indígenas originais, através do sincretismo religioso que ocasionou a formação de novas tradições também mediúnicas como a Umbanda, e através da presença do Espiritismo de Allan Kardec desde o final do século

XIX, que no Brasil, assumiu características próprias e cresceu em popularidade e número de adeptos, sendo hoje a terceira maior religião brasileira (Maraldi *et al.*, 2019). A popularidade do fenômeno mediúnico cresceu também através da influência de médiuns importantes, que no Brasil, tornaram-se figuras de referência, atraindo inúmeros seguidores, mesmo não espíritas. A publicação extensa de livros espíritas psicografados, que contabilizaram recordes de vendas a partir do século XX, e a produção de filmes com temática espírita, tem sido motivo para a popularização da mediunidade entre os brasileiros. De fato, a crença em vida após a morte, em reencarnação e na possibilidade de comunicação entre os dois mundos, é compartilhada por muitos católicos e pessoas de outras afiliações religiosas não espíritas (Maraldi *et al.*, 2019; Stoll, 2002). Dessa forma, a ideia espírita de que a mediunidade seria uma habilidade natural, que pode ser desenvolvida por qualquer pessoa através de treinamento específico (embora alguns indivíduos a apresentem de forma mais ostensiva e espontânea desde a infância), não soa estranha no contexto cultural brasileiro. De fato, a mediunidade é um fenômeno que inclui uma série de experiências com características fenomenológicas distintas, mas que se agrupam em torno de crenças a respeito da sobrevivência após a morte e da comunicação entre os espíritos e as pessoas vivas. Dentro dessa variedade de experiências, temos a mediunidade intuitiva (ou seja a percepção de uma informação mental recebida de um espírito); a psicografia (em que o médium escreve uma mensagem de forma mecânica ou intuitiva), a clariaudiência (em que o médium ouve a voz de um espírito), a psicofonia (onde o médium transmite oralmente uma mensagem de um espírito), a vidência (em que o médium vê um espírito que se manifesta), além da incorporação e os fenômenos de possessão, a pintura mediúnica, a mediunidade de cura, as cirurgias espirituais, entre outras (Maraldi *et al.*, 2019). Examinando a relação da mediunidade com a patologia, Moreira Almeida e Lotufo-Neto (2004) revisaram as publicações realizadas na origem dos estudos espiritualistas do século XIX e XX, que se concentraram especialmente nos fenômenos mediúnicos testemunhados nas populares “séances”. Como já mencionado anteriormente, a associação da mediunidade com a psicopatologia foi particularmente importante nos trabalhos de Freud e Janet, embora outros nomes como Jung, Myers e o próprio William James, alertaram para a possibilidade da mediunidade como uma habilidade psíquica genuína, cujo estudo científico produziria avanços na compreensão das relações entre a mente e o cérebro. No Brasil, a mediunidade vem sendo estudada por diversos autores sob diferentes perspectivas na última década, tais como a questão

neurofisiológica relacionada ao transe mediúnico (Peres *et al.*, 2012), ou a questão da anomalia dos fenômenos (Radin; Machado; Zangari, 2002). A utilização de métodos como a neuroimagem vem proporcionando novas bases empíricas para a compreensão desse fenômeno (Peres; Newberg, 2013). Através de estudos com foco específico na suposta comunicação espiritual, os pesquisadores observaram por exemplo, a diminuição das atividades nas áreas atencionais quando o médium está recebendo uma comunicação espiritual. Em estudo mais recente (Mainieri *et al.*, 2017), ao examinar a resposta neural ao estado de transe mediúnico convencional em comparação com o estado imaginativo (em que os sujeitos se imaginavam em transe), os resultados indicaram uma grande ativação do córtex lateral occipital, córtex posterior cingulado, polo temporal, giro temporal médio e córtex orbitofrontal. Durante o estado de transe mediúnico, houve também um aumento da conectividade funcional nos sistemas auditórios e sensorio motor, e um funcionamento preservado do córtex pré-frontal e da conectividade do modelo de rede padrão (default mode network), que indica a presença de controle introspectivo dessas experiências pelos médiuns. A mediunidade é um fenômeno diverso, passível de ser pesquisado de múltiplas formas complementares. Devemos nos referir ao termo no plural, pois há mediunidades que envolvem diferentes aspectos, em que os indivíduos, por exemplo, entram em estados não ordinários de consciência ou no chamado transe mediúnico sem alteração de identidade, ou em que médiuns demonstram dissociação com alteração de identidade como nos fenômenos de transe de possessão (Cardeña *et al.*, 2009). Há ainda o médium que não entra em transe (Alvarado, 2010). Tendo sido associada a patologias como histeria, neuropatia, sonambulismo e dissociação, a diferenciação entre quadros mediúnicos e quadros patológicos é, portanto, um tema recorrente que em tempos atuais tem chamado a atenção de pesquisadores com relação específica à dissociação. O termo dissociação se refere a experiências e comportamentos desconectados do campo de expressão da identidade do indivíduo e de sua consciência, como por exemplo, a escrita automática ou conhecida psicografia de médiuns brasileiros (Maraldi *et al.*, 2019). A dissociação tem sido amplamente discutida pela Psiquiatria, com várias apresentações no Manual Diagnóstico Estatístico (APA, 2014), dentre elas o transtorno dissociativo de identidade. No entanto, a dissociação pode ser não-patológica e reportada por populações não clínicas, como parte de comportamentos comuns em certas práticas e rituais religiosos (Maraldi *et al.*, 2017). Em geral, médiuns pontuam mais alto do que a média nas escalas de dissociação, mas não preenchem os critérios para o transtorno

dissociativo propriamente dito (Moreira-Almeida, 2004; Moreira-Almeida *et al.*, 2008). No entanto, pode haver propensão à dissociação entre médiuns, que podem estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Maraldi, 2014). A interação entre mediunidade e dissociação patológica necessita de mais estudos, pois as experiências dissociativas de médiuns e pacientes com transtorno dissociativo parecem ter etiologias distintas (Maraldi, 2014). Estudos mais recentes têm observado a importância de investigações sobre o impacto da diversidade cultural das experiências mediúnicas, somado às questões mais individuais como os traços de personalidade e histórico de vida do médium (Maraldi; Machado; Zangari, 2010; Maraldi; Zangari, 2012; Maraldi; Krippner, 2019; Alminhana; Menezes; Moreira-Almeida, 2013; Maraldi, 2014). De forma geral a mediunidade não pode ser explicada por mecanismos de compensação por exclusão social (Maraldi *et al.*, 2019), embora exerça funções de suporte social ou até mesmo terapêutico, especialmente no Brasil. Baseando-nos nos estudos realizados até o momento, podemos dizer que os médiuns são tão saudáveis quanto os demais indivíduos de sua cultura de referência (Moreira-Almeida *et al.*, 2008; Maraldi; Zangari, 2012; Moreira-Almeida; Koss-Chioino, 2009). E ainda que as experiências dissociativas que possuem conteúdo religioso como os fenômenos mediúnicos, não podem ser explicadas exclusivamente por causas como história de trauma ou presença de psicopatologia (Maraldi *et al.*, 2017, p. 564). A versão contemporânea do fenômeno da mediunidade tem dado mais relevância à importância dos aspectos psicossociais, definindo a experiência como uma construção psicossocial do experienciador, a partir de uma série de processos psicológicos que são interpretados por ele, tendo como referência, seu contexto cultural. Esses processos incluem experiências de estados não ordinários de consciência, e a presença de práticas ou rituais específicos (Maraldi *et al.*, 2019, p. 185).

### 3.1.3.3 Experiências relacionadas a psi ou paranormais

Experiência relacionada a psi (do inglês *psi-related experiences*) foi o termo geral usado para descrever experiências sentidas como paranormais, que vem sendo pesquisadas por mais de um século. Psi gamma seria a “percepção extra-sensorial”, ou fenômenos de telepatia (comunicação direta entre mentes), clarividência (comunicação anômala de eventos distantes no espaço), precognição e retrocognição (comunicação anômala de eventos distantes no tempo).

Psi Kappa seriam os fenômenos da “mente sobre a matéria”, ou psicocinese (Targ; Schlit; Irwin, 2013, p. 168). Uma revisão sobre esse tipo de fenômeno revelou que as experiências relacionadas a psi tem sido relatadas de forma abrangente por mais da metade da população em países como os Estados Unidos, Grã Bretanha, Oriente Médio, Austrália, entre outros (Targ; Schlit; Irwin, 2013) e no Brasil há indicação de que esse número seja bem superior (Machado, 2009). Dentre as formas de apresentação dessas experiências, temos a intuição como a revelação sem imagens de um conhecimento ou evento distante espacial ou temporalmente do receptor, sentido como um pressentimento (Rhine, 1953). Frequentemente chamada de “sexto sentido”, a intuição é uma percepção que ocorre de forma rápida, automática, sintética e não racional. Ela parece estar relacionada com a emoção e, quando se apresenta de forma mais intensa, pode ser difícil de ser definida através de palavras (Bryson; Attig, 2011).

Esse evento ou informação pode se apresentar de forma onírica também, através dos sonhos premonitórios. O sonho tem sido considerado uma espécie de oráculo que pode revelar o futuro e trazer orientações decisivas para os sonhadores de diferentes civilizações ao longo dos séculos (Ribeiro, 2019, p. 294). Segundo um dos maiores estudiosos do tema, o neurologista Sidarta Ribeiro, “as evidências convergem para a noção de que os sonhos de mamíferos são simulações probabilísticas de eventos passados e expectativas futuras” (Ribeiro, 2019, p. 299). Nesse caso, sonhos premonitórios teriam uma hipótese explicativa baseada em um modelo psicobiológico, construído com o objetivo de nos ajudar a sobreviver através de simulações que consideram nossas memórias e desejos, conscientes e inconscientes. Os oráculos funcionariam “a posteriori”, ou seja, tendemos a nos lembrar de sonhos que se realizam mas nos esquecemos daqueles que não chegam a se materializar, criando uma impressão de precognição. Porém, a precognição é um fenômeno amplamente testado e replicado em estudos empíricos e meta-análises, que fornecem evidências sobre a natureza psi dessas experiências, especialmente através dos experimentos de Ganzfeld, uma condição de homogeneização sensorial para eliminar sons periféricos e outros estímulos de distração aos participantes em suas tarefas de visão remota e precognição (Honorton; Ferrari, 1989; Tressoldi; Storm, 2021a; 2021b; Roe *et al.*, 2020). Por sua vez, as relações entre intuição e precognição, tem sido bastante discutidas pela Parapsicologia (Taylor, 2019). Em geral, a intuição é compreendida pela Psicologia como um fenômeno que ocorre a partir de informações que já possuímos, ainda que não tenhamos consciência delas. Existiria um conhecimento a respeito da ocorrência de um fato ainda não

revelado, que pode ser expresso através de sensações corporais, emoções ou sentimentos. Essa informação aparece subitamente, “sem que haja qualquer motivo óbvio para que se saiba, ou sem qualquer ligação racional com os pensamentos que se tenha interrompido” (Rhine, 1966, p. 63).

Por outro lado, em um extenso artigo apresentado na 62<sup>a</sup> Convenção anual da Associação de Parapsicologia (Paris, 2019) sobre a natureza dessas experiências, o parapsicólogo Jon Taylor sustenta que a intuição pressupõe um contato do experienciador com o futuro, não envolvendo a clarividência, mas unicamente a ou pré cognição de um evento, sendo, portanto, um fenômeno fundamentalmente psi (Taylor, 2019, p. 3). Embora muito importante, a questão ontológica da realidade de experiências relacionadas a psi, no entanto, não é o foco deste trabalho, mas sim, a interpretação do fenômeno como sendo de natureza espiritual. Assim, no caso dos sonhos, temos que os sonhos premonitórios e a religiosidade/espiritualidade parecem estar implicados desde nossa ancestralidade, através das maneiras como desenvolvemos nossa relação com os desafios, as perdas e principalmente, a morte. Os sonhos podem ter se tornado um verdadeiro portal para a dimensão do invisível, do Mistério, para o “reino dos mortos” desde nossos ancestrais caçadores e coletores, que cultivavam as memórias de suas presas, mas também de seus mortos através dos sonhos (Ribeiro, 2019). Os sonhos de precognição tendem a ser espontâneos, e sua crença não se restringe a culturas menos desenvolvidas, ou populações religiosas (Storm; Rock, 2015). Eles vêm sendo amplamente estudados há bastante tempo, com especial consideração ao trabalho de Louisa E. Rhine (1891-1983), parapsicóloga, esposa de Joseph B. Rhine, que organizou uma extensa coleção de relatos de casos de precognição (Storm; Rock, 2015), em que ela observou que 75% dos relatos referiam-se a sonhos premonitórios. Importante destaque deve ser dado também a Stanley Krippner e colaboradores que se dedicaram a essa tarefa através do Laboratório Maimonides de estudos de sonhos-ESP (Davies; Pitchford, 2015).

Em um importante estudo sobre sonhos, Krippner e Faith (2001) abordaram a influência cultural na diferença de prevalência de sonhos considerados anômalos (sonhos premonitórios, de clarividência, sonhos telepáticos, de comunicação com pessoas já falecidas, entre outros). Examinando 1666 relatos de sonhos de pessoas de 6 países diferentes, os autores encontraram 8,10% de sonhos anômalos, sendo a maior prevalência na Rússia, Brasil, Argentina, Japão, Ucrânia e Estados Unidos respectivamente. Apesar do impacto negativo que suas características

anômalas podem gerar, as experiências relacionadas a psi podem ser extremamente significativas e estarem associadas à melhor saúde mental, tal como maior presença de afetos positivos e sentido existencial (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Kennedy; Kanthamany, 1995). Parra (2015) comparou os resultados de questionário e escalas de medidas de personalidade entre experienciadores de sonhos premonitórios (N=80) e não experienciadores (N=271), e de experienciadores de outros tipos de eventos premonitórios (N=184) e não experienciadores desses tipos de eventos (N=167). Seu objetivo era o de investigar as associações entre experiências desses grupos e variáveis de personalidade, tais como esquizotipia, neuroticismo, extroversão e empatia. Os resultados mostraram uma associação entre empatia, esquizotipia benígna (positiva) e sonhos premonitórios, sendo a empatia a maior característica diferenciadora entre experienciadores e não experienciadores. O autor discute que a experiência premonitória assim como a empatia, é uma habilidade de transferir emoções de uma pessoa para a outra de forma anômala. Ou seja, na empatia uma pessoa se abre à percepção das emoções de outra pessoa, colocando-se no “lugar emocional” do outro, enquanto na precognição, há uma transferência de informações que atravessam o tempo linear. De qualquer maneira, as experiências psi estão relacionadas aos laços emocionais que o experienciador tem com aquele com quem (ou sobre quem) a experiência se refere.

Para Jung (1958), experiências como os sonhos premonitórios são explicadas através da sincronicidade, em que um evento percebido internamente é visto como tendo uma correspondência externa que confirma sua realidade premonitória. Isso se daria por haver uma necessidade percebida como vital por parte do experienciador, de saber sobre a ocorrência de eventos marcantes envolvendo a vida (e a morte) de pessoas importantes para ele ou o ganho (ou a perda) de posses, por exemplo (Parra, 2015, p. 7). A relação entre eventos relacionados a psi e saúde mental tem implicações terapêuticas relevantes, já que muitas dessas experiências (por exemplo, sonhar com a morte de alguém conhecido) podem trazer ansiedade aos experienciadores, que buscam por um maior senso de controle sobre os desfechos. As discussões a esse respeito têm caminhado na direção de fortalecer um senso crítico e desencorajar a construção de explicações simplistas (pensamento mágico) ou paranoides em relação a essas experiências (Krippner; Winkler, 1996; Targ; Schlitz; Irwin, 2013). Em sua tese de Doutorado, a pesquisadora Fátima Regina Machado verificou a prevalência, e os aspectos psicossociais relacionados à ocorrência de experiências psi (ou sensório motoras) em 306

participantes residentes do Estado de São Paulo, Brasil (Machado, 2009). Machado também comparou variáveis sociodemográficas e dados de religiosidade e bem-estar subjetivo de pessoas que reportaram experiências e de não experienciadores, verificando a atribuição de causas das experiências e suas implicações. Os resultados demonstraram uma alta prevalência dessas experiências, sendo que não houve associação significativa para variáveis sócio-demográficas e de perfil religioso. As atribuições de causalidade para o fenômeno psi foram coerentes com as crenças dos experienciadores, que são mais abertos a esse tipo de experiências. O bem-estar subjetivo teve scores mais baixos para os experienciadores, apontando para o fato de que essas experiências causam um impacto na vida que precisaria ser reconhecido pelos profissionais de saúde mental.

#### 3.1.3.4 Experiências de memórias de supostas vidas passadas

Experiências de memórias relacionadas a supostas existências passadas refere-se a fenômenos que parecem estender os limites geralmente assumidos de consciência individual, com impressões de uma identidade diferente de uma suposta vida anterior (Mills; Lynn, 2000). Essas experiências são mais espontaneamente reportadas por crianças entre 2 e 7 anos de idade, mas são também presentes em adultos que recebem indução hipnótica ou em médiuns, que dizem receber a informação através de espíritos (Matlock, 1990). No entanto, a veracidade das informações desses casos é difícil de ser comprovada, já que hipóteses como a criptomnésia (esquecimento da fonte da informação reportada) não podem ser descartadas (Mills; Lynn, 2013, p. 220). As experiências de supostas memórias de vidas passadas espontâneas vêm sendo estudadas desde 1961, principalmente através de Ian Stevenson (1918-2007), que compilou relatos de mais de 2500 casos de crianças de diferentes países e contextos culturais. Em uma revisão extensa sobre o tema, Mills e Lynn (2013) declararam que as questões culturais podem afetar não somente o tipo de relatos de experiências como também as crenças na possibilidade de reencarnação. De forma geral, as memórias de vidas passadas podem ser perturbadoras enquanto ocorrem, não somente para a criança mas para todo o contexto familiar e devem ser tratadas com cuidado. No entanto, não parecem deixar marcas mais profundas ou determinar desfechos patológicos, embora mais estudos longitudinais e do perfil psicológico dessas crianças sejam necessários para que tenhamos informações mais robustas sobre a saúde mental

dos adultos que elas se tornaram (Mills; Lynn, 2013, p. 225). Existem muitas hipóteses a respeito da etiologia dessas experiências, como a criptominésia já mencionada, a percepção extrassensorial, hipótese sóciocognitiva (a cultura e suas crenças a respeito da vida e da morte seria modeladora das representações construídas pelas crianças e familiares a respeito dessas memórias), entre outras (Spanos *et al*, 1996). Assim também são evidentes as questões metodológicas que merecem atenção, tais como o viés do entrevistador (como possível sugestionador de memórias), a propensão do experienciador à fantasia e hipnose, a necessidade de instrumentos de avaliação para determinar se o caso é bem-sucedido ou não (pontuação das variáveis), sugerindo a necessidade de mais pesquisas e a replicação independente de casos já estudados (Mills; Lynn, 2013). Atualmente o legado deixado por Ian Stevenson produziu frutos através da Division of Perceptual Studies (DOPs) na Universidade de Virgínia nos Estados Unidos, onde estão sendo realizados novos estudos e coletados casos recentes de supostas memórias de vidas passadas entre norte-americanos (Tucker, 2008). No Brasil, essas pesquisas foram realizadas pioneiramente ainda na década de 1960, através do Instituto Brasileiro de Pesquisas Psicobiofísicas, fundado por Hernani Guimarães Andrade (1913-2003). Atualmente o Núcleo de pesquisas em espiritualidade e saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), desenvolve um grande projeto intitulado “Levantamento Nacional de Casos Sugestivos de Reencarnação na População Brasileira”, através de apoio da Fundação Bial. Existem também estudos brasileiros realizados sobre essas experiências e sua implicação no processo de psicoterapia, e no processo educacional (Peres, 2012; Peres; Incontri, 2010).

### 3.1.3.5 Experiências de quase morte

As experiências de quase morte são eventos psicológicos profundos que carregam dentro de si elementos místicos e transcendentais, geralmente presentes quando uma pessoa está perto da morte ou passando por uma situação de risco de vida (Cardeña; Lynn; Krippner, 2016). A questão que tem provocado mais interesse nessas experiências, é o fato de estarem relacionadas a episódios de morte clínica ou paralisação da atividade elétrica cerebral. Embora não haja ainda consenso sobre suas causas, fatores psicoculturais, efeitos de medicamentos, crenças religiosas ou disfunções cognitivas não conseguem explicar a complexidade de fenômenos relacionados à essa experiência (Fenwick, 2013; Greyson, 2007; Parnia, 2007; Van

Lommel, 2011). Bruce Greyson realizou uma extensa revisão sobre o assunto (Greyson, 2013, p. 241-270), na qual ele estima que quase um terço das pessoas que se encontram à beira da morte experimentam uma EQM, assim como aproximadamente 10% a 18% dos pacientes que sobrevivem à reanimação após uma parada cardíaca (Greyson, 2013; Fenwick, 2013; Van Lommel, 2001). Essas experiências foram primeiramente descritas por Raymond Moody que escreveu um livro sobre elas em 1975 (Daher Jr. *et al.* 2017). Elas podem acontecer com adultos e crianças e compreendem experiências de pessoas que foram dadas como clinicamente mortas e voltaram à vida, pessoas que morreram tendo descrito suas experiências antes do momento final, e ainda por pessoas que durante momentos críticos de doença ou acidentes, sentiam-se próximos de morrer (Greyson, 2013). Os aspectos fisiológicos envolvidos nessas situações podem desempenhar um papel de diferenciação em sua fenomenologia. De forma geral no entanto, uma classificação didática sugere a presença de elementos cognitivos como a distorção do tempo, revisão da vida, pensamento acelerado; elementos afetivos, tais como sensação de paz, unidade, encontro com uma luz; elementos paranormais como precognição, experiência fora do corpo e outras percepções anômalas; elementos transcendentais ou místicos, tais como encontros com seres sobrenaturais, visão de espíritos e uma fronteira que não é possível ser cruzada em vida (Greyson, 2013, p. 243). Essa classificação, assim como outras já sugeridas, nunca foram empiricamente testadas com relação à sua utilidade clínica, mas estão presentes em uma escala que permite identificar essas experiências (Greyson, 1983), já traduzida para o português (Serralta *et al.*, 2010). Pode-se dizer que as características nucleares desse tipo de experiência são: sensação de calma e ausência de dor; perceber-se saindo do corpo, entrar em um túnel em direção à luz; encontrar seres de natureza espiritual, encontrar parentes falecidos, sentir-se em meio a uma paisagem bucólica; ter visão retrospectiva da vida; reconhecer a presença de uma barreira ou limite intransponível, voltar abruptamente ao corpo (Fenwick, 2013). Essas sensações podem ou não acontecer em todos os casos e não necessariamente seguem essa ordem. De qualquer forma, é importante mencionar que as EQMs podem também ser angustiantes, embora em casos menos frequentes, apresentando sensações como “vazio sem fim”, ou presenças demoníacas (Greyson; Bush, 1992). As experiências de quase morte classificadas como transcendentais podem levar a consequências perenes como aumento da espiritualidade, da apreciação da vida, da compaixão e preocupação com os outros, encontro de um sentido ou propósito de vida e diminuição do medo da morte, entre outras, tendo, portanto,

implicações clínicas relevantes, além de contribuírem para a pesquisa do problema mente/cérebro (Greyson, 2007). Estudos retrospectivos demonstram que em geral, os experienciadores são pessoas psicologicamente saudáveis em comparação com seus grupos de referência, não diferindo em relação ao grau de ansiedade, neuroticismo, extroversão, sendo, porém, mais hipnotizáveis, imaginativos e sujeitos a se lembrarem de seus sonhos (Irwin, 1985; Greyson, 2013). A cultura parece moldar em algum grau o tipo de experiências através das diferentes crenças religiosas predominantes, no entanto as diferenças podem ser causadas pela dificuldade do experienciador em expressar algo inefável, o que acaba produzindo relatos culturalmente compatíveis.

As pesquisas sobre a etiologia das EQMs não são elucidativas devido, entre outras razões, ao fato das experiências serem imprevisíveis e as evidências, indiretas. No futuro próximo, novas metodologias de investigação neurofisiológica poderão lançar mais luz sobre as relações mente/cérebro, e sobre as hipóteses que sugerem que as EQMs seriam a expressão de defesas psicológicas universais ou fenômenos genuinamente transcendentais (Fenwick, 2013; Greyson, 2013). Estudos sobre EQMs tem sido mais frequentes e despertado maior interesse da população geral (Sleutjes; Moreira-Almeida; Greyson, 2014). Nas últimas décadas, o volume de novas publicações tem permanecido constante, sendo que quase 20% dos estudos foram publicados em revistas de impacto superior a 3.000, e os países que mais estudam esse tipo de experiências Estados Unidos (66%), Grã-bretanha (9.6%) e Austrália (5.8%) (DAHER *et al.*, 2017). No Brasil, desde 2020 o NUPES (Núcleo de pesquisa em espiritualidade e saúde) vem coletando dados para o desenvolvimento de uma pesquisa sobre o perfil das experiências de quase morte no Brasil.

### **3.1.4 Fatores de predisposição à ocorrência de EERs**

Uma ampla variedade de condições pode influenciar a manifestação das EERs com características anômalas, tais como o nível de consciência do indivíduo quando elas ocorrem (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013). Em um artigo de revisão sobre a relação entre a mente e o cérebro, Moreira-Almeida reporta que um dos tópicos mais investigados associados à experiência espiritual são os fenômenos de alteração da consciência (Moreira-Almeida, 2013). Estudos antropológicos atestam que 84% das sociedades humanas apresentam pelo menos um

tipo de estado de alteração de consciência (Nardini-Bubols *et al.*, 2019). Uma definição de EAC proposta por Charles Tart (1972), pesquisador de referência no estudo desse tópico, baseia-se na compreensão da consciência como a dimensão subjetiva do funcionamento psíquico que caracteriza a relação do indivíduo com a realidade (Nardini-Bubols *et al.*, 2019). Nesse sentido, a consciência teria um padrão de funcionamento básico relacionado à vigília, ou estado alerta do cotidiano. Um estado de consciência alterado implicaria na percepção de uma mudança qualitativa desse funcionamento mental ordinário, podendo ocorrer espontaneamente ou devido a fatores de natureza fisiológica, psicológica e por ingestão de substâncias como os alucinógenos (Nardini-Bubols *et al.*, 2019). Estados alterados de consciência (EAC) podem revelar o amplo leque de potencialidades humanas, trazendo implicações para os estudos sobre as relações entre mente e cérebro (Moreira-Almeida; Lotufo Neto, 2017). A experiência espiritual religiosa pode produzir estados alterados de consciência, mas nem todo estado alterado de consciência relaciona-se a uma vivência espiritual. De qualquer forma, estudos sobre EACs vem se mostrando como um caminho viável de investigação sobre essas experiências, permitindo, por exemplo, o conhecimento dos correlatos neurais envolvidos em cada experiência, através Neurociência e das tecnologias de neuroimagem (veja por exemplo Miller *et al.*, 2019; Van Elk; Aleman, 2016; Cristofori *et al.*, 2016; Takano; Nomura, 2020; Bastos *et al.*, 2020; 2021). Apesar das explicações produzidas por tais métodos não conseguirem dar conta da complexidade e multidimensionalidade das EERs, essas pesquisas têm sido fundamentais para iluminar a compreensão dos efeitos dessas experiências subjetivas sobre o corpo, ou seja, da mente sobre o cérebro (Beauregard, 2012; Moreira-Almeida, 2013).

Há outros fatores que podem estar por trás de uma propensão à manifestação de experiências anômalas e sua apreensão como fenômenos espirituais. Alguns dos traços psicológicos mais estudados são a grande capacidade imaginativa, a maior propensão à fantasia, maior hipnotizabilidade, dissociação, transliminaridade, esquizotipia benigna, absorção e autotranscendência (Cardeña; Lynn; Krippner, 2013; Alminhana; Menezes; Moreira-Almeida, 2013; Maraldi, 2014; Woody; Barnier, 2008; Cardeña; Terhune, 2014; Sherwood; Milner, 2005; Mohr; Claridge, 2015; Gillespie; Cloninger; Heath; Martin, 2003). Haveria, segundo Cardeña, Lynn e Krippner (2017), uma taxa de aproximadamente 50% relacionada à transmissão hereditária desses fatores em geral. A dissociação tem sido associada à presença de crenças e experiências religiosas e espirituais de caráter anômalo, especialmente relacionadas

aos fenômenos de transe e possessão e à mediunidade em geral (Maraldi; Zangari, 2015; Irwin, 1994; Cardeña; Richards, 1991). Já a transliminaridade, compreendida como o grau de acesso do indivíduo aos conteúdos subliminares da consciência, também seria um traço presente em pessoas que apresentam fenômenos anômalos (Wulff, 2013; Thalbourne; Delin, 1994). A transliminaridade propiciaria uma maior fluidez e susceptibilidade na recepção de informações que se manifestam ao indivíduo em forma de ideias e de disposições afetivas não conscientes (Wulff, 2013). Além dessas características, segundo extensa revisão realizada por Berenbaum, Kerns e Raghavan (2013), outros fatores se destacam. A absorção, por exemplo, é apontada como um fator que produz um mindset apropriado para a manifestação dessas experiências, intensificando a sensação de maior realidade do fenômeno subjetivo (Lifshitz; Van Elk; Luhrmann, 2019). A absorção refere-se à tendência do indivíduo de desenvolver uma atitude atencional intensa e prolongada, estabelecendo uma organização cognitiva baseada em sua experiência e observação (Tellegen, 1981; Cardeña; Krippner, 2017). Por outro lado, o neuroticismo como um traço de afeto negativo que se relaciona com uma disposição à instabilidade emocional, está relacionado à ocorrência de fenômenos anômalos e espirituais, mas também à vivência de alguns tipos de transtorno psiquiátrico (Wulff, 2013). Pessoas com alto grau de neuroticismo possuem menor capacidade cognitiva de análise racional diante de eventos desafiadores, além de serem mais propensos à vivência de estresse. Já a abertura à experiência, um traço de personalidade relacionado à disposição à novidade, seja ela em forma de ideias ou experiências incomuns, está fortemente associado à ocorrência de experiências anômalas, especialmente as experiências místicas e as experiências de quase morte (Wulff, 2013; Greyson, 2013; Cardeña; Krippner, 2017). Além desses traços de personalidade, é importante citarmos aqui a esquizotipia positiva ou benigna, que se relaciona com o construto da esquizotipia, porém sem a desorganização cognitiva, a anedonia, a impulsividade e violência que se associam à presença de transtornos psicóticos. A esquizotipia benigna está associada com boa saúde mental, criatividade e inteligência e à ocorrência de experiências religiosas e espirituais de caráter anômalo (Alminhana *et al.*, 2016). Outro fator também associado às EERs é a autotranscendência, um construto bem estabelecido por Robert Cloninger dentro de seu modelo psicobiológico de temperamento e caráter (Cloninger, 1994), relacionada à sensação humana natural de conexão com algo maior que transcende os limites do ego, ou com o que poderíamos chamar de conexão espiritual (Cloninger; Svrakic; Przybeck, 1993). A

autotranscendência está associada à capacidade de imaginação e contemplação e à própria esquizotipia benigna (Alminhana *et al.*, 2017a; Cardeña; Krippner, 2017).

Uma pesquisa realizada em população que reporta experiências anômalas em centros espíritas brasileiros (N=115), utilizou o modelo psicobiológico de temperamento e caráter para investigar a presença de esquizotipia entre os consulentes. Os autores apontaram a necessidade de uma atenção específica ao nível de desenvolvimento do Ego ou o autodirecionamento como fator de proteção para que pessoas que manifestam experiências religiosas e espirituais de características anômalas, permaneçam com uma boa qualidade de vida e bem-estar psicológico (Alminhana *et al.*, 2017b). O autodirecionamento está relacionado com maturidade, autoestima, autorresponsabilidade e propósito de vida, além de comportamentos que envolvem autocritica e organização mental. Nesse sentido, pessoas com alta autotranscendência porém baixo autodirecionamento estariam mais propensas não somente a ter EERs mas também a apresentar quadros psiquiátricos. A utilização do inventário baseado nesse modelo – já validado para o Brasil em sua versão revisada (Gonçalves; Cloninger, 2010) – pode ser uma importante referência clínica para diferenciar indivíduos com capacidade para integrar essas experiências na vida diária, de forma a desfrutar de seus benefícios.

A presença de trauma pode também contribuir para a ocorrência de experiências anômalas, e está relacionada a experiências dissociativas e de quase morte (Cardeña; Krippner, 2017; Ring, 1992). No entanto, é importante ponderar o quanto o trauma predisporia à manifestação de experiências de caráter anômalo ou se, as experiências traumáticas estimulariam apreensões ou avaliações perturbadoras dos eventos que, por sua vez, levariam ao fenômeno anômalo (Lovatt *et al.*, 2010). Ou seja, a relação parece se dar de forma circular, sendo importante considerarmos sua complexidade e a presença de aspectos que possam alimentar essa circularidade. Uma pesquisa brasileira realizada com 1450 participantes mostrou, por exemplo, que entre afiliados a religiões mediúnicas, católicos, evangélicos e ateus, não há diferença significativa quanto a relatos de trauma na infância (Maraldi; Zangari, 2015). No entanto, os grupos mediúnicos, de ocultistas, esotéricos e mesmo os sem religião definida, pontuaram mais para dissociação cognitiva do que os demais grupos. Os autores concluem que as experiências de dissociação possuiriam um papel de validar as crenças religiosas e espirituais, especialmente quando relacionadas a contextos espirituais que estimulam fenômenos de alteração de consciência (Maraldi; Zangari, 2015).

### 3.1.5 Diagnóstico diferencial entre EER saudáveis e patológicas

Como vimos através da história, desde o início das pesquisas científicas sobre as experiências espirituais e religiosas, estudos tem se debruçado em compreender as formas pelas quais as EER se relacionam com a patologia. Na década de 80, Stanislav e Chistina Grof propuseram a utilização dos termos emergência espiritual e crise de emergência espiritual (spiritual emergence e spiritual emergency) para diferenciar experiências transpessoais (ou de transformação espiritual) de experiências desorganizadoras (que levariam a um senso de fragmentação e desorganização). A primeira seria relacionada à emergência de aspectos transpessoais que potencialmente direcionam o indivíduo para um funcionamento superior ou identificado com propósito de vida, ética e valores perenes. O segundo tipo estaria relacionado ao próprio conceito de emergência, urgência, necessidade de cuidado imediato para lidar com uma experiência de ordem intensa e caótica (Grof, 1989). Os autores partilhavam da visão da Psicologia Transpessoal acerca do potencial de transformação engendrado por essas experiências, que estariam a serviço de uma evolução ou crescimento espiritual. A ideia de tratá-las como patológicas desconsiderando o aspecto existencial-espiritual envolvido, poderia levar a uma piora do quadro e à interrupção do processo de crescimento e transformação. Para Grof (1989), que através de sua experiência clínica acompanhou milhares de pessoas em crise, a emergência espiritual é um processo que aflora espontaneamente ou através de práticas como a meditação e o yoga. Ela pode também acontecer a partir de crises vitais como a perda do trabalho, uma doença, divórcio, e deve ser cuidada ou acompanhada, necessitando de auxílio medicamentoso em casos mais intensos que ofereçam perigo à manutenção da vida do experienciador e daqueles que o acompanham. No entanto, a medicação não deveria ser excessiva ao ponto de causar embotamento afetivo e paralisação do processo dinâmico que ocorre com a emergência das experiências, pois esse processo teria um sentido e direção saudáveis. A emergência espiritual não teria, portanto, uma conotação patológica *per se*, mas pode envolver experiências temporárias difíceis de se assimilar ou integrar na vida cotidiana, que podem então levar a quadros desagregadores, importando para isso o contexto onde o experienciador está inserido (Lukoff *et al.*, 1995). Alguns desses efeitos foram descritos por Agrimson e Taft (2009), que apontaram a ocorrência de questionamentos sobre o significado da vida e preocupações com a morte, sensação de falta de sentido, de incerteza e

imprevisibilidade, sentimento de perda, desconexão consigo mesmo, perda de fé e desarmonia, entre outros fatores presentes nessas experiências. Por essa razão, maior atenção ao diagnóstico diferencial entre situações saudáveis e patológicas precisavam ser formalizadas. A partir de uma série de estudos sobre as EER sob o conceito de emergência espiritual dos Grof, os autores de orientação transpessoal David Lukoff, Francis Lu e Robert Turner (1992), conseguiram realizar a inserção da categoria de problemas religiosos e espirituais no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais a partir da versão IV (APA, 1994). Em seu artigo sobre o tema, Lukoff (1985) sugeriu um modelo de interação entre as experiências místicas e os estados psicóticos, onde a sobreposição entre esses dois fenômenos geraria duas outras categorias: as experiências místicas com características psicóticas e os transtornos psicóticos com características místicas (p. 156). Essa sobreposição traria implicações clínicas e diagnósticas, que foram também exploradas em outros estudos. Berenbaum, Kerns e Raghavan (2013), por exemplo, explicam que as EER e os transtornos mentais podem estar sobrepostos um ao outro, sem necessária relação de causa/efeito entre eles; EER podem ser gatilhos para transtornos mentais, especialmente quando são intensas; os próprios transtornos mentais podem ser gatilhos para EER; e finalmente, um fator terciário pode ser preditor tanto de EER quanto de psicopatologia (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013, p. 25). Após revisão de 135 artigos sobre o tema, Moreira-Almeida e Menezes Jr. (2009) chegaram a estabelecer uma lista de 9 critérios para essa diferenciação: ausência de sofrimento psicológico, ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, duração curta da experiência, atitude crítica, compatibilidade com o contexto cultural e religioso do paciente, ausência de comorbidades, controle sobre a experiência, crescimento pessoal ao longo do tempo e uma atitude voltada para a ajuda aos outros (Moreira-Almeida; Menezes Jr., 2009). Em 2011, Moreira-Almeida e Cardeña (2011) publicaram um importante artigo de revisão sobre o diagnóstico diferencial entre experiências psicóticas não patológicas e transtornos mentais em população latino-americana. Naquele estudo o termo experiências psicóticas referiu-se a experiências anômalas não necessariamente patológicas, que podem se assemelhar a sintomas de esquizofrenia. Por isso os autores chamaram a atenção para a importância de investigações de episódios pseudo-psicóticos em população não clínica, para evitar erros diagnósticos que podem trazer danos ao paciente. Os autores levantaram alguns sinais indicativos de patologia, entre eles, problemas cognitivos, sintomas de depressão e ansiedade, atribuição de causa das experiências anômalas a terceiros, percepção das

experiências como perigosas ou negativas. Em geral, a população não clínica as percebia como mais positivas e benéficas. Até mesmo as experiências de ouvir vozes foram mais bem controladas pela população não clínica, que identificou seu conteúdo como mais benevolente do que indivíduos que sofriam de algum transtorno mental (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011). Uma questão relevante que os autores apontaram é a influência das tradições africanas e mediúnicas no cenário religioso da América Latina que, se por um lado trouxe situações de preconceito ao longo da história, por outro, influenciou a procura de experienciadores por centros mediúnicos e espirituais como locais de apoio e tratamento para sintomas relacionados às experiências anômalas. Ou seja, nessas sociedades (como a brasileira), os centros de saúde não seriam os lugares de referência para assistência em saúde mental de experienciadores. Sistemas de crenças que explicam e fornecem sentido para a vivência de fenômenos de caráter anômalo seriam protetivos contra desorganização mental e sofrimento psicológico que esses fenômenos podem provocar. Afinal, sem uma crença explicativa, as mesmas experiências que promovem crescimento espiritual, podem ser sentidas como extremamente perturbadoras e ansiogênicas (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011, p. 32). Em concordância com essas constatações, ao problematizarem os 9 critérios de diferenciação propostos por Moreira Almeida e Menezes Jr. (2009), Zangari e Machado (2015) ressaltam sobretudo a importância do contexto sociocultural e simbólico de referência, a partir do qual o experienciador encontra um sentido às suas vivências espirituais e religiosas. Ainda assim, a influência sociocultural sobre a personalidade e a configuração de sentido para a experiência precisam ser melhor compreendidos em futuros estudos (Alminhana; Tatton-Ramos, 2017). Até porque nem toda crença espiritual é benéfica ou traria os “bons frutos” que promovem a saúde mental, cabendo ao profissional de saúde ser hábil para interpretá-los junto ao paciente e definir um direcionamento mais salutogênico. Alguns desses aspectos negativos foram descritos por Mansager (2002, p. 383), que pesquisou sobre a variedade dos valores espirituais e religiosos dos pacientes: imagem autodestrutiva de Deus, crenças em forças satânicas e destrutivas que podem impedir a autoresponsabilidade do indivíduo em sua vida, proibições de questionamentos religiosos ou de expressão de sentimentos negativos em relação a Deus, passividade ou atitude delegativa perante situações difíceis, rigidez e fanatismo, gerando preconceito e desonestidade, entre outros.

A interação entre EERs e saúde mental é, portanto, complexa e multidimensional. As conceituações culturais de doença mental podem emoldurar as avaliações das EERs e assim influenciar sua categorização e prevalência em diferentes países (Luhrmann, 2021; Maraldi; Krippner, 2019). Além disso, apesar dos avanços ainda é pouco frequente a utilização da categoria de Problemas religiosos ou espirituais do DSM em estudos, denotando uma baixa utilização clínica desse item e a necessidade de instrumentos de avaliação específicos para a realização do diagnóstico diferencial (Franco, 2020). Em sua dissertação de mestrado sobre o tema das Emergências espirituais, Franco (2020) traz uma contribuição importante ao examinar em detalhes o histórico dessa categoria e a baixa relevância clínica dada ao “Problema Religioso e Espiritual” no DSM IV e V e portanto, às próprias experiências religiosas e espirituais como um todo. Ao publicar a referida categoria no DSM, a American Psychiatric Association considerou apenas os aspectos gerais e inespecíficos, sem nenhuma menção às especificidades de certas experiências nem tampouco à ideia de que elas podem estar relacionadas a um processo profundo de transformação e crescimento espiritual não patológico, tal como sugerido pela Psicologia Transpessoal e pelos autores responsáveis pela criação da própria categoria (Franco, 2020). Em sua versão atual no DSM V, ela permanece descrita tal como:

Essa categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Exemplos incluem experiências angustiantes que envolvem a perda ou questionamento da fé, questões psicoemocionais que envolvem a conversão para uma nova fé ou questões envolvendo valores espirituais. Essas questões religiosas ou espirituais podem ou não surgir em um contexto associado a uma instituição religiosa organizada (APA, 1994, p. 685).

Segundo Franco (2020), a versão final abole as distinções entre os tipos de problemas religiosos e espirituais sem atribuição de transtorno mental e transtornos mentais com conteúdo religioso e espiritual propostos por Lukoff, Lu e Turner (1992, 1995), e deixa a cargo dos profissionais de saúde, a possibilidade de realizarem interpretações que levem ou não em conta os diferentes aspectos das experiências e suas implicações clínicas.

De qualquer forma, o sofrimento psicológico advindo de uma EER pode ser decorrente da própria EER ou da tentativa de integração da experiência na vida do indivíduo. Além disso, a complexidade dessas experiências nos remete a investigar se a fonte do sofrimento que elas podem produzir é intrapsíquica, interpessoal ou transpessoal (Turner *et al.*, 1995, p.442). Sua intensidade, frequência e aspectos relacionados à saúde mental, tais como a presença de

comorbidades como a depressão e ansiedade, devem ser conhecidos para que se estabeleça a necessidade de cuidados clínicos ou não. Nessa tese, devido às características do questionário online utilizado, não vamos nos concentrar na questão do diagnóstico diferencial entre EER e psicose, mas examinar variáveis como a presença de sintomas de ansiedade, depressão, a atribuição de qualidade de vida e o otimismo e suas associações com cada grupo de experiências.

## 3.2 PARTE 2: LEVANTAMENTO DOS TÓPICOS ESPECÍFICOS DESSA PESQUISA

### 3.2.1 Prevalência das EERs no Brasil e no mundo

Até há alguns anos as EER eram compreendidas como vivências raras ou patológicas (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2017; Moreira-Almeida, 2013). No entanto, as EER são comuns em diferentes populações em todo o mundo, dentro de uma vasta gama de origens culturais (Greeley, 1975; Hay; Morisy, 1978; Haraldsson; Houtkooper, 1991; Palmer; Hastings, 2013; Pechey; Halligan, 2012; Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Wahbeh; Radin, 2018; Levin; Steele, 2005; Machado, 2009; Reichow, 2017). Relatos de diferentes tipos de EERs são relativamente prevalentes na população geral, com mais de 50% das pessoas tendo experimentado o fenômeno uma vez na vida em países como os Estados Unidos da América, Grã-Bretanha, Islândia, Oriente Médio, Brasil, África do Sul, Ásia e Austrália (Targ; Schlitz; Irwin, 2000; Cardeña *et al.*, 2000; Dein, 2012). Estudos também confirmam que essa prevalência vem aumentando ao longo dos últimos 50 anos (Brook, 2019). Em países ocidentais, em especial dentro do eixo Estados Unidos - Grã Bretanha, os números passaram de 20% na década de 60, para 34% na década de 80 e mais de 40% nos anos 2000 (Gallup, 2012). Em sua pesquisa junto à Universidade de Oxford na Inglaterra, Hay (2006) identificou um aumento de 48% em 1987 para 60% de britânicos que relataram ter tido uma experiência religiosa/espiritual nos anos 2000. Em relação à prevalência de experiências específicas, as experiências relacionadas a psi, como clarividência e precognição, são comumente relatadas no mundo todo (Targ; Schlitz; Irwin, 2013), sendo que nos EUA, a partir de uma amostra de 1500 adultos, 67% reportaram ter tido uma experiência relacionada a Psi (Greeley, 1987). Por sua vez, as experiências de transe e possessão são relativamente comuns mesmo em contextos

socioculturais diversos. Um estudo que verificou a sua prevalência em diferentes sociedades (n=488), apontou que 52% delas apresentava relatos dessas experiências, que poderiam estar relacionadas a quadros dissociativos não necessariamente patológicos (Bourguignon, 1973). As experiências de memórias de (supostas) vidas passadas, por sua vez, são bem menos prevalentes. Estudos indicam maior número de casos em culturas reencarnacionistas, e mesmo assim, a proporção seria de 1 caso de memória espontânea para cada 500 indivíduos na Índia e talvez uma proporção um pouco superior em culturas indígenas da Columbia Britânica (Mills; Lynn, 2013). Já as experiências de quase morte são manifestadas por aproximadamente um terço das pessoas que se apresentam em estados críticos ou terminais (Greyson, 2013). E as experiências de tipo místico são reportadas por cerca de 35% dos respondentes em pesquisas de levantamento de dados nos Estados Unidos (Wulff, 2013), sendo que 12% relatam terem tido essa experiência mais de uma vez e 5% frequentemente (Greeley, 1975). Pesquisas mais recentes de opinião pública na década de 90 (Gallup, 2012), ainda que não utilizando escalas específicas, apresentaram números ainda maiores (53%) (Wulff, 2013). No Brasil, a prevalência das EER foi estudada em população não clínica apenas em amostras seletivas e de conveniência (Machado, 2009; Reichow, 2017). Um dos estudos mais importantes (Machado, 2009) já mencionado anteriormente, encontrou pelo menos um tipo de experiência com características anômalas (EAs) em 82,7% da amostra de 306 respondentes. Reichow (2017) comparou dados de quatro diferentes grupos de pessoas de uma amostra de conveniência do Sul do país, investigando a prevalência de EAs em médiuns (n=40), consulentes de um Centro espírita (n=36), um grupo de pessoas de religiões não mediúnicas (n=40) e ateus (n=42). Dos 158 participantes, 100% reportaram pelo menos uma experiência anômala na vida.

### **3.2.2 Contextos de ocorrência e fatores de indução**

As EERs são consideradas eventos espontâneos e naturais aninhados no sistema de crenças e práticas culturais de uma determinada população (Wallach, 2014; Hood; Chen, 2005; Machado *et al.*, 2016). No entanto, elas também podem ser desencadeadas por uma variedade de estados fisiológicos, condições médicas, drogas e substâncias ingeridas (Hardy, 1979; Cardeña; Lynn; Krippner, 2000). Dentro da proposta taxonômica sugerida através de um estudo qualitativo que examinou 477 relatos escritos de experiências espirituais, os pesquisadores

encontraram 4 categorias que descrevem as circunstâncias sob as quais uma EER acontece (Giordano; Engebretson, 2006, p. 220). Essas categorias referem-se ao contexto externo (o “setting” – local ou conjunto de condições externas e ambientais presentes quando a experiência ocorre); interno (estado mental ou psicológico no momento da experiência); relacional (se a experiência ocorre de forma solitária, com a presença de uma pessoa ou em grupo) e temporal (se ela ocorre isoladamente ou de forma repetitiva). Os contextos externo e interno diferenciam se uma experiência ocorre por exemplo, em um local sagrado quando o indivíduo está em estado de contemplação ou se ela ocorre inadvertidamente, quando o experienciador se encontra, ao contrário, em um lugar comum, dirigindo seu carro em direção à sua casa, num estado ordinário de consciência. O quadro é, portanto, bastante complexo. Por um lado, as EERs podem se dar de forma totalmente espontânea e inesperada, especialmente quando o indivíduo não as busca ou não participa de nenhuma prática religiosa que pode facilitar sua manifestação. Por outro lado, há indivíduos que começam a procurar formas de alívio de estresse e ansiedade e realizam práticas como relaxamento e meditação, o que por vezes, os levam a ter alterações perceptuais e experiências incomuns que podem ser interpretadas como espirituais. E ainda, há pessoas que estão firmemente engajadas em práticas espirituais, algumas vezes com a presença de ritos de alteração de consciência, que vivenciam fenômenos anômalos que imediatamente recebem validação de seu grupo ou corpo de crenças. De fato, estados alterados de consciência são frequentemente facilitadores da manifestação das EERs, embora nem toda EER ocorra mediante um estado de alteração de consciência (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013; Moreira-Almeida, 2013). Berenbaum, Kerns e Raghavan (2013, p. 22) propõem três dimensões processuais para descrever experiências anômalas, que podemos aplicar a às EERs desse estudo:

As dimensões iniciais/ processuais dizem respeito às condições que dão origem à experiência e que influenciam seu curso. A primeira dimensão diz respeito ao nível de consciência do indivíduo no momento da experiência” [...] “as outras duas dimensões iniciais/processuais estão fortemente correlacionadas uma com a outra, mas ainda são distinguíveis, envolvem a volição e o controle individual.

Os autores explicam que a dimensão da vontade diz respeito ao “grau em que o início da experiência foi voluntário”. Já a dimensão do controle se manifesta após a experiência ter iniciado, e diz respeito “ao grau de controle que o indivíduo tem sobre a experiência” (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013, p. 23). Dessa forma, ainda que seja um fenômeno de

muitas dimensões, podemos dizer que as EERs podem ser espontâneas ou induzidas. Dentro do grupo das EERs induzidas, podemos ter as experiências voluntárias (provocadas conscientemente, como na ingestão de ayahuasca, ou num estado de transe mediúnico num grupo de trabalho espírita, por exemplo) e involuntárias (quando a experiência acontece devido a uma anestesia por um procedimento cirúrgico ou a partir de um exercício de meditação para alívio de estresse, por exemplo). Tanto em um caso como em outro, o experienciador pode ter total, pouco ou nenhum controle sobre sua experiência, bem como manter uma postura crítica ou ser completamente absorvido por ela (Giordano; Engebretson, 2006). Essas dimensões são importantes pois influenciam a forma como as EERs podem ser assimiladas, interpretadas e direcionadas para desfechos de saúde mental mais ou menos favoráveis (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2000). Muitas vezes, é o caso em que a manifestação de EERs se dá fora de um contexto externo acolhedor, o que pode gerar ansiedade e sensação de inadequação e vergonha. Em outras ocasiões, podem ocorrer na vigência de um contexto interno conturbado, como em episódios de turbulência psicológica, incluindo a presença de comportamentos de abuso de substâncias ou alterações de humor. Nesse sentido, ainda não está claro se as EERs levam a (ou resultam de) distúrbios psicológicos – ainda que transitórios – pois alguns eventos estressantes que podem estimular a ocorrência de EERs também podem precipitar transtornos mentais (Cardeña; Lynn; Krippner, 2017).

As EERs podem então ser afetadas e moldadas por perspectivas sociais, culturais e biológicas. Se espontâneas ou induzidas, elas podem ocorrer durante estados de equilíbrio ou desequilíbrio, condições ordinárias ou incomuns, situações saudáveis ou patológicas.

### **3.2.3 EERs e fatores sociodemográficos**

As EER também foram estudadas em relação aos fatores sociodemográficos, mostrando maior prevalência em mulheres (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Pechey; Halligan, 2012; Castro *et al.*, 2014; Baylor Institute for Studies of Religion, 2006). Em 1991, uma pesquisa com uma amostra de 18.607 adultos de 13 países europeus além dos Estados Unidos (Haraldsson; Houtkooper, 1991), apontou que as mulheres reportavam mais suas EER do que os homens numa proporção de 38% versus 30% na Europa e 59% versus 47% nos Estados Unidos. No Brasil, em sua tese de doutorado, Reichow (2017) chegou à mesma constatação do maior

número de experienciadoras do gênero feminino. No entanto, esse é um tema que merece ser melhor estudado, pois as diferenças podem sofrer a influência da cultura e da época em que o estudo é realizado. Outros estudos brasileiros, por exemplo, não demonstraram diferenças significativas em relação à prevalência das experiências entre os gêneros (Machado, 2009; Torres, 2016; Martins; Zangari, 2012). Alinhados com a perspectiva psicossocial, pesquisadores brasileiros são cuidadosos ao discutir a maior prevalência de EERs em mulheres, e descrevem que “as mulheres *reportam* mais suas experiências” em oposição a “as experiências ocorrem mais em mulheres”, apontando para a importância da influência sociocultural (Menezes Jr. *et al.*, 2012; Machado, 2009; Martins; Zangari, 2012; Machado *et al.*, 2016). Pode-se dizer, no entanto, que há um consenso em relação ao fato de serem as mulheres as que se sentem mais à vontade para expressarem ou falarem de suas experiências (Maraldi; Krippner, 2019).

A idade é outro fator relevante. Estudos anteriores sugerem que as EERs podem ser experimentadas ao longo da vida, mas são mais prováveis de acontecer em pessoas com mais de 40 anos (Greeley, 1975; Palmer; Braud, 2002; Castro *et al.*, 2014). No entanto, a maioria dos dados disponíveis são oriundos da Europa e América do Norte, e podem não refletir a realidade de outras culturas, nas quais a religiosidade desempenha um papel importante, como o Brasil. Em nosso país, resultados de estudos anteriores apontam uma certa divergência. Machado identificou que os experienciadores tendem a ser mais jovens do que os não experienciadores (Machado, 2009). No entanto, outros estudos confirmam a maior prevalência de EERs em adultos maduros (Reichow, 2017; Torres, 2016; Alminhana; Menezes Jr.; Moreira-Almeida, 2013). As diferenças na prevalência podem em certa medida estar relacionadas a uma combinação de fatores como as características do contexto cultural religioso e o tipo de experiência. Uma experiência de memória de vida passada, por exemplo, é mais comumente relatada em países que aceitam a reencarnação como uma possibilidade (Cardeña; Krippner, 2017; Maraldi; Barros; Cunha, 2017).

O nível socioeconômico, o nível de educação, etnia e status ocupacional não são variáveis em geral associadas à ocorrência de EERs em estudos internacionais (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Castro *et al.*, 2014; Cardeña; Lynn; Krippner, 2017). Os estudos mostram algumas diferenças nas associações e possivelmente hajam interações múltiplas entre algumas dessas variáveis, conforme o tipo de experiência e o país estudado. Porém nas duas pesquisas

brasileiras mais importantes sobre o tema, o nível de escolaridade se mostrou uma variável significativa: entre experienciadores a maioria não tinha ensino universitário (Machado, 2009; Reichow, 2017).

A relação entre os tipos de religiosidade e a prevalência de experiências religiosas e espirituais também não é consensual. Em seus estudos a este respeito, tanto Reichow (2017), quanto Haraldsson e Houtkooper (1991) verificaram uma relação direta, embora outros estudos brasileiros ou internacionais, não constataram que a religiosidade seria uma variável presente em relação à ocorrência das experiências religiosas, espirituais e anômalas (Machado, 2009; Palmer, 1979). As hipóteses são mais favoráveis a uma maior prevalência de experiências nos grupos declaradamente religiosos, especialmente nos mediúnicos. Determinados tipos de crenças como as crenças em vida após a morte, comunicação de seres desencarnados com os vivos, reencarnação, fenômenos paranormais, encontram-se associados positivamente à ocorrência de experiências religiosas e espirituais (Tobacyk; Mildford, 1983). Esses estudos constataram que este tipo de crenças e práticas como a meditação e a oração, podem contribuir para um aumento na frequência dos relatos de experiências espirituais e religiosas. E os experienciadores mostram-se mais receptivos do que a população geral, a práticas que facilitariam a emergência de tais experiências (Machado, 2009).

### **3.2.4 EERs e conversão religiosa no Brasil**

As experiências espirituais e religiosas influenciam a adoção de crenças e práticas que resultam em novos comportamentos e hábitos (Machado *et al.*, 2016, Machado, 2009; Maraldi; Zangari, 2012). No contexto religioso brasileiro, o processo de migração religiosa está associado à pluralidade religiosa e à secularização, conforme relatado no último censo nacional de 2010 (IBGE, 2010) e em outros estudos de base populacional (Moreira-Almeida *et al.*, 2010; Carvalho; Irfi, 2019; Peres *et al.*, 2020). Estudo realizado com amostra representativa da população brasileira (n=3.007), relatou que apenas 5% dos brasileiros declararam não ter religião, 83% consideraram suas crenças religiosas algo importante em suas vidas e 10% relataram ter mais de uma religião (Moreira-Almeida *et al.*, 2010). Em outro estudo, uma porcentagem significativa da população afirmou ser “espiritual, mas não religiosa”, tendo múltiplas crenças espirituais em detrimento de uma religião específica (Peres *et al.*, 2020).

Além disso, embora a secularização afete uma minoria no Brasil, ela tem sido reconhecida como um fenômeno de rápido crescimento (IBGE, 2010; Carvalho; Irfi, 2019; Peres *et al.*, 2020).

Apesar das denominações religiosas tradicionais, as EERs são importantes marcadores de crenças não organizacionais e formam a base para o desenvolvimento de diversas práticas espirituais que auxiliam na interpretação do indivíduo sobre suas experiências (Machado, 2016). A religiosidade e a espiritualidade das pessoas estão associadas a uma maior chance de ocorrência de EERs, o que pode, por sua vez, influenciar o sentimento de fé e o processo de mudança religiosa (Gutierrez; Hale; Park, 2018).

Conversão religiosa e mudança religiosa são dois termos diversos com diferentes implicações para o fiel. A conversão religiosa foi um tema amplamente explorado por William James no seu “Variedades da experiência religiosa” (1902), no qual ele discute sua hipótese a respeito do potencial de cura psicológica e transformação que essas experiências teriam. A conversão seria uma possibilidade de unificação gradual ou súbita, de um self infeliz e conflituoso em direção a um estado unitivo, feliz e consciente (James, 1902, p. 160). Essa visão norteou os estudos de Psicologia da Religião, que ainda hoje define a conversão religiosa como um amplo processo de transformação espiritual, que envolve a mudança no senso de si, visão de mundo e valores do indivíduo. Como fenômeno complexo, pode ser leve ou intenso, súbito ou gradual, e muitas vezes não é contínuo (Paloutzian, 2005; Dein, 2010; Beider, 2021). Embora sejam coloquialmente usados como sinônimos, o termo conversão abrange a migração religiosa, enquanto a mudança religiosa pode não necessariamente implicar em conversão religiosa. Existem alguns fatores que mediam a associação de determinadas EER ao fenômeno da conversão religiosa, tais como o envolvimento do experienciador com as crenças e práticas da religião escolhida, o tipo e intensidade de sua experiência, fatores de personalidade, entre outros (Maraldi *et al.*, 2021). Embora conversão e migração religiosa não sejam exatamente a mesma coisa, a mudança religiosa pode abrir as portas para que o processo de conversão se instale e traga uma transformação mais profunda que afetará a saúde e o bem-estar psicológico dos experienciadores. Dados esses esclarecimentos, escolhemos em nosso estudo utilizar o termo “conversão” dentro de um contexto mais abrangente, para representar o processo de migração para outras afiliações, incluindo a possibilidade de uma transformação mais profunda associada a este processo. Portanto, os “convertidos” para esse estudo, são os participantes que migraram

para uma nova denominação religiosa, podendo ou não ter um novo senso de identidade e valores.

A mudança e a conversão religiosa moldaram o perfil religioso do Brasil e do mundo (Pew Research Center, 2008; Berghuijs, 2017; Dalgarrondo, 2007; Peres *et al.*, 2020). No entanto, a relação entre mudança religiosa e EERs ainda é pouco explorada. Em sua pesquisa já mencionada anteriormente, Haraldsson e Houtkooper (1991) indagaram sobre a ocorrência de experiências de telepatia, clarividência e contato com os mortos. Os resultados indicaram que a frequência das experiências foi mediada por variáveis como religiosidade e o tipo de crenças espirituais (por exemplo, reencarnação), além de práticas como meditação e oração (Haraldsson; Houtkooper, 1991). Segundo Machado (2009), os participantes que atribuíram uma causa religiosa (por exemplo, Deus, Espírito Santo, seres desencarnados e outros) às suas experiências anômalas, mudaram para uma nova religião ou adotaram uma. Além disso, embora o processo de secularização envolva desfiliação religiosa (ou perda de relevância da religião de origem) nos níveis individual, organizacional e social, ele não implicaria necessariamente no abandono pelo experienciador, de algumas de suas crenças transcendentais ou envolvimento espiritual cultivados individualmente (Carvalho; Irffi, 2019; Maraldi *et al.*, 2020). Assim, mesmo o processo desfiliação religiosa pode ainda manter relação com a expressão da dimensão espiritual que algumas EERs ensejam, quando essa espiritualidade não se expressa através de crenças e práticas religiosas tradicionais.

### **3.2.5 EERs e aspectos de saúde mental: ansiedade e depressão**

As EER têm sido associadas a condições mentais patológicas, mas os dados empíricos disponíveis são mistos (Dein, 2010). O impacto de alguns tipos de experiências espirituais e religiosas na saúde mental tem estimulado estudos sobre a importância do diagnóstico diferencial entre experiências saudáveis e patológicas (Moreira-Almeida *et al.*, 2006; Moreira-Almeida; Menezes Jr., 2009), já que existe uma prevalência relativamente alta de delírios religiosos entre pacientes com esquizofrenia (25% a 39%) e transtorno bipolar (15% a 22%) (Koenig, 2009; Loch *et al.*, 2019). No entanto, na população geral, experiências perceptivas anômalas (por exemplo, experiências relacionadas a psi e mediúnicas) não apresentam indicação de patologia associada (Alminhana *et al.*, 2017a; Peters *et al.*, 2016). Pelo contrário,

as evidências de associações positivas de algumas dessas experiências com bem-estar psicológico, qualidade de vida e otimismo são numerosas (Alminhana; Farias; Claridge; Moreira-Almeida, 2017; Kennedy; Kanthamani; Palmer, 1994; Moreira-Almeida, Lotudo Neto; Koenig, 2006; Peters *et al.*, 2016; Reichow, 2017). Outros estudos indicam que alguns tipos de EERs podem ter efeitos transformadores, levando a estados de maior integração psíquica, senso de significado na vida e bem-estar psicológico, desde que estejam bem integradas na vida do experienciador (Greeley, 1975; Hay; Morisy, 1978; Palmer; Braud, 2002; Moreira-Almeida *et al.*, 2006; Hufford, 2014, Brook, 2019). Segundo Dein (2012), há duas áreas de investigação acerca do impacto das EER na saúde mental, onde uma se concentra em conhecer sobre o impacto emocional imediato das experiências e a outra, na relação entre essas experiências e medidas de psicopatologia. A depressão e a ansiedade estão entre as respostas de impacto emocional imediato mais frequentes para experiências psi mais comuns (Dein, 2012; Stevenson, 1970). Sobretudo, o impacto das EERs pode estar relacionado às suas características fenomenológicas, como à sensação de serem reais e convincentes (Targ, Schilitz; Irwin, 2013, p. 172). Ou seja, de acordo com as reações dos experienciadores aos aspectos mais ou menos anômalos de uma EER, pode-se instaurar o ambiente propício para o desenvolvimento de sintomas. Nesse sentido, experiências espirituais diárias foram inversamente associadas em algumas pesquisas à depressão e ansiedade, medidas a partir da utilização da escala de experiências espirituais diárias - DSES (Underwood; Teresi, 2002; Underwood, 2011; Mofidi *et al.*, 2006; Skarupski, 2010; Kalkstein; Tower, 2009). Por outro lado, quando a experiência é intensa ou carregada de aspectos anômalos como um sonho premonitório por exemplo, cria-se um solo fértil para a instalação de quadros como a insônia, crises de ansiedade e/ou outras formas de enfrentamento claramente disfuncionais. E em última instância, pode manifestar-se um transtorno depressivo ou de ansiedade, com implicações clínicas de longa duração (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013, p. 27).

Outro ponto importante é a dificuldade de relatar tais experiências, pelo medo da reação de outras pessoas ao relato que pode trazer consequências como a demissão de um emprego, a estigmatização e isolamento social (Brook, 2019; Targ, Schilitz; Irwin, 2013; Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013). Ainda assim, dependendo das características da própria experiência, o fato dela ser mais agradável ou desagradável pode aproximá-la mais ou menos de um transtorno mental, na medida em que a valência (positiva ou negativa) da experiência está

relacionada com sofrimento subjetivo ou felicidade e bem-estar. Experiências que trazem a sensação de plenitude ou mesmo propiciam um sentido existencial renovado, estão mais associadas à saúde mental positiva, apesar da ansiedade que podem provocar (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013; Kennedy *et al.*, 1994; Wulff, 2013; Greeley, 1975). Em seu estudo sobre as experiências anômalas na vida cotidiana, Machado (2009; 2010) verificou o impacto positivo dessas experiências, além do caráter objetivo a elas vinculado, por significarem soluções de problemas para quase 10% de 253 experienciadores de psi brasileiros, e prevenção de situações trágicas de risco à vida de 15% deles (Machado, 2009).

De forma geral, as experiências espirituais podem afetar os valores e a visão de mundo dos experienciadores, resultando em conflito espiritual e sofrimento (Luchetti *et al.*, 2016; Exline; Rose, 2005). De qualquer forma, o sofrimento psicológico advindo de uma EER pode ser decorrente da própria experiência ou da tentativa de integração da mesma na vida do indivíduo, abarcando, portanto, as dimensões intrapsíquica, interpessoal e transpessoal (Turner *et al.*, 1995, p. 442).

A complexa relação entre EER e saúde mental pode estar também associada aos níveis de envolvimento religioso do experienciador. Um levantamento sobre o a religiosidade na América Latina aponta que brasileiros migram de uma religião para outra, mas continuam mantendo algumas de suas crenças originais, principalmente quando se trata de crenças relacionadas a religiões profundamente enraizadas na cultura popular, como o Espiritismo e as religiões de matriz africana (Pew Research Center, 2014). No entanto, o impacto de experiências carregadas de aspectos anômalos como as mediúnicas por exemplo, também pode vir a estimular mudanças mais profundas no sentido de identidade, valores e atitudes do experienciador (Paloutzian, 2005; Beider, 2021). Nesse caso, pode haver implicações clínicas que exigiriam maior atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde, pois a mobilidade religiosa brasileira segue padrões de conflito entre afiliações (Maraldi *et al.*, 2021). Ainda hoje alguns setores do protestantismo evangélico rejeitam as experiências mediúnicas (entre outras), o que pode criar conflito espiritual e desestimular o relato e a compreensão dessas experiências (Maraldi *et al.*, 2021). Nesse sentido, dependendo da afiliação religiosa de origem e da intensidade da experiência, pode haver ansiedade, depressão e sofrimento espiritual envolvidos.

### 3.2.6 EERs e aspectos de saúde mental: qualidade de vida, otimismo e pessimismo

O conceito de qualidade de vida vem sendo utilizado na área da saúde desde a década de 1970 devido ao aumento da expectativa de vida humana, sendo fruto de um movimento de humanização das ciências médicas e de ampliação do próprio conceito de saúde, para além da ausência de sintomas e controle da mortalidade (Fleck *et al.*, 2000; Reichow, 2017). Trata-se de um construto transcultural e multidimensional, que valoriza o bem-estar psicológico, físico, social e funcional, a partir da percepção do próprio indivíduo. A definição precisa da Organização Mundial da Saúde estabelece que a qualidade de vida é:

A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito abrangente, que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características mais salientes do ambiente (WHOQOL GROUP, 1993, p. 43).

O grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu um instrumento com 100 itens que mais tarde ganhou sua versão abreviada, em que constam 26 questões (Whoqol – Bref, Cruz *et al.*, 2011). Dentre elas, itens que procuram investigar sobre espiritualidade, religião e crenças pessoais. A esse respeito, em 2006, Moreira Almeida e Harold Koenig discutiram sobre o efeito tautológico de proposições desse instrumento que, na verdade, não estariam propriamente medindo espiritualidade (Moreira-Almeida; Koenig, 2006). Algumas questões do questionário tais como o sentido de vida, sensação de reverência, de completude e integração, paz interior, de serenidade e harmonia, de esperança e otimismo, seriam medidas considerados frutos do cultivo da espiritualidade, mas não a própria espiritualidade em si (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006). Apesar dessas críticas, no entanto, o instrumento segue como sendo uma importante referência para o campo de estudos da relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde. Uma melhor qualidade de vida está relacionada à religiosidade/espiritualidade (Fleck *et al.*, 2000; Moreira-Almeida *et al.*, 2014). Ademais, as evidências de associações positivas de algumas EERs com bem-estar psicológico, qualidade de vida e otimismo são numerosas (Alminhana *et al.*, 2017b; Kennedy; Kanthamani; Palmer, 1994; Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006; Peters *et al.*, 2016; Reichow, 2017). Em seu estudo com 1460 participantes nos Estados Unidos, Greely (1975) encontrou associações entre satisfação com a vida e

experiências místicas, o que foi posteriormente replicado em outras investigações (Kass *et al.*, 1991; Hay; Morisy, 1978). Experiências mediúnicas mostram-se relacionadas à maior qualidade de vida quando reportadas por médiuns declarados (Alminhana *et al.*, 2017; Reichow, 2017; Maraldi; Zangari, 2012). Experiências de quase morte levam em geral a maior satisfação com a vida e menor preocupação com status social, aspectos materiais e aprovação dos outros (Greyson, 2013). Experienciadores de psi possuem níveis de bem estar psicológico comparados aos de pessoas que não reportam tais experiências, mas tem a tendência a apresentarem maiores índices de afeto positivo e negativo, que estão relacionados ao otimismo e ao pessimismo (Kanthamani; Palmer, 1994). O otimismo é um construto cognitivo que revela a disposição de um indivíduo em relação às expectativas de eventos futuros (Carver; Scheier, 2014). Está relacionado à percepção de maior satisfação com a vida e melhor saúde mental e juntamente com a esperança, ele é preditor de maior bem-estar segundo estudos de Psicologia Positiva (Bailey *et al.*, 2007; Gallagher; Lopez, 2009). Por estar relacionado com o bem estar psicológico mas também com espiritualidade e religiosidade, um estudo investigou se o otimismo seria uma das variáveis que explicaria os mecanismos através dos quais a espiritualidade/religiosidade se associam com boa saúde mental (Salsman *et al.*, 2005). Os achados indicam que níveis altos de religiosidade intrínseca estão de fato associados a altos níveis de otimismo, que por sua vez, se associam com altos níveis de satisfação com a vida. Juntamente com estudos anteriores que trouxeram evidências sobre a correlação positiva entre a fé religiosa e a presença de otimismo (Koenig, 2001), o estudo de Salsman *et al.* (2005) demonstra que pessoas espiritualizadas e religiosas são em geral mais otimistas, com predisposição a ter expectativas favoráveis para o futuro, o que influenciaria positivamente sua percepção sobre a qualidade de vida.

### **3.2.7 EERs e aspectos da saúde mental: religiosidade e espiritualidade**

Levando em conta o crescente percentual de pessoas que se definem como espirituais, mas não religiosas (Peres *et al.*, 2018), um estudo brasileiro investigou a espiritualidade e a religiosidade da população geral (N = 1.046) e sua relação com desfechos de saúde mental por meio de um inquérito autoaplicável (Vitorino *et al.*, 2018). Os resultados indicaram que, comparados àqueles que não possuem expressão religiosa ou espiritual, pessoas com altos níveis de religiosidade mas baixa espiritualidade, têm melhores resultados de saúde mental,

maior qualidade de vida psicológica, felicidade e otimismo, além de níveis mais baixos de ansiedade, fobias e outros transtornos. E ainda, ter altos níveis de expressão espiritual, mesmo com baixa religiosidade, implicaria em melhor qualidade de vida e saúde física, além de menores índices de depressão. Outro estudo brasileiro que investigou a relação entre o fenômeno da religiosidade múltipla e a saúde mental, concluiu que os participantes que afirmam pertencer a uma única religião apresentam maior qualidade de vida e melhores indicadores de saúde mental do que pessoas com múltiplas religiões ou sem religião (Peres *et al.*, 2020). Em outras palavras, embora a implicação do envolvimento religioso e espiritual e sua expressão na saúde mental apresentem características discrepantes, no Brasil, ter altos níveis de espiritualidade e religiosidade ou possuir um vínculo com uma religião específica é sugestivo de melhor saúde mental, principalmente em relação à qualidade de vida, otimismo e felicidade (Vitorino *et al.*, 2018; Panzini *et al.*, 2017).

Dessa forma, o maior envolvimento espiritual ou religioso pode ser um mediador importante entre as EER e os desfechos de saúde mental. De forma mais abrangente, crenças espirituais e religiosas têm sido consistentemente correlacionadas com melhor saúde física e mental, maiores taxas de sobrevivência, indicadores de bem-estar e qualidade de vida (Moreira-Almeida *et al.*, 2014). No entanto, quando examinamos segmentos específicos tais como pessoas que apresentam alto risco de desenvolvimento de psicose, o cenário parece ser no mínimo, ambíguo. Um estudo brasileiro recente investigou a religiosidade em uma amostra de indivíduos com risco ultra-alto para desenvolver psicose na cidade de São Paulo (N = 98) e encontrou que a atividade religiosa organizacional estaria positivamente relacionada a anormalidades perceptivas e alucinações. As implicações desse estudo não revelam relações de causalidade, mas indicam a necessidade de uma atenção clínica maior a essa população que procura os centros espíritas e espiritualistas, adotando crenças mediúnicas como forma de explicar e lidar com suas experiências anômalas (Loch *et al.*, 2019). Além disso, como já abordado anteriormente, sabe-se que processos dissociativos não patológicos ocorrem no fenômeno da mediunidade e podem até ser treinados ou desenvolvidos de alguma forma (Maraldi, 2014). Nesse sentido, a formação oferecida aos experienciadores pelas religiões mediúnicas para a prática da mediunidade, poderia influenciar positivamente no processo de adaptação ao fenômeno, promovendo maior sensação de adequação, bem-estar psicológico e redução dos sintomas de ansiedade (Maraldi, 2014). Ou seja, diferenças nas implicações com a

saúde mental não se reportam somente a segmentos específicos da população, mas também ao tipo de religiosidade e envolvimento dos experienciadores com suas crenças. Estudos identificaram que a religiosidade intrínseca (vivência do Sagrado e internalização das crenças seguidas com autenticidade e veracidade de propósitos) está geralmente associada a uma melhor saúde mental e traços de personalidade positivos (Alminhana; Moreira-Almeida, 2008). Por outro lado, a religiosidade extrínseca (comportamentos religiosos que visam benefícios pessoais como alívio de sintomas ou segurança social) se correlaciona com o medo da morte e a ansiedade, entre outros fatores (Moreira-Almeida, Lotufo Neto; Koenig, 2006).

Segundo estudo que avaliou as terapias espirituais realizadas pelos Centros Espíritas da cidade de São Paulo, a depressão foi a principal causa que motivou as pessoas a buscarem ajuda nesses ambientes (Lucchetti *et al.*, 2016). Alguns tipos de experiências espirituais podem reduzir a tristeza e trazer esperança diante da morte ou da perda de um ente querido (Roxburgh; Evenden, 2016). Médiuns que lidam corriqueiramente com experiências de morte, apresentam menos associação com problemas psiquiátricos quando comparados à população geral (Maraldi; Krippner, 2019; Moreira-Almeida, 2004; Moreira-Almeida, 2008; Alminhana *et al.*), embora o efeito das experiências mediúnicas parece ser dependente de aspectos culturais (Dein, 2012; Maraldi *et al.*, 2019; Maraldi; Krippner, 2019; Maraldi; Zangari, 2012; Maraldi, 2014).

## 4 MÉTODOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza transversal e retrospectiva, cujos dados foram obtidos através de um banco de dados originado a partir de uma pesquisa on-line autoaplicável. A pesquisa foi elaborada para o projeto “Crenças, Práticas e Experiências Espirituais e Religiosas na População Geral”, patrocinado pela Coalizão Inter-Fé sobre Espiritualidade e Saúde (coalizaointerfe.org), uma instituição brasileira composta por profissionais de saúde e membros representativos de todos os campos religiosos e não religiosos no Brasil.

### 4.2 INSTRUMENTOS

Para alcançar os objetivos traçados, um questionário online foi conduzido entre junho e agosto de 2016, através dos painéis Qualtrics (Brandon *et al.*, 2013). As perguntas foram divididas em cinco blocos aleatórios para corrigir qualquer impacto potencial de ordem e fadiga nas respostas. O questionário foi respondido em menos de 30 minutos e constituiu-se de 5 blocos estruturados de autoaplicação e 6 escalas traduzidas e validadas para o português (Apêndice). Para a presente tese, foram utilizadas as seções 7.2 referentes à religiosidade e à escala DUREL (Bloco 2), a 7.4 referente a práticas e experiências espirituais e religiosas (Bloco 4) e 7.5 (Bloco 5) que contém a Escala de Qualidade de vida (WHOQOL – breve), a escala PHQ9, Escala GAD 7 e o Teste de Orientação de vida (Apêndice). As escalas utilizadas para nossa pesquisa são descritas abaixo:

- Duke Religion Index - DUREL (Koenig *et al.*, 1997), já traduzido e validado para o português (Lucchetti *et al.* 2012). Trata-se de um instrumento de 5 itens que foi desenvolvido para medir o envolvimento religioso ou religiosidade por meio do engajamento do indivíduo em diferentes tipos de comportamento religioso: (1) Religiosidade organizacional (frequência de participação em atividades religiosas públicas ou coletivas); (2) Religiosidade não organizacional (participação em atividades religiosas privadas, como oração, meditação, leitura de textos sagrados) e (3) Religiosidade intrínseca (busca do

sentido último da vida através da religião). O cálculo do escore do DUREL foi computado através da análise separada de cada um dos itens.

- **Depressão:** A depressão foi avaliada por meio do Questionário de Saúde do Paciente de 9 itens (PHQ-9), já validado e traduzido para o português (Santos *et al.*, 2013), que aponta para a sua utilização como instrumento de rastreamento, indicando indivíduos com maior risco de presença de episódio depressivo maior, segundo os critérios dispostos no DSM-IV. A avaliação é feita através da presença dos seguintes sintomas: anedonia; humor depressivo; dificuldade para dormir; cansaço; mudança no apetite; sentimentos de culpa, auto-incriminação e menos valia; dificuldades de concentração; letargia ou inquietação; pensamentos de auto mutilação ou morte. Os 9 itens do questionário estão dispostos numa escala Likert de 4 pontos, que varia de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). Os escores da soma total variam de 0 a 27 sobre sintomas nas últimas duas semanas.
- **Ansiedade:** A escala de Transtorno de Ansiedade Geral (GAD-7) foi usada para avaliar a ansiedade. A escala foi validada para o português por Moreno e cols (2016) e avalia os 7 critérios diagnósticos para Transtorno de ansiedade generalizada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5) durante o período anterior de 2 semanas. Possui 7 itens dispostos em uma escala Likert que varia de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), sendo que as pontuações da soma podem variar de 0 a 21. Os pontos de corte 5, 10 e 15 foram as bases para a categorização dos níveis de ansiedade em nenhuma/normal (0-4), leve (5-19), moderada (10-14) e severa (15-21). O valor igual ou maior a 8 já é sugestivo de presença de ansiedade (Sousa *et al.*, 2015).
- **Qualidade de vida:** O "WHOQOL-Breve" foi usado (WHOQOL-Group 1998) para medir a percepção de qualidade de vida dos participantes. Esta versão foi validada para o português (Berlim *et al.*, 2005) e é um instrumento de 26 itens (likert de 5 pontos) que abrange quatro domínios de QV (psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente). Em nossas análises, somente os domínios físico e psicológicos foram computados. Cada item possui escores de 1 a 5, em

escala Likert e depois são transformados numa escala linear que vai de 0 a 100 (0 = QV menos favorável e 100 = a mais favorável QV).

- Otimismo/pessimismo: Foram investigados através do Teste de Orientação de Vida Revisado (Scheier *et al.*, 1994), validado para o português como TOV-R (Bandeira *et al.*, 2002). Este é um questionário de 10 itens (likert de 5 pontos), com pontuações de 1 (= discordo) a 4 (= concordo totalmente), onde três itens relacionam-se ao otimismo, três ao pessimismo e quatro itens são neutros (Zenger *et al.*, 2013). Os itens neutros não são pontuados e os negativos devem ser invertidos, de forma que valores próximos a 4 são indicativos de maior disposição otimista na vida. Calcula-se a pontuação total pela soma dos 6 itens relativos ao otimismo /pessimismo, a qual varia de 0 a 24 pontos, com média de 12 pontos (Bandeira *et al.*, 2002).

### 4.3 AMOSTRA

Entre 28 de junho e 22 de agosto de 2016, foram enviados convites para participação da pesquisa com o objetivo de atingir uma amostra ampla com participantes das 5 principais regiões do Brasil. Cotas foram estabelecidas de forma a limitar os respondentes de acordo com a distribuição de classe social, idade, sexo e localização geográfica para que a amostra pudesse atender, na medida do possível, o perfil da população adulta geral do Brasil, segundo ao Censo Nacional Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010). A amostragem foi calculada baseando-se nas seguintes divisões:

- Idade: 18-24 anos: 25%, 25-54 anos: 47%, 55-64 anos: 15%, 65 anos ou mais: 13%
- Gênero: 50% homens, 50 % mulheres
- Regiões: Norte 82, Nordeste 271, Centroeste 74, Sudeste 432, Sul 141
- Classe social: D-E 20%, C 35%, B 35%, A 10%.

A amostra final apresentou, no entanto, escolaridade e renda superiores à população adulta geral brasileira. A característica da amostra final será apresentada na seção “5. Resultados”.

## 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

### 4.4.1 Variáveis gerais

#### 4.4.1.1 Experiências espirituais e religiosas (EER)

Para compor o questionário do projeto “Crenças, Práticas e Experiências Espirituais e Religiosas na População Geral” utilizado nessa pesquisa, um grupo de especialistas foi consultado e 16 experiências foram listadas na seção 7.4 do Bloco 4, como provavelmente as mais prevalentes. Os participantes foram solicitados a preencher o questionário respondendo se tinham alguma das experiências listadas em uma escala Likert de quatro itens com as possíveis respostas: “Nunca aconteceu na minha vida”, “Aconteceu uma vez na vida”, “Mais de uma vez na vida” e “Acontece com frequência na minha vida”. Finalmente, com base em uma revisão abrangente da literatura, para este trabalho as experiências foram categorizadas em quatro grupos. Abaixo encontra-se a descrição dos grupos e de cada experiência do questionário:

#### Grupos de experiências espirituais e religiosas

<b><i>Grupo 1: Experiências Místicas</i></b>
1. Experiência de conexão completa com a natureza;
2. Experiência que causou a sensação de que não existe mais o tempo e o espaço;
3. Experiência que criou a sensação de que tudo é sagrado e divino;
4. Algo que não pode ser colocado adequadamente em palavras;
5. Um sentimento de união com tudo no Universo;
6. Sentimento de que uma nova realidade foi revelada;
7. União com Deus ou algo maior que o indivíduo;
8. Dissolução do Ego, a consciência do “Eu” desaparece
<b><i>Grupo 2: Experiências mediúnicas</i></b>
9. Ter sentido a presença de alguma pessoa que já faleceu;
10. Ter ouvido a voz de alguém que morreu;
11. Ter visto vultos ou a imagem de algum espírito.

<b><i>Grupo 3: Experiências relacionadas a Psi</i></b>
12. Experiência de ter sonhado com algo que depois realmente aconteceu;
13. Experiência de ter tido intuição sobre algo;
14. Experiência de ter usado a intuição para tomar uma decisão.
<b><i>Grupo 4: Experiências de supostas memórias de vidas passadas e experiências de quase morte</i></b> (este grupo compreende dois tipos de experiências distintas, que por serem menos numerosas, foram agrupadas para facilitar os cálculos estatísticos).
15. Ter tido lembrança de uma vida passada;
16. Ter experienciado a morte e depois voltado à vida.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

#### 4.4.1.2 Dados sociodemográficos

Os dados socioeconômicos e demográficos foram analisados pelas seguintes variáveis/categorias: faixa etária: 18-30 anos, 31-45 anos, 46-60 anos e > 60 anos; sexo: masculino e feminino; renda familiar: > 2 salários mínimos, 2-10 salários mínimos e > 10 salários mínimos; escolaridade: superior, médio, fundamental (completo ou incompleto); situação de emprego: trabalhando (em tempo parcial ou em tempo integral) e não trabalhando (estudante, aposentado, dona de casa, deficiente e voluntário); etnia: branca, preta, parda, outras (indígenas ou asiáticas); estado civil: solteiro, casado/em união estável e separado/divorciado/viúvo e a região geopolítica brasileira de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro ou Sul).

#### 4.4.1.3 Afiliação religiosa

A pesquisa incluiu as seguintes opções de filiação religiosa: “Católica”, “Evangélica”, “Espiritismo Kardec”, “Judaica”, “Budista”, “Umbanda”, “Candomblé”, “Ateísta”, “Agnóstica”, “Espiritualista”, “Cristão”, “Testemunha de Jeová”, “Seicho-no-ie”, “Wicca”, “Sem Religião” e “Outros”. Caso a resposta fosse “Outros”, era oferecida uma opção de

descrição. Com base em análise descritiva de um estudo anterior que utilizou o mesmo banco de dados (Peres et al, 2018), categorizamos ainda essas denominações de acordo com as principais afiliações brasileiras (IBGE 2010): católica, evangélica e espiritismo, enquanto reunimos cristãos, judeus, budistas, umbanda, candomblé, espiritualista, Testemunha de Jeová, Seicho-no-ie, Wicca e outros como “Outros”, e Ateu, Agnóstico e Sem Religião como uma única categoria.

#### **4.4.2 Variáveis do estudo sobre EERs espontâneas e induzidas**

##### **4.4.2.1 Experiências espontâneas e experiências induzidas**

Além das EER já listadas nos 4 grupos, dos dados sociodemográficos e das afiliações religiosas descritos nas variáveis gerais (item 4.4.1), para o estudo sobre contexto e fatores de indução, as EERs foram classificadas como espontâneas ou induzidas, a partir das respostas dos participantes à seguinte questão: “Se alguma das experiências listadas acima aconteceu com você, observe se ocorreu na presença de alguma das condições abaixo”. Os itens eram uso de substâncias (chás, plantas, alucinógenos); uso de qualquer medicamento; bebida alcoólica; cocaína/crack; maconha; anestesia; parto; jejum; fadiga extrema; febre; estado de sonho; hospitalização; outros (meditação, oração, práticas religiosas, não especificadas).

Com base nessa lista, os participantes que não marcaram nenhuma das opções tiveram suas experiências consideradas como “Espontâneas”. As experiências identificadas pelos participantes como manifestadas na vigência de fatores concomitantes, foram denominadas “Induzidas”. Esses fatores foram considerados como gatilhos ou idutores das experiências, ou seja, foram identificados pelos participantes como fatores relacionados à sua ocorrência.

Para organizar os dados, reclassificamos e categorizamos os indutores ou gatilhos como:

- Clínicos: quando as vivências foram relacionadas a condições de saúde como internação, anestesia, cansaço, febre, parto e medicação;
- Não Clínicos: experiências ocorridas em circunstâncias como sonho, oração, meditação, sono, jejum e práticas religiosas;
- Relacionados a substâncias: experiências ocorridas sob o uso de bebida alcoólica, cocaína, maconha, alucinógenos e outras substâncias;

- Outros: itens não especificados pelos participantes da pesquisa.

### 4.4.3 Variáveis do estudo sobre conversão religiosa

#### 4.4.3.1 Afiliações religiosas e mudança religiosa

A mudança religiosa foi determinada com base em questões referentes à afiliação religiosa de nascimento e à afiliação religiosa atual. Nessas questões, estavam disponíveis as mesmas opções descritas no item (4.4.1.3) “Afiliação religiosa” das Variáveis gerais do estudo.

Com o objetivo de lidar com pequenos números dentro de denominações menos prevalentes, categorizamos as afiliações religiosas em 6 grupos, de acordo com os principais grupos de afiliações religiosas previamente identificados no Brasil (IBGE 2010; Peres *et al.*, 2018). Os grupos de afiliações religiosas resultantes foram: católico, evangélico, espírita, outros – cristãos, outros – não cristãos e ateus/agnósticos/sem religião. O grupo Outros - Cristãos foi composto por cristãos (n = 45) e Testemunhas de Jeová (n = 3), enquanto o grupo Outros - Não Cristão incluiu participantes do Espiritualismo (n = 40), Umbanda/Candomblé (n = 20), Budismo ou Seicho-no ie (n = 7), e Judaísmo (n = 2).

Para fins metodológicos, assumimos que a mudança para uma nova religião pode ter envolvido um processo de conversão, portanto, mais provável de se associar a EERs, enquanto a mudança para ateu/agnóstico/sem religião refletiria um processo de secularização, portanto, menos provável de se relacionar com EERs. Assim, nas análises de associação, os participantes foram agrupados em 3 categorias de acordo com suas características de mudança religiosa, a saber, “Convertidos”, “Nascidos” e “Secularistas”. Definimos como “Convertidos” aqueles que mudaram de sua afiliação religiosa de nascimento para uma nova afiliação religiosa. No grupo “Nascidos”, incluímos aqueles que permaneceram na afiliação religiosa em que foram criados. Definimos como “Secularistas” aqueles que mudaram de uma afiliação religiosa para ateu, agnóstico ou sem religião. Como houve um pequeno número de participantes que declararam ter crescido e permanecido nos grupos Ateus, Agnóstico ou Sem Religião (total n = 22), eles foram incluídos no grupo Secularistas.

#### **4.4.4 Variáveis do estudo sobre aspectos de saúde mental**

##### **4.4.4.1 Variáveis preditoras**

As experiências religiosas e espirituais (EER) reunidas nos 4 grupos descritos anteriormente (Variáveis gerais do estudo) foram as variáveis preditoras nessa análise. Para cada grupo de experiências, diferentes categorias de frequência foram utilizadas tal como explicado a seguir:

##### ***4.4.4.1.1 Experiências místicas***

Oito experiências do tipo místico foram investigadas (listadas na Seção Metodologia Geral) e três categorias de frequência foram geradas de acordo com as respostas dos participantes: “Nunca” (participantes que reportaram nunca ter tido nenhuma das experiências do tipo místicas); “Pelo menos uma” (participantes que reportaram terem tido pelo menos uma daquelas experiências pelo menos uma vez na vida); e “Todas pelo menos uma vez” (participantes que reportaram ter tido todas as 8 experiências místicas ao menos uma vez na vida).

##### ***4.4.4.1.2 Experiências Mediúnicas***

Foram inquiridas três experiências mediúnicas, segundo um conjunto de especialistas consultados: “Ter sentido a presença de alguma pessoa que já faleceu”, “Ter ouvido a voz de alguém que já morreu” e “Ter visto vultos ou imagem de algum espírito”. Categorizamos as respostas em uma variável binária “sim” ou “nunca”, em que “sim” foi definido para aqueles que tiveram alguma experiência mediúnica pelo menos uma vez na vida e “nunca” foi definido para aqueles que nunca tiveram tais experiências.

##### ***4.4.4.1.3 Experiências relacionadas a psi***

Foram inquiridas as 3 experiências psi: “Ter sonhado com algo que depois realmente aconteceu”, “Ter tido intuição sobre algo” e “Ter usado a intuição para tomar alguma decisão”. Para as análises de cada experiência psi, utilizou-se 3 categorias de respostas: pessoas que “nunca” tiveram nenhuma das 3 experiências, pessoas que tiveram qualquer uma das experiências “pelo menos uma vez” e pessoas que tiveram qualquer uma das experiências “frequentemente”.

#### ***4.4.4.1.4 Experiências de quase morte e Experiências de memórias de supostas vidas passadas***

1. Experiências de quase morte - Categorizamos as respostas à questão “Ter experienciado a morte e depois voltado à vida” em uma variável binária “sim” ou “nunca”, em que “sim” foi definido para aqueles que tiveram experiências de quase morte pelo menos uma vez na vida e “nunca” foi definido para aqueles que nunca tiveram tais experiências.
2. Experiências de supostas vidas passadas - Categorizamos as respostas à questão “Ter tido a lembrança de uma vida passada” em uma variável binária “sim” ou “nunca”, em que “sim” foi definido para aqueles que tiveram alguma experiência de vida passada pelo menos uma vez na vida e “nunca” foi definido para aqueles que nunca tiveram tais experiências.

#### **4.4.4.2 Variáveis de Desfecho: Variáveis de saúde mental**

O estado de saúde mental foi avaliado por escalas que se encontravam inseridas no questionário do projeto (Apêndice), já descritas no item “Instrumentos” do presente trabalho. Elas foram escolhidas por possibilitarem o rastreamento de presença de depressão (PHQ9), ansiedade (GAD7), para a avaliação da percepção de qualidade de vida (WHOQOL-Breve) e do otimismo/pessimismo disposicional (TOV-R).

#### 4.4.4.3 Covariáveis: Religiosidade e Afiliações Religiosas

A religiosidade foi avaliada pelo instrumento Duke Religion Index - DUREL (Koenig *et al.*, 1997), já traduzido e validado para o português (Lucchetti *et al.* 2012), descritos no item “Instrumentos “do presente trabalho.

As atuais afiliações religiosas foram indagadas por questões fechadas conforme descrito no item “Afiliação religiosa” das Variáveis gerais da presente tese. Tal como fizemos para o estudo da conversão e migração religiosa, com o objetivo de lidar com pequenos números dentro de afiliações religiosas menos prevalentes, categorizamos as afiliações religiosas em 6 principais grupos de acordo com as principais afiliações previamente identificadas no Brasil (IBGE, 2010; Peres *et al.*, 2018). Os grupos de afiliação religiosa resultantes foram: Católico, Evangélico, Espiritismo, Outros – Cristão (Testemunha de Jeová, Cristão), Outros – Não Cristão (judeu, Budista, Umbandista, Candomblé, Espírita, Wicca, Seicho-no-ie) e Ateu /Agnóstico/Sem religião.

#### 4.4.4.4 Variáveis sociodemográficas

Incluimos nas análises sociodemográficas as variáveis idade, gênero (homem e mulher), estado civil (Casado/Em união estável, Divorciado/Separado, Viúvo ou Solteiro), escolaridade (Elementar, Secundário ou Superior), situação empregatícia (Trabalhando ou Não Trabalhando), renda familiar ( $\leq 2$ , 3-4, 5-8, 9-15 ou  $> 18$  salários-mínimos), etnia (branco ou não branco).

### 4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O software SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Versão 20.0. Armonk, NY) calculou as análises de todos os estudos realizados e um valor de  $p$  bicaudal  $< 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

#### 4.5.1 Estatísticas do estudo sobre prevalência de EERs e fatores sociodemográficos

As estatísticas descritivas sociodemográficas foram relatadas em números absolutos, percentuais, médias e desvios-padrão. Os dados de prevalência foram calculados em porcentagens com intervalo de confiança de 95% segundo o método de Clopper-Pearson. Modelos de regressão logística hierárquica foram utilizados para investigar a associação entre experiências religiosas/espirituais e dados sociodemográficos. Nesses modelos, as características sociodemográficas dos dados foram as variáveis independentes. Foram adotados critérios hierárquicos para entrada e exclusão de termos. Estatísticas de classificação foram realizadas para avaliar a precisão dos modelos na previsão de associação ao grupo. Como dados de literatura tem mostrado consistentemente associações entre religiosidade/espiritualidade com gênero e idade, primeiro incluímos essas variáveis no modelo, seguidas de renda, escolaridade, situação profissional, estado civil e etnia.

Cada grupo de experiências foi então investigado em relação à sua frequência de ocorrência. As categorias de frequência foram “Nunca”, “Baixa Frequência” - (que combinou as categorias “Pelo menos uma vez” e “Mais de uma vez”) - e “Frequentemente”. A categoria de referência foi “Nunca”. Para as variáveis sociodemográficas, as categorias de referência para cada variável foram: sexo = “Masculino”, faixa etária = “18-24 anos”, escolaridade = “Elementar”, etnia = “Caucasiana”, situação profissional = “Trabalho em tempo integral”, renda familiar = “< 2 salários-mínimos” e estado civil = “Solteiro”. Um histograma foi usado para mostrar a proporção de participantes pelo número de experiências relatadas.

#### **4.5.2 Estatísticas do estudo sobre EERs espontâneas e induzidas**

As estatísticas descritivas sociodemográficas foram relatadas em números absolutos e percentuais. O Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) foi calculado para testar a assimetria nas proporções das experiências espontâneas e induzidas por variáveis sociodemográficas e de afiliação religiosa.

#### **4.5.3 Estatísticas do estudo sobre EERs e conversão religiosa**

Estatísticas descritivas para variáveis sociodemográficas e EERs foram relatadas como números absolutos e percentuais para grupos de acordo com o perfil de mudança de afiliação

religiosa (ou seja, “Convertidos”, “Nascidos” ou “Secularistas”). Os testes Pearson X<sup>2</sup> foram adotados para calcular as associações entre dados sociodemográficos, EERs e o perfil de mudança de afiliação religiosa. O teste de correção post hoc de Bonferroni foi realizado para comparações múltiplas de associações significativas.

Modelos de regressão logística multinomial foram conduzidos para testar as associações entre cada EER e o perfil de mudança de afiliação religiosa. O nível EER “nunca” foi definido como categoria de referência nas análises. Conduzimos dois conjuntos de modelos de regressão logística para calcular as associações de EERs com “Convertidos” selecionando “Nascidos” e “Secularistas” como grupo de referência em cada conjunto de modelos. Todos os modelos de regressão foram ajustados para idade, sexo e renda familiar.

#### **4.5.4 Estatística do estudo sobre EERs e aspectos de saúde mental**

##### **4.5.4.1 Experiências Místicas**

Estatísticas descritivas para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental foram relatadas como contagem e porcentagem ou mediana com intervalo interquartil (IQR). Os testes Pearson X<sup>2</sup> foram adotados para estimar a assimetria de proporções para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental entre grupos de experiência mística. O teste de correção post hoc de Bonferroni foi realizado para comparações múltiplas de associações significativas. Testes de mediana com comparações de pares foram usados para comparar intervalos entre variáveis contínuas sociodemográficas, religiosas e de saúde mental entre grupos de experiência mística (“nunca”, “pelo menos uma” e “todas pelo menos uma vez”). Como as variáveis categóricas de saúde mental ordenadas foram selecionadas como variáveis de resultado, modelos de regressão logística ordinal separados foram realizados para cada variável de saúde mental, a saber, pontuações PHQ-9, pontuações GAD-7, domínios físicos e psicológicos do WHOQOL e otimismo e pessimismo TOV-R. Esses modelos estimaram as razões de chances brutas e ajustadas e o intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] para cada variável de desfecho de saúde mental, de acordo com a presença de experiência mística (variável explicativa).

As covariáveis adicionadas nos modelos ajustados foram sexo, idade, escolaridade, afiliação religiosa, DUREL organizacional, DUREL não organizacional e pontuações de RI (mediana de 3 pontuações somadas de RI). Os escores do PHQ-9 foram categorizados como “Mínimo” (definido como categoria de referência), “Leve”, “Moderado”, “Moderadamente Grave” e “Grave”. Os escores do GAD-7 foram categorizados em “Mínimo” (categoria de referência), “Leve”, “Moderado” e “Grave”. Para as variáveis WHOQOL (todos os domínios) e TOV-R (domínios otimismo e pessimismo), os escores foram categorizados em quartis com o quartil inferior (1º quartil) definido como grupo de referência nas análises.

Testou-se a suposição de probabilidades proporcionais para os efeitos das variáveis explicativas e covariáveis nos modelos de regressão ordinal e, caso a suposição fosse violada ( $p < 0,05$ ), as associações entre experiência mística e variáveis de saúde mental foram testadas por meio de modelos de regressão logística multinomial.

Para as avaliações, as 8 experiências do tipo místico foram agrupadas e categorizadas em variáveis, em que “nunca” corresponde a nunca ter tido nenhuma das experiências, “pelo menos uma” corresponde a ter tido menos uma vez na vida, uma experiência, e finalmente “todas” que seria uma variável que representa os casos de pessoas que tiveram pelo menos uma vez, as 8 experiências místicas.

#### 4.5.4.2 Experiências mediúnicas

Estatísticas descritivas para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental foram relatadas como contagem e porcentagem ou mediana com intervalo interquartil (IQR). Os testes Pearson X<sup>2</sup> foram adotados para estimar a assimetria de proporções para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental entre grupos com ou sem experiência mediúnica (sim ou não). O teste de correção post hoc de Bonferroni foi realizado para comparações múltiplas de associações significativas. O teste de reação extrema de Moses foi usado para comparar intervalos entre variáveis contínuas sociodemográficas, religiosas e de saúde mental entre grupos de experiência mediúnica (sim ou não).

Da mesma maneira que fizemos para as experiências místicas, conduzimos modelos de regressão logística ordinal separados para cada variável de saúde mental (variáveis de resultado). Esses modelos estimaram as razões de chances brutas e ajustadas e o intervalo de

confiança de 95% [OR (IC 95%)] para cada variável de desfecho de saúde mental, de acordo com a presença de experiência mediúnica (variável explicativa).

As covariáveis adicionadas nos modelos ajustados seguiram exatamente o mesmo padrão utilizado para as experiências místicas, bem como a categorização dos scores do PHQ9, GAD7, WHOQOL e TOV-R. Da mesma forma, testou-se a suposição de probabilidades proporcionais para os efeitos das variáveis explicativas e covariáveis nos modelos de regressão ordinal tal como realizado para as experiências místicas.

#### 4.5.4.3 Experiências relacionadas à Psi

As análises foram conduzidas separadamente para cada experiência do grupo de experiências relacionadas a psi. Estatísticas descritivas para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental foram relatadas como contagem e porcentagem ou mediana com intervalo interquartil (IQR). Os testes Pearson X<sup>2</sup> foram adotados para estimar a assimetria de proporções para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental entre os grupos de experiências Psi. O teste de correção post hoc de Bonferroni foi realizado para comparações múltiplas de associações significativas. Testes de mediana com comparações de pares foram usados para comparar intervalos entre variáveis contínuas sociodemográficas, religiosas e de saúde mental entre grupos de experiências Psi (nunca, pelo menos uma vez e frequentemente).

Como nas análises anteriores, as variáveis categóricas de saúde mental ordenadas foram selecionadas como variáveis de resultado e modelos de regressão logística ordinal separados foram realizados para cada variável de saúde mental, a saber, pontuações PHQ-9, pontuações GAD-7, domínios físicos e psicológicos do WHOQOL e TOV-R otimismo e pessimismo. Esses modelos estimaram as razões de chances brutas e ajustadas e o intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] para cada variável de desfecho de saúde mental, de acordo com a presença da experiência Psi específica (variável explicativa).

As covariáveis adicionadas nos modelos ajustados seguiram exatamente o mesmo padrão utilizado para as experiências místicas, bem como a categorização dos scores do PHQ9, GAD7, WHOQOL e TOV. Como nas análises das experiências anteriores, testou-se a suposição

de probabilidades proporcionais para os efeitos das variáveis explicativas e covariáveis nos modelos de regressão ordinal.

#### 4.5.4.4 Experiências de quase morte e experiências de memórias de supostas vidas passadas

##### ***4.5.4.4.1 Experiências de quase morte***

As análises foram feitas para cada uma dessas experiências separadamente e categorias “sim” foram criadas para representar pessoas que tiveram pelo menos uma vez na vida uma experiência de quase morte e uma experiência de suposta memória de vidas passadas. “Não” representa pessoas que alegam nunca ter tido nenhuma dessas duas experiências. Estatísticas descritivas para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental foram relatadas como contagem e porcentagem ou mediana com intervalo interquartil (IQR). O teste Pearson X<sup>2</sup> foi adotado para estimar a assimetria de proporções para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental entre grupos de experiência de quase morte. O teste de correção post hoc de Bonferroni foi realizado para comparações múltiplas de associações significativas. Testes de mediana com comparações de pares foram usados para comparar intervalos entre variáveis contínuas sociodemográficas, religiosas e de saúde mental entre grupos de experiência de quase morte (nunca ou sim).

Como nas análises anteriores, os modelos de regressão logística ordinal separados realizados para cada variável de saúde mental (variável de desfecho), estimaram as razões de probabilidades brutas e ajustadas e o intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] para cada variável de desfecho, de acordo com a presença de experiência de quase morte (variável explicativa).

As covariáveis adicionadas nos modelos ajustados seguiram exatamente o mesmo padrão utilizado para as demais experiências, bem como a categorização dos scores do PHQ9, GAD7, WHOQOL e TOV. Da mesma forma, testou-se a suposição de probabilidades proporcionais para os efeitos das variáveis explicativas e covariáveis nos modelos de regressão ordinal.

#### ***4.5.4.4.2 Experiências de memórias de supostas vidas passadas***

Estatísticas descritivas para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental foram relatadas como contagem e porcentagem ou mediana com intervalo interquartil (IQR). Os testes Pearson X<sup>2</sup> foram adotados para estimar a assimetria de proporções para variáveis de perfil sociodemográfico, religioso e de saúde mental entre grupos de experiências de vidas passadas. O teste de correção post hoc de Bonferroni foi realizado para comparações múltiplas de associações significativas. Testes de mediana com comparações de pares foram usados para comparar intervalos entre variáveis contínuas sociodemográficas, religiosas e de saúde mental entre grupos de experiências de vidas passadas (nunca ou sim).

Modelos de regressão logística ordinal separados foram realizados para cada variável de saúde mental (variável de desfecho), estimando as razões de chances brutas e ajustadas e o intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] para cada variável de desfecho, de acordo com a presença de experiência de memória de supostas vidas passadas (variável explicativa).

As covariáveis adicionadas nos modelos ajustados seguiram exatamente o mesmo padrão utilizado para as demais experiências dessa pesquisa, bem como a categorização dos scores dos instrumentos utilizados. Da mesma forma, testou-se a suposição de probabilidades proporcionais para os efeitos das variáveis explicativas e covariáveis nos modelos de regressão ordinal tal como realizado para as demais experiências.

## **4.6 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi submetido e aprovado via IPq pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP) do HCFMUSP, registrado sob número CAAE: 64956717.4.0000.0065.

## 5 RESULTADOS

Apresentamos separadamente os resultados obtidos em cada um dos tópicos da pesquisa, através dos estudos e análises realizados.

### 5.1 PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Um total de 1.053 participantes foram incluídos. A idade média foi de 40,8 (intervalo de confiança de 95% [IC]: 39,9-41,7) anos. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra. A maioria dos participantes eram mulheres (52,1%), brancos (61,2%), com idade entre 18 e 59 anos (86,7%), empregados (64,7%), classe média ou superior (74%) e com alto nível educacional (ou superior) (54,2%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n = 1053)

Variáveis	n	% (95% IC)
<b>Região</b>		
Norte	79	7.5 (6.1-9.2)
Nordeste	282	26.9 (24.4-29.5)
Centro-Oeste	78	7.8 (6.3-9.5)
Sudeste	462	43.4 (40.6-46.3)
Sul	149	14.3 (12.4-16.5)
<b>Sexo</b>		
Masculino	500	47.9 (45.0-50.8)
Feminino	553	52.1 (49.2-55.0)
<b>Faixa etária</b>		
18-24	202	19.7 (17.6-22.0)
25-34	222	19.8 (17.6-22.1)
35-44	220	20.9 (18.7-23.3)
45-54	165	16.1 (14.1-18.3)
55-64	157	14.9 (13.0-17.0)
≥ 65	87	8.5 (7.0-10.1)
<b>Etnia</b>		
Branco	651	61.2 (58.3-63.9)
Mestiço	308	29.9 (27.3-32.6)

Preto	58	5.7 (4.4- 7.2)
Asiático	28	2.6 (1.8-3.7)
Indígena	8	0.7 (0.3-1.3)
<hr/>		
Educação		
<hr/>		
Analfabeto/Nenhuma	7	0.8 (0.3-1.4)
Elementar	39	4.3 (3.2-5.6)
Secundária	416	40.2 (37.4-43.1)
Superior	591	54.8 (51.9-57.6)
<hr/>		
Renda Familiar		
(unidade salário mínimo*)		
<hr/>		
< 2	68	7.7 (6.2-9.5)
2-3	158	18.2 (15.9-20.7)
4-8	338	37.8 (34.8-40.9)
9-18	245	26.6 (23.9-29.5)
>18	84	9.6 (7.9-11.6)
<hr/>		
Status ocupacional		
<hr/>		
Emprego meio período	213	20.2 (18.0-22.6)
Emprego período integral	477	44.5 (41.6-47.4)
Desempregado	92	8.8 (7.2-10.5)
Estudante	83	8.2 (6.7- 9.9)
Do lar	45	4.3 (3.2-5.6)
Invalidez	1	0.2 (0.02-0.6)
Aposentadoria	134	13.0 (11.1-15.0)
Trabalho voluntário	8	0.9 (0.5-1.6)
<hr/>		
Estado Civil		
<hr/>		
Solteiro(a)	346	32.7 (30.0-35.4)
Casado(a)/Coabitando	612	58.1 (55.3-60.9)
Divorciado(a)	54	5.4 (4.1-6.8)
Separado(a)	24	2.3 (1.5-3.3)
Viúvo(a)	17	1.6 (1.0-2.5)
<hr/>		
Religious Affiliation		
<hr/>		
Católico(a)	461	43.8 (40.8-46.9)
Evangelico(a)/Protestante	192	18.3 (16.0-20.7)
Espírita	136	12.9 (11.0-15.1)
Cristão	71	6.7 (5.3-8.4)
Outros	64	6.1 (4.7-7.7)

Agnóstico(a)/ Ateu(a)/ Nenhuma  
religião

128

12.2 (10.3-14.3)

---

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\* Baseado no salário-mínimo de Junho IBGE (2016). Há uma taxa de 16% de dados em branco na variável de renda.

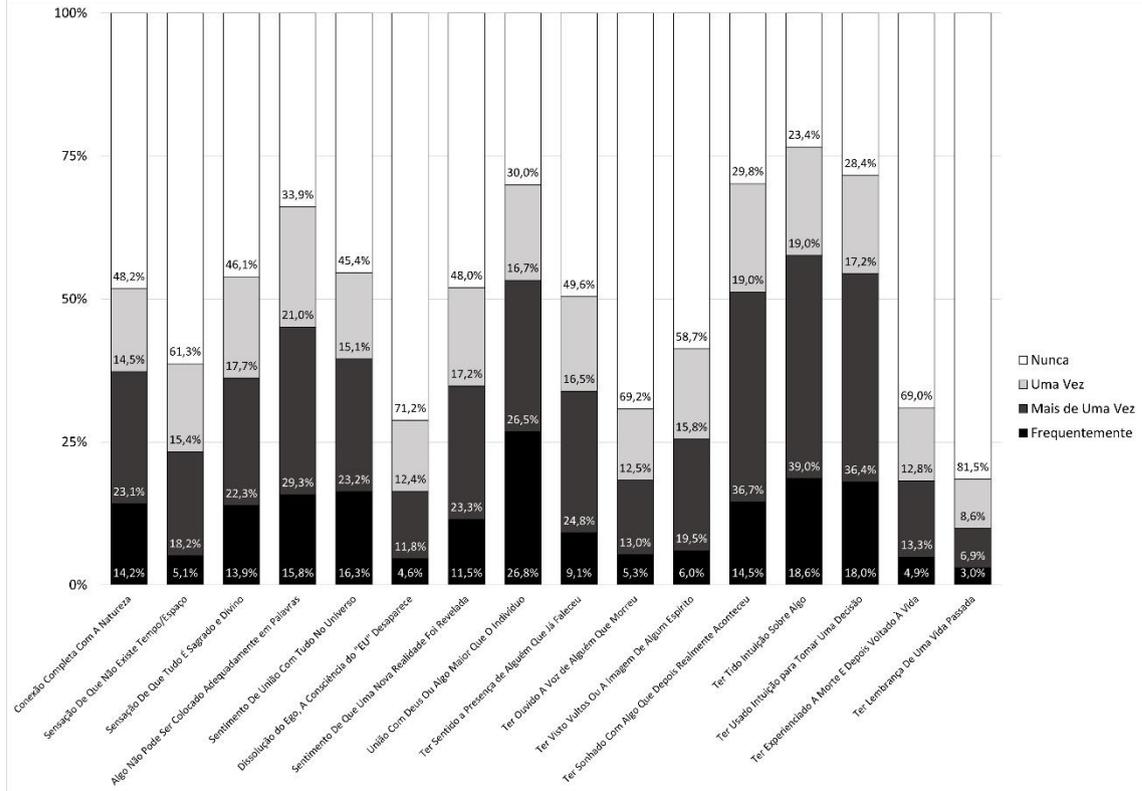
### 5.1.1 Experiências espirituais e religiosas

O gráfico 1 resume a prevalência de EERs. Aproximadamente 92% da amostra populacional relatou ter tido, pelo menos uma vez na vida, uma das EERs listadas em algum momento da vida. Os grupos de experiências mais relatadas pelos participantes como tendo acontecido pelo menos uma vez respectivamente foram: Experiências Místicas (84,2%), Relacionadas a Psi (83,1%), Mediúnicas (58,3%) e Vidas Passadas/Quase-Morte (33,1%).

As experiências mais relatadas como acontecendo com frequência foram: “União com Deus ou algo maior que o indivíduo” (26,8%), “Ter uma intuição sobre algo” (18,6%), “Ter usado a intuição para tomar uma decisão” (18,0%) e “Sentimento de união com tudo no universo” (16,3%).

Experiências inusitadas como “Sentir a presença de alguém que morreu” (50,4%), “Ver vultos ou imagem de algum espírito” (41,3%), “Sentir que não existe mais o tempo ou espaço” (38,7%), “Ouvir a voz de alguém que morreu” (30,8%) também foram relatadas como tendo acontecido pelo menos uma vez na vida por grande parte dos participantes. Os respondentes da pesquisa também afirmaram ter tido pelo menos uma experiência mística com frequência em 35% dos casos, enquanto no grupo de experiências relacionadas a psi, esse percentual foi de 27,7%, seguido pelo grupo mediúnico, com 11% das pessoas relatando pelo menos uma experiência mediúnica com frequência. Quase metade da amostra (47,5%) relatou ter frequentemente pelo menos uma das 16 experiências listadas.

Gráfico 1 – Prevalência de experiências religiosas e espirituais (EERs) no Brasil (n = 1053)

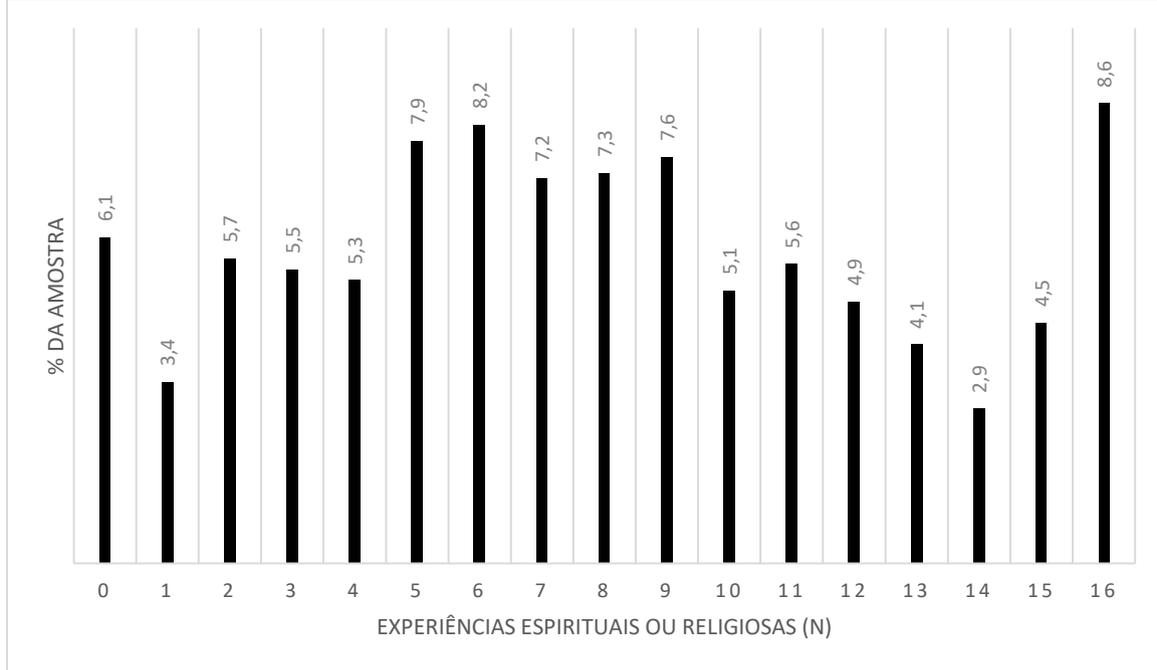


Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Cálculo de “pelo menos uma vez” foi obtido através da soma de “uma vez”, “mais de uma vez” e “frequentemente”.

Para investigar se um participante teve mais de um tipo de EER ao longo da vida, foi calculada a proporção do número de participantes (%) por diferentes tipos de EER relatados (Gráfico 2). Mais de 90% dos participantes declararam ter tido mais de uma EER na vida. A proporção de sujeitos que relataram ter todas as 16 experiências listadas foi a maior (8,6%), seguida de relatos de 5 a 9 experiências diferentes na vida.

Gráfico 2 – Histograma da proporção de participantes pelo número de EERs informados



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### 5.1.2 Perfil sociodemográfico e EERs

O modelo geral para cada um dos quatro modelos de regressão apresentou melhora de ajuste com as variáveis da equação em relação ao modelo nulo e adequação dos dados. As análises estatísticas para cada modelo mostraram que para a variável dependente Mística  $X^2 = 87,299$ ,  $df = 54$ ,  $p = 0,003$ , Pseudo  $R^2 = 0,10$ , Pearson  $X^2$ :  $p = 0,178$ ; Mediúnica  $X^2 = 90,855$ ,  $df = 52$ ,  $p = 0,001$ , Pseudo  $R^2 = 0,15$ , Pearson  $X^2$ :  $p = 0,37$ ;  $X^2$  Relacionada a Psi =  $84,187$ ,  $df = 52$ ,  $p < 0,003$ , Pseudo  $R^2 = 0,14$ , Pearson  $X^2$ :  $p = 0,35$ ; e Vida Passada/Quase-Morte:  $X^2 = 72,599$ ,  $df = 52$ ,  $p = 0,046$ , Pseudo  $R^2 = 0,13$ , Pearson  $X^2$ :  $p = 0,066$ . A precisão geral da classificação para prever corretamente os grupos em cada modelo foi: Mística = 53,9%, Mediúnica = 54,6%, Relacionada a Psi = 59,9% e Vida Passada/Quase-Morte: 70,2%.



Situação de Emprego	Aposentado	0.4 (.1-1.1)	0.2 (0.09-0.8)*	0.7 (0.3-1.5)	0.4 (0.1-1.6)	0.59 (0.22-1.5)	0.68 (0.21-2.1)	1.13 (0.53-2.42)	0.13 (0.014-1.19)
	Estudante	0.7 (0.3-1.8)	0.7 (0.2-1.9)	0.7 (0.3-1.5)	1.2 (0.4-4.1)	0.6 (0.24-1.57)	1.2 (0.45-3.6)	0.53 (0.21-1.44)	0.97 (0.21-4.3)
	Do Lar	1.2 (0.1-14.2)	5.4 (0.5-52.1)	1.8 (0.4-7.3)	1.4 (0.1-13.8)	1.6 (0.29-9.5)	1.1 (0.13-9.6)	0.15 (0.01-1.48)	0.47 (0.03-7.0)
	Desempregado	0.9 (0.3-2.6)	1.7 (.6-5.2)	0.7 (0.3-1.5)	1.5 (0.4-4.9)	0.8 (0.27-2.5)	2.0 (0.61-6.6)	0.98 (0.43-2.2)	0.45 (0.05-3.9)
	Meio Período	1.1 (0.6-2.2)	1.3 (.6-2.6)	1.0 (.6-1.5)	1.5 (0.7-3.2)	0.9 (0.47-1.74)	1.5 (0.74-3.31)	1.1 (.68-1.88)	1.29 (.53-3.0)
	Período Total	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)
	Estado Civil	Viúvo	.8 (.07-8.8)	1.2 (.1-13.6)	.9 (.1-5.2)	1.8 (.1-26.2)	-	-	1.14 (.23-5.6)
	Casado/União Estável	1.1 (.6-2.0)	1.5 (.8-2.9)	.35 (.21-0.57)†	1.1 (.5-2.4)	.41 (.21-.78)**	.61 (.30-1.24)	.56 (.34-.94)*	1.32 (.53-3.3)
	Divorciado	.4 (.1-1.2)	.4 (.1-1.5)	.15 (.05-0.44)**	.5 (.1-3.2)	.18 (.053-.64)**	.38 (.095-1.54)	.64 (.21-1.94)	2.3 (.39-13.9)
	Separado	.8 (.1-4.8)	.6 (.09-4.0)	.3 (.1-1.2)	-	-	-	.48 (.12-1.82)	-
	Solteiro	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)
Etnia	Parda	1.3 (.7-2.5)	2.1 (1.1-4.0)*	.9 (.6-1.4)	.9 (.4-1.7)	.89 (.50-1.59)	.78 (.41-1.47)	.83 (.52-1.33)	1.22 (.54-2.75)
	Asiática	.4 (.1-1.5)	.4 (.1-1.7)	.9 (.3-2.5)	1.1 (.2-6.2)	.25 (.079-.80)*	.11 (.021-.66)*	1.42 (.49-4.1)	-
	Negra	.9 (.3-2.4)	1.3 (.4-3.9)	1.4 (.7-3.1)	.8 (.2-3.3)	.68 (.25-1.83)	.78 (.26-2.32)	.91 (.38-2.17)	1.13 (.23-5.46)
	Caucasiana	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)	Ref. (1.0)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; †  $p < .001$ .

Nota. As categorias “Analfabeto/Não respondido” e “Trabalho voluntário” foram excluídas dos modelos de regressão devido ao número insuficiente de respondentes. Células em branco na tabela (“-“) indicam quando o modelo não pôde ser calculado devido a um número baixo de entradas. A categoria de referência é “nunca”. A categoria “Baixa frequência” foi formada através da junção das categorias “pelo menos uma vez” e “mais de uma vez”.

As associações estatisticamente significativas entre grupos de EERs e variáveis sociodemográficas são apresentadas na Tabela 2. Devido ao pequeno número de relatos de

algumas das experiências que resultaram em baixa contagem de células, o modelo de regressão foi calculado utilizando os grupos como um todo.

Os achados mais consistentes foram associações positivas significativas entre EERs com sexo e idade. Nos grupos místicos, mediúnicos e relacionados com psi, as mulheres foram mais propensas (60, 80 e 60% respectivamente) a ter essas experiências com frequência quando comparadas aos homens. Em relação à idade, apenas as experiências místicas foram classificadas como frequentes entre os sujeitos de 55-64 anos (OR= 4,3), e mais velhos - acima de 65 anos - (OR = 15,5). Associações foram encontradas em nível de baixa frequência entre os participantes do grupo mediúnico com idades entre 35-44 (OR=3,45), 45-54 (OR=7,0), 55-64 (OR=3,96) e  $\geq 65$  (OR=5,9) e entre aqueles com idade entre 45-54 anos (OR= 3,5) do grupo de experiências de memórias de vidas passadas/quase-morte. Pessoas de etnia mestiça foram duas vezes mais propensas a ter experiências místicas com frequência, enquanto ser asiático reduziu as chances de experiências relacionadas a psi com frequência (OR = 0,11) e em baixa frequência (OR = 0,25). Indivíduos casados e coabitantes apresentaram chances reduzidas de experiências mediúnicas e psi de baixa frequência (OR = 0,35, 0,15), bem como pessoas divorciadas (OR = 0,41 e 0,18, respectivamente). Educação, renda e status de emprego não se mostraram significativamente associados às EERs.

## 5.2 EXPERIÊNCIAS ESPONTÂNEAS E INDUZIDAS

A partir das mesmas características sociodemográficas da amostra do estudo anterior, estatísticas descritivas mostraram a predominância de experiências espontâneas (Tabela 1). Testes de qui-quadrado mostraram associações significativas entre as experiências espontâneas e induzidas com sexo ( $X^2 = 17,853$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ), faixa etária ( $X^2 = 32,904$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,001$ ) e afiliação religiosa ( $X^2 = 15,850$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,003$ ) (Tabela 1). Os valores corrigidos de Bonferroni e os resíduos ajustados padronizados indicaram associação das experiências espontâneas com a faixa etária  $> 60$  anos, masculino e católico, enquanto os que as experiências induzidas foram associadas com adultos jovens (31-45 anos), mulheres e espiritismo (Tabela 1). Não houve associações entre as experiências espontâneas ou induzidas e estado civil ( $X^2 = 1,290$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,525$ ), etnia ( $X^2 = 5,640$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,130$ ), renda familiar ( $X^2 = 0,383$ ,  $df$

= 2,  $p = 0,826$ ), educação ( $X^2 = 1,381$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,501$ ) e ocupação/trabalho ( $X^2 = 0,485$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,486$ ).

Tabela 3 – Características sociodemográficas das experiências espontâneas e induzidas auto reportadas (n = 970)

		Primário	Secundário
		N (%)	N (%)
Faixa etária (anos)	18-30	243 (32,4)	61 (27,6)
	31=45	209 (27,9)	96 (43,4)*
	46-60	188 (25,1)	57 (25,8)
	>60	109 (14,6)*	7 (3,2)
Sexo	Feminino	374 (49,9)	146 (66,1)*
	Masculino	375(50,1)*	75 (33,9)
Estado civil	Casado/Cohabitando	446 (59,5)	125 (56,6)
	Separado/ Divorciado/ Viúvo	64 (8,5)	24 (10,9)
	Solteiro	239 (31,9)	72 (32,6)
Etnia	Branco	472 (63,0)	127 (57,5)
	Preto	37 (4,9)	17 (7,7)
	Pardo	219 (29,2)	66 (29,9)
	Outros	21 (2,8)	11 (5,0)
Renda familiar (salário-mínimo)	>10	277 (37,1)	33 (39,8)
	2-10	414 (55,4)	45 (54,2)
	<2	56 (7,5)	5 (6,0)
Educação	Superior	423 (56,5)	126 (57,0)
	Ensino Médio	295 (39,4)	82 (37,1)
	Ensino Fundamental	31 (4,1)	13 (5,9)
Status Trabalho	Empregado	486 (64,9)	149 (67,4)
	Desempregado	263 (35,1)	72 (32,6)
Afiliação religiosa	Catolico	345 (46,1)*	80 (36,2)
	Protestante	133 (17,8)	45 (20,4)
	Espírita	94 (12,6)	41 (18,6)*
	Outros	87 (11,6)	38 (17,2)
	Agnostico/ Ateu/ Sem Religião	90 (12,0)	17 (7,7)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0.05$  Valores corrigidos (Bonferroni) das proporções entre experiências espontâneas e induzidas.

A Tabela 4 mostra a prevalência de EERs por tipo (espontânea ou induzida). A maioria das experiências foi espontânea, com prevalência de 77,2%. A prevalência de EERs induzidas foi de 22,7% (240/1053). Dentro de cada grupo de experiências, “Ouvir vozes de quem morreu”, “Dissolução do ego”, “Memórias de vidas passadas” e “Quase morte” apresentaram altas porcentagens de fatores identificados associados à sua ocorrência. Em relação a todos os grupos de experiências, “União com Deus ou algo maior que o indivíduo” teve o maior percentual de fatores identificados atribuídos a ela (18,5%). Entre aqueles que apresentaram qualquer EER pelo menos uma vez, a intuição foi quase 90% considerada espontânea, enquanto

a experiência de quase morte foi mais da metade do tempo atribuída a fatores indutores, ou seja, induzida (54,1%).

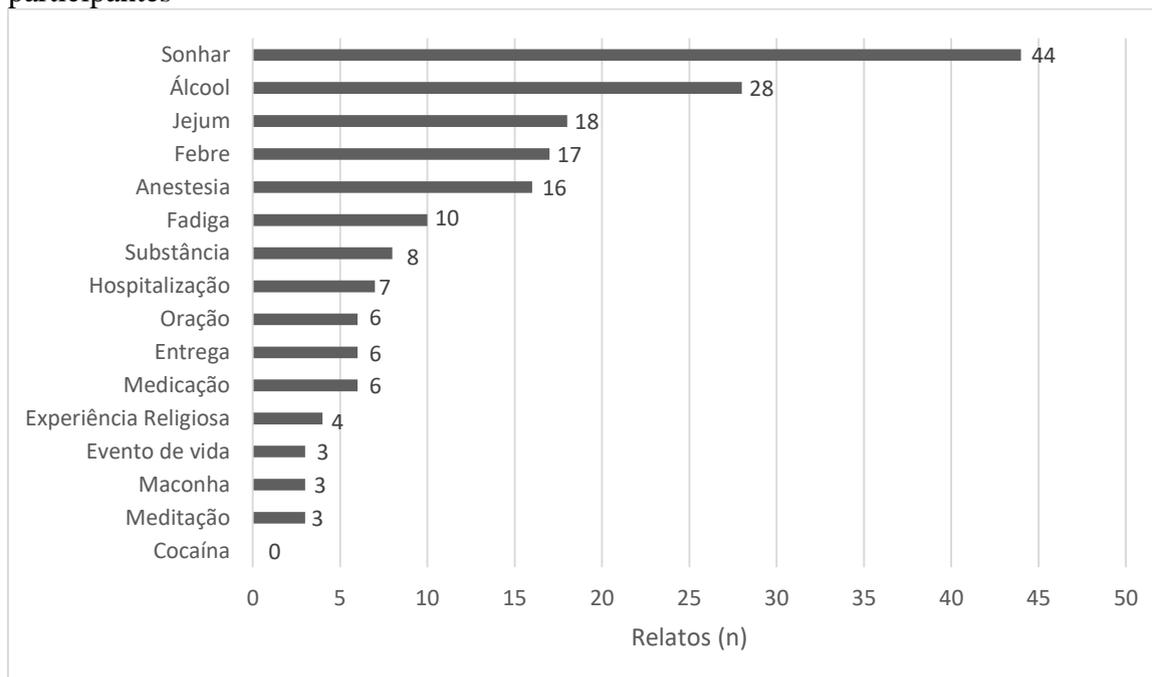
Tabela 4 – Prevalência de EERs atribuídas como espontâneas ou induzidas, ocorridas pelo menos uma vez na vida

Experiências	N (%) com cada experiência		% Amostra total (N = 1,053)	
	Espontâneas	Induzidas	Espontâneas	Induzidas
Experiência de total conexão com a natureza	391 (71.7)	154 (28.3)	37.1	14.6
Experiência de não percepção do tempo/espço	275 (67.4)	133 (32.6)	26.1	12.6
Sentir que tudo é sagrado e divino;	404 (71.1)	164 (28.9)	38.4	15.6
Experimentar algo que não pode ser colocado em palavras	511 (73.4)	185 (26.6)	48.5	17.6
Um sentimento de união com tudo no Universo	415 (72.2)	160 (27.8)	39.4	15.2
Sensação de uma nova realidade sendo revelada	379 (69.2)	169 (30.8)	36.0	16.0
Unidade com Deus ou algo superior a si mesmo	542 (73.5)	195 (26.5)	51.5	18.5
Dissolução do Ego, a consciência individual desaparece	179 (59.1)	124 (40.9)	17.0	11.8
Sentir a presença de alguém que morreu	371 (69.9)	160 (30.1)	35.2	15.2
Ouvir vozes de alguém que morreu	194 (59.9)	130 (40.1)	18.4	12.3
Experiência de ver aparições ou espíritos	293 (67.4)	142 (32.6)	27.8	13.5
Experiência de um sonho que mais tarde se tornou realidade	550 (74.4)	189 (25.6)	52.2	17.9
Experiência de intuição	601 (87.9)	83 (12.1)	57.1	7.9
Experiência de usar a intuição para tomar uma decisão	556 (87.0)	83 (13.0)	52.8	7.9
Experiência de ter uma memória de uma vida passada	189 (60.0)	126 (40.0)	17.9	12.0
Experiência de ter morrido e depois voltado à vida	89 (45.9)	105 (54.1)	8.5	10.0

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em relação às experiências induzidas, o gráfico 3 mostra o número de fatores indutores ou gatilhos dessas experiências.

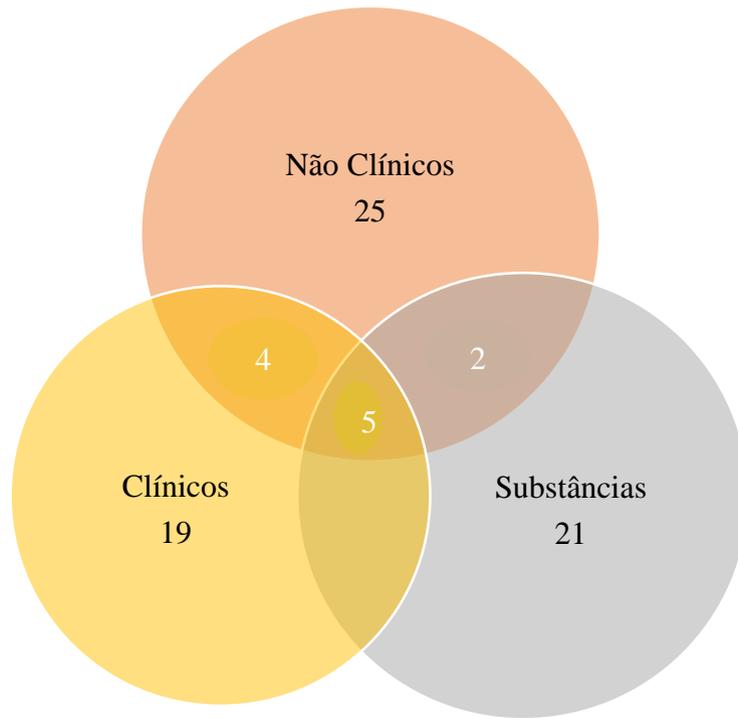
Gráfico 3 – Número de relatos de cada indutor de experiências tal como identificado pelos participantes



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

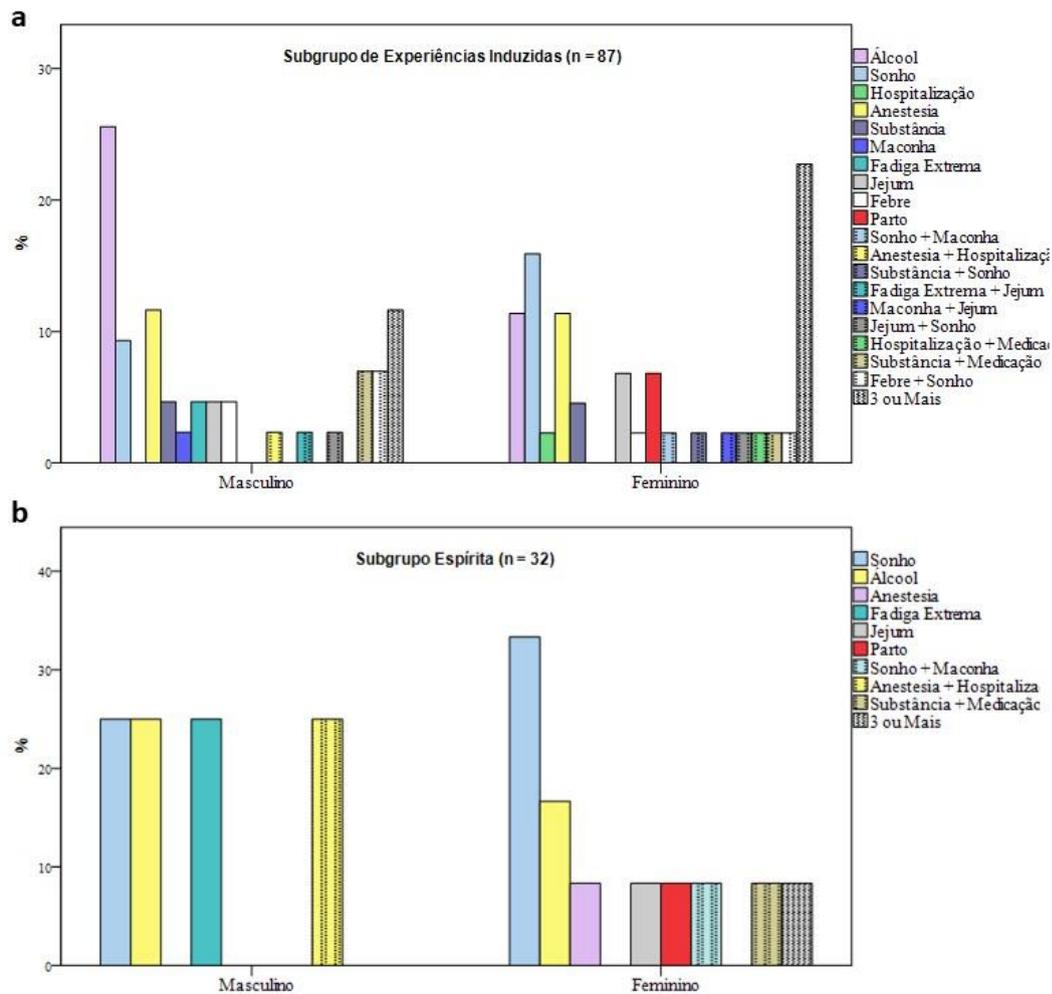
O gráfico 3 mostra a predominância de indutores específicos associados às EERs. Os sonhos foram relatados como os gatilhos mais comuns associados às experiências em nosso estudo, ou seja, os participantes deste subgrupo relataram que tiveram suas EERs enquanto sonhavam. O Gráfico 4 (Diagrama de Venn) mostra a proporção das três categorias de indutores (Clínico, Não clínico e Substância) relacionadas às experiências induzidas, sendo que 8,2% (n=87) da amostra total (N=1053) identificou um ou mais fatores indutores. O gráfico 5 mostra a proporção de indutores individuais e múltiplos por sexo no subgrupo que relatou experiências induzidas (a) e entre aqueles afiliados ao Espiritismo (b), que foi a única afiliação religiosa significativamente associada às experiências induzidas.

Gráfico 4 – Diagrama de Venn das categorias relacionadas aos fatores indutores identificados pelos participantes



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Gráfico 5 – Proporção de indutores únicos e múltiplos por gênero no subgrupo de experiências induzidas (a), e por participantes afiliados ao Espiritismo (b)

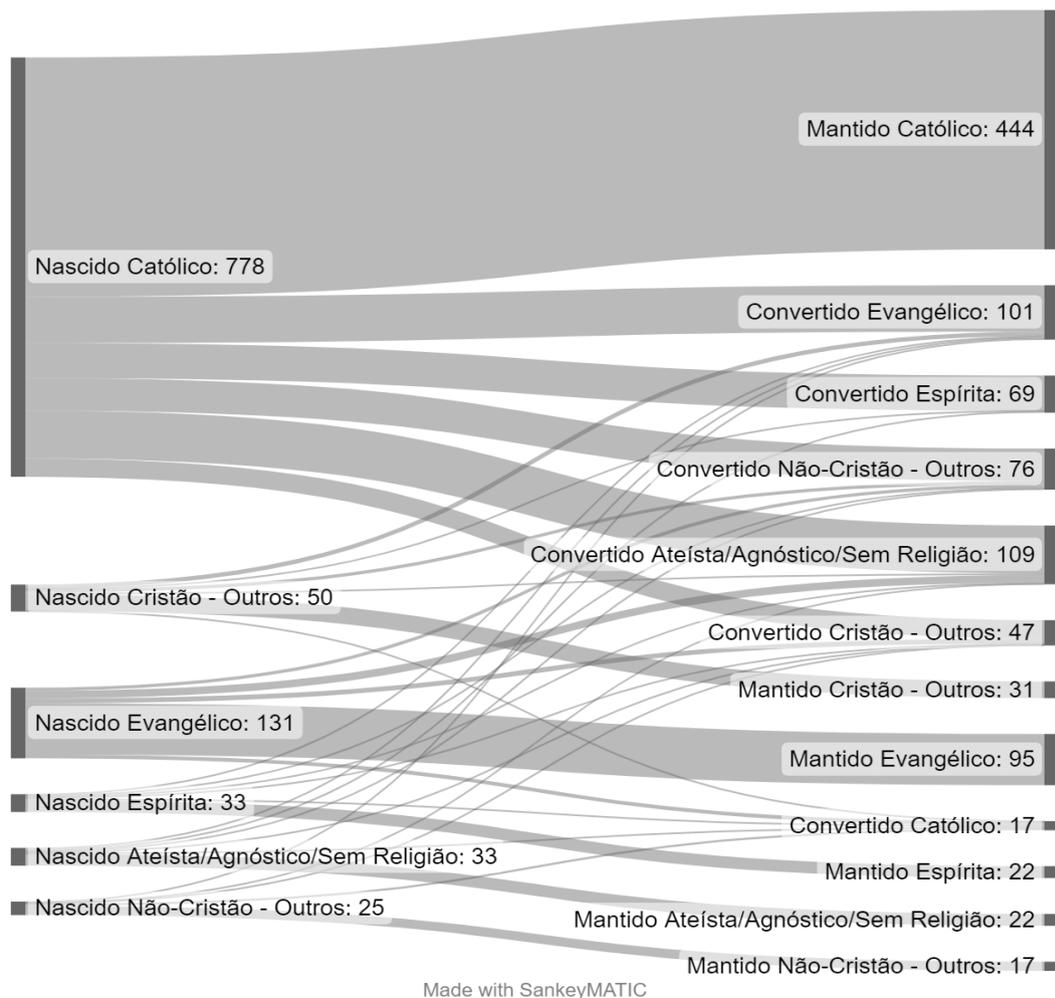


Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### 5.3 EER E CONVERSÃO/MIGRAÇÃO RELIGIOSA

Um total de 1.053 participantes foram incluídos para essa análise. O gráfico 6 ilustra a dinâmica da mudança de religião entre os 6 grupos de afiliações religiosas. Os católicos continuaram a ser a afiliação religiosa dominante no Brasil, embora exibam a maior taxa de emigração (43%).

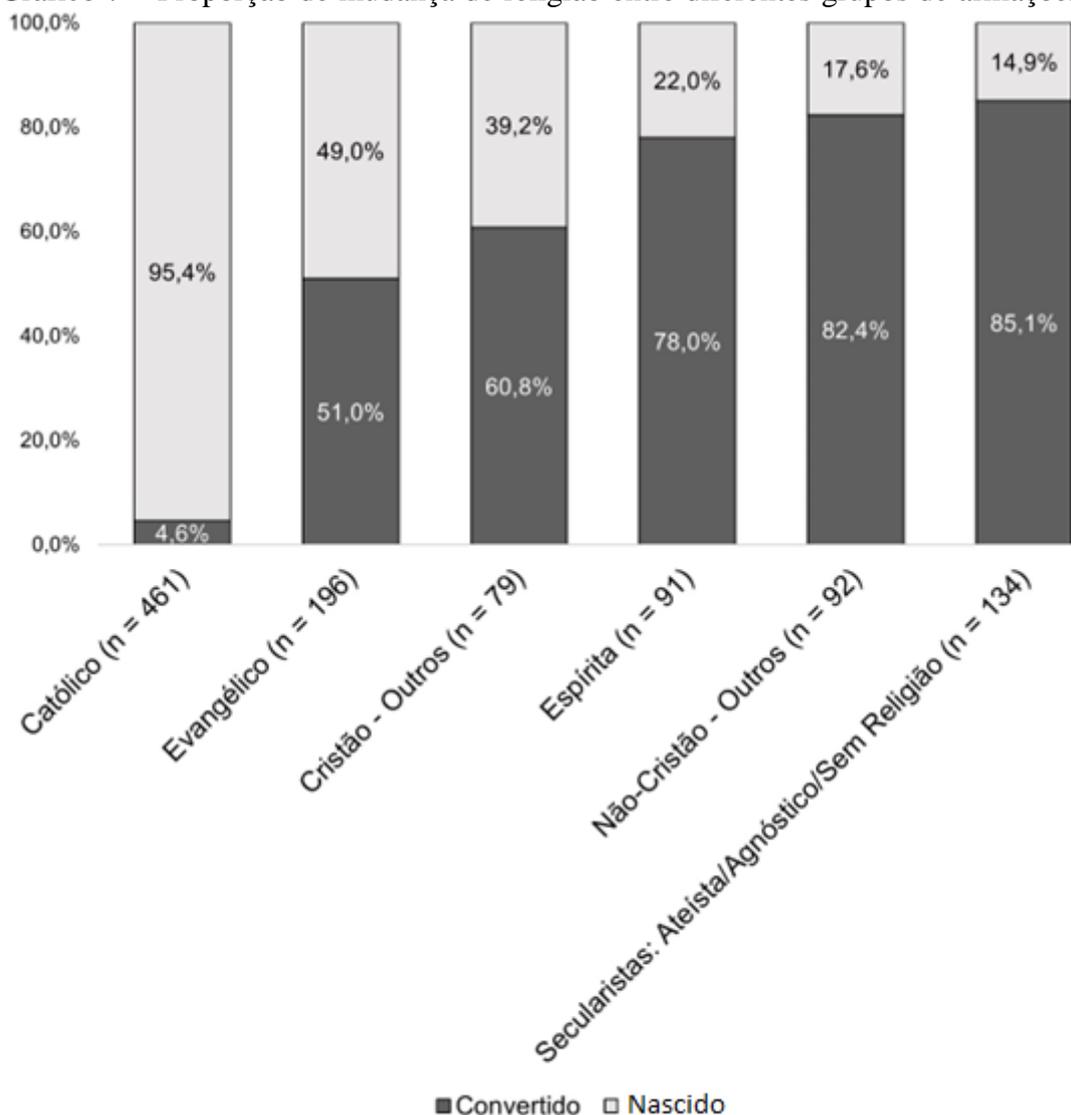
Gráfico 6 – Gráfico aluvial da mudança de afiliação religiosa dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O gráfico 7 ilustra a proporção de mudança de religião entre diferentes grupos de afiliações religiosas. Os secularistas (ateus/agnósticos/sem religião) apresentaram a maior taxa de migração interna (85,1%), seguidos por outros - não cristãos (82,4%), espíritas (78%), outros - cristãos (60,8%) e evangélicos (51%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Proporção de mudança de religião entre diferentes grupos de afiliações religiosas



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A Tabela 5 resume as características sociodemográficas dos grupos de acordo com seu perfil de mudança religiosa. A mudança religiosa foi associada ao sexo ( $X^2 = 12,85$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,002$ ), idade ( $X^2 = 26,602$ ,  $df = 6$ ,  $p > 0,001$ ), etnia ( $X^2 = 12,85$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,002$ ), e estado civil ( $X^2 = 38,179$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,001$ ), com maior proporção de mulheres, pardos, meia-idade e casados/coabitando entre os “Convertidos”, e maior proporção de homens, jovens, solteiros, da Região Centro entre os “Secularistas”. (Tabela 5).

Tabela 5 – Dados sociodemográficos dos participantes segundo grupos de mudança religiosa

	Convertido (n = 312)	Nascidos (n = 606)	Secularistas (n = 134)
--	-------------------------	-----------------------	---------------------------

Região	Norte	25 (8)	45 (7.4)	9 (6.8)
	Nordeste	76 (34.4)	175 (28.9)	31 (23.3)
	Centro	26 (8.3)	36 (6)*	16 (12)
	Sodeste	140 (44.9)	261 (43.1)	61 (45.9)
	Sul	45 (14.4)	88 (14.5)	16 (12)
Idade, anos (IQR), Faixa Etária, n (%)		39,5 (37,0-41,0) <sup>†</sup>	40,0 (38,0-43,0) <sup>†</sup>	31,5 (26,0-35,0)
	18-30	83 (26,6)*	184 (30,4)*	66 (49,3)
	31=45	113 (36,2)*	193 (31,8)*	28 (20,9)
	46-60	84 (26,9)	152 (25,1)	25 (18,7)
	>60	32 (10,3)	77 (12,7)	15 (11,2)
Sexo, n (%)	Feminino	190 (60,9)*#	301 (49,7)	62 (46,3)
	Masculino	122 (39,1)*#	305 (50,3)	72 (53,7)
Etnia, n (%)	Branca	179 (57,4)	380 (62,7)	91 (67,9)
	Negra	20 (6,4)	27 (4,5)	11 (8,2)
	Parda	101 (32,4)*	180 (29,7)	27 (20,1)
	Outras (Asiática, Indígena)	12 (3,8)	19 (3,1)	5 (3,7)
	Estado Civil, n (%)	Casado/União Estável	195 (62,5)*	368 (60,7)*
	Divorciado/Separado	22 (7,1)	45 (7,4)	11 (8,2)
	Viúvo	8 (2,6)	7 (1,2)	2 (1,5)
	Solteiro	87 (27,9)*	186 (30,7)*	73 (54,5)
Renda Familiar, m.w.	≤ 2	23 (9)	38 (7,3)	7 (6,1)
	3-4	49 (19,1)	89 (17)	20 (17,4)
	5-8	101 (39,5)	188 (36)	49 (42,6)
	9-15	61 (23,8)	153 (29,3)	31 (27)
	> 15	22 (8,6)	54 (10,3)	8 (7)
	Educação, n (%)	Superior	184 (59,4)	334 (55,5)
	Ensino Médio	113 (36,5)	248 (41,2)	55 (41,4)
	Ensino Fundamental	13 (4,2)	20 (3,3)	6 (4,5)
Status de trabalho ‡	Não Trabalha	104 (33,3)	209 (34,5)	50 (37,3)
	Trabalhando	208 (67,7)	397 (65,5)	84 (62,7)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs Secularistas, teste Qui-quadrado com correção de Bonferroni; #:  $p < 0,05$  vs Levantado, teste Qui-quadrado com correção de Bonferroni; †:  $p < 0,05$  vs Secularistas, One-Way ANOVA, ajustado por Bonferroni; s.m.: salário-mínimo; ‡: Não trabalha: desempregado, estudante, dona de casa, aposentado, voluntário e deficiente; Trabalho: trabalho a tempo parcial ou a tempo inteiro.

A Tabela 6 mostra a prevalência de EERs de acordo com os grupos de mudança religiosa. A maioria das EERs mostrou-se associada à mudança religiosa, com maior proporção de EERs entre os Convertidos em relação aos “Nascidos” ou “Secularistas”, com exceção de “Conexão com a Natureza”, que apresentou proporção semelhante entre os grupos (Tabela 6). Indivíduos que permaneceram em suas afiliações primárias também apresentaram maior proporção de EERs comparados aos Secularistas para a maioria das EERs (Tabela 4).

Tabela 6 – Prevalência de EERs segundo grupos de mudança religiosa

	Convertidos (n = 312)	Nascidos (n = 606)	Seculares (n = 134)
--	--------------------------	-----------------------	------------------------

Conexão com a natureza	Pelo menos uma vez	170 (54.5)	316 (52.1)	59 (44)
	Nunca	142 (45.5)	290 (47.9)	75 (56)
Suspensão de Tempo e Espaço	Pelo menos uma vez	140 (44.9)*	233 (38.4)*	35 (26.1)
	Nunca	172 (55.1)*	373 (61.6)*	99 (73.9)
Tudo Sagrado e Divino	Pelo menos uma vez	185 (59.3)*	352 (58.1)*	31 (23.1)
	Nunca	127 (40.7)*	254 (41.9)*	103 (76.9)
Inefabilidade	Pelo menos uma vez	246 (78.8)*#	387 (63.9)*	63 (47)
	Nunca	66 (21.2)*#	219 (36.1)*	71(53)
Sentimento de União com Tudo	Pelo menos uma vez	198 (63.5)*#	331 (54.6)*	46 (34.3)
	Nunca	114 (36.5)*#	275 (45.4)*	88 (65.7)
Uma Nova Realidade Revelada	Pelo menos uma vez	204 (65.4)*#	311 (51.3)*	33 (24.6)
	Nunca	108 (34.6)*#	295 (48.7)*	101 (75.4)
União com Deus ou Algo Maior	Pelo menos uma vez	264 (84.6)*#	442 (72.9)*	31 (23.1)
	Nunca	48 (15.4)*#	164 (27.1)*	103 (76.9)
Dissolução do Ego	Pelo menos uma vez	112 (35.9)*#	166 (27.4)*	25 (18.7)
	Nunca	200 (64.1)*#	440 (72.6)*	109 (81.3)
Sonho que Mais Tarde se Torna Realidade	Pelo menos uma vez	239 (76.6)*	427 (70.5)*	73 (54.5)
	Nunca	73 (23.4)*	179 (29.5)*	61 (45.5)
Having Intuition About Something	Pelo menos uma vez	215 (84)*#	390 (74.7)	79 (68.7)
	Nunca	41 (16)*#	132 (25.3)	36 (31.3)
Usar Intuição na Tomada de Decisão	Pelo menos uma vez	202 (78.9)*#	362 (69.3)	75 (65.2)
	Nunca	54 (32.2)*#	160 (30.7)	40 (34.8)
Sentir a Presença de um Parente Falecido	Pelo menos uma vez	179 (57.4)*	306 (50.5)*	46 (34.3)
	Nunca	133 (42.6)*	300 (49.5)*	88 (65.7)
Ouvir a Voz de um Parente Falecido	Pelo menos uma vez	113 (36.2)*	189 (31.2)*	22 (16.4)
	Nunca	199 (63.8)*	417 (68.8)*	112 (83.6)
Ver o Espírito de um Parente Falecido	Pelo menos uma vez	155 (49.7)*#	238 (39.3)	42 (31.3)
	Nunca	157 (50.3)*#	368 (60.7)	92 (68.7)
Experiência de Vida Passada	Pelo menos uma vez	103 (33)*	187 (30.9)*	25 (18.8)
	Nunca	209 (67)*	419 (69.1)*	108 (81.2)
Experiência de Quase Morte	Pelo menos uma vez	56 (17.9)	124 (20.5)*	14 (10.5)
	Nunca	256 (82.1)	482 (79.5)*	119 (89.5)

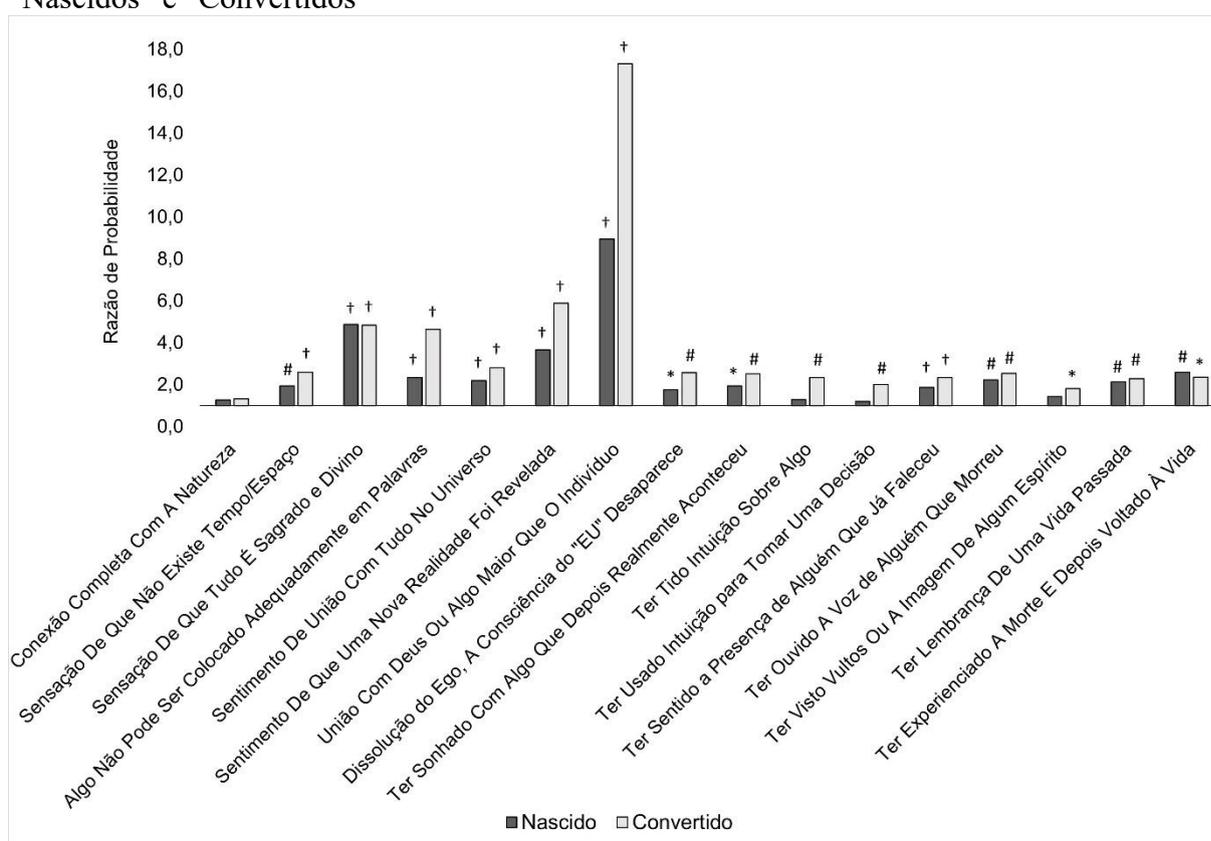
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs secularistas; #:  $p < 0,05$  vs “Nascidos”; Teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni.

Com base nas razões de chance do primeiro modelo de regressão ajustado (ou seja, “Secularistas” como grupo de referência), a maioria das EERs foi preditora de ambos os grupos

de “Convertidos” e “Nascidos” em comparação com os “Secularistas”, exceto para “Conexão com a natureza”, que não foi uma experiência preditora significativa, indicando que está igualmente associada a todos os grupos (Gráfico 3). EERs Psi e mediúnicas “Ter tido a intuição sobre algo”, “Ter usado a intuição para tomar decisões” e “Ver o vulto ou espírito de alguém que já morreu” foram apenas preditores de conversão, indicando que estão igualmente associados a “Secularistas” e “Nascidos”.

Gráfico 8 – Razão de chances (IC 95%) de EERs de acordo com a mudança religiosa entre “Nascidos” e “Convertidos”



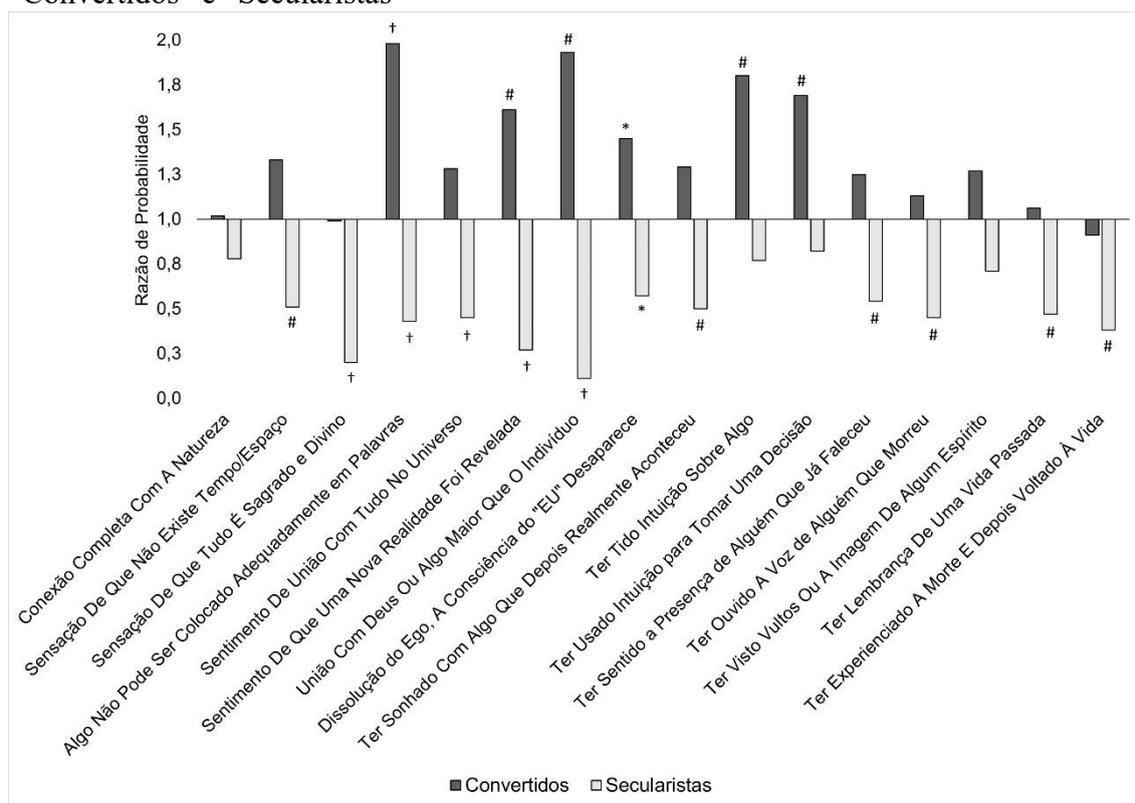
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A razão de chances é por ter experimentado EERs “pelo menos uma vez” na vida. Nível de referência: nunca; Grupo de referência: Secularistas (n = 134); \*: p < 0,05; #: p < 0,01; †: p < 0,001. O modelo foi ajustado para a idade, sexo e renda familiar.

No segundo modelo de regressão ajustado (ou seja, "Nascidos" como o grupo de referência), a maioria das EERs foi preditora do grupo de “Convertidos” e dissociada do grupo “Secularista” (odds ratio < 1,0), indicando que as EERs se associam à conversão, mas é improvável que se associem a secularistas (Gráfico 9). Duas exceções para esse padrão foram

as EERs místicas e mediúnicas “Conexão com a natureza” e “Ver vultos ou o espírito de uma pessoa que já morreu”, que não apresentaram associações significativas, indicando que essas EERs estão igualmente associadas a todos os grupos.

Gráfico 9 – Razão de chances (IC 95%) de EERs de acordo com a mudança religiosa entre “Convertidos” e “Secularistas”



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A razão de chances é por ter experimentado EERs “pelo menos uma vez” na vida. Nível de referência: nunca; Grupo de referência: Elevado (n = 606); \*: p < 0,05; #: p < 0,01; †: p < 0,001. O modelo foi ajustado para a idade, sexo e renda familiar.

## 5.4 EER E ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL

### 5.4.1 Experiências místicas

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 1.053 (84,1%) entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana (IQR) dos participantes foi de 39 (27-53) anos e eles eram em sua maioria mulheres (52,5%), brancos (61,8%) e com ensino superior completo (56,5%). Os escores medianos da amostra

(intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6 (2-10), GAD-7: 5 (2-9), WHOQOL - físico: 71,4 (60,7-82,1), WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), TOV - otimismo: 9 (7-10), e TOV - pessimismo: 5 (7-9). A maioria dos participantes era católica (43,8%), seguida de evangélicos/protestantes (18,3%), espíritas (12,9%) e sem religião, agnósticos ou ateus (12,2%). A frequência de religiosidade organizacional mensal ou mais foi de 44,2%, enquanto a frequência de religiosidade não organizacional duas vezes por semana ou mais foi de 63,3%. A mediana dos escores somados de religiosidade intrínseca (RI) foi 6 (4-8). Nesta amostra, 84,2% (887/1053) dos participantes relataram ter tido pelo menos uma experiência mística na vida e 16,7% (176/1053) relataram ter tido todas as experiências místicas pelo menos uma vez na vida.

A Tabela 7 resume as características sociodemográficas dos grupos. Os grupos foram homogêneos quanto às características sociodemográficas.

Tabela 7 – Características sociodemográficas da amostra em relação às EERs Místicas (n = 1053)

	Experiências Místicas		
	Nunca (n = 166)	Pelo menos uma vez (n = 711)	Todas pelo menos uma vez (n = 176)
Mediana (IQR) Idade (anos)	36.5 (25.0-51.0)	40.0 (28.0-55.0)	36.0 (27.2-49.0)
Faixa Etária, n (%)			
18-24 anos	40 (24.1)	132 (18.6)	30 (17.0)
25-34 anos	34 (20.5)	141 (19.8)	47 (26.7)
35-44 anos	37 (22.3)	142 (20.0)	41 (23.3)
45-54 anos	22 (13.3)	117 (16.5)	26 (14.8)
55-64 anos	23 (13.9)	109 (15.3)	25 (14.2)
≥ 65 anos	10 (6.0)	70 (9.8)	7 (4.0) <sup>b</sup>
Gênero, n (%)			
Feminino	79 (47.6)	376 (52.9)	98 (55.7)
Masculino	87 (52.4)	335 (47.1)	78 (44.3)
Etnia – auto-declaração, n (%)			
Branca	109 (65.7)	426 (59.9)	116 (65.9)
Negra	9 (5.4)	41 (5.8)	8 (4.5)
Parda	40 (24.1)	219 (30.8)	49 (27.8)
Outras (Asiática, Indígena)	8 (4.8)	25 (3.5)	3 (1.7)
Educação, n (%)			
Superior	86 (51.8)	399 (56.1)	106 (60.2)
Ensino Médio	74 (44.6)	281 (39.5)	61 (34.7)
Ensino Fundamental	6 (3.6)	31 (4.4)	9 (5.1)
Renda Familiar - salários mínimos, n (%)			
>18	12 (8.8)	57 (9.5)	15 (9.7)
9-18	34 (25.0)	171 (28.4)	40 (25.8)
4-8	47 (34.6)	230 (38.2)	61 (39.4)
2-3	29 (21.3)	98 (16.3)	31 (20.0)
<2	14 (10.3)	46 (7.6)	8 (5.2)

Estado Civil, n (%)			
Casado/União Estável	84 (50.6)	431 (60.6)	97 (55.1)
Solteiro	66 (39.8)	213 (30.0) <sup>a</sup>	67 (38.1)
Divorciado	12 (7.2)	34 (4.8)	8 (4.5)
Separado	2 (1.2)	20 (2.8)	2 (1.1)
Viúvo	2 (1.2)	13 (1.8)	2 (1.1)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs Não, teste mediano; a:  $p < 0,05$  vs Nunca; b:  $p < 0,05$  vs Pelo menos um, teste Qui-Quadrado, ajustado por Bonferroni. Havia 160 dados faltantes para dados de renda.

Comparado ao grupo “Nunca”, os participantes que relataram ter tido “todas as experiências místicas pelo menos uma vez” apresentaram pontuações mais altas de PHQ-9, GAD-7 e TOV – otimismo e pontuações mais baixas de WHOQOL – físico e TOV – pessimismo, enquanto os participantes do grupo que teve “pelo menos uma experiência” apresentou maiores escores de GAD-7, WHOQOL – psicológico e TOV – otimismo (Tabela 7).

Nos grupos que relataram experiências místicas, os participantes eram predominantemente espíritas ou pertencentes a “Outras”, enquanto no grupo “Nunca” os participantes eram predominantemente sem religião, agnósticos, ateus (Tabela 8). Em relação à religiosidade, os participantes com experiência mística apresentaram maior religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca (scores mais baixos indicam maior RI) (Tabela 8).

Tabela 8 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação às EERs Místicas (n = 1053)

	Experiências Místicas		
	Nunca (n = 166)	Pelo menos uma vez (n = 711)	Todas pelo menos uma vez (n = 176)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	4.0 (2.0-9.0)	5.0 (2.0-9.0) #	9.0 (3.2-15.0) #†
Mínimo, n (%)	85 (51.2)	305 (42.9)	51 (29.0) <sup>ab</sup>
Leve, n (%)	48 (28.9)	241 (33.9)	53 (30.1)
Moderado, n (%)	13 (7.8)	103 (14.5)	25 (14.2)
Moderadamente grave, n (%)	11 (6.6)	44 (6.2)	24 (13.6) <sup>b</sup>
Grave, n (%)	9 (5.4)	18 (2.5)	23 (13.1) <sup>ab</sup>
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	4.0 (1.0-7.0)	5.0 (2.0-9.0) #	7.0 (3.0-12.7) #†
Mínimo, n (%)	92 (55.4)	315 (44.3) <sup>a</sup>	58 (33.0) <sup>ab</sup>
Leve, n (%)	45 (27.1)	245 (34.5)	54 (30.7)
Moderado, n (%)	17 (10.2)	103 (14.5)	33 (18.8)
Grave, n (%)	12 (7.2)	48 (6.8)	31 (17.6) <sup>ab</sup>
WHOQOL – Física, mediana (IQR)	71.4 (60.7-85.7)	71.4 (60.7-82.1)	67.9 (53.6-78.6) #†
Quartil 1 (mais alto), n (%)	48 (28.9)	169 (23.8)	29 (16.5) <sup>a</sup>
Quartil 2, n (%)	32 (19.3)	177 (24.9)	30 (17.0)
Quartil 3, n (%)	32 (19.3)	167 (23.5)	48 (27.3)

Quartil 4 (mais baixo), n (%)	54 (32.5)	198 (27.8)	69 (39.2) <sup>b</sup>
WHOQOL – Psicológica, mediana (IQR)	66.7 (50.0-75.0)	70.8 (58.3-79.2) #	66.7 (54.2-79.2)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	27 (16.3)	178 (25.0) <sup>a</sup>	36 (20.5)
Quartil 2, n (%)	30 (18.1)	146 (20.5)	32 (18.2)
Quartil 3, n (%)	48 (28.9)	196 (27.6)	43 (24.4)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	61 (36.7)	191 (26.9) <sup>a</sup>	65 (36.9) <sup>b</sup>
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	8.0 (6.0-9.0)	8.0 (7.0-10.0) #	9.0 (7.0-10.0) #
Quartil 1 (mais alto), n (%)	11 (6.7)	77 (11.1)	32 (18.2) <sup>ab</sup>
Quartil 2, n (%)	29 (17.7)	192 (27.6) <sup>a</sup>	31 (17.6) <sup>b</sup>
Quartil 3, n (%)	58 (35.4)	265 (38.1)	67 (38.1)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	66 (40.2)	161 (23.2) <sup>a</sup>	46 (26.1) <sup>a</sup>
TOV – Pessimismo, mediana (IQR)	7.0 (5.0-9.0)	7.0 (6.0-9.0)	6.0 (4.0-8.0) #†
Quartil 1 (mais alto), n (%)	26 (15.9)	146 (21.0)	24 (13.6)
Quartil 2, n (%)	38 (23.2)	196 (28.2)	31 (17.6) <sup>b</sup>
Quartil 3, n (%)	51 (31.1)	212 (30.5)	50 (28.4)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	49 (29.9)	141 (20.3) <sup>a</sup>	71 (40.3) <sup>b</sup>
DUREL – Organizacional, n (%)			
Nunca	52 (31.3)	82 (11.5) <sup>a</sup>	8 (4.5) <sup>ab</sup>
Pelo menos uma vez	27 (16.3)	99 (13.9)	19 (10.8)
Todas pelo menos uma vez	29 (17.5)	193 (27.1) <sup>a</sup>	48 (27.3)
Algumas vezes no mês	17 (10.2)	94 (13.2)	35 (19.9) <sup>a</sup>
Uma vez por semana	20 (12.0)	147 (20.7) <sup>a</sup>	34 (19.3)
Mais de uma vez por semana	21 (12.7)	96 (13.5)	32 (18.2)
DUREL – Não organizacional, n (%)			
Raramente ou nunca	64 (38.6)	112 (15.8) <sup>a</sup>	7 (4.0) <sup>ab</sup>
Algumas vezes em um mês	28 (16.9)	89 (12.5)	23 (13.1)
Uma vez por semana	2 (1.2)	42 (5.9) <sup>a</sup>	19 (10.8) <sup>a</sup>
Duas ou mais vezes por semana	7 (4.2)	112 (15.8) <sup>a</sup>	36 (20.5) <sup>a</sup>
Diariamente	51 (30.7)	276 (38.8)	63 (35.8)
Mais de uma vez por dia	14 (8.4)	80 (11.3) <sup>a</sup>	28 (15.9) <sup>ab</sup>
DUREL – Soma de Religiosidade Intrínseca, mediana (IQR)	9.0 (5.0-13.0)	12.0 (10.0-14.0) #	13.0 (11.0-14.0) #
Afiliação Religiosa			
Católica	73 (44.2)	312 (43.9)	76 (43.2)
Evangélica/Protestante	22 (13.3)	147 (20.7)	23 (13.1)
Espiritismo	6 (3.6)	91 (12.8) <sup>a</sup>	39 (22.2) <sup>ab</sup>
Cristianismo	5 (3.0)	54 (7.6)	12 (6.8)
Outros	13 (7.9)	32 (4.5)	19 (10.8) <sup>b</sup>
Sem Religião, Agnóstico ou Ateu	46 (27.9)	75 (10.5) <sup>a</sup>	7 (4.0) <sup>ab</sup>

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

#:  $p < 0.05$  vs Nunca; †:  $p < 0.05$  vs Pelo menos uma comparação de pares do teste Mediano com ajustes de Bonferroni.

<sup>a</sup>:  $p < 0.05$  vs Nunca; <sup>b</sup>:  $p < 0.05$  vs Pelo menos um, teste de Qui-Quadrado, ajustado por Bonferroni. Havia 18 dados faltantes para os dados dos questionários TOV-R.

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes do grupo “Todas pelo menos uma vez” apresentaram chances significativamente maiores de níveis mais altos de PHQ-9 grave [OR: 4,20 (1,80-9,80),  $p = 0,001$ ] e moderadamente grave [OR: 3,59 (1,62-7,94),  $p = 0,002$ ], nível mais alto de GAD-7 grave [OR: 4,05 (1,92-8,52),  $p < 0,001$ ] (Tabela 9), e chances mais altas para o quartil mais alto de TOV – otimismo [OR: 4,17 (1,91-9,12),  $p < 0,001$ ] (Tabela 11), enquanto os participantes

do grupo “Pelo menos uma experiência” mostraram apenas associação significativa com chances mais altas de nível moderado de PHQ-9 [OR: 2,18 (1,16-4,07),  $p = 0,014$ ], níveis de GAD-7 leve [OR: 1,57 (1,06-2,33),  $p = 0,024$ ] e [OR: 1,72 (1,11-2,65),  $p = 0,014$ ] (Tabela 9) e chances mais altas para o quartil mais alto do WHOQOL - domínio psicológico [OR: 2,07 (1,25-3,40),  $p = 0,004$ ] (Tabela 10), escores TOV de otimismo [OR: 2,87 (1,43-5,74),  $p = 0,003$ ] e escores TOV pessimismo [ 1,95 (1,15-3,31),  $p = 0,013$ ] (Tabela 11).

Tabela 9 – Associações entre EERs Místicas e Ansiedade e Depressão (n = 1053)

	Modelo Bruto		Modelo Ajustado	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>Depressão – PHQ-9</b>				
<b>Grave</b>				
Todas pelo menos uma vez	4.20 (1.80-9.80)	0.001	5.48 (1.92-15.66)	0.001
Pelo menos uma vez	0.55 (0.239-1.27)	0.162	0.72 (0.276-1.88)	0.551
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Severa</b>				
Todas pelo menos uma vez	3.59 (1.62-7.94)	0.002	5.87 (2.31-14.92)	< 0.001
Pelo menos uma vez	1.10 (0.54-2.22)	0.787	1.65 (0.75-3.66)	0.210
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Todas pelo menos uma vez	3.16 (1.48-6.74)	0.003	3.75 (1.61-8.71)	0.002
Pelo menos uma vez	2.18 (1.16-4.07)	0.014	2.74 (1.38-5.44)	0.004
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Mínimo</b>				
Todas pelo menos uma vez	1.81 (1.07-3.06)	0.025	1.85 (1.04-3.30)	0.036
Pelo menos uma vez	1.38 (0.93-2.04)	0.106	1.50 (0.97-2.31)	0.065
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Ansiedade – GAD-7</b>				
<b>Grave</b>				
Todas pelo menos uma vez	4.05 (1.92-8.52)	< 0.001	3.99 (1.68-9.43)	0.002
Pelo menos uma vez	1.15 (0.58-2.26)	0.674	1.31 (0.62-2.79)	0.410
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Todas pelo menos uma vez	3.04 (1.55-5.96)	0.001	3.01 (1.42-6.34)	0.004
Pelo menos uma vez	1.75 (0.99-3.07)	0.052	1.91 (1.02-3.54)	0.040
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Mínimo</b>				
Todas pelo menos uma vez	1.88 (1.12-3.15)	0.016	1.80 (1.02-3.18)	0.040
Pelo menos uma vez	1.57 (1.06-2.33)	0.024	1.72 (1.11-2.65)	0.014
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlaram os efeitos de idade, sexo, escolaridade, DUREL (organizacional, não organizacional e RI) e afiliação religiosa.

Tabela 10 – Associações entre EERs Místicas e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 1053)

	Modelo Bruto		Modelo Ajustado	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>WHOQOL - Física</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Todas pelo menos uma vez	0.46 (0.259-0.83)	0.010	0.41 (0.217-0.80)	0.009
Pelo menos uma vez	0.94 (0.60-1.46)	0.792	0.79 (0.48-1.29)	0.350
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Todas pelo menos uma vez	0.72 (0.390-1.33)	0.294	0.67 (0.348-1.32)	0.256
Pelo menos uma vez	1.48 (0.91-2.40)	0.112	1.40 (0.83-2.37)	0.198
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Todas pelo menos uma vez	1.15 (0.65-2.04)	0.628	0.97 (0.51-1.84)	0.935
Pelo menos uma vez	1.39 (0.86-2.26)	0.176	1.11 (0.65-1.88)	0.683
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>WHOQOL Psicológica</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Todas pelo menos uma vez	1.23 (0.66-2.26)	0.505	1.01 (0.49-2.06)	0.976
Pelo menos uma vez	2.07 (1.25-3.40)	0.004	1.60 (0.91-2.83)	0.100
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Todas pelo menos uma vez	0.98 (0.53-1.81)	0.960	0.70 (0.354-1.40)	0.320
Pelo menos uma vez	1.52 (0.93-2.49)	0.088	1.13 (0.65-1.94)	0.658
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Todas pelo menos uma vez	0.82 (0.48-1.42)	0.491	0.64 (0.347-1.19)	0.161
Pelo menos uma vez	1.28 (0.83-1.96)	0.255	0.94 (0.58-1.53)	0.820
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlaram os efeitos de idade, sexo, escolaridade, DUREL (organizacional, não organizacional e RI) e afiliação religiosa.

Tabela 11 – Associações entre EERs Místicas e Otimismo e Pessimismo (n = 1035)

	TOV - Otimismo		TOV - Pessimismo	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>

Quartil 1 (mais alto)				
<u>Modelo Bruto</u>				
Todas pelo menos uma vez	4.17 (1.91-9.12)	< 0.001	0.63 (0.328-1.23)	0.183
Pelo menos uma vez	2.87 (1.43-5.74)	0.003	1.95 (1.15-3.31)	0.013
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Modelo Ajustado</u>				
Todas pelo menos uma vez	1.94 (0.74-5.11)	0.177	0.43 (0.202-0.94)	0.034
Pelo menos uma vez	1.86 (0.79-4.38)	0.157	1.34 (0.72-2.48)	0.351
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Quartil 2</u>				
<u>Modelo Bruto</u>				
Todas pelo menos uma vez	1.53 (0.81-2.88)	0.184	0.56 (0.310-1.02)	0.060
Pelo menos uma vez	2.71 (1.67-4.40)	< 0.001	1.79 (1.11-2.88)	0.016
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Modelo Ajustado</u>				
Todas pelo menos uma vez	0.95 (0.45-1.99)	0.892	0.45 (0.224-0.93)	0.031
Pelo menos uma vez	1.97 (1.11-3.51)	0.021	1.57 (0.90-2.75)	0.110
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Quartil 3</u>				
<u>Modelo Bruto</u>				
Todas pelo menos uma vez	1.65 (0.99-2.77)	0.055	0.67 (0.397-1.15)	0.151
Pelo menos uma vez	1.87 (1.25-2.80)	0.002	1.44 (0.92-2.25)	0.106
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Modelo Ajustado</u>				
Todas pelo menos uma vez	1.07 (0.57-1.99)	0.828	0.60 (0.318-1.13)	0.119
Pelo menos uma vez	1.39 (0.85-2.28)	0.183	1.40 (0.82-2.39)	0.206
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlaram os efeitos de idade, sexo, escolaridade, DUREL (organizacional, não organizacional e RI) e afiliação religiosa.

Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes do grupo “Todas pelo menos uma vez” apresentaram chances significativamente maiores para níveis mais altos de PHQ-9 grave [OR: 5,48 (1,92-15,66),  $p = 0,001$ ] e moderadamente grave [OR: 5,87 (2,31-14,92),  $p < 0,001$ ], maior nível de GAD-7 grave [OR: 3,99 (1,68-9,43),  $p = 0,002$ ], menor chance para os quartis mais altos de qualidade de vida no WHOQOL – física [OR: 0,41 (0,217-0,80),  $p = 0,009$ ], e menores chances para o segundo quartil mais alto de TOV – pessimismo [OR: 0,45 (0,224-0,93),  $p = 0,031$ ], enquanto os participantes do grupo “Pelo menos uma experiência” mostraram apenas associação significativa com maiores chances de PHQ-9 nível moderado [OR: 2,74 (1,38-5,44) 0,004], níveis GAD-7 moderado [OR: 1,91 (1,02-3,54),  $p = 0,040$ ] e leve [OR: 1,72 (1,11-2,65),  $p =$

0,014], e maiores chances para os quartis 2 [OR: 1,97 (1,11-3,51),  $p = 0,021$ ] de TOV – otimismo (Tabelas 9, 10 e 11).

#### **5.4.2 Experiências mediúnicas**

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 1.053 (84,1%) entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana (IQR) dos participantes foi de 39 (27-53) anos, sendo a maioria mulheres (52,5%), brancas (61,8%) e com ensino superior completo (56,5%). Os escores medianos (intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6 (2-10), GAD-7: 5 (2-9), WHOQOL - físico: 71,4 (60,7-82,1), WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), WHOQOL – social: 66,7 (50-75), WHOQOL – ambiental: 59,4 (50-71), TOV – otimismo: 9 (7-10), TOV – pessimismo: 5 (7-9). A maioria dos participantes era católica (43,8%), seguida de evangélicos/protestantes (18,3%), espiritismo (12,9%) e sem religião, agnósticos ou ateus (12,2%). A frequência de religiosidade organizacional mensal ou mais foi de 44,2%, enquanto a frequência de religiosidade não organizacional duas vezes por semana ou mais foi de 63,3%. A mediana dos escores somados de religiosidade intrínseca foi 6 (4-8). Nessa amostra, 58,3% (614/1053) dos participantes reportaram ter tido experiências mediúnicas ao menos uma vez na vida.

A Tabela 12 resume as características sociodemográficas dos grupos. Comparado ao grupo “Nunca”, os participantes que relataram experiências mediúnicas eram predominantemente mulheres, com maior renda familiar e mais velhos que o grupo “Nunca”.

Tabela 12 – Características sociodemográficas dos participantes em relação às EERs Mediúnicas (n = 1053)

	Experiência Mediúnica	
	Nunca (n = 439)	Sim (n = 614)
Mediana (IQR) Idade (anos)	36 (35-39)	40 (39-43) <sup>*</sup>
Faixa Etária, n (%)		
18-24 anos	102 (23.2)	100 (16.3) <sup>a</sup>
25-34 anos	96 (21.9)	126 (20.5)
35-44 anos	82 (18.7)	138 (22.5)
45-54 anos	62 (14.1)	103 (16.8)
55-64 anos	61 (13.9)	96 (15.6)
≥ 65 anos	36 (8.2)	51 (8.3)
Gênero, n (%)		
Feminino	209 (47.6)	344 (56) <sup>a</sup>
Masculino	230 (52.4)	270 (44) <sup>a</sup>
Etnia – auto-declaração, n (%)		
Branco	266 (60.6)	385 (62.7)
Negro	22 (5.0)	36 (5.9)
Pardo	137 (31.2)	171 (27.9)
Outros (Asiático, indígena)	14 (3.2)	22 (3.6)
Educação, n (%)		
Graduação	241 (55.4)	350 (57.3)
Ensino Médio	179 (41.1)	237 (38.8)
Ensino Fundamental	15 (3.4)	24 (3.9)
Renda Familiar - salários mínimos, n (%)		
>18	43 (11.7)	41 (7.8)
9-18	88 (23.9)	157 (29.9) <sup>a</sup>
4-8	132 (35.9)	206 (39.2)
2-3	73 (19.8)	85 (16.2)
<2	32 (8.7)	36 (6.9)
Estado civil, n (%)		
Casado/União Estável	263 (59.9)	349 (56.8)
Solteiro	138 (31.4)	208 (33.9)
Divorciado	25 (5.7)	29 (4.7)
Separado	8 (1.8)	16 (2.6)
Viúvo	5 (1.1)	12(2)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*: p < 0,05 vs Não, teste da mediana, ajustado por Bonferroni; a: p < 0,05 vs Nunca, teste Qui-Quadrado, ajustado por Bonferroni. Havia 160 dados faltantes para dados de renda.

Os participantes com experiência mediúnica eram predominantemente católicos ou espíritas, apresentavam baixa religiosidade organizacional (“algumas vezes por ano”), mas frequente religiosidade não organizacional (“duas ou mais vezes por semana”), maiores escores de PHQ-9 e GAD-7, e menores escores do WHOQOL - domínios físico e psicológico (Tabela 13).

Tabela 13 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação às EERs Mediúnicas (n = 1053)

	Experiência Mediúnica	
	Nunca (n = 439)	Sim (n = 614)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	4.0 (2.0-8.0)	7.0 (3.0-12.0) <sup>***</sup>
Mínimo, n (%)	230 (52.4)	211 (34.4) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	137 (31.2)	205 (33.4)
Moderada, n (%)	41 (9.3)	100 (16.3) <sup>a</sup>
Moderadamente Severa, n (%)	20 (4.6)	59 (9.6) <sup>a</sup>
Grave, n (%)	11 (2.5)	39 (6.4) <sup>a</sup>
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	4.0 (1.0-7.0)	6.0 (3.0-10.0) <sup>***</sup>
Mínimo, n (%)	236 (53.8)	229 (37.3)
Leve, n (%)	135 (30.8)	209 (34.0)
Moderada, n (%)	43 (9.8)	110 (17.9) <sup>a</sup>
Grave, n (%)	25 (5.7)	66 (10.7) <sup>a</sup>
WHOQOL – Físico, mediana (IQR)	75.0 (60.7-85.7)	67.9 (54.2-79.2) <sup>***</sup>
Quartil 1 (mais alto), n (%)	132 (30.1)	114 (18.6) <sup>a</sup>
Quartil 2, n (%)	117 (26.7)	122 (19.9) <sup>a</sup>
Quartil 3, n (%)	81 (18.5)	166 (27.0) <sup>a</sup>
Quartil 4 (mais alto), n (%)	109 (24.8)	212 (34.5) <sup>a</sup>
WHOQOL – Psicológico, mediana (IQR)	70.8 (58.3-79.2)	66.7 (57.1-78.6) <sup>*</sup>
Quartil 1 (mais alto), n (%)	117 (26.7)	124 (20.2) <sup>a</sup>
Quartil 2, n (%)	93 (21.2)	115 (18.7)
Quartil 3, n (%)	118 (26.9)	169 (27.5)
Quartil 4 (mais alto), n (%)	111 (25.3)	206 (33.6) <sup>a</sup>
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	9.0 (7.0-10.0)	9.0 (8.0-10.0)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	42 (9.9)	78 (12.8)
Quartil 2, n (%)	107 (25.1)	145 (23.8)
Quartil 3, n (%)	151 (35.4)	239 (39.2)
Quartil 4 (mais alto), n (%)	126 (29.6)	147 (24.1)
TOV – Pessimismo, mediana (IQR)	7.0 (6.0-9.0)	7.0 (5.0-9.0)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	87 (20.4)	109 (17.9)
Quartil 2, n (%)	117 (27.5)	148 (24.3)
Quartil 3, n (%)	127 (29.8)	186 (30.5)
Quartil 4 (mais alto), n (%)	95 (22.3)	166 (27.3)
DUREL – Organizacional, n (%)		
Nunca	79 (18.0)	63 (10.3) <sup>a</sup>
Uma vez ao ano ou menos	51 (11.6)	94 (15.3)
Algumas vezes ao ano	95 (21.6)	175 (28.5) <sup>a</sup>
Algumas vezes no mês	57 (13)	89 (14.5)
Uma vez por semana	80 (18.2)	121 (19.7)
Mais de uma vez por semana	77 (17.5)	72 (11.7) <sup>a</sup>
DUREL – Não-Organizacional, n (%)		
Raramente ou nunca	99 (22.6)	84 (13.7) <sup>a</sup>
Algumas vezes por mês	57 (13)	83 (13.8)
Uma vez por semana	13 (3)	50 (8.1) <sup>a</sup>
Duas ou mais vezes na semana	46 (10.5)	109 (17.8) <sup>a</sup>
Diariamente	170 (38.7)	220 (35.8)
Mais de uma vez por dia	54 (12.3)	68 (11.1)
DUREL – Religiosidade Intrínseca, mediana (IQR)	6.0 (4.0-8.0)	6.0 (4.0-9.0)
Afiliação Religiosa		
Católico	174 (39.7)	287 (46.7) <sup>a</sup>
Evangélico/Protestante	123 (28.1)	69 (11.2) <sup>a</sup>
Espírita	14 (3.2)	122 (19.9) <sup>a</sup>
Cristão	34 (7.8)	37 (6.0)

Outros	23 (5.3)	41 (6.7)
Sem religião, agnóstico ou ateu	70 (16)	58 (9.4) <sup>a</sup>

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$  vs Nunca, teste mediano, ajustado por Bonferroni; a:  $p < 0,05$  vs Nunca, teste Qui-Quadrado, ajustado por Bonferroni. Havia 18 dados faltantes para os dados dos questionários TOV.

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes com experiência mediúnica apresentaram chances significativamente maiores para o grau mais alto das variáveis de saúde mental PHQ-9 grave [OR: 3,86 (1,92-7,74),  $p < 0,001$ ], GAD-7 grave [OR: 2,72 (1,65-4,46),  $p < 0,001$ ] (Tabela 14) e quartil mais alto de TOV - otimismo [OR: 1,59 (1,02-2,48),  $p < 0,040$ ] (Tabela 16), já as menores chances para o quartil mais alto do WHOQOL – físico [OR: 0,44 (0,316-0,62),  $p < 0,001$ ] e WHOQOL – escores psicológicos [OR: 0,57 (0,40-0,80),  $p = 0,001$ ] (Tabela 15). Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo Nunca, os participantes com experiência mediúnica apresentaram chances significativamente maiores para o grau mais alto de PHQ-9 grave [OR: 5,68 (2,52-12,75),  $p < 0,001$ ] e GAD-7 grave [OR: 3,54 (1,97-6,35),  $p < 0,001$ ] (Tabela 14), e menores chances para o quartil mais alto do WHOQOL – físico [OR: 0,397 (0,264-0,597),  $p < 0,001$ ] e WHOQOL – escores psicológicos [OR: 0,48 (0,3110,74),  $p = 0,001$ ] e TOV – pessimismo [0,48 (0,305-0,75),  $p = 0,002$ ] (Tabelas 15 e 16).

Tabela 14 – Associações entre EERs Mediúnicas e escores de depressão (PHQ-9) e ansiedade (GAD-7) (n = 1053)

	Modelo Bruto		Modelo Ajustado	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>PHQ-9</b>				
<b>Mínimo</b>				
Sim	1.63 (1.22-2.17)	0.001	1.80 (1.27-2.55)	0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderado</b>				
Sim	2.65 (1.76-4.00)	< 0.001	4.35 (2.64-7.16)	< 0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Severo</b>				
Sim	3.21 (1.87-5.52)	< 0.001	5.79 (2.98-11.26)	< 0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Severo</b>				
Sim	3.86 (1.92-7.74)	< 0.001	5.68 (2.52-12.75)	< 0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>GAD-7</b>				
<b>Mínimo</b>				
Sim	1.59 (1.20-2.11)	0.001	1.71 (1.22-2.40)	0.002
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderado</b>				
Sim	2.63 (1.77-3.92)	< 0.001	3.34 (2.09-5.36)	< 0.001

Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Severo				
Sim	2.72 (1.65-4.46)	< 0.001	3.54 (1.97-6.35)	< 0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlaram os efeitos de idade, sexo, escolaridade, DUREL (organizacional, não organizacional e RI) e afiliação religiosa.

Tabela 15 – Associações entre EERs Mediúnicas e Qualidade de Vida, domínios físico e psicológico (n = 1053)

	WHOQOL - Físico		WHOQOL - Psicológico	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
<b>Modelo Bruto</b>				
Sim	0.44 (0.316-0.62)	< 0.001	0.57 (0.40-0.80)	0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo Ajustado</b>				
Sim	0.397 (0.264-0.597)	< 0.001	0.48 (0.311-0.74)	0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
<b>Modelo Bruto</b>				
Sim	0.53 (0.380-0.75)	< 0.001	0.66 (0.46-0.95)	0.026
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo Ajustado</b>				
Sim	0.48 (0.327-0.72)	< 0.001	0.52 (0.337-0.80)	0.003
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
<b>Modelo Bruto</b>				
Sim	1.05 (0.74-1.49)	0.771	0.77 (0.55-1.07)	0.123
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo Ajustado</b>				
Sim	1.07 (0.71-1.62)	0.725	0.71 (0.48-1.07)	0.107
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de referência: Quartil 4 (mais baixo). Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlaram os efeitos de idade, sexo, escolaridade, DUREL (organizacional, não organizacional e RI) e afiliação religiosa.

Tabela 16 – Associações entre EERs Mediúnicas, Otimismo e Pessimismo (n = 1035)

	TOV - Otimismo		TOV - Pessimismo	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
<b>Modelo Bruto</b>				
Sim	1.59 (1.02-2.48)	0.040	0.71 (0.49-1.04)	0.085
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo Ajustado</b>				
Sim	1.48 (0.85-2.57)	0.163	0.48 (0.305-0.75)	0.002
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
<b>Modelo Bruto</b>				
Sim	1.16 (0.82-1.64)	0.395	0.72 (0.51-1.02)	0.070
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo Ajustado</b>				
Sim	0.94 (0.62-1.43)	0.798	0.58 (0.388-0.89)	0.012
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
<b>Modelo Bruto</b>				
Sim	1.35 (0.99-1.85)	0.056	0.83 (0.59-1.17)	0.306
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo Ajustado</b>				
Sim	1.14 (0.78-1.67)	0.486	0.67 (0.45-0.99)	0.049
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de referência: Quartil 4 (mais baixo). Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlaram os efeitos de idade, sexo, escolaridade, DUREL (organizacional, não organizacional e RI) e afiliação religiosa.

### 5.4.3 Experiências relacionadas à Psi

#### 5.4.3.1 Experiência de sonho premonitório

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 873 (69,7 %) dos entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana (IQR) dos participantes foi de 38 (26-55) anos; eram em sua maioria brancos [62,7% (547/873)] com ensino superior completo [58,3% (509/873)], e os homens eram 51,1% (446/873) da amostra. Os escores medianos da amostra (intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6 (2-10), GAD-7: 5 (2-9), WHOQOL - físico: 71,4 60,7-82,1, WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), TOV – otimismo: 9 (7-10), e TOV - pessimismo: 5 (7-9). A maioria dos participantes era católica [45,5% (397/873)], seguida por evangélica/protestante [17,3% (151/873)], espíritas [12,6% (110/873)] e sem religião, agnóstico ou ateu [12,4% (108/873)]. A frequência de religiosidade organizacional semanal ou mais foi de [32,5%

(284/873)], enquanto a frequência de religiosidade não organizacional semanal ou mais foi de [68,1% (594/873)]. A mediana das pontuações de IR somadas da amostra foi 6 (4-9).

Nesta amostra, 70,6% (617/873) dos participantes relataram ter tido um sonho que depois se realizou pelo menos uma vez na vida e 14,0% (122/873) relataram ter essa experiência com frequência. A Tabela 17 resume as características sociodemográficas dos grupos para a experiência de sonho premonitório. Os grupos foram homogêneos quanto às características sociodemográficas.

Tabela 17 – Características sociodemográficas da amostra “Ter tido um sonho que depois se realizou”

	Sonho Premonitório		
	Nunca (n = 256)	Pelo menos uma vez (n = 495)	Frequentemente (n = 122)
Idade mediana (IQR) (anos)	40.0(26.0-57.0)	39.0 (26.0-54.0)	35.5 (26.7-46.0)
Faixa etária, n (%)			
18-24 anos	55 (21.5)	101 (20.4)	24 (19.7)
25-34 anos	49 (19.1)	96 (19.4)	34 (27.9)
35-44 anos	43 (16.8)	99 (20.0)	28 (23.0)
45-54 anos	26 (10.2)	82 (16.6)	14 (11.5)
55-64 anos	54 (21.1)	70 (14.1) <sup>a</sup>	14 (11.5)
≥ 65 anos	29 (11.3)	47 (9.5)	8 (6.6)
Gênero, n (%)			
Feminino	114 (44,5)	247 (49,9)	66 (54.1)
Masculino	142 (55,5)	248 (50.1)	56 (45,9)
Etnia - autodeclaração, n (%)			
Branco	155 (60,5)	315 (63.6)	77 (63.1)
Não-Branco	101 (39,5)	180 (36.4)	45 (36,9)
Educação, n (%)			
Faculdade	143 (55,9)	299 (60.4)	143 (55,9)
Ensino Médio	51 (41.8)	178 (36.0)	51 (41.8)
Elementar	10 (3.9)	18 (3.6)	4 (3.3)
Renda Familiar - salário mínimo, n (%)			
>18	30 (11.7)	42 (8.5)	12 (9.8)
9-18	41 (33.6)	134 (27.1)	66 (25.8)
4-8	36 (29.5)	203 (41.0)	95 (37.1)
2-3	21 (17.2)	86 (17.4)	45 (17.6)
<2	12 (9.8)	30 (6.1)	20 (7.8)
Estado Civil, n (%)			
Casado/União Estável	162 (63.3)	275 (55.6)	71 (58.2)
Solteiro	77 (30.1)	176 (35.6)	40 (32,8)
Outros (Divorciado, Separado, Viúvo)	17 (6.6)	44 (8.9)	11 (9.0)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

<sup>a</sup>: p < 0,05 vs Nunca; Teste de Chi-Square ajustado por Bonferroni.

Comparado ao grupo “Nunca”, os experienciadores que relataram ter tido um sonho premonitório pelo menos uma vez ou com frequência apresentaram maiores escores de PHQ-9

e GAD-7, uma maior proporção de afiliados espíritas e uma menor proporção de religiosidade não organizacional infrequente e maior religiosidade intrínseca (escores menores indicam maior religiosidade intrínseca).

O grupo de experienciadores frequentes do sonho premonitório mostrou uma proporção maior de participantes com pontuação no quartil mais alto da escala WHOQOL – psicológica e TOV – otimismo, uma proporção maior de participantes com pontuação no quartil mais baixo da escala TOV – pessimismo e uma proporção maior de participantes com alta religiosidade organizacional DUREL, não organizacional DUREL e religiosidade intrínseca (RI) em comparação ao grupo “Pelo menos uma vez” (Tabela 18).

Tabela 18 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação a “Ter tido um sonho que depois se realizou”

	Experiência de Sonho		
	Nunca (n = 256)	Pelo menos uma vez. (n = 495)	Frequentemente (n = 122)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	5.0 (2.0-9.0)	6.0 (3.0-10.0) *	7.0 (3.0-13.0) *
Mínimo, n (%)	104 (51.0)	191 (37.4) <sup>a</sup>	60 (36.8) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	62 (30.4)	173 (33.9)	57 (35.0)
Moderado, n (%)	23 (11.3)	76 (14.9)	21 (12.9)
Moderadamente Grave, n (%)	9 (4.4)	48 (9.4)	11 (6.7)
Grave, n (%)	6 (2.9)	23 (4.5)	14 (8.6)
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	4.0 (1.0-7.0)	6.0 (3.0-9.0) **	7.0 (3.0-12.0) **
Mínimo, n (%)	110 (53.9)	213 (41.7) <sup>a</sup>	59 (36.2) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	56 (27.5)	167 (32.7)	61 (37.4)
Moderado, n (%)	27 (13.2)	84 (16.4)	20 (12.3)
Grave, n (%)	11 (5.4)	47 (9.2)	23 (14.1) <sup>a</sup>
WHOQOL – Físico, mediana (IQR)	71.4 (57.1-85.7)	71.4 (60.7-82.1)	71.4 (60.7-85.7)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	57 (27.9)	90 (17.6)	45 (27.6)
Quartil 2, n (%)	43 (21.1)	130 (25.4)	33 (20.2)
Quartil 3, n (%)	48 (23.5)	120 (23.5)	42 (25.8)
Quartil 4 (menor), n (%)	56 (27.5)	171 (33.5)	43 (26.4)
WHOQOL – Psicológico, mediana (IQR)	68.7 (58.3-79.2)	70.8 (58.3-79.2)	70.8 (62.5-83.3)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	51 (25.0)	93 (18.2)	54 (33.1) <sup>b</sup>
Quartil 2, n (%)	38 (18.6)	110 (21.5)	32 (9.6)
Quartil 3, n (%)	57 (27.9)	143 (28.0)	39 (23.9)
Quartil 4 (menor), n (%)	58 (28.4)	165 (32.3)	38 (23.3)
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	9.0 (7.0-10.0)	9.0 (8.0-10.0)	9.0 (8.0-11.0)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	13 (6.4)	56 (11.0)	34 (20.9) <sup>a,b</sup>
Quartil 2, n (%)	43 (21.1)	130 (25.4)	47 (28.8)
Quartil 3, n (%)	81 (39.7)	198 (38.7)	55 (33.7)
Quartil 4 (menor), n (%)	67 (32.8)	127 (24.9)	27 (16.6) <sup>a</sup>
TOV – Pessimismo, mediana (IQR)	7.0 (5.0-9.0)	7.0 (6.0-9.0)	7.0 (5.0-9.0)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	32 (19.6)	94 (18.4)	39 (19.1)
Quartil 2, n (%)	42 (25.8)	133 (26.0)	50 (24.5)
Quartil 3, n (%)	37 (22.7)	169 (33.1)	59 (28.9)
Quartil 4 (menor), n (%)	52 (31.9)	115 (22.5)	56 (27.5) <sup>b</sup>

DUREL – Organizacional, n (%)			
Mais de uma vez por semana	34 (16.7)	57 (11.2)	30 (18.4) <sup>b</sup>
Uma vez por semana	29 (14.2)	100 (19.6)	37 (22.7)
Algumas vezes por mês	21 (10.3)	75 (14.7)	22 (13.5)
Algumas vezes por ano	49 (24.0)	150 (29.4)	31 (19.0) <sup>b</sup>
Uma vez por ano ou menos	33 (16.2)	68 (13.3)	26 (16.0)
Nunca	38 (18.6)	61 (11.9)	17 (10.4)
DUREL – Não Organizacional, n (%)			
Mais de uma vez por dia	24 (11.8)	49 (9.6)	30 (18.4) <sup>b</sup>
Diamante	65 (31.9)	180 (35.2)	69 (42.3)
Duas ou mais vezes por semana	17 (8.3)	86 (16.8) <sup>a</sup>	20 (12.3)
Uma vez por semana	8 (3.9)	44 (8.6)	7 (4.3)
Algumas vezes por mês	34 (16.7)	72 (14.1)	14 (8.6)
Raramente ou nunca	56 (27.5)	80 (15.7) <sup>a</sup>	23 (14.1) <sup>a</sup>
DUREL – Soma da Religiosidade Intrínseca, Mediana (IQR)	6.5 (4.0-11.0)	6.0 (4.0-8.0) <sup>*</sup>	5.0 (3.0-7.0) <sup>##</sup>
Afiliação Religiosa			
Católico	90 (44.1)	253 (49,5)	56 (34.4) <sup>b</sup>
Evangélico/protestante	45 (22.1)	86 (16.8)	23 (14.1)
Espiritismo	7 (3.4)	67 (13.1) <sup>a</sup>	36 (22.1) <sup>a,b</sup>
Cristão	13 (6.4)	34 (6.7)	13 (8.0)
Outros	15 (7.4)	19 (3.7)	13 (8.0)
Sem religião, agnóstico ou ateu	34 (16.7)	52 (10.2) <sup>a</sup>	22 (13.5)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs Nunca; #:  $p < 0,05$  vs Pelo menos uma vez; \*\*:  $p < 0,01$  vs Nunca; ##:  $p < 0,01$  vs Pelo menos uma vez, comparação pareada ajustada por Bonferroni; <sup>a</sup>:  $p < 0,05$  vs Never; <sup>b</sup>:  $p < 0,05$  vs Pelo menos noce, teste de Chi-Square ajustado por Bonferroni.

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo Nunca, os participantes do grupo “Frequentemente” apresentaram chances significativamente maiores de níveis graves de PHQ-9 [OR: 2,71 (1,14-6,470,  $p = 0,024$ ], enquanto o grupo “Pelo menos uma vez” apresentou chances significativamente maiores para níveis abaixo do grave do PHQ-9, padrão replicado para os níveis de GAD-7 (Tabela 19). Os participantes do grupo “Frequentemente” apresentaram chances significativamente maiores para o quartil mais alto do WHOQOL – domínio psicológico [OR: 1,86 (1,01 -3,43),  $p = 0,045$ ] e TOV – otimismo [OR: 3,51 (1,66-7,42),  $p = 0,001$ ] (Tabelas 20 e 21).

Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes do grupo “Pelo menos uma vez” apresentaram chances significativamente maiores para níveis de PHQ-9 moderadamente grave [OR: 22,17 (1,07-4,40),  $p = 0,031$ ] e leve [OR: 1,53 (1,05-2,25),  $p = 0,027$ ]. O grupo “Frequentemente” apresentou chances significativamente maiores para níveis de GAD-7 graves [OR: 3,61 (1,58-8,21),  $p = 0,002$ ], enquanto o grupo “Pelo menos uma vez” apresentou chances significativamente maiores para níveis de GAD-7 abaixo de graves (Tabela 19). Comparados

aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes do grupo “Frequentemente” apresentaram chances significativamente maiores para o quartil mais alto de TOV – otimismo [OR: 2,58 (1,22-5,47),  $p = 0,013$ ] (Tabela 21).

Tabela 19 – Associações entre Experiência de Sonho, Ansiedade e Depressão (n = 873)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Depressão – PHQ-9</b>				
<b>Grave</b>				
Frequentemente	2.71 (1.14-6.470)	0.024	2.63 (0.97-7.10)	0.055
Pelo menos uma vez	1.08 (0.51-2.32)	0.828	1.11 (0.47-2.57)	0.808
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Grave</b>				
Frequentemente	2.13 (0.90-5.04)	0.084	2.16 (0.84-5.55)	0.108
Pelo menos uma vez	2.06 (1.08-3.93)	0.028	2.17 (1.07-4.40)	0.031
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderado</b>				
Frequentemente	1.71 (0.85-3.42)	0.130	1.60 (0.73-3.48)	0.234
Pelo menos uma vez	1.88 (1.14-3.09)	0.012	1.66 (0.95-2.90)	0.074
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Leve</b>				
Frequentemente	1.25 (0.74-2.10)	0.393	1.14 (0.65-2.00)	0.647
Pelo menos uma vez	1.56 (1.10-2.22)	0.012	1.53 (1.05-2.25)	0.027
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Ansiedade – GAD-7</b>				
<b>Grave</b>				
Frequentemente	3.86 (1.86-7.99)	< 0,001	3.61 (1.58-8.21)	0.002
Pelo menos uma vez.	1.53 (0.84-2.79)	0.158	1.36 (0.70-2.63)	0.362
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderado</b>				
Frequentemente	1.90 (0.95-3.79)	0.066	1.64 (0.77-3.49)	0.193
Pelo menos uma vez.	1.85 (1.162-2.95)	0.010	1.68 (1.01-2.81)	0.046
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Leve</b>				
Frequentemente	2.30 (1.374-3.85)	0.002	2.10 (1.20-3.65)	0.009
Pelo menos uma vez.	1.73 (1.22-2.47)	0.002	1.68 (1.14-2.46)	0.008
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

Tabela 20 – Associações entre Sonho e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 873)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>WHOQOL - Físico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Frequentemente	1.11 (0.62-1.99)	0.719	1.01 (0.53-1.94)	0.961
Pelo menos uma vez	0.72 (0.47-1.09)	0.123	0.80 (0.50-1.26)	0.339
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Frequentemente	0.93 (0.48-1.80)	0.850	0.89 (0.45-1.79)	0.764
Pelo menos uma vez	1.4070.9272.136	0.109	1.53 (0.97-2.41)	0.063
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Frequentemente	1.70 (0.95-3.04)	0.071	1.58 (0.84-2.95)	0.150
Pelo menos uma vez	1.22 (0.80-1.86)	0.341	1.26 (0.80-1.98)	0.315
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>WHOQOL Psicológico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Frequentemente	1.86 (1.01-3.43)	0.045	1.97 (0.96-4.03)	0.062
Pelo menos uma vez	0.83 (0.55-1.26)	0.400	1.00 (0.61-1.64)	0.984
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Frequentemente	1.36 (0.69-2.67)	0.367	1.33 (0.63-2.77)	0.449
Pelo menos uma vez	1.06 (0.69-1.64)	0.760	1.12 (0.69-1.82)	0.630
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Frequentemente	1.89 (1.04-3.45)	0.037	2.02 (1.04-3.93)	0.037
Pelo menos uma vez	1.04 (0.69-1.55)	0.838	1.13 (0.72-1.77)	0.594
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

Tabela 21 – Associações entre Sonho e Otimismo e Pessimismo (n = 873)

	TOV - Otimismo		TOV- Pessimismo	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	3.51 (1.66-7.42)	0.001	0.64 (0.334-1.25)	0.197
Pelo menos uma vez	1.43 (0.82-2.50)	0.205	1.03 (0.65-1.62)	0.896
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Frequentemente	2.34 (1.01-5.40)	0.046	0.57 (0.282-1.16)	0.124
Pelo menos uma vez.	1.3050.6952.451	0.408	0.96 (0.59-1.58)	0.902
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	1.94 (1.035-3.64)	0.039	0.74 (0.41-1.33)	0.326
Pelo menos uma vez	1.05 (0.70-1.60)	0.787	0.94 (0.61-1.43)	0.772
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Frequentemente	1.76 (0.89-3.51)	0.103	0.80 (0.42-1.51)	0.503

Pelo menos uma vez	1.07 (0.67-1.69)	0.775	0.90 (0.57-1.43)	0.672
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<hr/>				
Quartil 3				
<hr/>				
Modelo bruto				
Frequentemente	1.77 (0.96-3.24)	0.065	0.88 (0.49-1.56)	0.666
Pelo menos uma vez	1.45 (0.99-2.12)	0.054	1.35 (0.89-2.04)	0.153
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<hr/>				
Modelo ajustado				
Frequentemente	1.67 (0.86-3.23)	0.129	0.90 (0.48-1.66)	0.740
Pelo menos uma vez	1.43 (0.93-2.19)	0.095	1.27 (0.82-1.99)	0.279
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

#### 5.4.3.2 Experiência de intuição

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 878 (70,17 %) dos entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana (IQR) dos participantes foi de 39 (26-55) anos; eram em sua maioria brancos [62,6% (550/878)] com ensino superior completo [58,3% (509/878)], e os homens eram 50,9% (447/878) da amostra. Os escores medianos da amostra (intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6 (2-10), GAD-7: 5 (2-9), WHOQOL - físico: 71,4 60,7-82,1, WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), TOV – otimismo: 9 (7-10), e TOV - pessimismo: 5 (7-9). A maioria dos participantes era católica [45,4% (399/878)], seguida por evangélica/protestante [17,5% (154/878)], espiritismo [12,5% (110/878)] e sem religião, agnóstico ou ateu [12,3% (108/878)]. A frequência de religiosidade organizacional semanal ou mais foi de [32,8% (288/878)], enquanto a frequência de religiosidade não organizacional semanal ou mais foi de [68,2% (599/878)]. A mediana das pontuações de RI somadas da amostra foi 6 (4-9).

Nesta amostra, 76,7% (674/878) dos participantes relataram ter tido uma experiência de intuição pelo menos uma vez na vida e 16,3% (163/878) relataram ter essa experiência com frequência.

A Tabela 22 resume as características sociodemográficas dos grupos para a experiência de ter intuição. Os grupos foram heterogêneos quanto às características sociodemográficas. Comparado ao grupo “Nunca”, os participantes que relataram experiência de Intuição “pelo menos uma vez” ou com frequência eram predominantemente mulheres, brancas, de classe média e apresentaram maiores escores de PHQ-9 e GAD-7.

Tabela 22 – Características sociodemográficas da amostra para experiência de intuição (n = 878)

	Experiência de Intuição		
	Nunca (n = 204)	Pelo menos uma vez (n = 511)	Frequentemente (n = 163)
Mediana (IQR) Idade (anos)	35.0 (24.0-54.5)	41.0 (28.0-55.0) *	38.0 (28.0-54.0)
<b>Faixa Etária, n (%)</b>			
18-24 anos	57 (27.9)	96 (18.8)	27 (16.6) <sup>a</sup>
25-34 anos	44 (21.6)	99 (19.4)	36(22.1)
35-44 anos	34 (16.7)	94 (18.4)	43 (26.4)
45-54 anos	18 (8.8)	87 (17.0)	19 (11.7) <sup>b</sup>
55-64 anos	35 (17.2)	81 (15.9)	23 (14.1)
≥ 65 anos	16 (7.8)	54 (10.6)	15 (9.2)
<b>Gênero, n (%)</b>			
Feminino	85 (41.7)	255 (49.9)	91 (55.8) <sup>a</sup>
Masculino	119 (58.3)	256 (50.1)	72 (44.2) <sup>a</sup>
<b>Etnia - autodeclaração, n (%)</b>			
Branco	112 (54.9)	325 (63.6)	113 (69.3) <sup>a</sup>
Não-branco	92 (45.1)	186 (36.4)	50 (30.7) <sup>a</sup>
<b>Educação, n (%)</b>			
Graduação	107 (53.0)	297 (58.5)	105 (64.4)
Ensino Médio	87 (43.1)	192 (37.8)	53 (32.5)
Ensino Fundamental	8 (4.0)	19 (3.7)	5 (3.1)
<b>Renda Familiar - salários mínimos, n (%)</b>			
>18	18 (8.8)	52 (10.2)	14 (8.6)
9-18	44 (21.6)	146 (28.6)	52 (31.9)
4-8	73 (35.8)	193 (37.8)	69 (42.3)
2-3	46 (22.5)	88 (17.2)	20 (12.3) <sup>a</sup>
<2	23 (11.3)	32 (6.3)	8 (4.9)
<b>Estado civil, n (%)</b>			
Casado/União estável	146 (58.2)	270 (57.4)	94 (59.9)
Solteiro	83 (33.0)	161 (34.3)	49 (31.2)
Outros (Divorciado, Separado, Viúvo)	22 (8.8)	39 (8.3)	14 (8.9)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs Nunca; #:  $p < 0,05$  vs Pelo menos uma vez, comparação aos pares ajustada por Bonferroni; a:  $p < 0,05$  vs Nunca; b:  $p < 0,05$  vs Pelo menos uma vez, teste Qui-Quadrado ajustado de Bonferroni.

Os participantes com Intuição frequente apresentaram maior TOV – otimismo e WHOQOL – domínio psicológico; eram de filiação religiosa católica ou espírita e apresentaram maior frequência, prática religiosa e religiosidade intrínseca (escores menores de RI correspondem a maior religiosidade intrínseca), em comparação ao grupo “Nunca” (Tabela 23).

Tabela 23 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação à Experiência de intuição (n = 878)

	Experiência de Intuição		
	Nunca (n = 166)	Pelo menos uma vez (n = 711)	Frequentemente (n = 176)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	4.0 (1.0-8.0)	6.0 (3.0-11.0) **	7.0 (3.0-10.0) **
Mínima, n (%)	104 (51.0)	191 (37.4) <sup>a</sup>	60 (36.8) <sup>a</sup>

Leve, n (%)	62 (30.4)	173 (33.9)	57 (35.0)
Moderada, n (%)	23 (11.3)	76 (14.9)	21 (12.9)
Moderadamente Severa, n (%)	9 (4.4)	48 (9.4)	11 (6.7)
Grave, n (%)	6 (2.9)	23 (4.5)	14 (8.6)
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	4.0 (1.0-7.0)	6.0 (2.0-10.0) **	6.0 (3.0-10.0) **
Mínima, n (%)	110 (53.9)	213 (41.7) <sup>a</sup>	59 (36.2) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	56 (27.5)	167 (32.7)	61 (37.4)
Moderada, n (%)	27 (13.2)	84 (16.4)	20 (12.3)
Grave, n (%)	11 (5.4)	47 (9.2)	23 (14.1) <sup>a</sup>
WHOQOL – Físico, mediana (IQR)	71.4 (60.7-85.7)	71.4 (57.1-78.6)	71.4 (58.9-85.7)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	57 (27.9)	90 (17.6) <sup>a</sup>	45 (27.6) <sup>b</sup>
Quartil 2, n (%)	43 (21.1)	130 (25.4)	33 (20.2)
Quartil 3, n (%)	48 (23.5)	120 (23.5)	42 (25.8)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	56 (27.5)	171 (33.5)	43 (26.4)
WHOQOL – Psicológico, mediana (IQR)	66.7 (58.3-79.2)	66.7 (58.3-79.2)	75.0 (62.5-83.3) <sup>##</sup>
Quartil 1 (mais alto), n (%)	51 (25.0)	93 (18.2)	54 (33.1) <sup>b</sup>
Quartil 2, n (%)	38 (18.6)	110 (21.5)	32 (19.6)
Quartil 3, n (%)	57 (27.9)	143 (28.0)	39 (23.9)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	58 (28.4)	165 (32.3)	38 (23.3)
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	8.0 (7.0-10.0)	9.0 (8.0-10.0)	9.0 (8.0-11.0) **
Quartil 1 (mais alto), n (%)	13 (6.4)	56 (11.0)	34 (20.9) <sup>a,b</sup>
Quartil 2, n (%)	43 (21.1)	130 (25.4)	47 (28.8)
Quartil 3, n (%)	81 (39.7)	198 (38.7)	55 (33.7)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	67 (32.8)	127 (24.9)	27 (16.6) <sup>a</sup>
TOV – Pessimismo, median (IQR)	7.0 (5.0-9.0)	7.0 (6.0-9.0)	7.0 (5.0-9.0)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	39 (19.1)	94 (18.4)	32 (19.6)
Quartil 2, n (%)	50 (24.5)	133 (26.0)	42 (25.8)
Quartil 3, n (%)	59 (28.9)	169 (33.1)	37 (22.7) <sup>b</sup>
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	56 (27.5)	115 (22.5)	52 (31.9) <sup>b</sup>
DUREL – Organizacional, n (%)			
Mais de uma vez por semana	34 (16.7)	57 (11.2)	30 (18.4) <sup>b</sup>
Uma vez por semana	29 (14.2)	100 (19.6)	37 (22.7)
Algumas vezes no mês	21 (10.3)	75 (14.7)	22 (13.5)
Algumas vezes no ano	49 (24.0)	150 (29.4)	31 (19.0) <sup>b</sup>
Uma vez por ano ou menos	33 (16.2)	68 (13.3)	26 (16.0)
Nunca	38 (18.6)	61 (11.9)	17 (10.4)
DUREL – Não-Organizacional, n (%)			
Mais de uma vez por dia	24 (11.8)	49 (9.6)	30 (18.4) <sup>b</sup>
Diariamente	65 (31.9)	180 (35.2)	69 (42.3)
Duas ou mais vezes na semana	17 (8.3)	86 (16.8) <sup>a</sup>	20 (12.3)
Uma vez por semana	8 (3.9)	44 (8.6)	7 (4.3)
Algumas vezes no mês	34 (16.7)	72 (14.1)	14 (8.6)
Raramente ou nunca	56 (27.5)	80 (15.7) <sup>a</sup>	23 (14.1) <sup>a</sup>
DUREL – Soma de Religiosidade Intrínseca, mediana (IQR)	6.0 (3.0-11.0)	6.0 (4.0-8.0)	5.0 (3.0-7.0) <sup>##</sup>
Afiliação Religiosa			
Católico	90 (44.1)	253 (49.5)	56 (34.4) <sup>b</sup>
Evangélico/Protestante	45 (22.1)	86 (16.8)	23 (14.1)
Espírita	7 (3.4)	67 (13.1)	36 (22.1) <sup>a,b</sup>
Cristão	13 (6.4)	34 (6.7)	13 (8.0)
Outros	15 (7.4)	19 (3.7)	13 (8.0)
Sem religião, agnóstico ou ateu	34 (16.7)	52 (10.2) <sup>a</sup>	22 (13.5)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs Nunca; #:  $p < 0,05$  vs Pelo menos uma vez; \*\*:  $p < 0,01$  vs Nunca; ##:  $p < 0,01$  vs Pelo menos uma vez, comparação aos pares ajustada por Bonferroni; a:  $p < 0,05$  vs Nunca; b:  $p < 0,05$  vs Pelo menos uma vez, teste Qui-Quadrado ajustado de Bonferroni.

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, participantes do grupo “Frequentemente” [OR: 4,04 (1,47-11,0),  $p = 0,007$ ] e “Pelo menos uma vez” [OR: 2,90 (1,37-6,15),  $p = 0,005$ ] apresentaram chances significativamente mais altas para níveis mais altos de PHQ-9 grave e moderadamente grave, respectivamente. Os participantes dos grupos “Frequentemente” [OR: 3,89 (1,77-8,54),  $p = 0,001$ ] e “Pelo menos uma vez” [OR: 2,20 (1,10-4,42),  $p = 0,026$ ] apresentaram chances significativamente maiores para GAD-7 nível grave (Tabela 24), e maiores chances para o quartil mais alto de TOV – otimismo [Pelo menos uma vez = OR: 2,27 (1,16-4,45),  $p = 0,017$ ; “Frequentemente” = OR: 6,49 (2,97-14,15),  $p < 0,001$ ] (Tabela 26), enquanto os participantes do grupo “Pelo menos uma vez” apresentaram associação significativa apenas com menores chances para o quartil mais alto do WHOQOL – Escores Físicos [OR: 0,51 (0,330 -0,81),  $p = 0,004$ ] (Tabela 25).

Tabela 24 – Associações entre Intuição, Ansiedade e Depressão (n = 878)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Depressão – PHQ-9</b>				
<b>Grave</b>				
Frequentemente	4.04 (1.47-11.0)	0.007	5.74 (1.84-17.82)	0.003
Pelo menos uma vez	2.08 (0.82-5.28)	0.121	2,60 (0,92-7.33)	0.069
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Grave</b>				
Frequentemente	2.11 (0.83-5.40)	0.116	2.88 (1.04-7.95)	0.040
Pelo menos uma vez	2.90 (1.37-6.15)	0.005	3.64 (1.63-8.12)	0.002
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Frequentemente	1.58 (0.80-3.09)	0.180	2.11 (0.99-4.43)	0.048
Pelo menos uma vez	1.79 (1.06-3.03)	0.028	2.05 (1.15-3.64)	0.014
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Leve</b>				
Frequentemente	1.59 (0.98-2.57)	0.057	1.56 (0.92-2.65)	0.095
Pelo menos uma vez	1.51 (1.04-2.21)	0.029	1.59 (1.06-2.40)	0.025
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Ansiedade – GAD-7</b>				
<b>Grave</b>				
Frequentemente	3.89 (1.77-8.54)	0.001	4.80 (2.02-11.40)	< 0,001
Pelo menos uma vez	2.20 (1.10-4.42)	0.026	2,58 (1.21-5.48)	0.014
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Frequentemente	1.38 (0.71-2.67)	0.337	1,87 (0,90-3,88)	0.089
Pelo menos uma vez.	1,60 (0,98-2,62)	0.058	1.98 (1.15-3.41)	0.013
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Leve				
Frequentemente	2.03 (1.25-3.28)	0.004	2.03 (1.20-3.42)	0.007
Pelo menos uma vez.	1,54 (1.05-2.25)	0.026	1,56 (1.04-2.34)	0.031
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes do grupo “Frequentemente” [OR: 5,74 (1,84-17,82),  $p = 0,003$ ] apresentaram chances significativamente maiores para níveis mais altos de PHQ-9 grave. Tanto os grupos “Frequentemente” [OR: 2,88 (1,04-7,95),  $p = 0,040$ ] e “Pelo menos uma vez” [OR: 3,64 (1,63-8,12),  $p = 0,002$ ] apresentaram chances significativamente maiores para níveis mais elevados de PHQ-9 moderadamente graves (Tabela 24). Comparados aos participantes do grupo “Nunca”, o grupo “Pelo menos uma vez” [OR: 2,58 (1,21-5,48),  $p = 0,014$ ] e “Frequentemente” [OR: 4,80 (2,02-11,40),  $p < 0,001$ ] tiveram chances significativamente maiores de GAD-7 nível grave, para os quartis mais altos do TOV – otimismo [Pelo menos uma vez = OR: 2,58 (1,22-5,47),  $p = 0,013$ ; Frequentemente = OR: 6,22 (2,58-14,94),  $p < 0,001$ ], enquanto o grupo “Pelo menos uma vez” apresentou menor chance para os quartis mais altos do WHOQOL – físico [OR: 0,53 (0,328-0,86),  $p = 0,011$ ] (Tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – Associações entre Intuição e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 878)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>WHOQOL - Físico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Frequentemente	1.02 (0.58-1.79)	0.922	0.96 (0.52-1.76)	0.895
Pelo menos uma vez	0.51 (0.330-0.81)	0.004	0.53 (0.328-0.86)	0.011
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Frequentemente	0.99 (0.54-1.82)	0.999	0.97 (0.51-1.86)	0.946
Pelo menos uma vez	0.99 (0.62-1.56)	0.966	1.05 (0.64-1.71)	0.836
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Frequentemente	1.14 (0.64-2.02)	0.656	0.94 (0.51-1.75)	0.869
Pelo menos uma vez	0.81 (0.52-1.28)	0.384	0.72 (0.44-1.16)	0.185
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>WHOQOL Psicológico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Frequentemente	1.61 (0.92-2.83)	0.093	1.71 (0.88-3.31)	0.110
Pelo menos uma vez	0.64 (0.40-1.00)	0.055	0.61 (0.36-1.04)	0.071
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Frequentemente	1.28 (0.68-2.39)	0.430	1.16 (0.58-2.30)	0.672
Pelo menos uma vez	1.01 (0.63-1.63)	0.943	0.92 (0.55-1.56)	0.773
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Frequentemente	1.04 (0.58-1.86)	0.883	1.10 (0.58-2.08)	0.760
Pelo menos uma vez	0.88 (0.57-1.35)	0.565	0.82 (0.51-1.32)	0.425
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

Tabela 26 – Associações entre Intuição e Otimismo e Pessimismo (n = 878)

	TOV - Otimismo		TOV - Pessimismo	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	6.49 (2.97-14.15)	< 0,001	0.88 (0.48-1.61)	0.687
Pelo menos uma vez	2.27 (1.16-4.45)	0.017	1.17 (0.71-1.91)	0.523
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Frequentemente	6.22 (2.58-14.94)	< 0,001	0.69 (0.360-1.32)	0.264
Pelo menos uma vez	2.58 (1.22-5.47)	0.013	0.99 (0.58-1.68)	0.985
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	2.71 (1.47-4.98)	0.001	0.90 (0.51-1.58)	0.725
Pelo menos uma vez	1.59 (1.01-2.51)	0.044	1.29 (0.82-2.04)	0.266
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Modelo ajustado				
Frequentemente	3.25 (1.66-6.39)	0.001	0.77 (0.42-1.42)	0.407
Pelo menos uma vez	1.63 (0.98-2.69)	0.055	1.15 (0.71-1.87)	0.561
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quartil 3				
Modelo bruto				
Frequentemente	1.68 (0.96-2.95)	0.069	0.67 (0.387-1.18)	0.168
Pelo menos uma vez	1.29 (0.87-1.91)	0.205	1.39 (0.90-2.15)	0.134
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Modelo ajustado				
Frequentemente	1.63 (0.88-3.01)	0.117	0.62 (0.342-1.13)	0.123
Pelo menos uma vez	1.17 (0.76-1.81)	0.459	1.28 (0.81-2.04)	0.285
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

#### 5.4.3.3 Experiência de “ter usado a intuição para tomar uma decisão”

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 873 (69,7%) entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana dos participantes (IQR) foi de 38 (26-55) anos; eles eram em sua maioria brancos [62,7% (547/873)] com ensino superior completo [58,3% (509/873)], sendo que os homens eram 51,1% (446/873) da amostra. Os escores medianos da amostra (intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6,0 (2,0-10,0), GAD-7: 5,0 (2,0-9,0), WHOQOL - físico: 71,4 (60,7-82,1), WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), TOV - otimismo: 9,0 (7,0-10,0) e TOV - pessimismo: 5,0 (7,0-9,0). A maioria dos participantes era católica [45,5% (397/873)], seguida de evangélica/protestante [17,3% (151/873)], espírita [12,6% (110/873)] e sem religião, agnósticos ou ateus (12,4%). (108/873)]. A frequência de religiosidade organizacional semanal ou mais foi de [32,5% (284/873)], enquanto a frequência de religiosidade não organizacional semanal ou mais foi de [68,0% (594/873)]. A mediana das pontuações de RI somadas da amostra foi 6 (4-9).

Nesta amostra, 82,0% (716/873) dos participantes relataram ter usado a intuição para a tomada de decisão pelo menos uma vez na vida e 28,5% (249/873) relataram experiências de intuição com frequência.

Tabela 27 – Característica sociodemográficas dos participantes em relação “Ter usado a intuição para tomar decisão” (n = 873)

	Ter usado a intuição para tomar uma decisão		
	Nunca (n = 157)	Pelo menos uma vez (n = 467)	Frequentemente (n = 249)
Idade mediana (IQR) (anos)	36.0 (24.0-55.0)	40.0 (27.0-55.0)	38.0 (28.0-54.0)
<b>Faixa etária, n (%)</b>			
18-24 anos	63 (25.3)	89 (19.1)	28 (17.8)
25-34 anos	52 (20.9)	92 (19.7)	35 (22.3)
35-44 anos	39 (15.7)	92 (19.7)	39 (24.8)
45-54 anos	29 (11.6)	75 (16.1)	18 (11.5)
55-64 anos	45 (18.1)	70 (15.0)	23 (14.6)
≥ 65 anos	21 (8.4)	49 (10.5)	14 (8.9)
<b>Gênero, n (%)</b>			
Feminino	117 (47.0)	223 (47.8)	87 (55.4)
Masculino	132 (53.0)	244 (52.2)	70 (44.6)
<b>Etnia - autodeclaração, n (%)</b>			
Branco	151 (60.6)	294 (63.0)	102 (65.0)
Não-Branco	98 (39.4)	173 (37.0)	55 (35.0)
<b>Educação, n (%)</b>			
Faculdade	127 (51.0)	282 (60.4) <sup>a</sup>	100 (63.7) <sup>a</sup>
Ensino Médio	110 (44.2)	172 (36.8)	50 (31.8) <sup>a</sup>
Ensino Fundamental	12 (4.8)	13 (2.8)	7 (4.5)
<b>Renda Familiar - salário-mínimo, n (%)</b>			
>18	24 (9.6)	46 (9.9)	14 (8.9)
9-18	59 (23.7)	133 (28.5)	49 (31.2)
4-8	88 (35.3)	183 (39.2)	63 (40.1)
2-3	54 (21.7)	76 (16.3)	22 (14.0)
<2	24 (9.6)	29 (6.2)	9 (5.7)
<b>Estado Civil, n (%)</b>			
Casado/União Estável	144 (57.8)	270 (57.8)	94 (59.9)
Solteiro	83 (33.3)	161 (34.5)	49 (31.2)
Outros (Divorciado, Separado, Viúvo)	270 (57.8)	36 (7.7)	14 (8.9)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

<sup>a</sup>: p < 0,05 vs Nunca; Teste de Chi-Square ajustado por Bonferroni.

A Tabela 27 resume as características sociodemográficas dos grupos. Os grupos foram heterogêneos quanto às características sociodemográficas. Comparado ao grupo “Nunca”, os participantes que relataram ter usado a intuição para a tomada de decisão pelo menos uma vez ou com frequência eram predominantemente de alto nível educacional e apresentaram escores mais altos de PHQ-9 e GAD-7 (Tabela 27). Os participantes que frequentemente usaram a intuição para a tomada de decisão apresentaram maior TOV – otimismo, e maior religiosidade não organizacional e RI (escores mais baixos indicam maior concordância com RI), em comparação ao grupo “Nunca” (Tabela 28).

Tabela 28 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação a “Ter usado a intuição para tomar decisão” (n = 873)

	Ter usado a intuição para tomar uma decisão		
	Nunca (n = 157)	Pelo menos uma vez (n = 467)	Frequentemente (n = 249)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	5.0 (2.0-8.0)	6.0 (3.0-11.0) †	6.0 (3.0-10.0) #
Mínima, n (%)	124 (49.8)	167 (35.8) <sup>a</sup>	62 (39.5)
Leve, n (%)	78 (31.3)	162 (34.7)	52 (33.1)
Moderada, n (%)	26 (10.4)	73 (15.6)	19 (12.1)
Moderadamente Grave, n (%)	13 (5.2)	41 (8.8)	13 (8.3)
Grave, n (%)	8 (3.2)	24 (5.1)	11 (7.0)
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	4.0 (1.0-7.0)	6.0 (3.0-10.0) †	6.0 (3.0-10.0) #
Mínima, n (%)	136 (54.6)	186 (39.8) <sup>a</sup>	58 (36.9) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	65 (26.1)	161 (34.5)	58 (36.9)
Moderada, n (%)	35 (14.1)	78 (16.7)	18 (11.5)
Grave, n (%)	13 (5.2)	42 (9.0)	23 (14.6) <sup>a</sup>
WHOQOL – Físico, mediana (IQR)	75.0 (60.7-85.7)	67.9 (57.1-78.6) * †	71.4 (60.7-85.7)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	74 (29.7)	72 (15.4) <sup>a</sup>	43 (27.4)
Quartil 2, n (%)	55 (22.1)	117 (25.1)	34 (21.7)
Quartil 3, n (%)	56 (22.5)	114 (24.4)	39 (24.8)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	64 (25.7)	164 (35.1) <sup>a</sup>	41 (26.1)
WHOQOL – Psicológico, mediana (IQR)	70.8 (58.3-83.3)	66.7 (58.3-79.2)	75.0 (62.5-83.3) ##
Quartil 1 (mais alto), n (%)	66 (26.5)	80 (17.1) <sup>a</sup>	51 (32.5)
Quartil 2, n (%)	54 (21.7)	94 (20.1)	32 (24.1)
Quartil 3, n (%)	60 (24.1)	139 (29.8)	32 (20.4)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	69 (27.7)	154 (33.0)	38 (24.2)
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	9.0 (7.0-10.0)	9.0 (7.0-10.0)	10.0 (8.0-11.0) † ##
Quartil 1 (mais alto), n (%)	22 (8.8)	45 (9.6)	35 (22.3) <sup>a,b</sup>
Quartil 2, n (%)	55 (22.1)	118 (25.3)	46 (29.3)
Quartil 3, n (%)	98 (39.4)	184 (39.4)	49 (31.2)
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	74 (29.7)	120 (25.7)	27 (17.2) <sup>a</sup>
TOV – Pessimismo, mediana (IQR)	7.0 (5.0-9.0)	7.0 (6.0-9.0)	7.0 (5.0-9.0)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	51 (20.5)	79 (16.9)	34 (21.7)
Quartil 2, n (%)	65 (26.1)	120 (25.7)	39 (24.8)
Quartil 3, n (%)	67 (26.9)	159 (34.0)	37 (23.6) <sup>b</sup>
Quartil 4 (mais baixo), n (%)	66 (26.5)	109 (23.3)	47 (29.9)
DUREL – Organizacional, n (%)			
Mais que uma vez na semana	36 (14.5)	55 (11.8)	28 (17.8)
Uma vez na semana	40 (16.1)	88 (18.8)	37 (23.6)
Algumas vezes no mês	32 (12.9)	61 (13.1)	24 (15.3)
Algumas vezes no ano	62 (24.9)	138 (29.6) <sup>a</sup>	29 (18.5)
Uma vez ao ano ou menos	34 (13.7)	68 (14.6)	25 (15.9)
Nunca	45 (18.1)	57 (12.2)	14 (8.9) <sup>a</sup>
DUREL – Não-Organizacional, n (%)			
Mais que uma vez no dia	27 (10.8)	43 (9.2)	31 (19.7) <sup>a,b</sup>
Diariamente	82 (32.9)	163 (34.9)	66 (42.0)
Duas ou mais vezes na semana	25 (10.0)	77 (16.5)	21 (13.4)
Uma vez na semana	15 (6.0)	37 (7.9)	7 (4.5)
Algumas vezes no mês	40 (16.1)	68 (14.6)	12 (7.6) <sup>a</sup>
Raramente ou nunca	60 (24.1)	79 (16.9)	20 (12.7) <sup>a</sup>
DUREL – Soma de religiosidade intrínseca, mediana (IQR)	6.0 (4.0-10.0)	6.0 (4.0-8.0)	5.0 (3.0-7.0) † ##
Afiliação Religiosa			

Católico	117 (47.0)	225 (48.2)	55 (35.0) <sup>b</sup>
Evangélico/Protestante	50 (20.1)	77 (16.5)	24 (15.3)
Espiritismo	16 (6.4)	57 (12.2) <sup>a</sup>	37 (23.6) <sup>a,b</sup>
Cristianismo	12 (4.8)	36 (7.7)	12 (7.6)
Outros	16 (6.4)	20 (4.3)	11 (7.0)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0.05$  vs Never; #:  $p < 0.01$  vs Never; †:  $p < 0.001$  vs Never; ###:  $p < 0.01$  vs At least once, Bonferroni-adjusted pairwise comparison; <sup>a</sup>:  $p < 0.05$  vs Never; <sup>b</sup>:  $p < 0.05$  vs At least once, Bonferroni-adjusted Chi-Square's test.

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, participantes do grupo “Frequentemente” [OR: 2,75 (1,05-7,18),  $p = 0,039$ ] e “Pelo menos uma vez” [OR: 2,88 (1,42-5,82),  $p = 0,003$ ] mostraram chances significativamente maiores para níveis mais altos de PHQ-9 grave e moderadamente grave, respectivamente. Os participantes dos grupos “Frequentemente” [OR: 4,14 (1,96-8,75),  $p < 0,001$ ] e “Pelo menos uma vez” [OR: 2,36 (1,22-4,57),  $p = 0,011$ ] apresentaram chances significativamente maiores de GAD-7 nível grave (Tabela 29). Os participantes do grupo “Pelo menos uma vez” apresentaram menores chances para o quartil mais alto do WHOQOL - Físico [OR: 0,380 (0,246-0,58),  $p < 0,001$ ] e WHOQOL - Psicológico [OR: 0,54 (0,352-0,83),  $p = 0,006$ ], em comparação com o grupo “Nunca”. O grupo “Frequentemente” apresentou maiores chances para o quartil mais alto de TOV – otimismo [OR: 4,36 (2,18-8,70),  $p < 0,001$ ], comparado ao grupo “Nunca” (Tabelas 30 e 31).

Tabela 29 – Associações entre “Ter usado a Intuição para tomar decisão”, Ansiedade e Depressão (n = 873)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>Depressão – PHQ-9</b>				
<b>Grave</b>				
Frequentemente	2.75 (1.05-7.18)	0.039	3.12 (1.07-9.07)	0.036
Pelo menos uma vez	2.22 (0.96-5.12)	0.060	2.74 (1.11-6.75)	0.028
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Grave</b>				
Frequentemente	2.00 (0.87-4.57)	0.100	2.77 (1.12-6.80)	0.026
Pelo menos uma vez	2.34 (1.20-4.55)	0.012	2.88 (1.42-5.82)	0.003
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Frequentemente	1.46 (0.75-2.84)	0.264	1.83 (0.89-3.78)	0.100
Pelo menos uma vez	2.08 (1.25-3.45)	0.004	2.38 (1.38-4.09)	0.002
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Leve</b>				
Frequentemente	1.33 (0.83-2.12)	0.225	1.35 (0.81-2.24)	0.237
Pelo menos uma vez	1.54 (1.08-2.20)	0.017	1.66 (1.13-2.42)	0.008
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Ansiedade – GAD-7</b>				

Grave				
Frequentemente	4.14 (1.96-8.75)	< 0.001	4.63 (2.04-10.49)	< 0.001
Pelo menos uma vez	2.36 (1.22-4.57)	0.011	2.53 (1.26-5.10)	0.009
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Moderada				
Frequentemente	1.20 (0.63-2.30)	0.570	1.47 (0.72-2.97)	0.283
Pelo menos uma vez.	1.62 (1.03-2.57)	0.036	1.87 (1.14-3.06)	0.012
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Leve				
Frequentemente	2.09 (1.30-3.34)	0.002	2.10 (1.27-3.47)	0.004
Pelo menos uma vez.	1.81 (1.26-2.60)	0.001	1.87 (1.28-2.74)	0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, participantes do grupo “Pelo menos uma vez” [OR: 2,74 (1,11-6,75),  $p = 0,028$ ] e “Frequentemente” [OR: 3,12 (1,07-9,07),  $p = 0,036$ ] mostraram chances significativamente maiores para níveis mais altos de PHQ-9 grave (Tabela x). Ambos os grupos “Frequentemente” [OR: 4,63 (2,04-10,49),  $p < 0,001$ ] e “Pelo menos uma vez” [OR: 2,53 (1,26-5,10),  $p = 0,009$ ] também mostraram chances significativamente maiores para níveis mais altos de GAD-7 grave, em comparação com participantes do grupo “Nunca” (Tabela 29). Os participantes do grupo “Pelo menos uma vez” apresentaram menores chances para o quartil mais alto do WHOQOL - Físico [OR: 0,361 (0,228-0,57),  $p < 0,001$ ] e WHOQOL - Psicológico [OR: 0,48 (0,296-0,78),  $p = 0,003$ ], em comparação com o grupo “Nunca”. O grupo “Frequentemente” apresentou maiores chances para o quartil mais alto de TOV – otimismo [OR: 3,27 (1,51-7,06),  $p = 0,003$ ], comparado ao grupo “Nunca” (Tabelas 30 e 31).

Tabela 30 – Associações entre “Ter Usado Intuição para tomar decisão” e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 873)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
WHOQOL - Físico				
Quartil 1 (mais alto)				
Frequentemente	0.90 (0.52-1.56)	0.725	0.74 (0.40-1.34)	0.322
Pelo menos uma vez	0.380 (0.246-0.58)	< 0.001	0.361 (0.228-0.57)	< 0.001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quartil 2				
Frequentemente	0.96 (0.54-1.72)	0.904	0.91 (0.49-1.68)	0.765
Pelo menos uma vez	0.83 (0.53-1.27)	0.398	0.81 (0.52-1.28)	0.379
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quartil 3				
Frequentemente	1.08 (0.61-1.91)	0.773	0.87 (0.47-1.59)	0.651

Pelo menos uma vez	0.79 (0.51-1.22)	0.295	0.69 (0.44-1.09)	0.118
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>WHOQOL Psicológico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Frequentemente	1.48 (0.86-2.55)	0.157	1.32 (0.70-2.50)	0.381
Pelo menos uma vez	0.54 (0.352-0.83)	0.006	0.48 (0.296-0.78)	0.003
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Frequentemente	1.13 (0.62-2.05)	0.675	0.98 (0.51-1.88)	0.965
Pelo menos uma vez	0.78 (0.50-1.21)	0.267	0.69 (0.43-1.10)	0.123
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Frequentemente	1.21 (0.68-2.15)	0.507	1.20 (0.64-2.24)	0.562
Pelo menos uma vez	1.03 (0.68-1.57)	0.860	0.93 (0.60-1.46)	0.779
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

Tabela 31 – Associações entre “Ter Usado Intuição para tomar decisão” e Otimismo e Pessimismo (n = 873)

	TOV - Otimismo		TOV - Pessimismo	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	4.36 (2.18-8.70)	0.000	0.93 (0.52-1.66)	0.821
Pelo menos uma vez	1.26 (0.70-2.26)	0.438	0.93 (0.58-1.49)	0.788
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Frequentemente	3.27 (1.51-7.06)	0.003	0.75 (0.40-1.40)	0.379
Pelo menos uma vez	1.20 (0.63-2.26)	0.570	0.83 (0.51-1.35)	0.461
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	2.29 (1.27-4.13)	0.006	0.84 (0.48-1.45)	0.538
Pelo menos uma vez	1.32 (0.85-2.03)	0.204	1.11 (0.72-1.71)	0.611
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Frequentemente	2.16 (1.14-4.10)	0.018	0.75 (0.41-1.35)	0.345
Pelo menos uma vez	1.25 (0.79-1.99)	0.336	0.99 (0.63-1.56)	0.994
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Frequentemente	1.37 (0.78-2.39)	0.269	0.77 (0.44-1.34)	0.364
Pelo menos uma vez	1.15 (0.79-1.69)	0.449	1.43 (0.94-2.18)	0.089
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Frequentemente	1.16 (0.63-2.13)	0.619	0.72 (0.40-1.28)	0.270
Pelo menos uma vez	1.00 (0.67-1.51)	0.966	1.34 (0.87-2.07)	0.181
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo. Os modelos ajustados controlados para os efeitos da idade, sexo, educação, DUREL (organizacional, não organizacional e IR) e afiliação religiosa.

#### 5.4.4 Experiências de quase morte e experiências de supostas vidas passadas

##### 5.4.4.1 Experiências de quase morte

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 1.053 (84,1%) entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana (IQR) dos participantes foi de 39 (27-53) anos, eram em sua maioria mulheres (52,5%), brancos (61,8%) e com ensino superior completo (56,5%). Os escores medianos da amostra (intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6 (2-10), GAD-7: 5 (2-9), WHOQOL - físico: 71,4 (60,7-82,1), WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), TOV - otimismo: 9 (7-10), e TOV - pessimismo: 5 (7-9). A maioria dos participantes era católica (43,8%), seguida de evangélicos/protestantes (18,3%), espiritismo (12,9%) e sem religião, agnósticos ou ateus (12,2%). A frequência de religiosidade organizacional mensal ou mais foi de 44,2%, enquanto a frequência de religiosidade não organizacional duas vezes por semana ou mais foi de 63,3%. A mediana dos escores somados de RI foi 6 (4-8).

Nesta amostra, 18,6% (196/1053) dos participantes relataram ter tido experiência de quase morte.

A Tabela 32 sumariza as características sociodemográficas do grupo. As características sociodemográficas dos participantes foram homogêneas entre os grupos.

Tabela 32 – Características sociodemográficas dos participantes em relação à Experiência de quase morte (n = 1053)

	Experiência de quase morte	
	Nunca (n = 857)	Sim (n = 196)
Idade mediana (IQR) (anos)	40 (28-54)	50 (25-75)
Faixa etária, n (%)		
18-24 anos.	162 (18.9)	40 (20.4)
25-34 anos.	173 (20.2)	49 (25.0)
35-44 anos.	176 (20.5)	44 (22.4)
45-54 anos.	137 (16.0)	28 (14.3)
55-64 anos.	136 (15.9)	21 (10.7)
≥ 65 anos.	73 (8.5)	14 (7.1)
Gênero, n (%)		
Feminino	461 (53.8)	92 (46.9)
Masculino	396 (46.2)	104 (53.1)
Etnia - autodeclaração, n (%)		
Branco	536 (62.5)	115 (58.7)
Negro	47 (5.5)	11 (5.6)
Pardo	242 (28.2)	66 (33.7)

Outros (asiáticos, indígenas)	32 (3.7)	4 (2.0)
<b>Educação, n (%)</b>		
Faculdade	471 (55.0)	120 (61.2)
Ensino Médio	353 (41.2)	63 (32.1) <sup>a</sup>
Ensino Fundamental	33 (3.9)	13 (6.6)
<b>Renda Familiar - salário-mínimo, n (%)</b>		
>18	69 (9.6)	15 (8.7)
9-18	194 (26.9)	51 (29.7)
4-8	274 (38.0)	64 (37.2)
2-3	128 (17.8)	30 (17.4)
<2	56 (7.8)	12 (7.0)
<b>Estado Civil, n (%)</b>		
Casado/União Estável	508 (59.3)	104 (53.1)
Solteiro	273 (31.9)	73 (37.2)
Divorciado	42 (4.9)	12 (6.1)
Separado	20 (2.3)	4 (2.0)
Viúvo	14 (1.6)	3 (1.5)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs Nunca, Teste mediano; <sup>a</sup>:  $p < 0,05$  vs No, teste de Chi-Square, Bonferroni-ajustado. Faltavam 160 dados de renda.

Comparado ao grupo “Nunca”, participantes que reportaram experiências de quase morte mostraram ter escores mais altos de PHQ-9 e GAD-7, e escores mais baixos de WHOQOL – domínios físico e psicológico (Tabela 33).

Tabela 33 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação à Experiência de quase morte (n = 1053)

	Experiência de quase morte	
	Não (n = 857)	Sim (n = 196)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	5.0 (2.0-9.0)	9.0 (3.0-14.0)**
Mínima, n (%)	379 (44.2)	62 (31.6) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	292 (34.1)	50 (25.5) <sup>a</sup>
Moderado, n (%)	105 (12.3)	36 (18.4) <sup>a</sup>
Moderadamente Grave, n (%)	53 (6.2)	26 (13.3) <sup>a</sup>
Grave, n (%)	28 (3.3)	22 (11.2) <sup>a</sup>
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	5.0 (2.0-8.0)	9.0 (3.0-14.0)**
Mínima, n (%)	407 (47.5)	58 (29.6) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	279 (32.6)	65 (33.2)
Moderado, n (%)	110 (12.8)	43 (21.9) <sup>a</sup>
Grave, n (%)	61 (7.1)	30 (15.3) <sup>a</sup>
WHOQOL – Físico, mediano (IQR)	71.4 (60.7-82.1)	67.9 (50.0-78.6)**
Quartil 1 (mais alto), n (%)	216 (25.2)	30 (15.3) <sup>a</sup>
Quartil 2, n (%)	210 (24.5)	29 (14.8) <sup>a</sup>
Quartil 3, n (%)	194 (22.6)	53 (27.0)
Quartil 4 (menor), n (%)	237 (27.7)	84 (42.9) <sup>a</sup>
WHOQOL – Psicológico, mediano (IQR)	70.8 (58.3-79.2)	66.7 (54.2-79.2)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	200 (23.3)	41 (20.9)
Quartil 2, n (%)	179 (20.9)	29 (14.8)
Quartil 3, n (%)	234 (27.3)	53 (27.0)
Quartil 4 (menor), n (%)	244 (28.5)	73 (37.2) <sup>a</sup>
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	9.0 (7.0-10.0)	9.0 (7.0-10.0)

Quartil 1 (mais alto), n (%)	95 (11.3)	25 (12.8)
Quartil 2, n (%)	220 (26.2)	32 (16.4) <sup>a</sup>
Quartil 3, n (%)	312 (37.1)	78 (40.0)
Quartil 4 (menor), n (%)	213 (25.4)	60 (30.8)
TOV – Pessimismo, mediana (IQR)	7.0 (6.0-9.0)	9 (7-10)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	175 (20.8)	21 (10.8) <sup>a</sup>
Quartil 2, n (%)	222 (26.4)	43 (22.1)
Quartil 3, n (%)	263 (31.3)	50 (25.6)
Quartil 4 (menor), n (%)	180 (21.4)	81 (41.5) <sup>a</sup>
DUREL – Organizacional, n (%)		
Nunca	126 (14.7)	16 (8.2) <sup>a</sup>
Uma vez por ano ou menos	129 (15.1)	16 (8.2) <sup>a</sup>
Algumas vezes por ano	211 (24.6)	59 (30.1)
Algumas vezes por mês	113 (13.2)	33 (16.8)
Uma vez por semana	163 (19.0)	38 (19.4)
Mais de uma vez por semana	115 (13.4)	34 (17.3)
DUREL – Não-Organizacional, n (%)		
Raramente ou nunca	164 (19.1)	19 (9.7) <sup>a</sup>
Algumas vezes por mês	113(13.2)	27 (13.8)
Uma vez por semana	45 (5.3)	18 (9.2) <sup>a</sup>
Duas ou mais vezes por semana	116 (13.5)	39 (19.9) <sup>a</sup>
Diamante	325 (37.9)	65 (33.2)
Mais de uma vez por dia	94 (11.0)	28 (14.3)
DUREL – Religiosidade Intrínseca, Mediana (IQR)	6.0 (4.0-9.0)	6.0 (4.0-8.0)
Afiliação Religiosa		
Católico	369 (43.1)	92 (47.2)
Evangélico/protestante	164 (19.1)	28 (14.4)
Espiritismo	104 (12.1)	32 (16.4)
Cristão	54 (6.3)	17 (8.7)
Outros	50 (5.8)	14 (7.2)
Sem religião, agnóstico ou ateu	116 (13.5)	12 (6.2) <sup>a</sup>

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,001$ ; vs Não, teste de Mediana; <sup>a</sup>:  $p < 0,05$  vs No, teste de Chi-Square, Ajustado por Bonferroni.

O grupo de experiência de quase morte apresentou menor proporção de sem religião/agnóstico/ateu, baixa religiosidade organizacional (“uma vez por ano ou menos” e “algumas vezes por ano”) e maior proporção de religiosidade não organizacional frequente (“uma vez por “semana” ou “duas ou mais vezes por semana”), em comparação ao grupo “Nunca” (Tabela 36).

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes com experiência de quase morte apresentaram chances significativamente maiores para o grau mais alto das variáveis de saúde mental PHQ-9 grave [OR: 4,80 (2,58-8,92),  $p < 0,001$ ], GAD-7 grave [OR: 3,45 (2,05-5,78),  $p < 0,001$ ] (Tabela 34), e chances mais baixas para o quartil mais alto do WHOQOL – físico [OR: 0,392 (0,248-0,61),  $p < 0,001$ ] (Tabela 35) e TOV – pessimismo [OR: 0,267 (0,158-0,45),  $p < 0,001$ ] (Tabela 33).

Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes com experiência de quase morte apresentaram chances significativamente maiores para o grau mais alto de PHQ-9 grave [OR: 4,21 (2,11-8,40),  $p < 0,001$ ] e GAD- 7 grave [OR: 2,87 (1,64-5,03),  $p < 0,001$ ] (Tabela 34), e para os maiores escores de TOV – otimismo [OR: 1,42 (1,04-1,96),  $p = 0,028$ ] (Tabela 36), enquanto apresentaram menores chances para o quartil mais alto do WHOQOL – físico [OR: 0,40 (0,247-0,64)  $< 0,001$ ] (Tabela 35) e TOV – pessimismo [OR: 0,248 (0,139-0,44),  $p < 0,001$ ] (Tabela 36).

Tabela 34 – Associações entre EERs Quase Morte, Ansiedade e Depressão (n = 1053)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Depressão – PHQ-9</b>				
<b>Grave</b>				
Sim	4.80 (2.58-8.92)	< 0,001	4.21 (2.11-8.40)	< 0,001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Grave</b>				
Sim	2.99 (1.74-5.14)	< 0,001	3.22 (1.79-5.82)	< 0,001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Sim	2.09 (1.31-3.33)	0.002	1.95 (1.18-3.23)	0.009
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Mínima</b>				
Sim	1.04 (0.70-1.56)	0.824	1.04 (0.68-1.59)	0.852
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Ansiedade – GAD-7</b>				
<b>Grave</b>				
Sim	3.45 (2.05-5.78)	< 0,001	2.87 (1.64-5.03)	< 0,001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderada</b>				
Sim	2.74 (1.7 5-4.21)	< 0,001	2.54 (1.57-4.10)	< 0,001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Mínima</b>				
Sim	1.63 (1.11-2.4 0)	0.012	1,55 (1.03-2.31)	0.033
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Mínimo

Tabela 35 – Associações entre EERs Quase Morte e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 1053)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>WHOQOL - Físico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Sim	0.392 (0.248-0.61)	< 0,001	0.40 (0.247-0.64)	< 0,001
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Sim	0.390 (0.246-0.61)	< 0,001	0.385 (0.239-0.62)	< 0,001

Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Sim	0.77 (0.52-1.14)	0.194	0.81 (0.53-1.22)	0.323
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>WHOQOL</b>				
<b>Psicológico</b>				
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Sim	0.68 (0.44-1.04)	0.082	0.65 (0.40-1.06)	0.090
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Sim	0.54 (0.338-0.86)	0.011	0.52 (0.320-0.87)	0.013
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Sim	0.75 (0.50-1.12)	0.169	0.74 (0.48-1.14)	0.117
Nunca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência: Quartil 4 (menor).

Tabela 36 – Associações entre EERs de Quase Morte e Otimismo (TOV-Otimismo) (n = 1035)

	B	ES.	OR (IC 95%)	p
<b>Modelo bruto</b>				
Sim	0.270	0.145	1.31 (0.98-1.74)	0.064
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Sim	0.357	0.161	1.42 (1.04-1.96)	0.028
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de Referência: Quartil 4 (menor). Faltavam 18 dados para dados de questionários do TOV.

Tabela 37 – Associações entre EERs de Quase Morte e Pessimismo (TOV-Pessimismo) (n = 1035)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Sim	0.267 (0.158-0.45)	< 0,001	0.248 (0.139-0.44)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Sim	0.43 (0.283-0.65)	< 0,001	0.395 (0.245-0.63)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Sim	0.42 (0.283-0.63)	< 0,001	0.382 (0.244-0.59)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de Referência: Quartil 4 (menor). Faltavam 18 dados para dados de questionários do LOT.

#### 5.4.4.2 Experiências de memórias de supostas vidas passadas

Dos 1.252 participantes que concordaram em responder à pesquisa, 1.053 (84,1%) entrevistados forneceram dados completos para as variáveis de interesse. A idade mediana (IQR) dos participantes foi de 39 (27-53) anos, eram em sua maioria mulheres (52,5%), brancos (61,8%) e com ensino superior completo (56,5%). Os escores medianos da amostra (intervalo interquartil, IQR) das variáveis de saúde mental foram, PHQ-9: 6 (2-10), GAD-7: 5 (2-9), WHOQOL - físico: 71,4 (60,7-82,1), WHOQOL - psicológico 70,8 (58,3-79,2), TOV - otimismo: 9 (7-10), e TOV - pessimismo: 5 (7-9). A maioria dos participantes era católica (43,8%), seguida de evangélicos/protestantes (18,3%), espiritismo (12,9%) e sem religião, agnósticos ou ateus (12,2%). A frequência de religiosidade organizacional mensal ou mais foi de 44,2%, enquanto a frequência de religiosidade não organizacional duas vezes por semana ou mais foi de 63,3%. A mediana dos escores somados de RI foi 6 (4-8), sendo que escores menores de RI correspondem a maior índice de religiosidade intrínseca.

Nesta amostra, 30,1% (317/1053) dos participantes relataram ter tido experiências de vida passadas.

A Tabela 38 resume as características sociodemográficas dos grupos. As características sociodemográficas dos grupos foram homogêneas em geral, com apenas uma proporção maior de participantes com ensino fundamental no grupo de experiências de vidas passadas.

Tabela 38 – Características sociodemográficas da amostra em relação à Experiência de memória de vidas passadas (n = 1053)

	Experiência de vida passada	
	Nunca (n = 736)	Sim (n = 317)
Idade (anos), mediana (IQR)	38 (27-54)	40 (29-52)
Faixa etária, n (%)		
18-24 anos	150 (20.4)	52 (16.4)
25-34 anos	156 (21.2)	66 (20.8)
35-44 anos	143 (19.4)	77 (24.3)
45-54 anos	109 (14.8)	56 (17.7)
55-64 anos	115 (15.6)	42 (13.2)
≥ 65 anos	63 (8.6)	24 (7.6)
Gênero, n (%)		
Feminino	394 (53.5)	159 (50.2)
Masculino	342 (46.5)	158 (49.8)
Etnia - autorrenotificada, n (%)		
Branco	447 (60.7)	204 (64.4)
Negro	43 (5.8)	15 (4.7)
Pardo	220 (29.9)	88 (27.8)

Outros (asiáticos, indígenas)	26 (3.5)	10 (3.2)
<b>Educação, n (%)</b>		
Faculdade	413 (56.1)	178 (56.2)
Ensino Médio	297 (40.4)	119 (37.5)
Ensino Fundamental	26 (3.5)	20 (6.3) <sup>a</sup>
<b>Renda Familiar - salário-mínimo, n (%)</b>		
>18	63 (10.1)	21 (7.7)
9-18	174 (28.0)	71 (26.1)
4-8	228 (36.7)	110 (40.4)
2-3	108 (17.4)	50 (18.4)
<2	48 (7.7)	20 (7.4)
<b>Estado Civil, n (%)</b>		
Casado/União Estável	424 (57.6)	188 (59.3)
Solteiro	243 (33.0)	103 (32.5)
Divorciado	40 (5.4)	14 (4.4)
Separado	17 (2.3)	7 (2.2)
Viúvo	12 (1.6)	5 (1.6)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$  vs No, Teste mediana; <sup>a</sup>:  $p < 0,05$  vs No, teste de Chi-Square, Bonferroni-ajustado. Faltavam 160 dados de renda.

O grupo de experiências de vidas passadas apresentou menor proporção de afiliação religiosa Evangélica/Protestante e Sem Religião/Agnóstico/Ateu, maior proporção de Espíritas, menor proporção de religiosidade organizacional (associação com “nunca” em relação à frequência de presença nos locais de prática religiosa) e não organizacional (“Raramente ou nunca”), e maior proporção de religiosidade não organizacional pouco frequente (“Algumas vezes por mês”) e maior religiosidade intrínseca (RI) em relação ao grupo Nunca (Tabela 38). Comparados ao grupo “Nunca”, os participantes que relataram experiência de vida passada apresentaram maiores escores de PHQ-9, GAD-7 e WHOQOL - domínio físico, e menores escores de TOV - Pessimismo (Tabela 39).

Tabela 39 – Perfil religioso e de saúde mental dos participantes em relação à Experiência de memória de vidas passadas (n = 1053)

	Experiência de vida passada	
	Nunca (n = 736)	Sim (n = 317)
Depressão PHQ-9, mediana (IQR)	5 (2-9)	7 (3-12)**
Mínimo, n (%)	329 (44.7)	112 (35.3) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	247 (33.6)	95 (30.0)
Moderado, n (%)	87 (11.8)	54 (17.0) <sup>a</sup>
Moderadamente Grave, n (%)	50 (6.8)	29 (9.1)
Grave, n (%)	23 (3.1)	27 (8.5) <sup>a</sup>
Ansiedade GAD-7, mediana (IQR)	5 (2-8)	7 (3-11)**
Mínimo, n (%)	355 (48.2)	110 (34.7) <sup>a</sup>
Leve, n (%)	233 (31.7)	111 (35.0)
Moderado, n (%)	96 (13.0)	57 (18.0) <sup>a</sup>
Grave, n (%)	52 (7.1)	39 (12.3) <sup>a</sup>
WHOQOL – Físico, mediana (IQR)	60.7 (71.4-82.1)	67.9 (53.6-82.1)*

Quartil 1 (mais alto), n (%)	179 (24.3)	67 (21.1)
Quartil 2, n (%)	181 (24.6)	58 (18.3) <sup>a</sup>
Quartil 3, n (%)	168 (22.8)	79 (24.9)
Quartil 4 (menor), n (%)	208 (28.3)	113 (35.6) <sup>a</sup>
WHOQOL – Psicológico, mediana (IQR)	58.3 (70.8-79.2)	66.7 (54.2-79.2)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	174 (23.6)	67 (21.1)
Quartil 2, n (%)	148 (20.1)	60 (18.9)
Quartil 3, n (%)	203 (27.6)	84 (26.5)
Quartil 4 (menor), n (%)	211 (28.7)	106 (33.4)
TOV – Otimismo, mediana (IQR)	9 (7-10)	9 (8-10)
Quartil 1 (mais alto), n (%)	71 (9.8)	49 (15.7)
Quartil 2, n (%)	66 (21.1)	186 (25.8)
Quartil 3, n (%)	122 (39.0)	268 (37.1)
Quartil 4 (menor), n (%)	76 (24.3)	197 (27.3)
TOV – Pessimismo, mediana (IQR)	7 (6-9)	6 (5-8)*
Quartil 1 (mais alto), n (%)	71 (9.8)	49 (15.7) <sup>a</sup>
Quartil 2, n (%)	186 (25.8)	66 (21.1)
Quartil 3, n (%)	268 (37.1)	122 (39.0)
Quartil 4 (menor), n (%)	197 (27.3)	76 (24.3)
DUREL – Organizacional, n (%)		
Nunca	125 (17.0)	17 (5.4) <sup>a</sup>
Uma vez por ano ou menos	108 (14.7)	37 (11.7)
Algumas vezes por ano	177 (24.0)	93 (29.3)
Algumas vezes por mês	94 (12.8)	52 (16.4)
Uma vez por semana	134 (18.2)	67 (21.1)
Mais de uma vez por semana	98 (13.3)	51 (16.1)
DUREL – Não-Organizacional, n (%)		
Raramente ou nunca	158 (21.5)	25 (7.9) <sup>a</sup>
Algumas vezes por mês	85 (11.5)	55 (17.4) <sup>a</sup>
Uma vez por semana	40 (5.4)	23 (7.3)
Duas ou mais vezes por semana	99 (13.5)	56 (17.7)
Diariamente	277 (37.6)	113 (35.6)
Mais de uma vez por dia	77 (10.5)	45 (14.2)
DUREL – Religiosidade Intrínseca, Mediana (IQR)	6 (4-9)	5 (4-7)*
Afiliação Religiosa		
Católico	312 (42.4)	149 (47.2)
Evangélico/protestante	149 (20.2)	43 (13.6) <sup>a</sup>
Espiritismo	75 (10.2)	61 (19.3) <sup>a</sup>
Cristão	56 (7.6)	15 (4.7)
Outros	39 (5.3)	25 (7.9)
Sem religião, agnóstico ou ateu	105 (14.3)	23 (7.3) <sup>a</sup>

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,001$ ; vs Não, teste mediano; <sup>a</sup>:  $p < 0,05$  vs No, teste de Chi-Square, Ajustado por Bonferroni.

Nos modelos brutos de regressão logística, comparados aos participantes do grupo Nunca, os participantes com experiência de vida passada apresentaram chances significativamente maiores para o grau mais alto das variáveis de saúde mental PHQ-9 grave [OR: 3,44 (1,90-6,25),  $p < 0,001$  ], GAD-7 grave [OR: 2,42 (1,51-3,86),  $p < 0,001$  ] (Tabela 40), chances mais altas para a pontuação mais alta do WHOQOL - físico [OR: 1,37 (1,08-1,74),  $p =$

0,008] (Tabela 41), e menores chances para o quartil mais alto de TOV – escores de pessimismo [OR: 0,41 (0,275-0,63),  $p < 0,001$ ] (Tabela 43).

Nos modelos de regressão logística ajustados, comparados aos participantes do grupo “Nunca”, os participantes com experiência de vida passada apresentaram chances significativamente maiores para o grau mais alto de PHQ-9 [OR: 4,39 (2,27-8,49),  $p < 0,001$ ] e GAD-7 [OR: 2,54 (1,54-4,19),  $p < 0,001$ ] escores (Tabela 40), WHOQOL – físico [OR: 1,48 (1,13-1,94),  $p = 0,004$ ] e WHOQOL – psicológico [OR: 1,41 (1,08-1,85),  $p = 0,012$ ] (Tabela 41), e menores chances para o quartil mais alto de TOV – pessimismo [OR: 0,336 (0,208-0,54)  $< 0,001$ ,  $p < 0,001$ ] (Tabela 43).

Tabela 40 – Associações entre EERs de Vida Passada e escores de depressão (PHQ-9) e ansiedade (GAD-7) (n = 1053)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>PHQ-9</b>				
<b>Grave</b>				
Sim	3.44 (1.90-6.25)	< 0,001	4.39 (2.27-8.49)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderadamente Grave</b>				
Sim	1,70 (1.02-2.82)	0.039	2.03 (1.18-3.52)	0.011
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderado</b>				
Sim	1.82 91.22-2.72	0.003	2.28 (1.48-3.51)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Mínimo</b>				
Sim	1.13 (0.82-1.55)	0.454	1.18 (0.84-1.65)	0.332
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>GAD-7</b>				
<b>Grave</b>				
Sim	2.42 (1.51-3.86)	< 0,001	2.54 (1.54-4.19)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Moderado</b>				
Sim	1.91 (1.29-2.83)	0.001	2.02 (1.32-3.07)	0.001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Mínimo</b>				
Sim	1,53 (1.12-2.09)	0.007	1,55 (1.12-2.15)	0.008
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Grupo de referência para PHQ-0 e GAD-7: "Mínimo".

Tabela 41 – Associações entre EERs de Vida Passada e Qualidade de Vida (domínios físico e psicológico) (n = 1053)

	B	ES.	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>WHOQOL - Físico</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Sim	0.320	0.121	1.37 (1.08-1.74)	0.008
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Sim	0.397	0.136	1.48 (1.13-1.94)	0.004
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>WHOQOL - Psicológico</b>				
<b>Modelo bruto</b>				
Sim	0.179	0.121	1.19 (0.94-1.51)	0.138
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Sim	0.347	0.137	1.41 (1.08-1.85)	0.012
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 42 – Associações entre EERs de Vida Passada e Otimismo (TOV-Otimismo) (n = 1035)

	B	ES.	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Modelo bruto</b>				
Sim	-0.157	0.123	0,85 (0,67-1,08)	0.203
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Modelo ajustado</b>				
Sim	0.070	0.139	1.07 (0.81-1.41)	0.613
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de Referência: Quartil 4 (menor). Faltavam 18 dados para dados de questionários do TOV.

Tabela 43 – Associações entre EERs de Vida Passada e Pessimismo (TOV-Pessimismo) (n = 1035)

	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Quartil 1 (mais alto)</b>				
Sim	0.41 (0.275-0.63)	< 0,001	0,336 (0.208-0,54)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 2</b>				
Sim	0,50 (0,347-0,72)	< 0,001	0.43 (0.281-0.66)	< 0,001
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Quartil 3</b>				
Sim	0,67 (0,48-0,95)	0.026	0,58 (0.397-0,87)	0.008
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Categoria de Referência: Quartil 4 (menor). Faltavam 18 dados para dados de questionários do TOV.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Nossos achados revelaram que as EERs são altamente prevalentes na população brasileira, pois mais de 90% dos participantes (todos os grupos combinados) relataram ter tido pelo menos uma EER, pelo menos uma vez na vida e 47,5% referiram ter pelo menos uma experiência com frequência, combinando todos os diferentes grupos. Em consonância com a literatura anterior, as EERs foram mais frequentes entre as mulheres. No entanto, ao contrário da hipótese de vários autores (Bainbridge, 1978; Rice, 2003; Christoher *et al.*, 1971; Wuthnow, 1976), as EERs foram, em uma análise multivariada, em sua maioria não relacionados com renda, educação, situação de emprego e etnia. A idade avançada mostrou-se associada apenas a experiências frequentes do tipo místico.

#### 6.1.1 EER e grupos de experiências

##### 6.1.1.1 Grupo 1: Experiências místicas

Experiências místicas foram relatadas por 84% dos participantes. A experiência mais comum foi “União com Deus ou algo superior ao indivíduo”. As experiências místicas estão em geral relacionadas a estados alterados de consciência, em que há uma percepção mais vívida de uma realidade diferente e até superior (Moreira-Almeida; Lotufo Neto, 2017). Elas podem ser intensas e extremas ou mais suaves (Wulff, 2013), mas muitas vezes levam a um impacto profundo na vida do experienciador. Elas são comumente relatadas em diferentes culturas - 40% da população na Inglaterra reportam essa experiência (Greeley, 1975; Hay; Morisy, 1978) e cerca de 50% na América do Norte (Pew Research Center, 2009; Wulff, 2013). Nossos resultados comprovaram nossa hipótese e mostraram uma prevalência bem maior no Brasil. O país é considerado um solo fértil para movimentos religiosos e práticas espirituais sincréticas que compartilham a crença de uma força espiritual superior, criando um quadro apropriado para acolher experiências como “União com Deus” (Machado *et al.*, 2016). Algumas manifestações religiosas como “Os Dons do Espírito Santo” são fenômenos que contêm aspectos das

experiências de tipo místico e compartilhadas por uma grande proporção de adeptos em todo o Brasil, como católicos, protestantes e principalmente evangélicos, cujo número aumentou na última década (Peres *et al.*, 2018). Além disso, movimentos xamânicos inspirados na “Nova Era” estão crescendo em popularidade entre as tendências espirituais no Brasil, com práticas (como o uso de substâncias) que podem estimular a ocorrência de experiências místicas (Machado *et al.*, 2016). Do ponto de vista clínico, como já descrito, experienciadores saudáveis podem ter resultados positivos e duradouros, principalmente quando as experiências são manifestadas em contextos religiosos ou espirituais acolhedores. Mesmo em suas formas mais leves, as experiências místicas podem fornecer uma inspiração para o autodesenvolvimento contínuo e o crescimento interior (Wulff, 2013). Embora possa haver sobreposição entre experiências místicas saudáveis e patológicas (e algumas EERs desencadeiem sintomas que se assemelham a transtornos dissociativos e psicóticos), os experienciadores podem emergir de todo o processo se sentindo funcionais nas atividades da vida diária e relatando bem-estar, desde que recebam intervenções de suporte (Brook, 2019; Lukoff, 1985). Os aspectos clínicos serão amplamente discutidos posteriormente, mas é evidente a necessidade de explorar o potencial terapêutico dessas experiências e os tipos de suporte clínico mais adequados para desfechos saudáveis.

#### 6.1.1.2 Grupo 2: Experiências mediúnicas

Nossos achados também mostraram uma alta prevalência de EERs de ouvir as vozes, sentir a presença de alguém que morreu e ver espíritos ou vultos mais de uma vez na vida (63%) e com frequência (11%). As frequências dos números brasileiros são maiores quando comparadas às reportadas em pesquisas norte-americanas e europeias. Em nosso estudo, 41,3% dos participantes afirmaram ter visto espíritos pelo menos uma vez e 50% sentiram sua presença, contra 18% e 29% dos norte-americanos, respectivamente (Pew Research Center 2009). As frequências dos números também são maiores quando comparadas a pesquisas com europeus ocidentais (23%) e britânicos (10,4%), quando questionados sobre terem tido contato com alguém que já morreu pelo menos uma vez (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Harraldsson; Houtkooper, 1991). No contexto do cenário religioso e cultural brasileiro, as religiões mediúnicas (Candomblé, Umbanda e Espiritismo Kardecista) são muito disseminadas por todo

o país (Lucchetti *et al.*, 2015; Peres *et al.*, 2018). Além disso, a popularidade dos fenômenos mediúnicos no Brasil é sustentada por uma tendência sincrética identificada em estudos anteriores (Alves *et al.*, 2017; Moreira-Almeida *et al.*, 2010; Pew Research Center, 2006). Como ressaltamos em nossa descrição sobre as experiências de comunicação após a morte na introdução desse trabalho, historicamente a mediunidade fez parte do mapa cultural brasileiro, desde as religiões africanas de escravos que aqui chegaram no século XVI até o Espiritismo Kardecista desenvolvido na Europa muito mais tarde. Além disso elas se tornaram conhecidas pela popularidade de importantes médiuns como Chico Xavier (Maraldi, 2014). No entanto, embora as tradições mediúnicas possam apoiar EERs, outras, como seitas protestantes e neopentecostais, cujo número de adeptos tem crescido nos últimos anos, por vezes consideram médiuns como “possuídos por demônios”, o que pode levar a sentimento de inadequação e criar uma atitude de medo em relação à experiência (Machado, 2009). O estudo dos fenômenos mediúnicos como vistos por outras religiões (não mediúnicas) merece mais atenção e análise mais aprofundada. O potencial impacto que essa relação conflituosa com outras religiões pode gerar na qualidade de vida e na saúde mental dos médiuns é algo que merece um estudo mais aprofundado.

#### 6.1.1.3 Grupo 3: Experiências relacionadas com Psi

O grupo de experiências relacionadas a psi também apresentou alta expressiva na taxa de prevalência (83%), confirmando achados de indicação de estudo anterior com amostra de conveniência de São Paulo que apontou para essa tendência (Machado, 2009). Os sonhos premonitórios (“sonhos que depois se tornaram realidade”) foram bastante prevalentes (53,7%) mesmo no nível alto de frequência (14,5%). Em uma pesquisa nos EUA (Baylor Institute for Studies of Religion, 2006), 40% dos americanos relataram ter sonhos precognitivos e 50% acreditavam que os sonhos têm o poder de revelar fatos ocultos e eventos futuros. No Brasil, apesar do pequeno tamanho da amostra, dados preliminares (Machado, 2009) mostraram que as experiências ocorridas durante o estado de sonho foram as mais frequentes (71,9%) e influenciaram decisões e hábitos dos experienciadores. Para alguns indivíduos, decisões importantes podem ser tomadas com base em sonhos e processos intuitivos, e não baseadas em dados objetivos e analíticos. A combinação de “intuição” e “usar a intuição para tomar uma

decisão” foi significativamente relatada neste estudo (mais de 70%). A intuição é um componente importante do pensamento humano, considerada nas áreas da psicologia cognitiva e do processamento da informação humana (Norenzayan *et al.*, 2010). No entanto, também pode ser entendido como um tipo de conhecimento que vem de uma fonte mística, divina, ou paranormal, por meio da qual o indivíduo é capaz de antecipar eventos futuros – um tipo de precognição ou fenômeno relacionado a psi (Targ; Schlitz; Irwin, 2000). Uma intuição pode ser muito apreciada em ambientes organizacionais (para tomada de risco em investimentos) ou na avaliação clínica nos cuidados de enfermagem por exemplo (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014), independentemente da formação religiosa ou das crenças espirituais dos envolvidos. No Brasil, Machado (2009) constatou que decisões sobre estilo de vida, propósito na vida, escolha de amigos, amor e questões profissionais podem ser influenciadas pela intuição (Machado, 2009). No entanto, as implicações das características paranormais da intuição e dos sonhos no bem-estar e na saúde mental necessitam de maior esclarecimento. Discutiremos esse aspecto mais adiante. O uso de metodologias específicas e sensíveis às peculiaridades da cultura brasileira pode ser de grande auxílio na projeção de novos protocolos de pesquisa.

#### 6.1.1.4 Grupo 4: Experiências de memórias de supostas vidas passadas e experiências de quase morte

Embora tenhamos agrupado, por razões de baixo número de respondentes, essas duas experiências distintas, dados em relação sua prevalência enquanto experiências separadas chamam a atenção para aspectos psicossociais e culturais envolvidos. Crenças em vida após a morte e reencarnação podem moldar não somente a interpretação sobre experiências, como também sua prevalência. No caso de crença em vida após a morte, as taxas são altas mesmo entre pessoas não religiosas, chegando a 60% nos Estados Unidos para essa população (Curcio; Moreira-Almeida, 2018). E no Brasil essa mesma porcentagem foi verificada em uma amostra representativa da população brasileira, segundo pesquisa da Datafolha (2010). E ainda, 37% de brasileiros se declararam reencarnacionistas em levantamento do mesmo instituto (Peres, 2012). De fato, dados sugerem que as experiências de (vidas passadas são mais prevalentes em povos que acolhem essas crenças, como os hindus, os budistas e indígenas (Mills; Lynn, 2013). Como já discutido, a influência das crenças reencarnacionistas oriundas de religiões e tradições

mediúnicas é bastante forte no Brasil, onde mais de 4 milhões de pessoas são adeptas de algum tipo de tradição baseada nesse tipo de crenças (Maraldi; Barros; Cunha, 2017). Em nossa amostra, 3% dos participantes referiram ter tido frequentes lembranças de uma vida passada, enquanto 15,5% relataram ter tido essas lembranças uma ou mais vezes, o que é uma proporção significativamente alta em relação às porcentagens normalmente encontradas para este tipo de experiência. Os relatos em nosso estudo não puderam ser diferenciados em termos da época de ocorrência, e, portanto, não conseguimos detectar se foram experiências ocorridas espontaneamente na infância, como reportam pesquisas sobre a maior recorrência dessas experiências em crianças de 24 a 60 meses de vida (Mills; Lynn, 2013). O Brasil, no entanto, está entre os países estudados pelo pesquisador Ian Stevenson, e consta de seu acervo de relatos de memórias de vidas passadas, fruto de extensa e rigorosa investigação de mais de 2500 casos em vários países. Os casos brasileiros foram investigados pelo Instituto Brasileiro de Pesquisas Biofísicas, presidido por Hernani Guimarães Andrade, autor que publicou o livro *Reencarnação no Brasil* (Andrade, 1988), em que documentou 8 casos sugestivos de renascimento, através de coleta rigorosa de provas segundo metodologia de Stevenson. No entanto, a influência espírita do autor provocou críticas do meio acadêmico ao seu trabalho (Machado, 2005). A mesma influência se fez observar através da enorme popularidade conferida ao uso terapêutico dessas experiências em nosso país, através das terapias de regressão a vidas passadas nascidas em berço espírita, e depois disseminadas entre outras religiosidades, adaptadas à linguagem laica psicológica e aplicadas por psicoterapeutas (Peres, 2012). A questão da importância de que aspectos culturais relacionados às crenças religiosas e espirituais sejam levados em conta por psicoterapeutas vem sendo discutida em artigos, mas é ainda pouco considerada na prática. Peres (2012; p. 178) argumenta que existiria “uma necessidade terapêutica e um dever ético de respeito e empatia” às crenças de seu paciente, considerando a reencarnação e as maneiras de abordá-la terapêuticamente, em especial em culturas onde essa crença é comum, como a cultura brasileira. As experiências de memórias de supostas vidas passadas bem como as de quase morte foram relacionadas a fatores de indução, como veremos adiante em nosso estudo. No primeiro caso, esse dado parece dialogar com nossa hipótese de influência das crenças sobre a experiência, em que as memórias podem ter surgido a partir de práticas espirituais como tranSES mediúnicos ou ainda de contextos psicoterapêuticos. No caso de experiências de quase morte, em geral elas ocorrem em situações específicas de alterações fisiológicas e por isso, em geral

não são espontâneas, ou melhor, são relacionadas a fatores de indução. Nossos dados indicam que aproximadamente um quarto de nossa amostra relatou ter tido uma ou mais vezes esse tipo de experiência, enquanto quase 5% as têm frequentemente, o que são taxas relativamente altas, dadas as frequências envolvidas. Estudos em população geral estimam a prevalência de 5% de EQMs, enquanto em pessoas que passam por situações de risco em saúde, esse número é substancialmente maior, em torno de 14% em média (Greyson, 2013). As experiências desse tipo estão sendo mais reportadas, possivelmente pelo fato de que mais pessoas conseguem sobreviver às situações críticas de saúde, devido aos avanços da Medicina. No entanto, a influência de crenças religiosas e aspectos culturais na prevalência de EQMs ainda precisa ser melhor compreendida. Enquanto que estudo holandês indicou nenhuma associação, em Sri Lanka, uma pesquisa com população de um hospital geral demonstrou que pessoas com crenças teístas teriam mais EQMs do que aquelas de afiliações religiosas não teístas (Chandradasa; Withanage; Ananda, 2018). Em nosso estudo, essas experiências foram associadas à religião Espírita, indicando novamente a força dos aspectos culturais que moldam as experiências e suas interpretações, possibilitando diferenças significativas em sua prevalência (Cardeña; Krippner, 2017).

### **6.1.2 Associação entre EERs e as características sociodemográficos**

Nossa amostra compreende uma parcela ampla da população brasileira, incluindo participantes das cinco principais regiões geográficas (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste, Centro-Oeste). No entanto, ela se difere da população geral brasileira por ser majoritariamente branca (61,2%), de classe média ou superior (74%) e com 54,2% apresentando nível de escolaridade superior versus 21% da população geral (INEP, 2019). A formação religiosa/espiritual dos participantes da pesquisa também mostrou algumas diferenças em relação ao Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2010), exibindo um número menor de católicos (43,8% vs 64,6%), mas um número maior de espíritas (12,9% vs 2%).

#### **6.1.2.1 Gênero**

Ser mulher está associado a ter mais experiências espirituais, religiosas e anômalas em diversos estudos (Baylor Institute for Studies of Religion, 2006; Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Haraldsson; Houtkooper, 1991; Pechey; Halligan, 2012; Pew Research Center, 2009). Nosso estudo replicou esses achados, mostrando que as mulheres são significativamente mais propensas do que os homens a experimentar experiências místicas (60%), mediúnicas (80%) e relacionadas a psi (60%) com mais frequência. Curiosamente, alguns dos poucos estudos brasileiros realizados anteriormente, não indicaram diferenças significativas na prevalência de EERs entre os sexos, mas diferenças na vontade de relatá-los (Machado, 2009; Martins; Zangari, 2012). Existem explicações tradicionais para as diferenças na prevalência em homens e mulheres, que se baseiam na ideia de que as mulheres são mais intuitivas e orientadas para a pessoa (Haraldsson, 1985). No entanto, estudos mais recentes sugerem que o pensamento intuitivo e os estilos de interação social não podem ser explicados apenas pelo gênero (Castro, 2014; Saher; Lindeman, 2005). A hipótese cultural, de que as mulheres podem se sentir mais à vontade para expressar suas experiências, permanece como uma explicação plausível para os resultados (Machado, 2009; Underwood, 2011). Além disso, as mulheres frequentam os serviços religiosos com maior frequência, e são mais propensas a participar de práticas religiosas e a se envolverem com práticas espirituais, espíritas e da chamada 'Nova Era' (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Farias; Claridge; Lalljee, 2005; Peres *et al.*, 2018; Reichow, 2017). Sobretudo, nos tempos atuais, as EERs podem dar às mulheres uma sensação de empoderamento e realização social (Maraldi; Krippner, 2019). Particularmente no Brasil, a relação entre as mulheres e a religião guarda associações com o poder. Na tradição Iorubá, as mulheres ocupam os cargos mais altos dentro da hierarquia religiosa do Candomblé (Silva, 2010). Da mesma forma, mesmo no movimento pentecostal, tradicionalmente patriarcal, as mulheres vêm assumindo papéis de maior status, ganhando mais autonomia em relação às suas famílias e parceiros, bem como um novo senso de respeito na comunidade (Machado, 2005). Dessa maneira, muitas explicações potenciais para a maior prevalência de EERs entre as mulheres devem ser consideradas, incluindo fatores culturais, comportamentais, econômicos e políticos, que requerem estudos mais aprofundados (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014).

#### 6.1.2.2 Idade

Nosso estudo constatou que apenas o grupo místico de EERs foi associado à idade. Embora estudos nos EUA e na Europa mostrem que as EERs ocorrem principalmente entre pessoas de meia-idade (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Greeley, 1975; Palmer, 1979), há várias questões que devem ser consideradas. Espera-se que as pessoas idosas tenham maior probabilidade de ter experimentado algum tipo de EER pelo menos uma vez na vida, simplesmente porque viveram mais. Isso poderia explicar as associações encontradas para as experiências de baixa frequência, mas não para as mais frequentes. Neste estudo, dentro do nível “frequentemente” houve associação significativa entre experiências místicas e idade superior a 55 anos. Para uma compreensão mais completa dessa correlação, deve-se considerar variáveis como o momento em que a experiência ocorreu, fatores sociológicos e psicológicos relacionados ao processo de envelhecimento (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Greeley, 1975; Wulff, 2013), bem como a experiência relatada. A meia-idade certamente é caracterizada por eventos que inspiram a busca de sentido e propósito na vida – a dimensão espiritual (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014). Nesse sentido, as pessoas que passam para a segunda metade de suas vidas podem se tornar mais abertas a práticas que estimulem a ocorrência de EERs, bem como mais propensas a interpretar eventos subjetivos como fenômenos espirituais. Além disso, a profundidade na adesão religiosa e a força nas crenças encontradas em pessoas mais velhas (Bengston *et al.*, 2015) podem estar particularmente relacionadas à manifestação de experiências místicas, que ocasionam transformações, mudanças de valores e significados de vida. No entanto, essas associações precisam de mais investigação. Experiências mediúnicas frequentes, por exemplo, não foram associadas a nenhuma idade especificamente e não houve achados consistentes nos outros grupos de experiências para apoiar a afirmação de que as EERs são amplamente relacionadas à idade. Por fim, devido à baixa prevalência de algumas experiências em nosso estudo, Os modelos de regressão foram calculados para os grupos como um todo. Análises futuras devem separar cada experiência e verificar o momento e as circunstâncias de sua manifestação, o que não foi possível devido às características do questionário utilizado.

### 6.1.2.3 Etnia, Educação, Status Ocupacional e Renda

No geral, nossos achados estão de acordo com resultados de estudos internacionais anteriores, ou seja, etnia, escolaridade, situação de emprego e renda geralmente não foram associados à prevalência de EER (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Haraldsson; Houtkooper, 1991; Cardaña; Lynn; Krippner, 2017). Nossos resultados, como apontam outras pesquisas, também não dão suporte à hipótese da marginalidade social, que prevê maior prevalência de EERs em grupos minoritários como compensação pela falta de oportunidades e pelas altas pressões sociais que enfrentam (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; ; Hay; Morisy, 1978; Maraldi; Krippner, 2019; Rice, 2003). No entanto, nos parece valioso discutir a maior probabilidade de participantes de etnia mista (pardo) terem experiências místicas frequentes. No Brasil, os pardos são o maior grupo filiado aos movimentos pentecostais e neopentecostais (Peres *et al.*, 2018). Como mencionado anteriormente, algumas de suas práticas religiosas podem ser sentidas como semelhantes a experiências místicas (“os dons do Espírito Santo”) e, segundo alguns estudos (Machado, 2009; Rice, 2003), os experienciadores tendem a adotar crenças religiosas que aceitar e explicar experiências de características anômalas, sentindo-se, portanto, incentivado a relatá-las (Maraldi; Krippner, 2019). Assim, os fenômenos de vivenciar e acreditar parecem estar entrelaçados, reforçando-se constantemente, refletindo os aspectos multifatoriais subjacentes à ocorrência dos EERs (Machado *et al.*, 2016). Além de sexo e idade, as demais associações encontradas entre EERs e variáveis sociodemográficas requerem métodos de investigação diferentes para conclusões mais confiáveis, pois parecem ser associações isoladas dentro de múltiplas correlações.

#### 6.1.2.4 Estado civil

Em contraste com estudos anteriores, nossa pesquisa descobriu que ser casado, coabitar ou ser divorciado está associado a uma diminuição no relato de experiências mediúnicas de baixa frequência, experiências relacionadas a psi e de quase morte/vidas passadas. Anteriormente, Haraldsson & Houtkooper (1991) indicaram que pessoas com histórico de relacionamentos rompidos apresentam mais experiências de contato com os mortos (mediúnicas) e outras experiências psi do que os grupos de solteiros e casados. No Brasil, o estudo de Reichow apoiou esses resultados (2017), enquanto Machado (2009) não encontrou associação entre estado civil e experiências anômalas. A redução das chances de EERs

encontrada em nosso estudo entre pessoas casadas e divorciadas parece questionar a consistência da suposição de que aqueles que falharam em seus relacionamentos teriam mais EERs (a hipótese da marginalidade). No entanto, como a associação ocorreu apenas em um nível de baixa frequência, são necessárias mais investigações para ratificar essas diferenças.

## 6.2 EXPERIÊNCIAS ESPONTÂNEAS E INDUZIDAS

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de EERs em relação aos fatores vigentes identificados pelos experienciadores como relacionados às suas experiências, compreendendo também suas associações com variáveis sociodemográficas em uma ampla amostra geral no Brasil. A maioria das EERs foram consideradas espontâneas, pois não foram reconhecidas como desencadeadas por fatores como desequilíbrio fisiológico ou estados de consciência alterados. Como vimos, 92% dos participantes relataram ter tido pelo menos um EER uma vez na vida (Monteiro de Barros *et al.*, 2022), confirmando o caráter natural do fenômeno, comum em todo o mundo (Targ; Schlitz; Irwin, 2000). No entanto, um número considerável foi relacionado aos gatilhos identificados pelos experienciadores (22,7%). Um amplo estudo conduzido com dados da Organização Mundial de Saúde, com um total aproximado de 250.000 pessoas oriundas de 52 países ao redor do mundo, reportou a ocorrência de pelo menos uma experiência psicótica (dentre elas, percepções anômalas como alucinações visuais e/ou auditivas em vigília) em 32% de brasileiros, na ausência do uso de álcool, entorpecentes ou estados de sonolência (Nuevo *et al.*, 2012). Embora o contexto de investigação dessas experiências tenha sido relacionado à presença de transtornos psicóticos e não especificamente à religiosidade, espiritualidade e saúde, aqueles resultados nos fariam supor que as experiências ocorridas através de indução por gatilhos como álcool, drogas ou estados clínicos seriam proporcionalmente mais numerosas. Nosso estudo aponta para uma proporção diferente, na qual uma parte menor de pessoas relaciona sua experiência à presença desses fatores. É importante considerar que os gatilhos podem revelar como esses indivíduos interpretam as EERs e entendem sua etiologia. Como discutido em nossa introdução, ao longo da história, as EERs foram correlacionadas a condições patológicas ou contextos exclusivamente devocionais e religiosos (Cardeña; Krippner, 2017; Dein, 2012; Castro; Burrows; Woolfit, 2014; Correa; Brojato, 2016; Brook, 2019). Nossos resultados indicam que

os brasileiros experienciadores em geral, percebem a maioria das EERs como fenômenos espontâneos, passíveis de ocorrer em contextos de sua vida diária. Talvez esse dado reflita a presença da religiosidade do brasileiro inserida em seu cotidiano, onde se mesclam experiências comuns ou triviais a outras de caráter mais anômalo, de forma a se misturarem, fazendo conviver o extraordinário e o ordinário, o material e o espiritual, sem despertar especial interesse ou atenção. A característica de grande religiosidade e adesão a múltiplas formas de expressão espiritual do brasileiro (Peres *et al.*, 2018, 2020) pode igualmente explicar o fato de encontrarmos, no grupo das experiências induzidas, uma maior proporção da categoria “Não clínico”, em que predominam indutores relacionados às práticas espirituais e religiosas ou a aspectos mais gerais de vida. Mesmo os sonhos, embora não exclusivos aos contextos religiosos/espirituais, podem estar a eles relacionados quando compreendidos como meios de acesso à espiritualidade pela maioria das tradições e seus textos sagrados. A categoria “Substância”, traz indutores não relacionados especificamente aos contextos de práticas religiosas e espirituais, bem como a categoria “Clínico”, na qual indutores como a febre e a fadiga também foram frequentes. Ainda assim, muitos indutores (alguns tipos de substâncias, o jejum, a meditação, a fadiga) podem pertencer tanto a contextos laicos como religiosos, dependendo da situação. Dessa maneira, não foi possível calcularmos a proporção exata dessas categorias, sendo esse dado, portanto, uma referência apenas indicativa. Estudos internacionais anteriores encontraram associações significativas entre algumas experiências espirituais e gatilhos seculares (Taylor; Egeto-Szabo, 2017; Wulff, 2000; Greeley, 1975; Hardy, 1979). Em populações com níveis mais baixos de espiritualidade/religiosidade (por exemplo, os britânicos), os gatilhos mais relatados referem-se a contextos seculares e maior relevância é dada ao estado psicológico interno do indivíduo e não às suas crenças religiosas. Emoções intensas e turbulência psicológica foram os fatores que mais contribuíram para a manifestação de experiências místicas em um estudo britânico (Taylor, 2012). Nossa pesquisa não permitiu a inferência direta a distúrbios psicológicos, ou seja, o estabelecimento de uma direção causal entre perturbação psicológica e ocorrência da experiência. No entanto, no estudo sobre EERs e aspectos de saúde mental, houve associações significativas entre ansiedade, depressão e menor qualidade de vida e presença de EERs (a discussão sobre esse tópico encontra-se mais à frente). A direção dessa associação ainda não pôde ser desvendada e possivelmente, dada a complexidade dessas interações, muito provavelmente todos esses fatores estejam presentes

em maior ou menor grau, comportando-se de maneira a se retroalimentarem. No entanto, uma condição mental/psicológica de depressão pode levar ao consumo de álcool que por sua vez, predispõe o sujeito a uma experiência que ele pode interpretar como tendo natureza espiritual ou religiosa, apesar de sua causa ser atribuída à ingestão alcóolica. Da mesma maneira, uma pessoa que teve um sonho vívido de encontro com um parente falecido, pode ter procurado uma crença religiosa que validasse o conteúdo onírico. De qualquer forma, dentro das dimensões processuais de ocorrência das EERs, relacionados ao estado de consciência, à volição e controle das experiências induzidas (Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013), percebemos que, em geral, as circunstâncias de sua ocorrência apontam para a presença de estados de alteração de consciência como denominador comum aos fatores predominantes, ou seja, atenção deve ser dada para a importância desses estados como relevantes para a ocorrência de EERs, seja de forma voluntária ou involuntária. Futuros estudos brasileiros devem incluir informações sobre o local das experiências e o estado psicológico do experienciador para um quadro mais preciso.

### **6.2.1 Prevalência de experiências espontâneas e induzidas**

A maioria das EERs foi espontânea (77,2%), pois não estavam relacionados especificamente a nenhum dos itens indicados no questionário. O fato de “intuir” e “usar a intuição para tomar uma decisão” serem considerados as experiências espontâneas mais prevalentes, sugere que os participantes as reconhecem como um fenômeno natural, menos relacionado a aspectos anômalos ou específicos. A intuição é de fato reconhecida como útil em diversos contextos, como já comentado (Castro *et al.*, 2014), e é amplamente divulgada em todas as culturas, influenciando decisões sobre estilo de vida, amor e profissão (Castro *et al.*, 2014; Machado, 2009). A intuição é descrita pela Psicologia como um fenômeno cognitivo de revelação de conhecimentos inconscientes ao indivíduo (Rhine, 1966), e pela Parapsicologia como uma experiência de precognição (Taylor, 2019), conforme já descrito em nossa introdução. Porém, ela também pode ser reconhecida pelo experienciador como um conhecimento que vem de uma fonte divina, por meio da qual o indivíduo é capaz de conhecer fatos ou antecipar eventos futuros (Targ; Schlitz; Irwin, 2000). As pessoas que reportam experiências intuitivas, têm em geral uma visão de mundo pautada por crenças metafísicas

(Attig *et al.*, 2011). E no Brasil, talvez a popularidade das crenças e práticas de natureza paranormal e mediúnica seja um fator de naturalização da intuição, que é então percebida como uma experiência espiritual não exclusivamente religiosa e não necessariamente vinculada a gatilhos específicos, bastante prevalente entre os que a reportam pelo menos uma vez na vida (76,6%) e frequentemente (18,6%), segundo resultados dessa pesquisa recentemente publicados (Monteiro de Barros *et al.*, 2022).

Quase 20% da amostra considerou a experiência “União com Deus ou algo superior ao indivíduo” como induzida. No entanto, essa experiência também foi a experiência espontânea mais relatada dentro do grupo místico. Ela envolve a consciência de uma dimensão transcendente, que pode ser teísta ou secular, associada a qualidades como amor, fé, interconectividade (Wulff, 2000). Portanto, é uma das experiências mais prevalentes, tanto percebida como espontânea como induzida. É relatada por experienciadores que pertencem a denominações específicas e por aqueles que afirmam ser “espirituais, mas não religiosos”. Por outro lado, as “experiências de quase morte” ocorrem geralmente de forma imprevisível, em circunstâncias clínicas como cirurgias e coma. Isso deve explicar por que, em nossos resultados, ela aparece identificada como predominantemente induzida pelos experienciadores.

Como os sonhos foram um importante gatilho identificado neste estudo, vale ressaltar que “Sonho que mais tarde se tornou realidade” foi a terceira experiência mais prevalente identificada como espontânea e também a segunda induzida (Tabela 2). Os sonhos podem ser em si mesmos experiências anômalas (de precognição) bastante prevalentes, conforme relatado em estudos internacionais e brasileiros (Monteiro de Barros *et al.*, 2022; Machado, 2009; Reichow, 2017; Baylor Institute for Studies of Religion, 2006; Targ; Schlitz; Irwin, 2000), mas também se configuram como veículos para outros tipos de experiências espirituais.

### **6.2.2 EERs e fatores de indução**

Nossos resultados confirmaram a importância dos sonhos como um importante indutor de EERs, e estão em consonância com o estudo de Machado (2009), que mostrou que as experiências ocorridas durante o estado de sonho foram as mais relatadas (71,9%) e influenciaram as decisões e hábitos dos 253 experienciadores pesquisados.

A natureza anômala de alguns sonhos ainda é um desafio para o problema mente/cérebro. Um grande número de EERs ocorre durante os sonhos, que estão associados a experiências psi de maior prevalência (Krippner; Bogzaram; Carvalho, 2002; Deslauriers, 2013), como intuição, precognição e clarividência (Targ; Schlitz; Irwin, 2000). Da mesma forma, as experiências oníricas (a transição para o estado de sonho ou então para a vigília), assim como os sonhos lúcidos, têm sido associados a inúmeras experiências anômalas, como fenômenos auditivos e psi, encontros com pessoas falecidas, entre outras. Também podem desencadear experiências como alucinações diurnas, dissociação e até despersonalização (Cardeña; Lynn; Krippner, 2017). Neste estudo, os sonhos foram referidos por mulheres, principalmente espíritas, e também foram associados a experiências de encontros com espíritos ou a supostas lembranças de vidas passadas. Ocorreram sob a ação de outros fatores, como febre ou uso de substâncias. De fato, dos 44 relatos de sonho como gatilho, 1/5 resultou de associações com febre (4), jejum (2) e maconha (1). No Brasil, as associações entre o Espiritismo Kardecista e os sonhos possivelmente estão implicadas na forma como essa doutrina os trata. Os espíritas reconhecem os sonhos como importantes mensageiros do mundo espiritual. Através dos sonhos, eles acreditam que a “alma” sai do corpo e encontra guias, visita lugares, encontra parentes e outras pessoas que já faleceram. Nossos dados confirmam que no Brasil os sonhos são frequentemente identificados pelos experienciadores como propícios à manifestação de EERs e são percebidos como espiritualmente significativos de acordo com a forma como as tradições espirituais mediúnicas brasileiras os consideram. Nesse sentido, nossos achados dialogam com o estudo de Machado (2009), que ao investigar uma população selecionada de 306 moradores da cidade de São Paulo, percebeu que os experienciadores alegavam que suas experiências se deviam a causas espirituais, religiosas ou mesmo sobrenaturais, mostrando em geral uma postura coerente entre a adesão a uma denominação específica (crença) e as atribuições de causalidade às suas experiências (Machado, 2009).

O uso de bebida alcoólica também foi um fator relacionado às experiências induzidas em nosso estudo. No entanto, há alguma discussão em torno da real natureza das experiências induzidas pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias (Johnson, 2013; Taylor, 2017). Há algumas evidências de que experiências transcendentais relacionadas a drogas podem contribuir para insights relevantes para o autoconhecimento (Cardeña; Lynn; Krippner, 2017). Como já discutido anteriormente, o atual renascimento das pesquisas com os psicodélicos atesta para

esse fato, apostando no caráter terapêutico da indução assistida dessas substâncias para tratamentos de transtornos diversos. No entanto, o álcool não se encontra entre essas substâncias. Casos de abuso de álcool podem ser formas disfuncionais que as pessoas encontram para buscar a espiritualidade, ou mesmo buscar a transformação (Johnson, 2013) e podem dificultar a integração das experiências na vida. De fato, a relação entre gatilhos como álcool e EERs deve ser entendida como envolvendo uma gama complexa e multivariada de fatores. As pessoas podem usar o álcool como droga ansiolítica para situações adversas e precipitar a ocorrência de EERs. Alternativamente, os experienciadores podem ter suas EERs e usar álcool para reduzir os sintomas desconfortáveis (ansiedade, angústia etc.) causados pelas experiências, o que destaca a importância da atitude interna do experienciador. Além disso, a abstinência do álcool também está relacionada a sintomas como alucinações auditivas (Berembaum; Kerns; Raghavan, 2000). No entanto, outros fatores já mencionados na introdução dessa tese são importantes, como os traços psicológicos, predisposições biológicas, história de trauma, formação cultural, adesão a um caminho espiritual, para citar alguns (Cardeña; Lynn; Krippner, 2017). Mais estudos são necessários para nos ajudar a identificar as correlações entre esses indutores e a propensão ao crescimento espiritual ou à psicopatologia. Existe, no entanto, uma necessidade clara de maior atenção às EERs na prática clínica, pois essa atenção pode implicar na escolha de abordagens terapêuticas mais apropriadas em cada caso.

### **6.2.3 Fatores sociodemográficos e experiências espontâneas e induzidas**

Em relação a serem espontâneas ou induzidas, houve associações significativas entre as EERs com gênero, idade e afiliação religiosa. No geral, as experiências espontâneas foram associadas ao sexo masculino, idade acima de 60 anos e religião católica. Por outro lado, as experiências induzidas foram associadas às mulheres, à idade de 31-45 anos e ao Espiritismo Kardecista. Mulheres e homens também apresentaram diferentes gatilhos para suas experiências. Os homens relacionaram suas experiências ao uso de substâncias (álcool) e desencadeantes clínicos (anestesia), enquanto as mulheres as relacionaram com a combinação de 3 ou mais desencadeantes e com sonhos (fatores não clínicos).

### 6.2.3.1 Gênero

As mulheres relatam mais experiências religiosas, espirituais e anômalas do que os homens como já discutido nas análises sobre prevalência de EERs e fatores sociodemográficos. Suas crenças em fenômenos psíquicos, na vida após a morte e na comunicação com os mortos (Haraldsson; Houtkooper, 1991; Baylor Institute for Studies of Religion, 2006; Machado, 2009; Pew Research Center, 2009; Pechey; Halligan, 2012; Castro *et al.*; 2014); e suas práticas mediúnicas dentro dos movimentos espíritas e da “Nova Era” (Farias *et al.*, 2005; Baylor Institute for Studies of Religion, 2006; Castro *et al.*, 2014; Reichow, 2017; Peres *et al.*, 2018), chamam a atenção para dois fatores relevantes. Se por um lado, haveria uma tendência a considerar EERs como fenômenos naturais, por outro, estariam mais atentas à sua manifestação, especialmente por se relacionarem à mediunidade – afinal, através dessas experiências, essas mulheres estariam prestando um serviço à sua comunidade. A maior atenção às EERs e suas peculiaridades (como fatores de indução por exemplo), também se explica pelo fato de considerarem Deus como uma figura próxima e ater-se mais às suas crenças religiosas, práticas espirituais e atividades espirituais particulares (Maselko; Kubzanski, 2006; Baylor Institute for Studies of Religion, 2006). Por outro lado, homens estão mais associados a experiências espontâneas, ou seja, quando relatam tê-las vivenciado, parecem estar menos propensos a dar-lhes atenção ao ponto de buscar analisar seus gatilhos ou causas. De fato, em geral os homens acreditam menos em fenômenos paranormais ou psíquicos e tendem a relatar menos suas EERs, principalmente quando elas têm caráter marcadamente anômalo, tal como as experiências mediúnicas. Talvez isso também possa explicar em parte o porquê, em nosso estudo, os homens mostraram um padrão de identificar as EERs induzidas quando os desencadeantes não se relacionavam a fatores de natureza espiritual, paranormal ou mística, mas sim, a questões como a ingestão de álcool ou fatores clínicos de alteração de consciência, como por exemplo a anestesia. Esse dado aponta também para diferenças de gênero com relação às estratégias para lidar com situações de sofrimento e estresse (e possivelmente com a ansiedade e a depressão como veremos adiante). Em estudo brasileiro de revisão sistemática, foram encontradas evidências fortes da associação entre uso de álcool e o gênero masculino em presença de estresse psicológico (Esper; Furtado, 2013). Dentro desse mesmo raciocínio, por sua vez, as mulheres tenderiam a contar com sua

espiritualidade/religiosidade (buscando especialmente a afiliação espírita) para o enfrentamento das mesmas condições, o que favoreceria o reconhecimento da presença de vários indutores às suas experiências, com especial atenção ao sonho, que é considerado no Espiritismo, como um importante veículo para a comunicação espiritual.

#### 6.2.3.2 Idade

A questão da idade também é objeto de discussão. Estudos anteriores mostraram que EERs ocorrem entre pessoas de meia idade (Greely, 1975; Palmer, 1979; Castro *et al.*, 2014), mas diminuem à medida que envelhecem. Diferentemente, nossos achados mostram que idades mais avançadas (>60) foram associadas a experiências espontâneas. Juntamente com os achados de nosso estudo sobre a prevalência de EERs, no qual as experiências místicas mostraram-se associadas às idades mais maduras, nossos dados devem considerar algumas particularidades do experienciador idoso. Em geral, os idosos podem ser mais conservadores na forma de expressar a religiosidade, evitando práticas mais radicais. Eles tendem a aprofundar seu compromisso com suas crenças e aumentar sua religiosidade intrínseca (Bengston *et al.*, 2015; Castro *et al.*, 2014). Portanto, a percepção de que as EERs seriam fenômenos naturais relacionados à expressão de sua religiosidade no cotidiano e ao reflexo de uma relação mais íntima com a figura de Deus (religiosidade intrínseca), seria um fator explicativo. A tendência de idosos relatarem mais experiências do que os mais jovens pode se dar pelo fato de valorizarem mais a dimensão espiritual e religiosa de suas vidas. No entanto, a maior proporção de experiências espontâneas também pode estar relacionada às maiores chances de exposição às EERs ao longo da vida do idoso. Como discutido no estudo sobre a prevalência de EERs, no caso das experiências místicas frequentes, essa explicação não se aplica. Porém, o fato das experiências serem consideradas espontâneas pelos idosos, pode significar que ao avaliarem as experiências significativas de suas vidas, os idosos brasileiros tendem a identificá-las como de natureza espiritual, como sendo um reflexo espontâneo dessa dimensão, que se revelaria através das experiências cotidianas. Esse fato condiz com dados de um estudo originado a partir do “Projeto Chicago Saúde e Envelhecimento”, do qual participaram 6534 idosos, dos quais 65% eram norte americanos afrodescendentes. Com o objetivo de investigar as relações entre diferentes expressões espirituais e religiosas com dados

de saúde e bem estar, os achados identificaram que mulheres idosas afroamericanas reportavam mais experiências espirituais diárias e que a prevalência dessas experiências estava associada com um maior número de redes de apoio social e de uma autopercepção de melhor saúde (Skarupsky *et al.*, 2010).

## 6.3 EER E CONVERSÃO RELIGIOSA

### 6.3.1 Mudança religiosa e EERs

Nossos resultados revelaram uma alta prevalência de migração religiosa, com emigração massiva da afiliação religiosa dominante católica para afiliações de rápido crescimento no Brasil, como o Neo-pentecostalismo, o Espiritismo e outras afiliações denominacionais e não denominacionais menores. Como encontrado em estudos anteriores, houve também a desafiliação, ou seja, migração para o que denominamos de Secularismo, grupo formado por ateus, agnósticos e não religiosos (IBGE, 2010; Carvalho; Irffi, 2019). Descobrimos também que a maioria das EERs foi preditora significativa de mudança para uma nova religião. No entanto, algumas experiências místicas e mediúnicas também foram associadas àqueles que mantiveram sua religião de origem ou que se tornaram não religiosos, refletindo o importância das experiências espirituais e religiosas na população brasileira, mesmo na ausência de conversão religiosa.

O cenário religioso brasileiro vem mudando rapidamente nas últimas décadas. Enquanto pelo menos 87% dos brasileiros se declaram cristãos (Maraldi *et al.*, 2021), este estudo mostra que 43% dos nascidos católicos migraram para outras confissões religiosas e apenas 4,6% se converteram ao Catolicismo. O pluralismo religioso tem contribuído para a competição entre diferentes denominações, desafiando o monopólio do Catolicismo e estimulando a apostasia. No entanto, o número de pessoas que se declaram não religiosas, agnósticas e ateias (8%) também aumentou substancialmente (IBGE, 2010). A alta proporção de desfiliação corrobora a influência do fenômeno da secularização nas últimas décadas. As altas taxas de migração para a Umbanda, Candomblé, Espiritualismo (Outros-não-Cristãos) e Espiritismo Kardecista, por outro lado, podem indicar, como já observado anteriormente, a importância da Nova Era, das religiosidades mediúnicas e esotéricas na cultura brasileira (Carvalho; Irffi, 2019; Moreira-

Almeida *et al.*, 2010; Pew Research Center, 2014; Peres *et al.*, 2020; Somma; Bargsted; Valenzuela, 2017). Além disso, nossos achados apontam para a identificação dos brasileiros com a dimensão espiritual *não* religiosa, confirmando indicações de estudos anteriores (Peres *et al.*, 2018; 2020), ou seja, brasileiros que circulam indiscriminadamente por diferentes religiões e tradições e/ou que se definem como não religiosos (Moreira-Almeida *et al.*, 2010; Peres *et al.*, 2020). Devido a essa característica cultural, em sua maioria, essas experiências podem ser interpretadas como de cunho religioso ou transcendente, mesmo entre o grupo de secularistas, onde se incluem os grupos não religiosos. O fato dos não religiosos estarem agrupados aos ateus e agnósticos, obviamente também contribui para esses resultados, já que se trata de pessoas com comportamentos que podem incluir a dimensão espiritual, apesar de excluir a religiosa. A cultura espiritual do brasileiro é, não obstante, generalizada. Mesmo quando se desfiliam, os brasileiros podem manter algumas das crenças originalmente associadas às tradições espirituais populares de origem africana ou indígena, como “vida após a morte”, entre outras (Pew Research Center, 2014).

Outra forma de explicar a grande proporção de EERs entre os grupos de “Convertidos”, “Nascidos” e até mesmo entre “Secularistas”, diz respeito à grande porosidade da cultura brasileira (Lhurmann, 2021). A porosidade é um conceito que reflete até que ponto uma cultura entende a mente como uma estrutura permeável que possibilita a interação entre as realidades interna e externa do indivíduo. Ou seja, em geral, experiências de natureza anômala tenderiam a ser absorvidas mais naturalmente pela cultura brasileira. A porosidade pode ser um fator que explica as diferenças na prevalência de relatos de EERs entre os países. A maior porosidade de uma cultura poderia ser um fator facilitador para a manifestação de EERs, pois teriam mais chances de serem consideradas válidas, reais e, portanto, abraçadas como não patológicas (Lhurmann, 2021).

Um estudo recente demonstra um padrão de preferência e evitação em relação ao processo de mudança, indicando que a mobilidade religiosa depende da natureza do envolvimento entre o seguidor e sua denominação religiosa anterior (Maraldi *et al.*, 2021). Complementando esses achados, a associação mais forte entre as EERs e os “convertidos” parece favorecer a hipótese indicada por estudo de Machado sobre as experiências anômalas na vida cotidiana (2009), que sugere que os experienciadores mudam de, ou adotam uma denominação religiosa ou espiritual, para explicar suas experiências incomuns, ou para se sentir

socialmente aceitos. Intensificar o compromisso com uma única religião, adotar ou mudar para uma nova, poderia trazer benefícios a pessoas que passam por experiências espirituais e religiosas, reduzindo sentimentos de inadequação social. Ainda que de forma indireta, nosso estudo aponta para implicações clínicas, indicando a importância de os profissionais de saúde incluírem nas entrevistas do paciente, questões referentes ao envolvimento de sua religião ao longo da vida, incluindo histórico de afiliação, desfiliação e refiliação, juntamente com informações sobre a ocorrência de EERs.

### **6.3.2 EERs e os “Convertidos”, “Nascidos” e “Secularistas”**

A maioria das EERs foram preditores de conversão para outra afiliação. No entanto, elas também foram associadas com aqueles que mantiveram a religião em que foram criados. Indivíduos nascidos e criados em denominações religiosas específicas podem reconhecer as EERs como tendo uma conotação religiosa e permanecer filiados pelos benefícios obtidos com o apoio fornecido por seu grupo religioso. Quando suas tradições religiosas não rejeitam a experiência, cria-se um espaço seguro para que os fiéis compartilhem suas vivências, criando um “solo fértil” para a ocorrência e reconhecimento de mais EERs.

A experiência “Conexão com a Natureza” apresentou associação semelhante em todos os grupos de mudança religiosa, em parte porque se refere a um tipo de experiência mais genérico e extático (Hardy, 1979). Ter contato com a natureza, em geral por meio da contemplação, pode ser fonte de inspiração para todos os tipos de expressão artística e tem sido relatado como um importante gatilho de EERs (Taylor, 2017). Embora possam ser reconhecidas como de natureza transcendental, as experiências relacionadas ao mundo natural muitas vezes se originam fora de contextos religiosos, sendo amplamente relatadas também por pessoas que não possuem religiosidade. No entanto, podem ser interpretadas como experiências espirituais e religiosas, dependendo de sua magnitude e da cultura em que estão imersas (Taves, 2021).

“Intuição” e “Usar a intuição para tomar uma decisão” foram apenas preditores de conversão, permanecendo uniformemente prevalentes entre os demais grupos. A intuição tem sido relatada em grupos seculares e religiosos, influenciando decisões sobre estilo de vida, amor e profissão (Castro *et al.*, 2014; Machado, 2009). Os experienciadores podem sentir sua impressão intuitiva como muito realista e convincente e, muitas vezes, percebê-las como

informações fornecidas por uma fonte transcendente (Targ, Schilitz; Irwin, 2013). Indivíduos que tomaram a decisão de mudar de religião provavelmente acreditavam na veracidade de suas impressões intuitivas. A direção do processo de conversão deve ser outro fato a considerarmos. O Espiritismo Kardecista é uma das denominações religiosas em crescimento e com elevado número de imigrantes no Brasil (78%). O Espiritismo aceita a intuição não apenas como um tipo de experiência precognitiva, mas também como um fenômeno inspirado por guias espirituais ou almas desencarnadas que querem ajudar ou proteger quem está vivo. Portanto, as experiências intuitivas podem ser muito apreciadas entre os espíritas e também entre os seguidores de outras tradições mediúnicas populares, como a Umbanda e o Candomblé, que se enquadram no grupo Outros-Não-Cristãos e também têm uma alta taxa de imigração (82,4%).

Da mesma forma, a experiência de ver espíritos mostrou-se preditora de conversão às religiões afro-brasileiras, ao Espiritismo e ao movimento da Nova Era, pois é muito valorizada nessas tradições. A presença dessas experiências pode levar a reações de medo, ansiedade, sintomas de depressão e estresse psicológico (Roxburgh; Evenden, 2016; Alminhana, 2013). No entanto, nas tradições espíritas, umbandistas e de candomblé, os “médiums” têm um papel social e solidário estabelecido dentro dos “centros” e “terreiros”. Isso é particularmente importante quando se considera que os espaços formais de atendimento médico e psicológico ainda não oferecem suporte adequado e livre de julgamentos para os experienciadores (Brook, 2019; Roxburgh; Evenden, 2016, 2016). Nosso estudo anterior indicou que essa experiência é amplamente relatada por 41,3% das pessoas (Monteiro de Barros *et al.*, 2022). Além disso, experiências mediúnicas e boa saúde mental podem ser associadas positivamente quando o experienciador é capaz de integrá-las ao seu ambiente cultural, normalizando-as e validando-as, ao mesmo tempo em que reduz seu estigma (Roxburgh; Evenden, 2016; Brook, 2019). Somados aos nossos achados, essas informações de estudos anteriores confirmam a importância de diminuirmos a distância entre os ambientes terapêuticos formais (psicológicos ou psiquiátricos) e os locais de expressão religiosa/espiritual onde as pessoas vão em busca de apoio. O processo de mudança religiosa pode indicar a enorme lacuna terapêutica deixada pela Psicologia e pela Psiquiatria e ocupada pelas instituições religiosas e espirituais. Uma maior integração entre esses contextos poderia reduzir as chances de diagnósticos equivocados e medicalização excessiva, ao mesmo tempo em que preveniria pessoas em risco de desenvolver

transtornos psiquiátricos ao não receberem atendimento médico e psicológico adequado. (Loch *et al.*, 2018; Alminhana, 2013; Moreira-Almeida; Menezes Jr., 2009).

As experiências de inefabilidade, “uma nova realidade revelada”, “união com Deus ou algo superior” e “dissolução do ego” também se mostraram preditoras de mudança religiosa, com padrão de dissociação entre os secularistas. Com exceção da “dissolução do ego”, essas são experiências muito prevalentes na população geral brasileira (66,1%, 52% e 70% respectivamente) segundo nosso estudo anterior (Monteiro de Barros *et al.*, 2022). A inefabilidade (a impossibilidade de explicar a experiência por meio de palavras), foi categorizada desde William James (1902/1994) como uma das qualidades identificadoras das experiências místicas que refletem a percepção de uma realidade espiritual e/ou religiosa. Ao ocorrer junto com outras experiências do grupo místico, pode abrir a porta para que a mudança religiosa se torne uma transformação religiosa/espiritual ou conversão, gerando mudanças duradouras de hábitos, crenças e valores, mesmo quando as experiências são sutis e transitórias (Wulff, 2013). Além disso, destaca-se a valorização das vivências do tipo místico nos cultos evangélicos, que geralmente reconhecem esses fenômenos como revelações divinas ou “dons do Espírito Santo” (Pew Research Center, 2014).

A experiência unitiva da “dissolução do Ego” pode ser caracterizada pela perda momentânea da auto-identidade. O uso de substâncias como a Ayahuasca em rituais de “Santo Daime”, “União do Vegetal” e fora de contextos religiosos, pode produzir experiências disruptivas do Ego. Popularmente descritas como “bad trips”, trata-se de experiências intensas que geram angústia e sofrimento psicológico. Em muitos casos, pessoas movidas pela curiosidade e desejo de autodescoberta, podem testar a substância pela primeira vez, juntando-se posteriormente a grupos espirituais para aprender a lidar com o poder de tais experiências. Esse movimento do experienciador em busca de crenças e práticas que o ajudem a lidar com suas EERs, é indicativo de que as EERs tendem a observar o princípio “os sinais seguirão aqueles que crêem”, ou seja, as experiências tornam-se alinhadas às crenças “centrais” de cada religião. As pessoas que têm experiências místicas podem se converter a denominações que favorecem e incentivam essas experiências, o que vale também para as experiências mediúnicas, cuja conversão se daria na direção de tradições que explicam e acolhem os médiuns e suas experiências. Como comentado anteriormente, pode haver implicações terapêuticas envolvendo esse fenômeno.

### 6.3.3 Conversão religiosa e variáveis sociodemográficas

Nossos achados indicam que há uma maior prevalência de mudança religiosa entre as mulheres da amostra, contrariando dados de estudos anteriores que argumentam que, em geral, as mulheres seriam menos propensas do que os homens a mudar de religião (Hayes, 1996; Maselko; Kubzansky, 2006). No entanto, na América Latina o cenário envolve muitos aspectos. Estudos anteriores mostram que as mulheres têm níveis mais elevados de compromisso religioso e relatam vivenciar mais EERs em relação aos homens (Pew Research Center, 2014; Castro *et al.*, 2014; Machado, 2009; Peres *et al.*, 2018; Reichow, 2017; Underwood, 2011). Elas também são responsáveis pela inclinação religiosa e espiritual da família (Sandomirsky; Wilson, 1990). Por outro lado, as mulheres relatam o maior descontentamento em relação às suas comunidades religiosas de origem (Bednarowski, 1999). Acima de tudo, parece haver uma sensação de liberdade na expressão do comportamento religioso nas mulheres. A mudança perceptível em seu papel na sociedade e nas religiões tipicamente patriarcais, nos ajudam a compreender os achados. No movimento pentecostal tradicionalmente patriarcal, por exemplo, as mulheres brasileiras têm assumido recentemente diferentes papéis na hierarquia religiosa, ganhando maior autonomia em relação aos seus parceiros e familiares e maior destaque na política e na sociedade (Machado, 2005).

Jovens e solteiros são mais numerosos entre o grupo “Secularista”, refletindo o fenômeno da secularização, também apontado por estudos anteriores (Maraldi *et al.*, 2021; Peres *et al.*, 2018). Estamos cientes de que existem distinções entre os não afiliados (“sem religião”), os agnósticos e os ateus, que foram tratados aqui como uma categoria única por razões metodológicas. Pode haver implicações clínicas envolvendo não estar comprometido com um único grupo religioso. Como apontado na Introdução deste trabalho, no Brasil, pertencer a uma única religião está associado a maior qualidade de vida e melhores indicadores de saúde mental do que participar de múltiplas religiões ou não ter religião (Peres *et al.*, 2020). Além disso, ter EERs frequentes (especialmente os tipos místicos e unitivos) e não ter compromisso com uma denominação específica está associado a maior prevalência de depressão e esquizofrenia segundo estudos internacionais (Willard; Norenzayan, 2017). A refiliação seria mais benéfica do que a desfiliação, especialmente no que diz respeito às medidas

de bem-estar e saúde mental. Mais estudos são necessários no entanto, para investigar indicadores de saúde mental entre aqueles que pertencem ao grupo “Secularista”, especialmente os desafiliados.

Outro ponto que merece reflexão é a associação entre “pardos” e casados com mudança religiosa. Em estudo anterior utilizando essa mesma base de dados, pessoas de etnias mistas foram associadas a protestantes/evangélicos brasileiros (Peres *et al.*, 2018), o que indica a direção da conversão para denominações evangélicas nessa população. Isso é particularmente relevante quando pensamos em EERs como “Algo que não pode ser adequadamente colocado em palavras”, “União com Deus ou algo maior que o indivíduo”, “Nova realidade foi revelada” e “Dissolução do ego”, que são experiências do tipo místico associadas ao grupo “Convertido” e muitas vezes manifestadas em cultos evangélicos (o que também dialoga com nossos dados sobre a associação entre experiências místicas frequentes e “pardos” no estudo sobre prevalência de EERs). O estado civil, por outro lado, foi associado com a religiosidade em estudo brasileiro recente, ou seja, numa amostra de 1133 pessoas das principais regiões brasileiras, 62,7% afirmam a importância de sua religião na decisão pelo casamento, o que reflete a relação estreita entre a constituição de uma família e a conversão a uma afiliação religiosa (Borges *et al.*, 2021). Estudos indicam que a família e o casamento são responsáveis por mais de 30% das decisões sobre mudança de religião nos EUA e em outros países (Barro; Hwang; Mcclery, 2010; Coutinho; Golgher, 2014; Loveland, 2003; Musik; Wilson, 1995). Embora esteja fora do escopo desse trabalho, estudos antropológicos sobre a mobilidade religiosa brasileira e suas peculiaridades podem ser valiosos para a melhor compreensão de padrões culturais envolvidos nas tomadas de decisão frente ao impacto de experiências espirituais e religiosas<sup>6</sup>.

#### 6.4 EERS E ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL

Esta parte de nosso estudo teve como objetivo compreender as associações entre depressão, ansiedade, qualidade de vida e otimismo/pessimismo com as EERs, quando controladas por afiliação religiosa e variáveis sociodemográficas na população geral brasileira.

---

<sup>6</sup> MARALDI, E. O. *et al.* The dynamics of religious mobility: investigating the patterns and sociodemographic characteristics of religious affiliation and disaffiliation in a Brazilian sample. **International Journal of Latin American Religions**, v. 5, n. 1, p. 133-148, 2021.

Os resultados não confirmaram nossa hipótese inicial, pois de forma geral, ter essas experiências apresentou-se associado com maiores níveis de depressão, ansiedade e menor qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. De forma geral, nas amostras controladas pelas variáveis mencionadas (modelos ajustados), as associações foram mais fortes. Apesar do efeito protetivo descrito na literatura da religiosidade sobre a saúde mental (Curcio; Moreira-Almeida; 2018; Moreira-Almeida, Lotufo-Neto; Koenig, 2006; Alminhana; Moreira-Almeida, 2008), ela não se mostrou suficiente ao ponto de impedir a presença de sintomas de ansiedade, depressão e a percepção de menor qualidade de vida entre experienciadores. Por outro lado, as experiências foram preditoras de mais otimismo e menos pessimismo entre os participantes, independentemente de sua afiliação religiosa, o que nos leva a crer que sua ocorrência poderia estimular a manifestação de frutos do envolvimento religioso e espiritual relacionados ao bem-estar e felicidade, tais como o otimismo.

#### **6.4.1 EER fatores e sociodemográficos das amostras específicas**

Em relação à maioria das experiências, os grupos apresentaram-se homogêneos, confirmando dados já discutidos anteriormente (Monteiro de Barros *et al.*, 202). No entanto, mais uma vez, a questão do gênero é o aspecto que chama mais a atenção. A diferença na prevalência de experiências espirituais e religiosas entre homens e mulheres foi previamente discutida na presente tese, com predominância de EERs em mulheres (Baylor Institute for Studies of Religion, 2006; Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Haraldsson; Houtkooper, 1991; Pechey; Halligan, 2012; Pew Research Center, 2009). Confirmando esses dados, nosso estudo já publicado (Monteiro de Barros *et al.*, 2022) demonstrou que as mulheres têm 80% mais chances de ter experiências mediúnicas com frequência quando comparadas aos homens. Como já comentado, as explicações tradicionais baseiam-se na hipótese cultural, que justifica que as mulheres se sentiriam mais à vontade para compartilhar suas experiências (Machado, 2009; Underwood, 2011; Martins; Zangari, 2012). Além disso, as mulheres são frequentadoras frequentes de Centros Espíritas, “terreiros” e outros locais para atividades mediúnicas (Castro; Burrows; Wooffitt, 2014; Farias; Claridge; Lalljee, 2005; Peres *et al.*, 2018; Reichow, 2017). Sobretudo, os resultados da presente análise confirmam que mulheres que têm EERs, especialmente do tipo mediúnico, são mais vulneráveis do que homens em relação a

diagnósticos de depressão e ansiedade (Rosenfield; Smith, 2009). Em fevereiro de 2017, a Organização Mundial de Saúde publicou dados de um “survey” global indicando a maior prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em mulheres (WHO, 2017). Ou seja, abre-se uma janela de atenção à saúde de mulheres experienciadoras, em especial as que demonstram maior sensibilidade espiritual.

Outro dado associado às experiências mediúnicas foi novamente a idade. Ao se tratar de experiências que ocorrem “pelo menos uma vez na vida”, houve indicação de associação negativa com pessoas jovens, ou seja, pessoas em idades mais maduras apresentam associações positivas com experiências mediúnicas, quando analisadas em relação a desfechos de saúde mental. Nessa amostragem no entanto, não examinamos as diferenças em relação à frequência das experiências, e esse pode vir a ser um fator diferencial, já que nosso estudo sobre prevalência de EERs demonstrou que experiências mediúnicas frequentes, por exemplo, não estavam associadas a nenhuma idade específica (Monteiro de Barros *et al.*, 2022). Acima de tudo, porém, mulheres em idade madura podem estar mais propensas a terem ansiedade e depressão do que outras faixas etárias (WHO, 2017). Em nossa amostra, há predominância de mulheres acima dos 30 anos entre as experienciadoras, que são também mais frequentes em centros mediúnicos, explicando de certa maneira os resultados encontrados.

A renda familiar mostrou-se também um fator de relevância em relação às experiências mediúnicas e à experiência de ter intuição. A maior renda dos participantes que relatam experiências mediúnicas em nossa pesquisa é compatível com a renda da população espírita no Brasil, que, por sua vez, é superior à da população brasileira geral (Negro Jr.; Palladino-Negro; Louzã, 2012; Moreira-Almeida, Lotufo-Neto; Cardeña, 2008). Outro estudo brasileiro investigou o perfil das pessoas (N=115) que procuram os Centros Espíritas para lidar com suas experiências anômalas, e observou maior proporção de mulheres em idade madura e renda acima da média brasileira, tal como em nosso estudo (Menezes Jr. *et al.*, 2012).

Algumas experiências mostraram-se também associadas com menor nível educacional, como é o caso das experiências de memória de supostas vidas passadas, em que experienciadores de ensino fundamental mostraram-se em maior proporção ou mesmo no caso de experiências de quase morte, em que houve menor proporção de experienciadores de ensino superior. Por outro lado, no grupo de experiências psi, experienciadores que usaram a intuição para tomar decisões, mostraram-se predominantemente de alto nível educacional. Por se tratar

de resultados isolados em meio a análises múltiplas, essas variáveis, bem como a etnia, e o estado civil, não são consistentes o suficiente para indicar um padrão de maior vulnerabilidade em relação à saúde mental nessas amostras ou ainda corroborar com a hipótese de marginalidade social para algumas delas. Nossos resultados indicam que, de forma geral, as experiências são comuns em todos os estratos da sociedade, conforme já argumentado anteriormente e ressaltado por estudos anteriores (Monteiro de Barros *et al.*, 2022; Menezes Jr. *et al.*, 2012; Reichow, 2017; Machado, 2010; Moreira-Almeida, Lotufo-Neto; Cardeña, 2008; Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2006). Vulnerabilidades específicas devem ser melhor estudadas analisando-se em cada experiência, a influência de fatores tais como traços de personalidade, história de vida, hereditariedade, entre outros.

#### **6.4.2 EERs, depressão e ansiedade**

De forma geral, comparados ao grupo que não relatou EERs, os experienciadores apresentaram maiores escores de depressão e ansiedade e menores escores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Estudo de revisão latino-americano que investigou experiências psicóticas em uma população não clínica, observou que as experiências espirituais estão envolvidas com episódios de sofrimento transitório, para os quais as pessoas buscam apoio por meio da religiosidade e da espiritualidade (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011). A alta prevalência dessas experiências numa sociedade pode estar relacionada a uma maior taxa de distúrbios emocionais, como depressão e ansiedade. Nesse sentido, vale lembrar que o Brasil é considerado pela OMS o país mais ansioso do mundo e o quinto em casos de depressão (Souza; Machado-De-Souza, 2017). No entanto, a presença de EERs não deve ser considerada necessariamente um marcador de morbidade psicológica em si. No Reino Unido, por exemplo, um estudo que investigou experiências psicóticas (experiências anômalas do estado de vigília, como alucinações e inserção de pensamento não necessariamente patológicas) em grupos clínicos e não clínicos, concluiu que as diferenças entre esses grupos dependem mais da forma como os sujeitos interpretam as experiências do que de sua prevalência. O grupo clínico tendia a pensar em causas externas, ou seja, as experiências seriam causadas por outras pessoas, e a percebê-las como mais negativas ou causadoras de ansiedade (Lovatt *et al.*, 2010). Nesse sentido, as avaliações e interpretações das experiências podem ser também um importante fator

de diferenciação entre melhores e piores resultados em saúde mental. Como mencionado anteriormente, na cultura brasileira algumas dessas experiências são bastante populares e quando relacionadas às crenças afro-brasileiras, espíritas e espiritualistas em geral, podem ser interpretadas como fenômenos naturais não patológicos, que podem inclusive ser treinados e controlados (Maraldi; Zangari, 2012; Moreira-Almeida; Cardeña, 2011). Embora a natureza transversal de nosso estudo não permita inferir sobre causalidade, nossos achados sugerem uma direção, apontando para a presença marcante de patologias mentais, não adequadamente tratadas, como uma base sobre a qual EERs se manifestam, estimuladas em muitos casos também pelas crenças e práticas espirituais adotadas pelos experienciadores. Nesse sentido, a depressão foi a principal causa de busca por terapias de cunho espiritual oferecidas em centros espíritas brasileiros, segundo estudo anterior (Lucchetti *et al.*, 2016). Além disso, embora o questionário utilizado para nossa pesquisa não tenha possibilitado o conhecimento sobre o estado interno dos experienciadores no momento de sua experiência, é importante considerar que há evidências de associação de ocorrência de EERs em momentos de turbulência emocional, o que pode incluir a presença de quadros depressivos e ansiosos (Taylor, 2017; Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013). Sobretudo, em pessoas sob altos índices de estresse, a busca pela religiosidade foi identificada como um fator moderador especialmente para desfechos depressivos (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2006), e ainda, através de práticas religiosas coletivas, o risco de suicídio pôde ser substancialmente atenuado, como mostrou estudo já comentado com mulheres norte americanas (Vanderweele *et al.*, 2016). Outro fato que pode ser considerado é que algumas EERs como as do tipo místico, estão associadas à produção de sentimentos de conexão, felicidade, êxtase, plenitude, o que é um antídoto da experiência depressiva, que traz a sensação de desconexão, isolamento, inadequação, tristeza (Taves, 2020; Wulff, 2013; Brook, 2019). Elas são as experiências que possuem uma conotação espiritual forte, devido à sua fenomenologia, inefabilidade e propriedade noética. E por isso são experiências, em geral, encorajadas por grupos espirituais (e religiosos), desde xamânicos a evangélicos e procuradas por pessoas que sofrem de depressão ou sentem suas vidas esvaziadas de sentido. O auxílio na remissão de quadros depressivos como uma das propriedades terapêuticas conferidas a este tipo de experiência transformadora, vem sendo testado cientificamente através das pesquisas com psicodélicos e enteógenos, comentadas na introdução desse trabalho, e vem apresentando resultados promissores (Doblin *et al.*, 2019).

Essa questão parece confirmar a relação entre essas instâncias, ou seja, entre a fenomenologia (e neurofisiologia) da experiência mística (espontânea ou induzida) e estados de plenitude, otimismo, pertencimento e conexão, trazendo implicações de ordem clínica. Independente do uso de enteógenos e das terapias assistidas por psicodélicos, seria benéfico que profissionais de saúde mental pudessem aprender sobre esse tipo de experiência para que, no contexto terapêutico, criassem com seus pacientes depressivos, situações que simulassem a fenomenologia das experiências místicas genuínas, o mais proximamente possível. De certa maneira, a Psicoterapia de orientação transpessoal propõe esse tipo de abordagem, ressaltando a importância da geração de estados alterados de consciência através de técnicas de relaxamento e da utilização de exercícios imaginativos, que justamente simulam as sensações e percepções descritas por experienciadores (Saldanha, 2008). Embora a direção da influência das EER sobre a saúde mental do experienciador, especialmente sobre quadros depressivos e ansiosos, pareça apontar no sentido da pré-existência dessas condições, a direção inversa não deve ser desconsiderada. As próprias experiências do tipo místico, além das de quase morte, também podem provocar sintomas sugestivos de depressão, já documentados em estudos sobre o tema (Greyson, 2013; Wulff, 2013; Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013). Nesses casos, o experienciador é atraído pelas sensações numinosas provocadas pela experiência e deseja retornar a elas, sentindo dificuldade em enfrentar a realidade da vida cotidiana e suas experiências ordinárias. Um outro aspecto que se soma nessa discussão é que a facilidade de integração dessas experiências está relacionada à sua frequência e intensidade. No caso das experiências místicas, participantes que relataram ter tido todas as experiências pelo menos uma vez, tiveram, em geral, maiores chances de apresentarem graus mais severos de depressão e ansiedade do que aqueles que tiveram uma só experiência. É interessante fazermos a correlação também com as experiências de quase morte, que também são eventos intensos e que, em sua fenomenologia mais completa, incluem sensações tipicamente relacionadas às experiências místicas (Greyson, 2007; 2013). Também as experiências de quase morte se associaram a escores mais altos de depressão e ansiedade em nosso estudo. Estudos anteriores sobre o tema apontam para resultados mistos. Há possibilidade de condução a estados depressivos em alguns casos (Greyson, 2013), enquanto em relação à ansiedade, experienciadores que passaram por uma EQM não se distinguiriam de não experienciadores em relação a traço e estado de ansiedade (Locke; Shontz, 1983). Nossos resultados apontam para uma clara necessidade de

atenção ao impacto negativo que até mesmo esses tipos de experiências possam causar, ainda que temporariamente, em seus experienciadores. Relacionado a essas questões, vale lembrar que sintomas de depressão e ansiedade também podem estar associados a um coping religioso/espiritual (CRE) negativo (Moreira-Almeida, Lotufo-Neto; Koenig, 2006). Crenças espirituais podem exercer influência negativa e contribuir para a geração de ansiedade em experienciadores (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011). Por outro lado, pessoas que acreditam na vida após a morte têm sido associadas a menores índices de problemas psiquiátricos, em especial à menor ansiedade, mas também à maior bem-estar e satisfação com a vida (Curcio; Moreira-Almeida, 2018). Ou seja, são múltiplos os fatores que influem na relação entre crenças, práticas e experiências, estimulando a necessidade de uma combinação de estudos e metodologias para compreender desfechos positivos ou negativos em relação à saúde mental.

Em suma, podemos considerar que, enquanto ansiedade e depressão podem ser catalizadores de atitudes de busca por sentido através da religiosidade/espiritualidade, dependendo de certas circunstâncias e em alguns casos, as EER podem também trazer à tona episódios ansiosos e depressivos em sujeitos que não os tinham anteriormente. Desse modo, os resultados de nossas análises evidenciam que existe uma relação estabelecida entre esses transtornos e as experiências que merece ser reconhecido e cuidado. Faz-se clara a importância da construção de redes de apoio e informação sobre esse tema, tanto em relação aos próprios experienciadores de forma geral, quanto junto às instituições de saúde mental e religiosas/espirituais. Cartilhas, campanhas informativas e psicoeducativas, criação de grupos de apoio mútuo para experienciadores – todas essas seriam ações possíveis e necessárias para que esse público aprenda a lidar de uma maneira mais saudável com a fenomenologia das EERs. Por outro lado e de forma complementar, é fundamental que seja reforçado o diálogo entre os sistemas laico e religiosos de assistência em saúde mental, como já mencionado anteriormente.

No caso de experiências psi, em seu estudo sobre experiências anômalas em uma amostra de conveniência (N=156), Reichow (2017) encontrou associação significativa entre sonhos premonitórios e depressão. Em nosso estudo, essa tendência se confirmou, com extensão para maiores índices de ansiedade e para as demais experiências psi. Entre pacientes diagnosticados com ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, entre outros transtornos, é maior a presença de sonhos conturbados e pesadelos (Lemyre; Bastien; Vasillières, 2019). A valência positiva ou negativa da experiência premonitória dos sonhos ou de uma intuição, pode

ser um dos fatores relacionados à associação entre ansiedade, depressão e EERs. A pessoa já ansiosa ou acometida de um fator gerador de estresse pode ter mais sonhos com características bizarras ou anômalas. E, ao contrário, ter sonhos premonitórios, especialmente de caráter negativo, pode ser em si um fator estressor e gerar ansiedade ou sintomas depressivos. Aqui também temos que nos ater às diversas maneiras pelas quais esses aspectos de saúde mental e as experiências espirituais e religiosas podem se associar. Um fato importante que dá sustentação às associações com depressão e ansiedade diz respeito à questão de que, em geral, essas experiências ocorrem em relação a alguém emocionalmente significativo para o experienciador, o que automaticamente implica em aumento de sofrimento psicológico envolvido. Em relação às experiências intuitivas e de usar a intuição para a tomada de decisão, nossos resultados de certa forma reproduzem achados de estudos anteriores, em que a ansiedade foi o efeito mais associado a essas experiências (Stevenson, 1970; Irwin, 1989; Targ; Schlitz; Irwin, 2013). No estudo de Machado (2009), o bem-estar subjetivo também teve pontuação mais baixa entre os experienciadores de psi. Esses resultados apontam para a necessidade de maior inclusão desses aspectos no contexto de cuidado à saúde mental, independentemente da apuração de veracidade ontológica dessas experiências. Se ao mesmo tempo, deve-se estimular uma atitude crítica por parte do experienciador, que necessita se distanciar da experiência para conseguir elaborá-la racionalmente (e lidar com ela de forma objetiva), por parte do profissional de saúde deve-se encorajar uma atitude de não julgamento, empatia e respeito à forma como o paciente escolhe interpretá-la. O estudo contemporâneo das experiências espirituais e religiosas requer a compreensão de sua multidimensionalidade. Sobretudo, o entendimento de que seu impacto na saúde mental pode estar relacionado à intensidade de sua fenomenologia, às características de personalidade, ao contexto de sua ocorrência, e à sua função para os experienciadores dentro de sua cultura de referência (Targ; Schlitz; Irwin, 2013).

#### **6.4.3 EERs, qualidade de vida, otimismo e pessimismo**

Como um fenômeno predominantemente espontâneo e muito prevalente no Brasil, as EERs deveriam estar associadas a melhores índices de saúde mental e qualidade de vida, conforme nossa hipótese inicial. Porém as associações encontradas em nosso estudo nos convidam a afirmar sobre a complexidade dessa relação. Sem dúvida, dependendo do tipo de

experiências, de sua intensidade e frequência e da aceitação cultural e religiosa a elas, podemos ter um tipo diferente de desfecho. Quando se trata de experiências mediúnicas estudos brasileiros anteriores mostram que a qualidade de vida pode ser percebida e relatada como significativamente maior em grupos que praticam a mediunidade, ou seja, onde essas experiências são frequentes, cultivadas e devidamente controladas pelos experienciadores que se tornam médiuns (Reichow, 2017; Maraldi; Zangari, 2012; Damiano *et al.*, 2021). Por outro lado, quando os investigados são os consulentes ou frequentadores de centros espíritas (médiuns em potencial não treinados), a qualidade de vida é percebida como inferior à da população geral (Alminhana, 2013; Reichow, 2017). Esses dados dialogam com os resultados de nossas análises, apontando para a importância da construção de um significado para as experiências e um senso de controle como forma de assimilação e integração das mesmas. De fato, devido às características de algumas EERs, a necessidade de integração é mais evidente. Por exemplo, algumas experiências místicas e de quase morte são descritas como impactantes, por provocarem mudanças em atitudes e crenças que podem trazer aos experienciadores problemas de relacionamentos, interferindo com seu senso de identidade, papel profissional e estilo de vida (Greyson, 2007). Machado, em seu estudo sobre experiências psi na vida cotidiana, comenta como experiências que desafiam a lógica espaço temporal da realidade consensual podem provocar uma dissonância cognitiva, que estimula a revisão de conceitos, hábitos e crenças entre os seus experienciadores (Machado, 2009, p. 244). Nesses casos, a percepção de menor qualidade de vida parece ser explicável. Para experiências de memórias de suposta vida passada, as repercussões também podem ser grandes e duradouras, afetando as famílias quando se trata de crianças experienciadoras, bem como o adulto em relação às suas crenças religiosas, senso de identidade e percepção de sanidade mental (Mills; Lynn, 2013). No entanto, novamente o impacto dessas experiências sobre o bem-estar não é somente negativo, quando olhamos para os experienciadores frequentes de sonhos premonitórios que também se associaram significativamente com escores altos de qualidade de vida psicológica. São necessários estudos mais específicos para elucidar essas diferenças que fazem conviver, nesse caso, dados aparentemente contraditórios, tais como ter uma percepção de maior qualidade de vida e ao mesmo tempo uma maior proporção de ansiedade e depressão. Talvez aqui o fator diferencial seja o tipo de suporte espiritual e força de adesão às crenças espirituais que o alto nível de religiosidade organizacional e não organizacional encontrada nos sonhadores

frequentes, possa desempenhar em relação à forma de interpretar a vida, e suas vicissitudes físicas ou mentais.

Em relação ao otimismo (e pessimismo) nossos achados replicam estudos anteriores que destacam o impacto positivo das EERs sobre os seus experienciadores, associando-os a maior otimismo e menor pessimismo (Vittorino *et al.*, 2018; Dein, 2012; Kennedy; Kanthamani; Palmer, 1994). Em seu estudo nos Estados Unidos, Greeley (1975) constatou que as experiências do tipo místico se associavam positivamente com afetos positivos e negativamente com afetos negativos, uma medida que se relaciona com o otimismo, e que seria indicativa de bem-estar psicológico. Na Inglaterra, Hay and Morisy (1978) também encontraram resultados semelhantes, indicando que o bem-estar resultante do equilíbrio entre afetos positivos e negativos estava associado às experiências místicas. O otimismo e a satisfação com a vida e a felicidade estão ainda associados aos relatos de experiências espirituais diárias em pessoas maduras (Lee, 2011), fenômenos que são em geral menos dramáticos e intensos. Além disso, em estudo de revisão sobre a relação entre experiências psi e aspectos de saúde mental, Dein (2012) indica que essas experiências contribuem para aumentar o otimismo e reduzir o medo da morte, ainda que estejam menos associadas a afetos positivos do que as experiências místicas em geral (Nelson, 1990). Nesse sentido, as propriedades intrínsecas das EERs, especialmente quando incentivadas pelo contexto cultural religioso do experienciador, parecem favorecer a emergência da disposição otimista e redução do pessimismo, mesmo em face ao sofrimento psicológico denotado através da presença de ansiedade e depressão. Uma forma de pensar essa dicotomia, foi sugerida por Koenig e colaboradores (2014), num estudo que avaliou o envolvimento religioso e os construtos de otimismo, propósito, generosidade e gratidão em pacientes com depressão maior. Os autores argumentam que os sintomas de depressão não impedem que as pessoas diagnosticadas permaneçam com níveis variados de gratidão, otimismo, altruísmo e outros construtos e ainda, que as emoções positivas como o otimismo, podem influenciar o próprio curso da depressão ao longo do tempo, devendo, portanto, ser considerados nas avaliações em saúde mental (Koenig *et al.*, 2014). Além disso, o pessimismo pode estar sobreposto a traços de neuroticismo, ansiedade e depressão, mas pode ser moderado (assim como o otimismo) por intervenções terapêuticas em crenças, hábitos e comportamentos. Isso evidencia o fato de que otimismo e pessimismo podem ser compreendidos como um único construto, em que as partes operam de forma dependente uma do outra, além de constituírem

disposições cognitivas relacionadas a pensamentos e expectativas futuras e não a situações que já ocorreram (Peres *et al.*, 2019). Mais estudos precisam ser conduzidos para esclarecer sobre essas relações e seus mediadores.

#### **6.4.4 EERs, afiliação religiosa e tipos de religiosidade em relação a aspectos de saúde mental**

O envolvimento religioso pode atenuar a associação entre experiências e saúde mental, embora não seja suficiente para prevenir sintomas de ansiedade, depressão e a percepção de menor qualidade de vida, especialmente no domínio psicológico. Em geral, a religiosidade pode ser uma fonte de estratégias de enfrentamento para situações adversas, fornecendo suporte, significado e propósito na vida (Peres *et al.*, 2017). A proporção de experienciadores afiliados ao Espiritismo mostrou-se em geral maior nos grupos de experiências místicas, mediúnicas, psi e de memórias de supostas vidas passadas, em comparação com não experienciadores, predominantemente sem religião, agnósticos, ateus. Como salientamos ao descrevermos sobre experiências do tipo mediúnicas, no Brasil, o Espiritismo é uma doutrina que vem crescendo em adeptos (Peres *et al.*, 2018). Seu conjunto de crenças apóia a manifestação de fenômenos anômalos, especialmente os mediúnicos, o que mitiga as chances de ocorrência de conflitos espirituais. No entanto, experiências mediúnicas também podem ser aceitas em contextos não espíritas, devido à influência do sincretismo religioso e das tradições espirituais de origem africana (Maraldi, 2014). Nesse sentido, as experiências mediúnicas também foram associadas a participantes de filiação católica nesse estudo, bem como as experiências relacionadas à psi, como ter e usar a intuição. Entre os católicos as experiências mediúnicas são geralmente interpretadas como visões ou revelações de Santos e outras figuras espirituais (por exemplo, as aparições marianas), que têm sido utilizadas pela Igreja Católica como confirmação da fé cristã (Moura, 2016). No entanto, enquanto muitos brasileiros afirmam ser católicos, mas frequentam Centros Espíritas e terreiros de Umbanda, os evangélicos apresentam o maior nível de rejeição a essas experiências (Peres *et al.*, 2018; Maraldi *et al.*, 2019). Nossos achados também demonstram uma associação entre ser evangélico com não relatar experiências mediúnicas. Isso traz repercussões clínicas, já que implica em possibilidade de conflito espiritual e sofrimento a

essa população, quando as experiências são mais intensas e ganham o caráter de possessão demoníaca dentro dessas denominações, por exemplo. Por outro lado, essa associação não foi encontrada no caso das experiências místicas, que são geralmente bem recebidas e até encorajadas nos cultos evangélicos brasileiros. Isso pode indicar que as experiências estão em consonância com as crenças mais importantes das religiões dos experienciadores (tal como discutido no estudo sobre migração/conversão religiosa da presente tese), sendo passíveis de escrutínio e interpretação com base em seus preceitos teológicos.

O tipo de religiosidade é um fator que merece discussão. Embora os experienciadores psi em nossa pesquisa apresentaram maior religiosidade organizacional e não organizacional do que os participantes que nunca apresentaram tais experiências, tanto no caso de experienciadores mediúnicos como em relação às experiências místicas e de quase morte, as associações estão combinadas com o tipo de religiosidade predominantemente não organizacional. Este dado se relaciona com o sincretismo religioso já discutido anteriormente, além da múltipla religiosidade do brasileiro. Esses experienciadores cultivam suas práticas espirituais com bastante assiduidade (duas ou mais vezes por semana e mais de uma vez por dia), independentemente da ida aos locais de culto. No entanto, práticas individuais isoladamente podem também significar menor força de adesão às crenças às quais se reportam, e principalmente a diminuição dos benefícios sociais das práticas coletivas, que se mostraram em geral menos frequentes nessas amostras. Este pode ser um fator que se soma na explicação de que, em nosso estudo, embora a presença da crença religiosa tenha efeito atenuante, ela não se mostrou suficientemente forte para impedir sofrimento de ordem psicológica e mental em relação às EERs. A força do envolvimento religioso vem sendo apontada em pesquisas como importante fator protetivo (Maraldi *et al.*, 2021). Além disso, em relação às experiências mediúnicas e psi, temos que uma forma favorável de proteção contra o sofrimento psíquico despertado pelo fenômeno, relaciona-se à participação em cursos de desenvolvimento mediúnico oferecidos pelos centros Kardecistas e umbandistas (Maraldi; Zangari, 2012; Lucchetti *et al.*, 2016), que oferecem a possibilidade de o experienciador treinar e aprender a controlar suas experiências. Levando em conta a menor frequência de participação nas atividades religiosas coletivas nos locais de culto e a preferência por práticas de culto privadas não organizacionais de nossa amostra, são menores as chances desses experienciadores

receberem apoio para lidar com suas experiências. Isso poderia explicar, pelo menos parcialmente, nossos resultados.

Nossos achados se alinham e complementam os resultados de estudo anterior que utilizou esta mesma base de dados para lançar luz sobre a relação entre os tipos de envolvimento religioso/espiritual e a saúde mental (Vitorino *et al.*, 2018). Ou seja, ter experiências e não seguir uma religião organizada, embora possa estar associado ao otimismo disposicional, quando conjugado a determinados traços de personalidade como tendência a dissociação, propensão à imaginação e fantasia, hipnotizabilidade, absorção, transliminaridade, neuroticismo (como discutido no item “Fatores predisponentes à manifestação de EERs” na introdução desse trabalho), pode significar uma vulnerabilidade maior em relação à ansiedade, depressão e menor qualidade de vida (Cardeña; Lynn; Krippner, 2013; Wulff, 2013; Berebaum; Kern; Raghavan, 2013; Maraldi, 2014; Willard; Norenzayan, 2017).

Por sua vez, o nível mais alto de religiosidade intrínseca que também encontramos até mesmo entre não experienciadores (possivelmente por termos não religiosos no mesmo grupo em que estavam os ateus e agnósticos), parece estar em consonância com o tipo de religiosidade não organizacional e com a busca por uma maior autonomia dos experienciadores na sua relação com Deus e o Sagrado (Luhurmann *et al.*, 2021). A vivência do Sagrado de forma internalizada, com autenticidade e veracidade de propósito (RI), tem sido associada a uma melhor saúde mental e traços de personalidade positivos (Alminhana; Moreira-Almeida, 2008). No entanto, para que esse desfecho seja realidade e a RI possa se conjugar de fato com melhor bem-estar e saúde mental (menores índices de depressão e ansiedade e melhor qualidade de vida), é necessária a presença de outros mediadores além do tipo de religiosidade apresentada. Sentimentos e valores aflorados a partir da manifestação de experiências culminantes e do tipo místico por exemplo, podem trazer grande impacto positivo na saúde mental dos experienciadores (Saldanha, 2008). Um estudo brasileiro de 2017, encontrou associações entre sentimentos de paz e significado com menores índices de depressão e maior qualidade de vida. Sobretudo significado e paz apresentaram associações mais robustas com desfechos positivos em saúde do que a presença apenas de religiosidade intrínseca (Peres *et al.*, 2017).

O tipo de religiosidade intrínseca e não organizacional associado aos experienciadores em nossa pesquisa favorece a maior autonomia do indivíduo na sua relação com o Sagrado. No entanto, poucas tem sido as iniciativas de auxílio na conscientização e responsabilização do

experienciador pelo seu próprio processo de bem-estar. Para reforçar essa autonomia são necessários modelos mais amplos de entendimento sobre a saúde mental, nos quais o paciente seja estimulado a ter um papel mais ativo em relação ao seu autocuidado em saúde. Nesse sentido, uma pesquisa realizada com experienciadores que buscavam apoio em centros espíritas brasileiros (N=115), destacou a importância do autodirecionamento na manutenção de uma boa qualidade de vida e bem-estar psicológico (Alminhana *et al.*, 2017a). Nessa pesquisa, a autora utilizou como referência, o Modelo psicobiológico de temperamento e caráter de Robert Cloninger (1994), e encontrou associação significativa entre a autotranscendência (ou conexão com algo maior ou espiritual) e a presença de EERs. No entanto, experienciadores com alta autotranscendência porém baixo autodirecionamento estariam mais propensos a apresentar quadros psiquiátricos. O autodirecionamento está relacionado com maturidade, auto responsabilidade e comportamentos que envolvem auto crítica e organização mental. Ou seja, o autodirecionamento é um construto importante para pessoas que cultivam a espiritualidade e que relatam EERs, podendo ser estimulado através de ações que incentivem o auto-cuidado do experienciador em relação às suas EERs. Assim sendo, se por um lado o tipo de envolvimento do experienciador com a dimensão espiritual e religiosa vem se transformando a passos largos no Brasil, sua relação com seu autocuidado, especialmente associado à saúde mental, ainda necessitaria ser melhor trabalhada. Sobretudo para que os efeitos potencialmente benéficos das experiências possam se alinhar a um senso de direção e propósito que dariam maior sustentação à religiosidade intrínseca e não organizacional, garantindo desfechos mais salutares. São necessários mais estudos que possam testar essa hipótese.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve por objetivo trazer dados que permitam uma maior compreensão sobre as experiências espirituais e religiosas (EERs), desde sua prevalência e características até as implicações em relação a aspectos da saúde mental dos experienciadores no Brasil. Algumas indicações levantadas em estudos anteriores foram confirmadas. A principal delas diz respeito à alta prevalência dessas experiências no solo brasileiro (92%), sendo que entre os 16 diferentes tipos de experiências avaliadas, quase metade da amostra de 1053 pessoas (47,5%) relatou pelo menos uma EER com frequência e uma proporção significativa reportou ter mais de um tipo de experiência, independentemente de afiliação religiosa. Ou seja, ter experiências dessa natureza é algo comum; o incomum é não tê-las. Experiências do tipo místico (como por exemplo sentir-se em união com Deus ou algo maior do que o indivíduo) e mesmo aquelas que possuem características anômalas mais intensas (como as experiências de comunicação após a morte), acontecem frequentemente (26,8 e 11% respectivamente). As EERs ocorrem em sua maioria de forma espontânea, mas encontram-se também associadas a fatores de indução que estão relacionados a estados de alteração de consciência como sonhos, álcool e anestesia. São preditoras de conversão religiosa, o que denuncia a força ou impacto que podem exercer na vida de um experienciador. A conversão implica na mudança de crenças e práticas que podem resultar em novos hábitos de vida e saúde. Pode também implicar em transformações mais profundas, envolvendo o próprio senso de identidade e propósito de vida do indivíduo e a necessidade de ajustes e adaptação por parte do indivíduo experienciador. Sobretudo, o fato de algumas experiências também estarem associadas a pessoas que não praticam nenhuma religião, pesa a favor de sua generalização e poder de abrangência, para além da influência das denominações religiosas. Essa abrangência é também confirmada quando aspectos como a renda, educação, estado civil e etnia não se encontram significativamente associados à sua ocorrência, derrubando a hipótese da marginalização social, ou visão de que experiências espirituais e religiosas acontecem apenas como uma forma de compensação para situações de exclusão ou em grupos menos favorecidos. Por outro lado, além da meia idade estar mais associada às EERs, o gênero feminino mostrou-se inúmeras vezes mais prevalente entre os experienciadores, seja por reportar mais suas experiências, ou também por reconhecê-las juntamente com seus fatores de indução (possivelmente por darem a elas maior validação).

Mulheres crêem mais no paranormal, são também mais numerosas nos centros espíritas e espiritualistas do Brasil e revelam-se mais sensíveis às suas EERs, ao ponto de mudarem de crenças e religião a partir de suas experiências, procurando contextos de maior receptividade e acolhimento aos fenômenos de caráter anômalo. As EERs foram associadas a ansiedade e depressão e pior qualidade de vida, de forma geral, mas mais especialmente entre mulheres, que, não por acaso também sofrem mais desses transtornos do que os homens. Ao mesmo tempo, ter experiências está relacionado ao otimismo, que seria propriamente um dos frutos da própria experiência de natureza espiritual. Todos esses dados nos fazem considerar a natureza circular de relações entre experiências, crenças e práticas espirituais e religiosas. As experiências (motivadas por traços de personalidade, situações de saúde e de vida) estimulam a busca por crenças (que produzem explicações e concedem sentido existencial), e então são vivenciadas e testadas através de práticas espirituais que, por sua vez, estimulam novas experiências, retomando o movimento cíclico e contínuo. Por vezes, as próprias experiências podem implicar no aumento ou geração de sintomas de ansiedade e depressão, dadas as suas características e formas de interpretação construídas pelo experienciador(a). De qualquer maneira, as implicações clínicas são evidentes e fica clara a necessidade de inclusão desse tópico junto aos sistemas de cuidado em saúde mental. As EERs podem trazer benefícios quando são integradas à vida dos experienciadores, não somente através da disposição otimista aqui revelada, mas também através do sentido e significado que ajudam a dar para as situações de sofrimento, perdas, morte e doença. A psicoterapia de orientação transpessoal, que lida com alguns desses fenômenos através de técnicas (sem utilização de substâncias) que possibilitem a revivência de experiências espiritualmente significativas na vida do paciente, pode facilitar desfechos positivos no tratamento de inúmeros quadros de sofrimento psicológico (Saldanha, 2008). Ainda marginalizada e pouco difundida, a Psicologia e Psicoterapia Transpessoal propõem-se, desde sua constituição no final dos anos 1960, a estudar e trabalhar com estados ampliados de consciência, na busca de reintegração da dimensão do Sagrado ou espiritual na vida cotidiana. E as experiências espirituais ou transpessoais são incluídas nessa abordagem através da adoção de uma cartografia da consciência mais ampla e são utilizadas como um veículo para o autoconhecimento e autodesenvolvimento humano (Saldanha, 2008). Nosso estudo também aponta para o papel das experiências espirituais e religiosas como uma ponte que liga o indivíduo diretamente a Deus ou àquilo que ele denomina como sagrado. No entanto,

mesmo quando a religiosidade é intrínseca, o fato do apoio institucional dos grupos que praticam uma mesma crença ser menos evidente em tempos atuais, parece enfraquecer a força de proteção que a religiosidade pode fornecer aos indivíduos experienciadores. De forma geral, as experiências, práticas e crenças religiosas mostram uma tendência a um alinhamento e coerência (experiências de ver um espírito ou vulto de alguém que já morreu/prática da mediunidade/espiritismo ou experiências de união com Deus ou algo maior que o indivíduo/dons do Espírito/evangélicos). Ainda assim, sua relação com maior ansiedade, depressão e percepção de pior qualidade de vida física e psicológica, indicam que os aspectos transculturais e psicossociais relacionados às questões religiosas e espirituais, e em especial às EERs, precisam ser mais consideradas nas avaliações e tratamentos em saúde. Já mencionamos ao longo desse trabalho, que apesar de tantas pesquisas a esse respeito, ainda é pouco frequente o conhecimento sobre a categoria de Problemas religiosos ou espirituais do DSM V em estudos, o que denota uma baixa utilização clínica desse item (Franco, 2020). Por outro lado, já existem evidências de que os sintomas subclínicos relacionados a transtornos psicóticos de população de risco, estão sendo “tratados” nos centros e locais de práticas religiosas e espirituais para onde essas pessoas se dirigem quando manifestam anomalias perceptuais, interpretadas como mediunidade (Loch *et al.*, 2019). Ainda assim, quando as EER são consideradas, maior ênfase tem sido dada à questão do diagnóstico diferencial entre experiências saudáveis e patológicas, com foco nas psicoses. Há menos discussão acerca das implicações clínicas relacionadas à ansiedade e depressão como resultantes do impacto imediato de algumas dessas experiências (Dein, 2012; Stevenson, 1970). Não podemos, no entanto, relevar a informação de que, segundo levantamento realizado pela OMS, o Brasil é o país mais ansioso do mundo e o quinto em casos de depressão (Souza; Machado-De-Sousa, 2017). Como assinalado anteriormente, podemos supor que pessoas que se encontram com quadros depressivos e ansiosos podem ter seus sintomas agravados pela ocorrência de determinadas EERs. E ainda, pessoas sem sintomas ou quadros desse tipo, podem desenvolvê-los de forma transitória, mas intensa. Por isso, o sofrimento psicológico relacionado à manifestação das EERs merece atenção, e seu cuidado deveria priorizar o contexto das instituições de saúde mental (Lucchetti *et al.*, 2016; Loch *et al.*, 2019). Nossos achados nos ajudam a compreender ainda que, devido às crenças e práticas mediúnicas serem populares em nosso país, cria-se a condição fértil para que os experienciadores recorram mais aos ambientes espíritas, umbandistas e espiritualistas para lidar

com seus sintomas psicológicos do que aos ambulatórios de saúde mental. Portanto, o conhecimento e a preparação dos líderes espirituais em relação às questões de saúde mental podem também ser fundamentais, junto a ações específicas de maior atenção e aceitação das EER nas instituições públicas e privadas de cuidado à saúde mental, a fim de estimular os experienciadores a relatarem o fenômeno a psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da área. Felizmente nos últimos anos tem havido mais debate entre os profissionais de saúde sobre a importância da dimensão R / E na prática clínica. Ainda em 1980, Christina e Stanislav Grof criaram a Rede SEN (Rede de Emergência Espiritual ou Spiritual Emergence Network), com o objetivo de auxiliar pessoas com crises similares a episódios patológicos que apresentavam experiências perceptuais anômalas e/ou delírios de natureza religiosa e espiritual. Esse auxílio se dava de forma a incluir os aspectos espirituais envolvidos nesses episódios e reconhecidos por seus protagonistas. As atividades da Rede SEN se estenderam ao treinamento de profissionais para o manejo mais adequado e humanizado dessas crises. A Rede se espalhou para outros países e continua ativa, ainda que basicamente através de orientações e informações online. No entanto, com base nos estudos e experiência dessa iniciativa pioneira, a partir de questionários e pesquisas realizados com psicólogos licenciados, Vieten *et al.* (2013) identificaram 16 competências espirituais e religiosas (atitudes, conhecimentos e habilidades) a serem incorporadas por psicólogos e psicoterapeutas no ambiente clínico. Entre as atitudes, encontramos:

- A importância da demonstração de empatia e respeito pela diversidade de afiliações e crenças dos pacientes;
- A visão de que a espiritualidade e a religiosidade são aspectos naturais da diversidade humana, tais como etnia ou orientação sexual;
- A orientação de que psicólogos e psicoterapeutas devem estar conscientes a respeito de como suas próprias crenças e práticas em religiosidade e espiritualidade influenciam seu pensamento e prática clínica.
- Entre os conhecimentos, temos que os psicólogos e psicoterapeutas devem:
- Saber da existência e importância das diversas formas de expressão religiosa e espiritual de seus clientes e tornar-se conhecedores das mesmas;
- Entender que a espiritualidade e a religião são construtos distintos mas que por vezes se encontram sobrepostos;

- Compreender que seus clientes podem ter experiências consistentes com suas crenças religiosas e espirituais que podem ser difíceis de diferenciar de psicopatologia;
- Saber que essas experiências, assim como suas crenças e práticas podem mudar ao longo da vida.
- Devem saber acerca dos recursos espirituais internos e externos de seus clientes e de práticas (indicadas por pesquisas) que podem ajudar na recuperação de distúrbios psicológicos e melhorar seu bem-estar.
- Devem saber indicar as experiências e práticas que podem, ao contrário, impactar de forma negativa sua saúde mental e bem-estar psicológico.
- Necessitam estar cientes dos aspectos éticos e legais envolvidos no trabalho com seus clientes em relação às questões espirituais e religiosas.
- Quanto às habilidades, as recomendações são que esses profissionais:
- Saibam conduzir seu trabalho empática e efetivamente com clientes de todas e quaisquer denominações religiosas e espirituais, investigando sobre sua história e perfil religioso/espiritual e auxiliando seus clientes a encontrarem suas forças e recursos espirituais.
- Acessem os problemas religiosos e espirituais quando eles existem e façam recomendações e encaminhamentos a outros profissionais e instituições quando necessário.
- Psicólogos e psicoterapeutas devem se manter informados a respeito dos estudos nessa área, e cientes e envolvidos em aprimorar suas próprias competências, ainda que se mantenham conscientes de seus limites de atuação, trabalhando em conjunto com outras áreas e colaboradores das tradições espirituais, tais como padres, pastores, mestres espirituais, entre outros (Vieten; Scammell, 2015, p. XV).

Sem dúvida, aí já se encontram delineadas as diretrizes para que as EERs sejam mais bem integradas pelos experienciadores. Também a Psiquiatria se manifestou a respeito, ainda que de forma mais sucinta e não citando especificamente as EERs. Em 2018, a Associação Psiquiátrica Mundial publicou uma declaração de posicionamento sobre a espiritualidade e religiosidade (R/E), com 7 diretrizes para a prática clínica dos psiquiatras:

“1. Uma consideração cuidadosa das crenças e práticas religiosas dos pacientes, bem como da sua espiritualidade, deveria ser feita rotineiramente, sendo, por vezes, um componente essencial da coleta da história psiquiátrica; 2. A compreensão da R/E e sua relação com o diagnóstico, etiologia e tratamento de transtornos psiquiátricos devem ser consideradas como componentes essenciais tanto da formação psiquiátrica como do contínuo desenvolvimento profissional; 3. Há uma necessidade de mais pesquisas sobre R/E em psiquiatria, especialmente sobre suas aplicações clínicas. Esses estudos devem abranger uma ampla diversidade de contextos culturais e geográficos; 4. A abordagem de R/E deve ser centrada na pessoa. Psiquiatras não devem usar sua posição profissional para fazer proselitismo de visões de mundo seculares ou espirituais. Devem sempre respeitar e ser sensíveis às crenças e práticas espirituais/religiosas de seus pacientes, assim como das famílias e cuidadores de seus pacientes; 5. Os psiquiatras, sejam quais forem suas crenças pessoais, devem estar dispostos a trabalhar com líderes/membros de comunidades religiosas, capelães e agentes pastorais, bem como outros membros da comunidade, em suporte ao bemestar de seus pacientes, incentivando seus colegas multidisciplinares a fazerem o mesmo; 6. Os psiquiatras devem demonstrar consciência, respeito e sensibilidade quanto ao importante papel que R/E podem desempenhar, para muitos funcionários e voluntários, na formação de uma vocação para trabalhar no campo dos cuidados em saúde mental; 7. Os psiquiatras devem estar cientes do potencial tanto benéfico quanto prejudicial das práticas e visões de mundo religiosas, espirituais e seculares, e devem estar dispostos a compartilhar essas informações de forma crítica e imparcial com a comunidade em geral, em apoio à promoção da saúde e bem-estar” (Moreira-Almeida *et al.*, 2018)

Já no Brasil, a necessidade de que a espiritualidade e religiosidade dos pacientes seja conhecida por seus médicos e equipe de saúde está começando a ser compreendida e passa aos poucos, a ser realizada, tanto nos hospitais e centros de saúde pública, quanto nos espaços privados de atenção à saúde física e mental. No entanto, dados sobre experiências espirituais e religiosas são ainda pouco levantados, comparados ou inseridos nos cuidados em saúde mental. E de forma mais significativa, as bases de dados que informam sobre o perfil religioso espiritual dos brasileiros são insuficientes e encontram-se defasadas, dada a rapidez e implicações das mudanças do trânsito religioso e espiritual no país. Felizmente, é crescente a organização de núcleos de pesquisa ligados às universidades brasileiras que se propõem a investigar sobre a relação entre espiritualidade e saúde, incluindo a questão das experiências religiosas e espirituais. Dentre eles, destacam-se o ProSer – Programa de saúde, espiritualidade e religiosidade (IPq-FMUSP), que desde 2008, vem articulando as dimensões da assistência, do ensino e da pesquisa das relações entre saúde mental, espiritualidade e religiosidade dentro do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, local que vem abrigando a realização de dissertações de mestrado, teses de doutorado (como esta) e a publicação de inúmeros artigos sobre o tema. Já no Instituto de Psicologia da USP, o Interpsi - Laboratório de Psicologia Anomalística e processos psicossociais, vem realizando pesquisas de Mestrado e Doutorado e

projetos ligados à área da Psicologia Anomalística. O NUPES – Núcleo de pesquisas em espiritualidade da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), faz parte do programa de Pós-Graduação em saúde e é coordenado por um dos mais profícuos pesquisadores do campo, o professor Alexander Moreira-Almeida. Existem ainda o NUMINA – Núcleo de Estudos Psicológicos da Religião e o Grupo de Pesquisa em Experiência Religiosa e Estados Alterados de Consciência, ambos na PUC- SP. Temos o Nuse – Núcleo de saúde e espiritualidade (Unifesp), o Niete – Núcleo interdisciplinar de estudos transdisciplinares sobre espiritualidade (UFRGS), o Grupo de estudos sobre espiritualidade em saúde da Beneficência Portuguesa de São Paulo e as LIASEs – Ligas acadêmicas de saúde e espiritualidade que somam 45 em todo o Brasil (Sevilhano, 2021). Vale mencionar também outras duas Universidades que vem dando espaço para pesquisas e cursos que envolvem o estudo das experiências espirituais e anômalas, especialmente a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Tendo em vista que muitas das EERs são responsáveis por tomadas de decisão e mudanças de hábitos que afetam diretamente a saúde, uma das iniciativas mais importantes em sintonia com as diretrizes de Vieten e Scammell (2015), foi a produção da Cartilha Psicologia e Religião pelo Interpsi - USP, com tópicos que discutem a saúde mental, a religiosidade e espiritualidade, o sofrimento psíquico e manejo clínico de experiências anômalas e espirituais. É direcionada a profissionais de saúde mental, psicólogos e estudantes de psicologia e disponibilizada gratuitamente em forma de áudio e escrita (<http://interpsi.org/extensao/cartilha-virtual-audio-e-pdf/>). Outra importante iniciativa brasileira surgiu a partir de um movimento internacional originado através da Rede SEN, em 2017. Nesse ano foi criada a campanha “Emerging Proud” na Inglaterra, por Katie Mottram, uma ex-enfermeira diagnosticada com Transtorno bipolar, experienciadora e presidente da Rede SEN na época. Esse evento propunha que o dia 12 de maio fosse instituído como “o dia em que as pessoas falam sobre suas experiências anômalas, religiosas e espirituais”. O objetivo dessa campanha era chamar a atenção para a reflexão sobre o que é normal e patológico em vista de experiências que podem ser transformadoras, mas que, se mal interpretadas e integradas, podem trazer sofrimento e estigma social. A ideia era também estimular o relato desses fenômenos pelos próprios experienciadores, que “sairiam do armário”, sem vergonha ou medo. A versão brasileira dessa campanha internacional foi então criada sob o nome “Repensando a loucura” (agora mudando de nome para “Repensando a saúde mental”) e desde

então, vem agregando muitos colaboradores e experienciadores. Sua missão é abrir um diálogo constante e frutífero entre experienciadores, a Psicologia, a Psiquiatria, ressaltando a importância dos grupos de apoio mútuo para a integração e suporte de experiências mais desafiadoras. Até onde pudemos pesquisar, até o momento, este é o primeiro e único grupo de apoio mútuo com foco em experiências espirituais, religiosas e/ou anômalas no Brasil. Desde sua criação, o Repensando a Loucura realizou eventos anuais e parcerias importantes (como o ProSer – IPqFMUSP), além de produzir material gratuito para auxílio na integração de experiências de crise (Guia de crise), e manter um grupo de apoio mútuo online, com a participação de mais de 60 integrantes (<https://repensandoaloucura.wixsite.com/site>). Em setembro de 2021, através da Escola de excelência do IPq – HCFMUSP, o grupo realizou o curso “Fundamentos para grupos de apoio mútuo com foco nas experiências espirituais”, cuja atividade de finalização previa a elaboração de um guia pessoal de autocuidado para gerenciamento de crises causadas por experiências espirituais, religiosas e/ou anômalas. Apesar desses esforços crescentes, é fundamental a produção de mais informações sobre as EERs em solo brasileiro, especialmente através de mais estudos acadêmicos que subsidiem profissionais de saúde mental em sua prática clínica e, do outro lado, que ajudem os experienciadores que buscam integrar suas experiências desafiadoras, estimulando que se responsabilizem por seu autocuidado e previnam desfechos patológicos.

## 7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURAS PESQUISAS

Dentro das considerações finais que podemos traçar em relação ao nosso estudo, é importante salientarmos algumas de suas limitações específicas, articulando-as, também, com as dificuldades em geral apresentadas pelas investigações sobre o campo das EERs.

Embora o projeto “Crenças, Práticas e Experiências Espirituais e Religiosas na População Geral”, patrocinado pela Coalizão Inter-Fé sobre Espiritualidade e Saúde ([coalizaointerfe.org](http://coalizaointerfe.org)), tenha sido elaborado com a proposta de ser representativo da população brasileira, a amostra final utilizada para a presente tese revelou-se com um perfil socioeconômico e educacional superior à média da população brasileira, segundo o Censo 2010. Nesse sentido, a questão da generalização dos dados foi prejudicada. No entanto, os resultados

aqui encontrados oferecem um retrato expressivo da manifestação das EERs no Brasil, sendo o estudo mais abrangente realizado no país até o momento.

Os estudos sobre a prevalência das EERs especificamente estão em geral relacionados às pesquisas demográficas que incluem a investigação do perfil religioso do país, como o Censo brasileiro (IBGE, 2010). Dados gerais também são obtidos através de pesquisas sobre religiosidade e crenças como o Pew Research Center (2006) nos Estados Unidos, ou em escala global, o World Values survey de 2014 e o Pew Research Center (2020). Por serem inespecíficos em relação à ocorrência de EERs, esses levantamentos utilizam geralmente metodologias inapropriadas ao tema, como por exemplo a realização de entrevistas presenciais que podem gerar respostas comprometidas com o desejo de aceitação social dos participantes, algo evidenciado mesmo em países religiosos como o Brasil (Peres *et al.*, 2018). As dificuldades de falar sobre a experiência são um aspecto particularmente relevante em sociedades ocidentais desenvolvidas, em que existe a predominância do paradigma materialista quando se trata de pensar a natureza da realidade e a relação mente/cérebro (Palmer, 1999). Os experienciadores temem ser considerados mentalmente desequilibrados, ou diagnosticados com transtornos psiquiátricos, entre outras coisas (Wulff, 2013; Berenbaum; Kerns; Raghavan, 2013). Nesse sentido, o presente estudo foi pensado como um survey online, justamente com o objetivo de evitar o viés de expectativas de aceitação social nas respostas dos participantes. De fato, mesmo em países religiosos como o Brasil, existe uma lacuna de interpretações sobre esses fenômenos, o que explicita uma diferença significativa de visões de mundo e de realidade entre segmentos da ciência (e seus representantes) e a população em geral. Por esse motivo, falar sobre essas experiências também pode ser desafiador em nosso país, já que profissionais de saúde mental tendem a ser menos religiosos do que as outras categorias profissionais e quando o são, temem explorar o assunto com seus pacientes por serem considerados extrapolar sua função (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014; Menegatti-Chequini *et al.*, 2019). Uma recente pesquisa sobre as atitudes de psiquiatras brasileiros em relação à religiosidade na prática clínica (Menegatti-Chequini *et al.*, 2019) aponta que as atitudes dos psiquiatras em relação a abordar os aspectos religiosos e espirituais de seus pacientes dependem diretamente de suas próprias crenças religiosas e espirituais. Além disso, existem questões relacionadas à falta de informação sobre o campo, falta de treinamento para lidar com as experiências espirituais de seus pacientes (e suas próprias) em contexto clínico, entre outros (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014).

A própria categoria “Problema Religioso ou Espiritual” (APA, 2013) é desconhecida por metade dos psicólogos norte-americanos, enquanto sua utilização é efetiva como parte de um diagnóstico por apenas 6,2% deles (Lukoff *et al.*, 2010; Franco, 2020). Os motivos da subutilização da Categoria incluem a consideração de que estes domínios de R/E seriam pertinentes ao clero e não à Psicologia, a falta de treinamento específico, entre outros (Franco, 2020). Além disso, no cenário religioso brasileiro existem restrições de alguns segmentos religiosos a tipos de práticas espirituais, apesar de o Brasil ser um dos países com menor índice de hostilidade religiosa (Peres *et al.*, 2018). Como discutido previamente, práticas mediúnicas, especialmente oriundas de religiões afro-brasileiras podem ser mal-recebidas por segmentos do protestantismo, por exemplo (Maraldi *et al.*, 2020). Essas questões influenciam a forma como as pessoas relatam suas experiências ou mesmo afetam a veracidade das informações e precisam de mais investigação em solo brasileiro. Por exemplo, seria recomendável o estudo dos fenômenos mediúnicos como vistos por outras religiões (não mediúnicas) e do potencial impacto que essa relação conflituosa com outras religiões pode gerar na qualidade de vida e saúde mental de médiuns.

Nossa pesquisa baseou-se em autorelatos retrospectivos. Esse aspecto foi levantado por Cardeña e Pekala (2014), como um problema metodológico importante, devido ao fato dos relatos estarem sujeitos a erros em sua reconstrução. Nesse sentido, podemos listar a possibilidade de esquecimento, as diferenças e dificuldades na descrição das experiências, a autocensura e o já mencionado viés de expectativa social (Cardeña; Pekala, 2014?). No entanto, esses autores recomendam que sejam utilizados métodos mistos, cujos dados se complementem. Sugerem portanto, pesquisas que utilizem a análise de relatos introspectivos e retrospectivos, somadas a estudos que avaliem as mudanças nos padrões neurofisiológicos apresentados na presença de estados de consciência alterados, e ainda, que invistam em análises históricas e socioculturais (Cardeña; Pekala, 2014?).

Outros autores também sugerem cuidados metodológicos pertinentes para o campo da espiritualidade e religiosidade, que podem se estender ao estudo específico das EERs. O rigor na definição dos termos, um cuidado criterioso na utilização de instrumentos específicos, a consideração da cultura do indivíduo, a diferenciação entre a vivência da experiência religiosa e sua interpretação, estão entre as principais diretrizes para essa área de estudos (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto, 2003). Nosso estudo apresentou algumas dessas limitações. Algumas

das EERs listadas não tinham explicação fenomenológica para descrevê-las. Além disso, devido à baixa prevalência de algumas das experiências em nosso estudo, realizamos sua análise utilizando grupos de experiências formados a partir de construto teórico (Cardena *et al.*, 2017) ainda não validado empiricamente.

A visão de múltiplas disciplinas pode contribuir para a investigação de um fenômeno tão complexo e subjetivo como as EERs. Estudos antropológicos e sociológicos por exemplo, sugerem que as experiências espirituais e religiosas seriam sempre uma interpretação realizada a partir da reflexão do fenômeno de experienciar. Essa interpretação é individual, mas está constantemente sendo transformada ao longo do tempo por mediadores como a cultura e as crenças religiosas. Assim, compreender como o indivíduo interpreta sua experiência é evidenciar a importância do seu significado, que pode ser capturado através das suas narrativas (Yamane, 2000; Taves, 2019). Um mapeamento mais completo desses fenômenos certamente requer múltiplos métodos investigativos, especialmente estudos longitudinais, capazes de averiguar o significado de experiências espirituais e religiosas ao longo da vida de uma pessoa (Yamane, 2000, p. 184), e nesse sentido, a natureza transversal de nosso estudo foi sem dúvida uma limitação considerável.

O uso de instrumentos que tenham penetração e validação transcultural é também um obstáculo que remete a questões sobre a própria possibilidade de construção de um conhecimento transcultural quando se trata de fenômenos tão complexos e subjetivos (Taves, 2019). Embora haja escalas desenvolvidas para as diversas experiências, com destaque para a escala de experiências místicas desenvolvida por Hood (1975), o já mencionado Daily Spiritual Experiences (Underwood, 2011) e o INSPIRIT, que elenca uma série de 12 principais experiências (“core experiences”) (Kass et al., 1991), a sua validação para países fora do contexto “WEIRD” (wealthy/próspero, educated/educado, industrialized/industrializado, rich/rico e democratic/democrático) não garante que sirvam ao propósito de medir o que pretendem (Maraldi; Krippner, 2019). De forma similar, os agrupamentos e categorizações de tipos de experiências em geral utilizados, ainda não foram testados quanto à sua estabilidade em populações e ambientes culturais diversos. Por isso, esses agrupamentos artificiais já trazem em si, implícita ou explicitamente, apreciações das experiências. Mesmo assim, é importante validarmos essas tentativas, que alertam para o fato de que ao estudar experiências espirituais, religiosas, psicóticas, paranormais e anômalas, as diferenças nas crenças dos indivíduos acerca

de seu significado, podem afetar a maneira como elas são avaliadas, e portanto a maneira como os critérios que as diferenciam são escolhidos e utilizados (Taves, 2019, p.21). Em recente artigo, Maraldi e Krippner (2019, p. 308) chamam a atenção para aspectos particularmente importantes em relação à investigação transcultural das experiências espirituais e religiosas de características anômalas: a questão do uso dos termos para descrever as experiências. Ou seja, a forma como elas são descritas e as palavras escolhidas para sua definição, não deveriam conter as crenças sobre elas, mas deveriam ser neutras. Dessa forma, o questionário utilizado para o presente estudo poderia ser melhorado. Por exemplo, a experiência “Ter tido a lembrança de uma vida passada” já inclui a crença em reencarnação em sua descrição, quando poderia ter sido colocada a palavra “suposta” em sua descrição.

Um outro aspecto levantado pelos autores é que a importância dada pela cultura de referência a determinada experiência, pode afetar sua prevalência. Da mesma forma portanto que as descrições das experiências devem evitar carregar em si as próprias crenças, também devem atentar para as interpretações sobre elas. Dessa maneira, pesquisadores deveriam utilizar mais descritores fenomenológicos, como por exemplo as sensações no corpo que uma determinada experiência provoca. Em nosso questionário, a experiência “dissolução do ego: a consciência do “eu” desaparece” não explica adequadamente o que significa perder “consciência do eu”, bem como em outras experiências do tipo místico, como “conexão completa com a natureza”, uma melhor caracterização do fenômeno ajudaria ao respondente entender como é sentir-se completamente conectado à Natureza, entre outros exemplos.

Levando em consideração os aspectos acima, é relevante acrescentarmos ainda outros dados de limitação de nosso questionário e estudo. Como utilizamos para a tese um questionário já pronto, que foi pensado para investigar aspectos da religiosidade, espiritualidade e sua relação com saúde mental e bem-estar em geral, algumas questões específicas para a investigação das experiências não foram incluídas. Um exemplo disso foi a ausência de perguntas que nos permitissem averiguar o estado interno dos experienciadores em vigência das experiências, bem como aspectos relacionados ao contexto externo de sua manifestação, tais como a idade, época e local no momento da experiência. Futuros estudos devem usufruir de instrumentos mais específicos e sensíveis para avaliação de experiências espirituais, religiosas e anômalas. Nesse sentido, podemos destacar três instrumentos de avaliação de múltiplas experiências: o AANEX – Appraisal of Anomalous Experiences Interview (Brett *et al.*, 2007), bastante utilizado nas

pesquisas sobre experiências anômalas e psicose, o SAE – Survey of Anomalous Experiences (Irwin; Dagnall; Drinkwater, 2013), que buscou considerar a questão do cuidado com os termos utilizados e o mais recente (ainda sem validação para o português) INOE – Inventory of Non-ordinary experiences (Taves, 2019). Este último pretende compreender sobre os padrões de diferenças e semelhanças entre culturas e tradições diversas em relação a experiências religiosas, anômalas, ou psicóticas, indiscriminadamente.

Dessa forma, futuras pesquisas sobre experiências devem utilizar métodos diversos de investigação, combinando estudos transversais e longitudinais, observando aspectos culturais, questões sobre a escolha dos termos e o respeito pela diferença na fenomenologia de cada tipo de experiência. Métodos mistos também devem compreender e buscar superar as limitações de acesso da população brasileira à internet e à forma escrita de relatar sua experiência, para que consigam atingir uma maior representatividade em relação às características sociodemográficas do Brasil. A pesquisa sobre as EER também deve ser complementada com dados de estudos sobre crenças e práticas espirituais e religiosas brasileiras, para que as várias dimensões da relação entre esses três componentes da expressão espiritual sejam melhor compreendidos. Nesse sentido e como já explicado, nossos achados sobre as experiências espirituais e religiosas dessa tese compõem o projeto “Crenças, Práticas e Experiências Espirituais e Religiosas na População Geral” e serão, portanto, reunidos aos dados obtidos nos demais estudos sobre as crenças e práticas já em andamento.

## 7.2 CONCLUSÕES

Nossos resultados mostram que 92% da amostra de 1053 pessoas provenientes das principais regiões brasileiras teve pelo menos uma EER uma vez na vida. Além disso, os respondentes da nossa pesquisa também afirmaram ter tido pelo menos uma experiência mística com frequência em 35% dos casos, enquanto no grupo de experiências relacionadas a psi, esse percentual foi de 27,7%, seguido pelo grupo mediúnicos, com 11% das pessoas relatando ter visto, ouvido ou sentido a presença de alguém que já morreu frequentemente. De fato, entre os 16 diferentes tipos de experiências avaliadas, quase metade da amostra (47,5%) relatou pelo menos uma EER com frequência, independentemente de afiliação religiosa. As experiências mais relatadas como acontecendo com frequência foram: “União com Deus ou algo maior que

o indivíduo” (26,8%), “Ter uma intuição sobre algo” (18,6%), “Ter usado a intuição para tomar uma decisão” (18,0%) e “Sentimento de união com tudo no universo” (16,3%). Nossos dados indicam que a exceção é não ter EERs (8%), ou seja, que essas experiências são um fenômeno natural humano, comum em todas as camadas da sociedade, mas mais reportado por mulheres, e mais provável de ocorrer entre pessoas de meia-idade. Nossa pesquisa contribui para a consideração de que a hipótese de marginalidade social (que associa as experiências desse tipo a grupos ou minorias socialmente marginalizadas) não se sustenta, já que sua manifestação não encontrou associações robustas com as demais variáveis sociodemográficas como educação, etnia e renda familiar.

As EERs foram consideradas predominantemente espontâneas (77,2%), ou seja, não foram associadas a nenhum fator de indução por quase 80% dos participantes. Por outro lado, as experiências induzidas foram também substancialmente observadas em nossa população (22,7%). A intuição foi quase 90% considerada como experiência espontânea, enquanto a experiência de quase morte foi mais da metade das vezes atribuída a fatores de indução (54,1%). Em relação a todas as EERs, a experiência do tipo mística “União com Deus ou algo superior ao indivíduo” teve o maior percentual de fatores de indução (18,5%). Nossos resultados indicam que os brasileiros experienciadores percebem a maioria das EERs como fenômenos espontâneos, passíveis de ocorrer em contextos comuns de sua vida diária. Quando identificam seus indutores, estes estão associados a fatores do tipo “não clínico” (em geral – mas não exclusivamente - relacionados a práticas espirituais), à categoria “substâncias” e “clínicos”, nessa ordem. Os principais indutores identificados foram os sonhos (compreendidos como veículos para a manifestação espiritual), o álcool e a anestesia. A presença de estados de alteração de consciência foi o denominador comum aos fatores predominantes, ou seja, atenção deve ser dada para a importância desses estados para a ocorrência de EERs, seja de forma voluntária ou involuntária. Um dado relevante foi a preponderância das experiências espontâneas entre homens, católicos e pessoas com mais de 60 anos, enquanto que as EERs induzidas foram mais identificadas entre mulheres, kardecistas, com idade entre 31 e 45 anos. Experienciadores homens mostraram um padrão de identificar as EERs induzidas quando os desencadeantes não se relacionavam a fatores de natureza espiritual, paranormal ou mística, mas sim, a questões como a ingestão de álcool ou fatores clínicos de alteração de consciência, como por exemplo a anestesia. O álcool e outras substâncias podem servir como mediadores da

relação entre as experiências e a saúde mental. Experienciadores podem usar o álcool como droga ansiolítica para situações adversas e precipitar a ocorrência de EERs. Alternativamente, podem ter EERs e usar álcool para reduzir os sintomas desconfortáveis (ansiedade ou depressão), causados pelas experiências. Enquanto isso, brasileiras em geral adeptas ao Espiritismo, percebem suas experiências, identificando fatores múltiplos e em especial os sonhos, considerados por essa tradição como um meio de comunicação com o mundo espiritual. A associação encontrada entre o Espiritismo Kardecista e as experiências induzidas, especialmente para as mulheres, evidencia também a importância do conjunto subjacente de crenças religiosas/espirituais do(a) experienciador(a), pois designações que aceitam EERs como algo natural, podem favorecer seu relato e integração.

As EERs estão também associadas a uma maior probabilidade de conversão para uma nova afiliação, especialmente entre pessoas que já se declaravam religiosas, conforme nossa hipótese inicial. Embora a maioria dessas experiências encontrou-se inversamente associada ao ateísmo/agnosticismo ou ao processo de desfiliação religiosa, algumas experiências místicas e mediúnicas (“Conexão com a natureza” e “Ver o vulto ou espírito de alguém que já morreu”) também foram associadas àqueles que mantiveram sua religião de origem ou que se tornaram não religiosos, refletindo a abrangência dessas EERs para além dos contextos religiosos. Esse dado, combinado com as características do trânsito religioso brasileiro, que apontam para um crescimento no número de indivíduos ateus, agnósticos e não religiosos, evangélicos, espíritas e espiritualistas, indica uma espiritualidade generalizada entre os brasileiros, sustentada inclusive entre pessoas não religiosas, além de ressaltarem a importância das religiosidades mediúnicas, esotéricas e da Nova Era em nossa cultura. Novamente as mulheres mostraram-se mais associadas à mudança religiosa, o que pode indicar a crescente autonomia na expressão de seu comportamento religioso no Brasil. Nossos achados também trazem implicações de ordem prática no que concerne a configuração dos sistemas de apoio ou atenção à saúde mental no país. O processo de conversão religiosa pode estar indicando a enorme lacuna terapêutica deixada pela Psicologia e Psiquiatria e ocupada pelas instituições religiosas e espirituais quando se trata de EERs, confirmando a importância de estreitarmos a distância entre os ambientes terapêuticos formais (psicológicos ou psiquiátricos) e os locais de expressão religiosa/espiritual onde as pessoas vão em busca de apoio para o manejo de suas experiências.

As EERs estão associadas a sofrimento psicológico, principalmente relacionado aos sintomas de ansiedade e depressão. Esses distúrbios podem ser uma reação transitória às experiências anômalas ou ser uma indicação de uma situação anteriormente já presente. Isso não significa que as EER causam ansiedade e depressão ou que estão necessariamente implicadas na presença de patologias mentais. No entanto, nossos resultados sugerem atenção à saúde mental do experienciador, pois a maioria das EERs foi também preditora de menor qualidade de vida física e psicológica. Situações de sofrimento físico e emocional denotadas inclusive pela presença de alguns dos fatores de indução identificados anteriormente (anestesia, febre, fadiga e uso de álcool), podem ser o contexto propício para que as experiências se encontrem associadas a menores chances de uma boa qualidade de vida. Há, porém, uma faceta positiva relacionada às experiências: sua associação com a disposição ao otimismo e redução do pessimismo. Especialmente quando são incentivadas pelo contexto cultural religioso do experienciador, suas propriedades intrínsecas podem favorecer a emergência de uma disposição otimista e da redução do pessimismo diante de situações da vida, mesmo na presença de ansiedade e depressão. Em relação aos desfechos em saúde mental, a maior prevalência de certos tipos de experiência (mediúnicas) em determinados grupos espirituais mais favoráveis a elas (Espíritas), sinaliza a importância do aspecto psicossocial envolvido na relação do experienciador com suas EERs. O tipo de religiosidade praticado (majoritariamente não organizacional e intrínseca), evidencia a necessidade atual do estreitamento e personalização das relações entre o indivíduo e o Transcendente, que é favorecido pelas EERs. No entanto essas religiosidades podem denotar a existência de maior isolamento do indivíduo ou ainda de uma menor força de adesão às crenças às quais se reportam. Como o forte envolvimento espiritual especificamente religioso e o apoio de sua comunidade vem sendo apontado em pesquisas como importantes fatores protetivos contra quadros patológicos, o cenário religioso e espiritual que embasa as EERs em nosso estudo, não oferece uma blindagem aos aspectos de saúde mental identificados. Este pode ser um fator que se soma nos motivos pelos quais a presença da crença religiosa em si não se mostrou suficientemente forte para impedir sofrimento de ordem psicológica e mental entre experienciadores.

A relação entre EERs e saúde mental é multidimensional e complexa, fazendo conviver aspectos contraditórios em relação ao impacto que provocam. Se por um lado são fenômenos bastante prevalentes e considerados espontâneos pela maioria dos experienciadores, por outro,

ainda são pouco considerados no contexto de cuidados em saúde mental. Se por um lado estão associados a sintomas ansiosos e depressivos e à percepção de menor qualidade de vida, por outro estão associadas à disposição otimista e a processos de transformação que se traduzem na busca por um sentido renovado de vida, através da conversão religiosa de experienciadores. O novo sistema de crenças escolhido tende a se alinhar às características das experiências, servindo-lhes de confirmação e criando o cenário ideal para que as EERs se configurem como ponte de comunicação com o Sagrado, mesmo entre não religiosos. Nossos achados evidenciam a necessidade de maior conhecimento e preparação de líderes espirituais em relação às questões de saúde mental face às EERs. Salientam também a importância de ações específicas de maior atenção das EERs nas instituições públicas e privadas de cuidado à saúde mental, a fim de estimular os experienciadores a relatarem o fenômeno a psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da área.

## REFERÊNCIAS

Aday JS, Mitzkovitz CM, Bloesch EK, Davoli CC, Davis AK. Long-term effects of psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020 Jun;113:179–89.

Agrimson LB, Taft LB. Spiritual crisis: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009 Feb;65(2):454–61.

Alminhana LO, Menezes Jr. A, Moreira-Almeida A. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2013 Dec;62(4):268–74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/JLzZBrrsW5PTnJbZRk4ZpZj/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2021.

Alminhana LO, Tatton-Ramos TP. Modelos de personalidade e a diferenciação entre experiências anômalas saudáveis e patológicas em contexto religioso. *REVER - Revista de Estudos da Religião*. 2017 Aug 24;17(2):50.

Alminhana LO, Farias M, Claridge G, Cloninger CR, Moreira-Almeida A. How to tell a happy from an unhappy schizotypic: personality factors and mental health outcomes in individuals with psychotic experiences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2016 Nov 24;39(2):126–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wcNkL6nm9RKBWGy4H9JsgkG/?lang=en>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Alminhana LO, Farias M, Claridge G, Cloninger CR, Moreira-Almeida A. Self-Directedness Predicts Quality of Life in Individuals with Psychotic Experiences: A 1-Year Follow-Up Study. *Psychopathology*. 2017;50(4):239–45.

Alvarado CS. On the centenary of Frederic W. H. Myers's human personality and its survival of bodily death. *Journal of Parapsychology*, 2004, 68, 3-43.

Alvarado, CS. Investigating Mental Mediums: Research Suggestions from the Historical Literature. *Journal of Scientific Exploration*. 2010. 24. 197-224.

Alves JED, Cavenaghi SM, Barros LFW, Carvalho AA de. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. *Tempo Social* [Internet]. 2017 Aug 8;29(2):215–42. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/112180/130985>. Acesso em: 15 maio 2021.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2014.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Andrade HG. *Reencarnação no Brasil: (oito casos que sugerem renascimento)*. São Paulo: O Clarim, 1988.

Assagioli R. *Ser transpersonal*. Madrid: Gaia, 1993.

Attig S, Schwartz GE, Figueredo AJ, Jacobs WJ, Bryson KC. Coincidences, Intuition, and Spirituality. *Psychiatric Annals*. 2011 Dec 19.

Baetz M, Bowen R, Jones G, Koru-Sengul T. How Spiritual Values and Worship Attendance Relate to Psychiatric Disorders in the Canadian Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2006 Sep;51(10):654–61.

Bainbridge, W. S. (1978). Chariots of the gullible. *The Skeptical Inquirer*, 3(2), 33–48. Disponível em: <https://skepticalinquirer.org/1979/01/chariots-of-the-gullible/>. Acesso em: 15 maio 2021.

Bandeira M, Bekou V, Lott KS, Teixeira MA, Rocha SS. Validação transcultural do teste de orientação da vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2002 Jul;7(2):251–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zyrcmr3S6C46mNKppsF5FWJ/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2022.

Barro R, Hwang J, McCleary R. Religious Conversion in 40 Countries. *Journal for the Scientific Study of Religion* [Internet]. 2010 Mar;49(1):15–36.

Bastos MAV, Oliveira Bastos PRH, Foschaches Filho GB, Conde RB, Ozaki JGO, Portella RB, et al. Corpus callosum size, hypnotic susceptibility and empathy in women with alleged mediumship: a controlled study. *EXPLORE*. 2021 Jan.

Bastos MAV, Bastos PRH de O, Paez LEF, Souza EO, Bogo D, Perdomo RT, et al. “Seat of the soul”? The structure and function of the pineal gland in women with alleged spirit possession—Results of two experimental studies. *Brain and Behavior*. 2020 Jun 7;10(7).

Bailey TC, Eng W, Frisch MB, Snyder† CR. Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*. 2007 Jul;2(3):168–75.

Baylor Institute for Studies of Religion. Baylor University. *American Piety in the 21st Century: New Insights to the Depth and Complexity of Religion in the US*. Texas: Baylor University, 2006. Disponível em: <https://www.baylor.edu/baylorreligionsurvey/doc.php/288937.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

Beauregard M. Functional neuroimaging studies of emotional self-regulation and spiritual experiences. In: Moreira-Almeida A, Santos FS. (eds.). *Exploring Frontiers of the Mind–Brain Relationship*. Nova Iorque: Springer, 2012, 113–139.

Bednarowski MF. *The religious imagination of American women*. Indiana: Indiana University Press, 1999.

Beider N. The Zeal of the Convert Revisited. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2020 Dec 6;60(1):5–26. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jssr.12698>. Acesso em: 11 out. 2021.

Beischel J. *Spontaneous, Facilitated, Assisted, and Requested After-Death Communication Experiences and their Impact on Grief* [Peer-reviewed referenced commentary]. 2019. 3. 1-32.

Beischel J, Schwartz GE. Methodological advances in laboratory-based mediumship research. In: Rhine Research Conference: “CONSCIOUSNESS TODAY”, 2007, Arizona. *Proceedings*. Arizona: The University of Arizona, 2007, 23-25.

Beischel J, Mosher C, Boccuzzi M. The Possible Effects on Bereavement of Assisted After-Death Communication during Readings with Psychic Mediums: A Continuing Bonds Perspective. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2015 Mar;70(2):169–94.

Bengtson VL, Silverstein M, Putney NM, Harris SC. Does Religiousness Increase with Age? Age Changes and Generational Differences Over 35 Years. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2015 May;54(2):363–79.

Berenbaum H, Kerns J, Raghavan C. Experiência anômala, peculiaridade e psicopatologia. In: Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. (org.). *Variedades das experiências anômalas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

Berghuijs J. Multiple Religious Belonging in the Netherlands: An Empirical Approach to Hybrid Religiosity. *Open Theology*. 2017 Jan 26;3(1). Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/oph-2017-0003/html>. Acesso em: 11 out. 2021.

Borges M, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. Religious Affiliations Influence Health-Related and General Decision Making: A Brazilian Nationwide Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 Mar 11 [cited 2021 Sep 3];18(6). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8001914/>. Acesso em: jan. 2022.

Bourguignon E. *Religion, altered states of consciousness, and social change*. Ohio: The Ohio State University Press, 1973, 389 p.

Brandon, Duane M. and Long, James H. and Loraas, Tina M. and Mueller, Jennifer M and Vansant, Brian, Online Instrument Delivery and Participant Recruitment Services: Emerging Opportunities for Behavioral Accounting Research (2014). *Behavioral Research in Accounting*, 2014, 26(1).

Brett CMC, Peters EP, Johns LC, Tabraham P, Valmaggia LR, McGuire PK. Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Dec;191(S51):s23–30.

Brook MG. Struggles reported integrating intense spiritual experiences: Results from a survey using the Integration of Spiritually Transformative Experiences Inventory. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2021 Mar 18.

Cardeña E, Pekala R. Methodological issues in the study of altering consciousness and anomalous experience. In: Cardeña E. (ed.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. 2 ed. Washington, DC: American Psychological Association (APA), 2014, 21-56.

Cardeña E, Terhune DB. Hypnotizability, personality traits, and the propensity to experience alterations of consciousness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2014;1(3):292–307.

Cardeña E, Lynn S, Krippner S. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 2016, 3(2).

Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. The psychology of anomalous experiences: A rediscovery. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2017;4(1):4–22.

Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. (eds.). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

Cardeña E. *et al.* Possession/trance phenomena. In: Dell PF, O’Neil JA. (eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge, Nova Iorque, 2009, 171–181.

Carvalho C, Irfi G. Analysis of secularization in Brazil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2019 Oct 14;36:1–23. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/1362/1009>. Acesso em: 11 out. 2021.

Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*. 2014 Jun;18(6):293–9.

Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2010 Nov;30(7):879–89.

Castro M, Burrows R, Wooffitt R. The Paranormal is (Still) Normal: The Sociological Implications of a Survey of Paranormal Experiences in Great Britain. *Sociological Research Online*. 2014 Sep;19(3):1–15. Disponível em: <https://www.socresonline.org.uk/19/3/16.html>. Acesso em: 11 out. 2021.

Chandradasa DGS, Withanage N, Ananda AS. Women’s Autonomy in Household Purchasing Decision Making in Sri Lanka: An Application of Multivariate Baseline-Category Logit Model. *Advances in Applied Sociology*. 2021;11(02):84–98.

Chen Z, Hood RW, Yang L, Watson PJ. Mystical Experience Among Tibetan Buddhists: The Common Core Thesis Revisited. *Journal for the Scientific Study of Religion* [Internet]. 2011 [cited 2022 Sep 24];50(2):328–38.

Christopher S, Fearon J, McCoy J, Nobbe C. Social Deprivation and Religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1971;10(4):385-392.

Clark LA, Watson D, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988;54(6):1063–70.

Cloninger CR, Pryzbeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Missouri: Center for Psychobiology of Personality, 1994.

Corrêa DA, Brojato HC. 10. Experiência religiosa e saúde: uma perspectiva fenomenológica. *Revista Científica UMC* [Internet]. 2016 Nov 12 [cited 2022 Sep 24];1(1).

Cristofori I, Bulbulia J, Shaver JH, Wilson M, Krueger F, Grafman J. Neural correlates of mystical experience. *Neuropsychologia*. 2016 Jan;80:212–20.

Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Quality of Life Research*. 2011 Jan 29;20(7):1123–9.

Curcio CSS, Moreira-Almeida A. Who Does Believe in life After Death? Brazilian Data from Clinical and Non-clinical Samples. *Journal of Religion and Health*. 2018 Oct 23;58(4):1217–34.

Daher JC, Damiano RF, Lucchetti ALG, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness Beyond the Brain. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2017 Jan;205(1):37–47.

Dalgalarrondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo). 2007;34:25–33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/5dX6cV5Q6Fzj73PzPqYTcXC/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

Damiano RF, Machado L, Loch AA, Moreira-Almeida A, Machado L. Ninety Years of Multiple Psychotic-Like and Spiritual Experiences in a Doctor Honoris Causa. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2021 Jun;209(6):449–53.

Davies JA, Pitchford DB. (eds.) *Stanley Krippner: A life of dreams, myths, and visions: Essays on his contributions and influence*. Colorado Springs: University Professors Press, 2015.

de Souza IM, Machado-de-Sousa JP. Brazil: world leader in anxiety and depression rates. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017, Dec;39(4):384–4.

Dein S. Judeo-Christian Religious Experience and Psychopathology: The Legacy of William James. *Transcultural Psychiatry*. 2010, Sep;47(4):523–47.

Dein S. Mental Health and the Paranormal. *International Journal of Transpersonal Studies*. 2012 Jan 1;31(1):61–74. Disponível em: <https://digitalcommons.ciis.edu/ijts-transpersonalstudies/vol31/iss1/9/>. Acesso em: 15 maio 2021.

Deslauriers D. Dreaming and Transpersonal Psychology. *The Wiley-Blackwell Handbook of Transpersonal Psychology*. 2013, Aug 9; 512–28.

Doblin RE, Christiansen M, Jerome L, Burge B. The Past and Future of Psychedelic Science: An Introduction to This Issue. *Journal of psychoactive drugs* [Internet]. 2019; 51(2):93–7.

Esper, L. H., & Furtado, E. F. Gender differences and association between psychological stress and alcohol consumption: A systematic review. *J Alcohol Drug Depend*, 2013, 1(3), 116-20.

Exline JJ. Psychopathology, normal psychological processes, or supernatural encounters? Three ways to frame reports of after-death communication. *Spirituality in Clinical Practice*. 2021 Sep;8(3):164–76.

Exline JJ, Rose E. Religious and Spiritual Struggles. In: Paloutzian FR, Park CL (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. 2005, 315-30. The Guilford Press.

Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal Crisis: Growth or Pathology? *American Journal of Health Promotion*. 1992 Sep;7(1):45–52.

Farias M, Claridge G, Lalljee M. Personality and cognitive predictors of New Age practices and beliefs. *Personality and Individual Differences*. 2005 Oct;39(5):979–89.

Fenwick P. As experiências de quase morte (EQM) podem contribuir para o debate sobre a consciência? *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo). 2013;40(5):203–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vmDVR8shBLgjZfQqcwyB4Wv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Fleck M. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck M. (ed.). *A avaliação de qualidade de vida: guia prático para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008, 19-28.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Revista de Saúde Pública*. 2000 Apr;34(2):178–83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2021.

Flournoy T. Les Principes de la Psychologie religieuse. *Archives de Psychologie*, 2(5), 1902.

Forstmann M, Sagioglou C. New Insights Into the Clinical and Nonclinical Effects of Psychedelic Substances. *European Psychologist*. 2021 Sep 17.

Franco VF. Emergência espiritual: uma revisão sistemática do estado atual da pesquisa e seus desdobramentos clínicos e conceituais. *repositoriopucspbr* [Internet]. 2020 Dec 11.

Gallagher MW, Lopez SJ. Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*. 2009 Nov;4(6):548–56.

Gallup Jr GH. *Religious awakenings bolster Americans' faith*. 2012. Disponível em: <http://www.gallup.com/poll/7582/religious-awakenings-bolsteramericans-faith.aspx>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Gauld A. *The Founders of Psychical Research*. Londres: Routledge, 1968.

Gillespie NA, Cloninger CRobert, Heath AC, Martin NG. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences*. 2003 Dec;35(8):1931–46.

Giordano J, Engebretson J. Neural and Cognitive Basis of Spiritual Experience: Biopsychosocial and Ethical Implications for Clinical Medicine. *EXPLORE*. 2006 May;2(3):216–25.

Goncalves DM, Cloninger CR. Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*. 2010 Jul;124(1-2):126–33.

Greeley AM. Mysticism goes mainstream. *American Health*, 1987, 6(1), 47-9.

Greeley AM. *The sociology of the paranormal: A reconnaissance* (Studies in religion and ethnicity). Califórnia: Sage Publications, 3, 1975.

Greyson B. Near-death experience: clinical implications. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo) [Internet]. 2007;34:116–25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/G7pXsG6jmdTwFjch37w9gtB/?lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Greyson B. Getting comfortable with near death experiences. An overview of near-death experiences. *Missouri medicine*, 2013, 110(6), 475–481.

Greyson B. The Near-Death Experience Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1983 Jun;171(6):369–75.

Greyson B, Evans Bush N. Distressing Near-Death Experiences. *Psychiatry*. 1992 Feb;55(1):95–110.

Griffiths RR, Hurwitz ES, Davis AK, Johnson MW, Jesse R. Survey of subjective “God encounter experiences”: Comparisons among naturally occurring experiences and those occasioned by the classic psychedelics psilocybin, LSD, ayahuasca, or DMT. Frey R, editor. *PLOS ONE*. 2019 Apr 23;14(4). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214377>. Acesso em: 15 maio 2021.

Grof C, Grof S. (org). *Spiritual Emergency: When personal transformation becomes a crisis*. Los Angeles: Tarcher, 1989.

Grof C, Grof S. *The stormy search for self: Understanding and living with spiritual emergency*. Londres: Mandala, 1991.

Guggenheim B, Guggenheim J. *Hello from heaven!*. Nova Iorque: Bantam, 1995.

Gutierrez IA, Hale AE, Park CL. Life-changing religious and spiritual experiences: A cross-faith comparison in the United States. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2018 Nov;10(4):334–44.

Haraldsson E. Representative national surveys of psychic phenomena: Iceland, Great Britain, Sweden, USA and Gallup's multinational survey. *Journal of the Society for Psychical Research*, 1985, 53(801), 145–158.

Haraldsson E. (Some determinants of belief in psychical phenomena. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 1981, 75(4), 297–309.

Haraldsson E, Houtkooper JM. Psychic experiences in the multinational human values study: Who reports them? *Journal of the American Society for Psychical Research*, 1991, 85(2), 145–165.

Hardy A. *The Spiritual Nature of Man*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1979.

Harrigan J. *Kundalini vidya: The science of spiritual transformation*. Knoxville, TN: Patanjali Kundalini Yoga Care, 2004.

Harris KP, Rock AJ, Clark GI. Religious or spiritual problem? The clinical relevance of identifying and measuring spiritual emergency. *Journal of Transpersonal Psychology*, 2019, 51(1), 89–118.

Hartelius G, Caplan M, Rardin MA. Transpersonal psychology: Defining the past, divining the future. *The Humanistic Psychologist*. 2007; 35(2):135–60.

Hay D. *Something there: The biology of the human spirit*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press, 2006.

Hay D, Morisy A. Reports of Esctatic, Paranormal, or Religious Experience in Great Britain and the United States: A Comparison of Trends. *Journal for the Scientific Study of Religion* [Internet]. 1978 [cited 2021 May 25]; 17(3):255–68.

Hayes BC. Gender Differences in Religious Mobility in Great Britain. *The British Journal of Sociology*. 1996 Dec;47(4):643.

Hendriks T, Warren MA, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, Graafsma T, Bohlmeijer E, et al. How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*. 2018 Aug 29;14(4):489–501.

Hinterkopf E. Integrating Spiritual Experiences in Counseling. *Counseling and Values*. 1994 Apr;38(3):165–75.

Hood RW. The Construction and Preliminary Validation of a Measure of Reported Mystical Experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1975 Mar;14(1):29.

Hood RW; Chen Z. Mystical, spiritual, and religious experiences. In: Paloutzian RF, Park CL. (eds.) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2005, 348-64.

Hood RW, Hill PC, Spilka B. *The Psychology of religion: an empirical approach*. Nova Iorque: Guilford Press, 2018.

Honorton C, Ferrari DC. "Future telling": A meta-analysis of forced-choice precognition experiments, 1935–1987. *Journal of Parapsychology*, 1989, 53(4), 281–308.

Hufford D. The Healing Power of Extraordinary Spiritual Experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 2014, 32(3), 137-56.

Huguelet P, Mohr SM, Olié E, Vidal S, Hasler R, Prada P, et al. Spiritual Meaning in Life and Values in Patients With Severe Mental Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2016 Jun;204(6):409–14.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf). Acesso em: 11 jul. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 15 maio 2021.

Irwin HJ. *Flight of mind: a psychological study of the out of body experience*. Nova Jersey: Scarecrow Press, 1985.

Irwin HJ. Childhood Trauma and the Origins of Paranormal Belief: A Constructive Replication. *Psychological Reports*. 1994 Feb;74(1):107–11.

Irwin HJ, Watt C. *An Introduction to Parapsychology*. 5 ed. Carolina do Norte: McFarland & Company, 2007.

Irwin HJ, Dagnall N, Drinkwater K. Parapsychological experience as anomalous experience plus paranormal attribution: A questionnaire based on a new approach to measurement. *Journal of Parapsychology*, 2013, 77(1), 39–53.

James W. *Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. Londres: Routledge, 1902/2002.

James W. *The Varieties of Religious Experience (The Works of William James)*. 1 ed. Massachusetts: Harvard University Press, 1985.

Jung CG. *Um mito moderno sobre coisas vistas no céu*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

Jung CG. *Dreams, memories and reflections*. Nova Iorque: Vintage, 1965.

Kalkstein S, Tower RB. The Daily Spiritual Experiences Scale and Well-Being: Demographic Comparisons and Scale Validation with Older Jewish Adults and a Diverse Internet Sample. *Journal of Religion and Health*. 2008 Aug 20;48(4):402–17.

Kantorski LP, Duro SMS, Borges LR, Ubessi LD, Ramos CI. Religião e experiências na infância de ouvidores de vozes psiquiátricos. *Cogitare Enfermagem*. 2022 Mar 31;27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xszRFqpNVxTFKTYhLjk48B/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Kass JD, Friedman R, Leserman J, Zuttermeister PC, Benson H. Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1991 Jun;30(2):203.

Kennedy JE, Kanthamani H, Palmer J. Psychic and spiritual experiences, health, well-being, and meaning in life. *Journal of Parapsychology*, 1994, 58(4), 353–383.

Kimura M, Oliveira AL de, Mishima LS, Underwood LG. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale - versão brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012 Oct;46(spe):99–106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wx9QLnz3HxHgQ53gTg74ZXj/?lang=pt#>. Acesso em: 16 ago. 2022.

King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*. 2009 Jul 13;9(1).]

Kirkpatrick LA. *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. Nova Iorque: Guilford Press, 2005.

Krippner S. The plateau experience: A. H. Maslow and others. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1972, 4(2), 107–20.

Krippner S, Faith L. Exotic dreams: A cross-cultural study. *Dreaming*. 2001;11(2):73–82.

Krippner S, Winkler M. The “need to believe”. In: Stein G. (ed.). *The encyclopedia of the paranormal*. Nova Iorque: Prometheus Books, 1996, 441-54.

Krippner S, Bogzaran F, Carvalho AP. *Extraordinary dreams and how to work with them*. Nova Iorque: SUNY Press, 2012.

Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 May;54(5):283–91.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*. 2010 Dec 1;1(1):78–85.

Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2001.

Koenig HG, Parkerson Jr. GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), pp. 885b–886. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.154.6.885b>. Acesso em: 18 jul. 2022.

Koenig HG, Berk LS, Daher NS, Pearce MJ, Bellinger DL, Robins CJ, et al. Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014 Aug;77(2):135–43.

Laszlo VS (ed.). *Psyche and Symbol: A Selection from the Writings of C. G. Jung*. Nova Jersey: Doubleday Anchor Books, 1958.

Lazar A, Kravetz S. Research: “Responses to the Mystical Scale by Religious Jewish Persons: A Comparison of Structural Models of Mystical Experience.” *International Journal for the Psychology of Religion*. 2005 Jan;15(1):51–61.

Lee RLM. Consuming the afterlife: spirituality, neo-spiritualism and continuity of the self. *Mortality*. 2014 Oct 28;20(1):83–97.

Lemyre A, Bastien C, Vallières A. Nightmares in mental disorders: A review. *Dreaming*. 2019 Jun;29(2):144–66.

Levin J, Steele L. The transcendent experience: Conceptual, theoretical, and epidemiologic perspectives. *EXPLORE*. 2005 Mar;1(2):89–101.

Lifshitz M, van Elk M, Luhrmann TM. Absorption and spiritual experience: A review of evidence and potential mechanisms. *Consciousness and Cognition*. 2019 Aug;73:102760.

Loch AA, Freitas EL, Hortêncio L, Chianca C, Alves TM, Serpa MH, et al. Hearing spirits? Religiosity in individuals at risk for psychosis—Results from the Brazilian SSAPP cohort. *Schizophrenia Research*. 2019 Feb; 204:353–9.

Locke TP, Shontz FC Personality correlates of the near-death experience: A preliminary study. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 1983, 77(4), 311–318.

Lovatt A, Mason O, Brett C, Peters E. Psychotic-Like Experiences, Appraisals, and Trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010 Nov;198(11):813–9.

Loveland MT. Religious Switching: Preference Development, Maintenance, and Change. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2003 Mar;42(1):147–57.

Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2014 Oct;48(3):199–215.

Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *Journal of Religion and Health*. 2010 Nov 24;51(2):579–86.

Lucchetti ALG, Lucchetti G, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2015 Nov 2;40(3):404–21.

Luhrmann TM, Weisman K, Aulino F, Brahinsky JD, Dulin JC, Dzokoto VA, et al. Sensing the presence of gods and spirits across cultures and faiths. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. 2021 Jan 25;118(5). Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/pdf/10.1073/pnas.2016649118>. Acesso em: 15 maio 2021.

Lukoff D. Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice. *Journal of Transpersonal Psychology*, 2015, 48(1), 122.

Lukoff D. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1985, 17(2), 155–81.

Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural Considerations in the Assessment and Treatment of Religious and Spiritual Problems. *Psychiatric Clinics of North America*. 1995 Sep;18(3):467–85.

Lukoff D, Lu F, Turner R. From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: the Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category. *Journal of Humanistic Psychology*. 1998 Apr;38(2):21–50.

Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992 Nov;180(11):673–82.

Lukoff D, Cloninger CR, Galanter M, Gellerman DM, Glickman L, Koenig HG, et al. Religious and Spiritual Considerations in Psychiatric Diagnosis: Considerations for the DSM-V. *Religion and Psychiatry*. 2010, 423–44.

Machado FR. *Experiências anômalas na vida cotidiana: experiências extra-sensório-motoras e sua associação com crenças, atitudes e bem-estar subjetivo*. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-16122009-100608/publico/Machado\\_DO.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-16122009-100608/publico/Machado_DO.pdf). Acesso em: 15 maio 2021.

Machado FR. Parapsicologia no Brasil: Entre a Cruz e a mesa Branca. *Boletim Virtual de Pesquisa Psi*, 2005, 2(2), 2. Disponível em: <https://www.ceticismoaberto.com/paranormal/2091/parapsicologia-no-brasil-entre-a-cruz-e-a-mesa-branca>. Acesso em: 15 maio 2022.

Machado FR, Zangari W. ESP: Uma breve revisão das pesquisas e algumas reflexões (Partes 1 a 5). *Revista Portuguesa de Parapsicologia*, 1998, 51, 11-20.

Machado FR, Zangari W, Maraldi E de O, Martins LB, Shimabucuro AH. Contribuições da psicologia para a compreensão das relações entre a espiritualidade, a religiosidade e as experiências anômalas. *Clareira - Revista de Filosofia Da Região Amazônica*, 2106 ago-dez, 3(2), 2-21.

Machado M das DC. Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais. *Revista Estudos Feministas*. 2005 Aug;13(2):387–96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/WspmXzNp7XKHyHttvBzvwfL/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2021.

Mahoney A, Pargament KI. Sacred changes: Spiritual conversion and transformation. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(5):481–92.

Mainieri AG, Peres JFP, Moreira-Almeida A, Mathiak K, Habel U, Kohn N. Neural correlates of psychotic-like experiences during spiritual-trance state. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2017 Aug;266:101–7.

Mansager E. Religious and spiritual problem V-code: An Adlerian assessment. *Journal of Individual Psychology*. 2002, 58. 374-387.

Maraldi E de O. *Dissociação, crença e identidade: uma perspectiva psicossocial*. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18032015-105415/publico/maraldi\\_original.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18032015-105415/publico/maraldi_original.pdf). Acesso em: 15 maio 2021.

Maraldi E de O. *Parapsychology and Religion*. Lelden: Brill, 2021.

Maraldi E de O. Medium or author? A preliminary model relating dissociation, paranormal belief systems and self-esteem. *Journal of the Society for Psychical Research*, 2014, 78(914[1])[1], 1–24.

Maraldi E de O, Krippner S. Cross-cultural research on anomalous experiences: Theoretical issues and methodological challenges. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2019 Sep;6(3):306–19.

Maraldi E de O, Zangari W. "Em transe": um estudo quali-quantitativo sobre o papel das experiências dissociativas e somatoformes nas crenças e rituais religiosos. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 2015, 35(89), 382-408. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2015000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2015000200009). Acesso em: 15 maio 2021.

Maraldi E de O, Zangari W. Funções projetivas e terapêuticas das práticas dissociativas em contexto religioso. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 2012, 32. 424-452.

Maraldi E de O., Machado, F. R.; Zangari, W. Importance of a psychosocial approach for a comprehensive understanding of mediumship. *Journal of Scientific Exploration*, São Paulo, 2010, 24(2), 181-96.

Maraldi E de O, Ribeiro RN, Krippner S. Cultural and group differences in mediumship and dissociation: exploring the varieties of mediumistic experiences. *International Journal of Latin American Religions*. 2019 May 14;3(1):170–92.

Maraldi E de O, Krippner S, Monteiro de Barros MCM, Cunha A. Dissociation From a Cross-Cultural Perspective. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2017 Jul;205(7):558–67.

Maraldi E de O, Toniol RF, Swerts DB, Lucchetti G, Leão FC, Peres MFP. The dynamics of religious mobility: investigating the patterns and sociodemographic characteristics of religious affiliation and disaffiliation in a Brazilian sample. *International Journal of Latin American Religions*. 2021.

Marshall P. *Mystical Encounters with the Natural World: Experiences & Explanations*. Oxford: OUP Oxford, 2005.

Martins LB, Zangari W. Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2012;39(6):198–202. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/r5pZznHwcB4XBC3mgqvdfM/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2021.

Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*. 2006 Jun;62(11):2848–60.

Maslow AH. *Religions, Values, and Peak-Experiences*. Nova Iorque: Penguin Compass, 1970.

Matlock JG. Past life memory case studies. *Advances in Parapsychological Research*, 1990, 6, 187-267.

McClenon J. *Deviant Science: The Case of Parapsychology*". Pensilvânia: University of Pennsylvania Press, 2016.

Menegatti-Chequini MC, Maraldi E de O, Peres MFP, Leão FC, Vallada H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2018 Nov; 41:58–65. em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Qrsy7RrrwSbSwQGT5dRwPsb/?lang=en>. Acesso em: 15 maio 2021.

Menezes Jr. A, Alminhana L, Moreira-Almeida A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2012;39(6):203–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/jfK7hcXLY9x7prRvJdbs7YQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2021.

Miller L, Balodis IM, McClintock CH, Xu J, Lacadie CM, Sinha R, et al. Neural Correlates of Personalized Spiritual Experiences. *Cerebral Cortex*. 2019 May 14;29(6):2331–8. Disponível em: <https://academic.oup.com/cercor/article/29/6/2331/5017785>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Mills A, Lynn SJ. Experiências de vidas passadas. In: Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. (org.). *Variedades das experiências anômalas: análise de evidências científicas*. São Paulo: Atheneu, 2013, 283-313.

Mofidi M, DeVellis RF, Blazer DG, DeVellis BM, Panter AT, Jordan JM. Spirituality and Depressive Symptoms in a Racially Diverse US Sample of Community-Dwelling Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006 Dec;194(12):975–7.

Mohr C, Claridge G. Schizotypy--Do Not Worry, It Is Not All Worrisome. *Schizophrenia Bulletin*. 2015 Mar 1;41(suppl 2):S436–43.

Monteiro de Barros MC, Leão FC, Vallada Filho H, Lucchetti G, Moreira-Almeida A, Prieto Peres MF. Prevalence of spiritual and religious experiences in the general population: A Brazilian nationwide study. *Transcultural Psychiatry*. 2022 Apr 6;136346152210887.

Moreira-Almeida A. Implications of spiritual experiences to the understanding of mind–brain relationship. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013 Dec;6(6):585–9.

Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011 May;33(suppl 1):s21–8. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/BNrGHL53rkSd76rbrgjytmF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486–1497). *Social Science & Medicine*. 2006 Aug;63(4):843–5.

Moreira-Almeida A, Koss-Chioino JD. Recognition and Treatment of Psychotic Symptoms: Spiritists Compared to Mental Health Professionals in Puerto Rico and Brazil. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2009 Sep;72(3):268–83.

Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2003;30(1):21–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/zCrtNCxQG3hTcQ4DCmXxRZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

Moreira-Almeida A, Lotufo-Neto F. Methodological guidelines to investigate altered states of consciousness and anomalous experiences. *International Review of Psychiatry*. 2017 Feb 17;29(3):283–92.

Moreira-Almeida A, Alvarado C, Zangari W. Transtornos dissociativos (ou conversivos). In: Louzã Neto MR, Elkis H. e cols. (eds.). *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artmed Editora S. A., 2007, 2, 285-97.

Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014 Apr;36(2):176–82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/RYKv5cWW445mT698wPtKzrk/?lang=en>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Moreira-Almeida A, Neto FL, Cardeña E. Comparison of Brazilian Spiritist Mediumship and Dissociative Identity Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008 May;196(5):420–4.

Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and Psychotic Experiences in Brazilian Spiritist Mediums. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006 Dec 8;76(1):57–8.

Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006 Aug 10;28(3):242–50.

Moreira-Almeida A, Menezes Júnior A de. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2009;36(2):75–82.

Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2010 Jan;37(1):12–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6x3gs8FknNjrt84LwBSmqKt/?format=html&lang=en>. Acesso em: 15 maio 2021.

Moreira-Almeida A, Sharma A, Rensburg BJV, Verhagen PJ, Christopher CHC, Da WPA S de R Espiritualidade e Psiquiatria. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. *Debates em Psiquiatria*. 2018 Apr 30;8(2):6–8.

Moreno AL, DeSousa DA, Souza AMFLP, Manfro GG, Salum GA, Koller SH, et al. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. *Temas em Psicologia*. 2016;24(1):367–76.

Moura CAS de. “Não tenhas medo”: a formação de uma cultura visionária em Portugal e as suas práticas e representações no Brasil (1917-1940). *Topoi* (Rio de Janeiro). 2016 Dec;17(33):561–85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/topoi/a/w64sPV7ZxSV4CxJpm48sHMr/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

Nardini-Bubols M, da Silva DS, dos Santos-Silva A, Stagnaro OK, Irigaray TQ, Alminhana LO. The Altered States of Consciousness in Transpersonal Approach Psychotherapy: Systematic Review and Guidelines for Research and Clinical Practice. *Journal of Religion and Health*. 2019 Jun 21;58(6):2175–94.

Negro PJ, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do Religious Mediumship Dissociative Experiences Conform to the Sociocognitive Theory of Dissociation? *Journal of Trauma & Dissociation*. 2002 Jan;3(1):51–73.

Norenzayan A, Smith EE, Kim BJ, Nisbett RE. Cultural preferences for formal versus intuitive reasoning. *Cognitive Science*. 2002 Sep;26(5):653–84. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1207/s15516709cog2605\\_4](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1207/s15516709cog2605_4). Acesso em: 15 maio 2021.

Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2010 Sep 13;38(3):475–85.

Ohayon MM, Roberts L. W. Understanding different approaches to diagnostic classification. *Study Guide to DSM-5®*, 2014.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Education at a Glance 2019: OECD INDICATORS*. Paris: OECD, 2019. Disponível em: [https://download.inep.gov.br/acoes\\_internacionais/eag/documentos/2019/EAG\\_2019\\_OCDE.pdf](https://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/eag/documentos/2019/EAG_2019_OCDE.pdf). Acesso em: 15 maio 2021.

Osório F de L, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2009 Jul;45(3):216–27.

Otto R. *O sagrado*. São Paulo: Editora Vozes, 2007.

Paiva GJ de. Estudos psicológicos da experiência religiosa. *Temas psicol*. [Internet]. 1998 Ago; 6( 2 ): 153-160.

Palmer J. A community mail survey of psychic experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 1979, 73(3), 221–251.

Palmer G, Braud, W. Exceptional human experiences, disclosure, and a more inclusive view of physical, psychological, and spiritual well-being. *Journal of Transpersonal Psychology*, 2002, 34(1), 29–59.

Palmer G, Hastings A. Exploring the Nature of Exceptional Human Experiences: Recognizing, Understanding, and Appreciating EHEs. In: Friedman H, Hartelius G. (eds.). *The Wiley-Blackwell Handbook of Transpersonal Psychology*. John Wiley & Sons, 2013.

Paloutzian RF. Religious Conversion and Spiritual Transformation: A Meaning-System Analysis. In: Paloutzian RF, Park CL. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 2005, 331-47.

Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England) [Internet]. 2017 Jun 1;29(3):263–82.

Parnia S. Do reports of consciousness during cardiac arrest hold the key to discovering the nature of consciousness? *Medical Hypotheses*. 2007 Jan;69(4):933–7..

Parra A. Personality traits associated with premonition experience: Neuroticism, extroversion, empathy and schizotypy. *Journal of the Society for Psychical Research*, 2015, 79(918[1])[1], 1–10.

Pechey R, Halligan P. Prevalence and correlates of anomalous experiences in a large non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011 Jun 16;85(2):150–62.

Penberthy JK, Pehlivanova M, Kalelioglu T, Roe CA, Cooper CE, Lorimer D, et al. Factors Moderating the Impact of After Death Communications on Beliefs and Spirituality. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2021 Jul 9.

Peres J, Incontri D. Implicações pedagógicas e terapêuticas da reencarnação. In: Incontri D. (Org.). *Educação e Espiritualidade: interfaces e perspectivas*. São Paulo: Editora Comenius, 2010, 374-408.

Peres JFP. Should Psychotherapy Consider Reincarnation? *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2012 Feb;200(2):174–9.

Peres JFP, Newberg A. Neuroimagem e mediunidade: uma promissora linha de pesquisa. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo). 2013;40(6):225–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/QNKXDgcXdW9RV6ZNPSjzs6b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2021.

Peres MFP, de Oliveira AB, Leão FC, Vallada H, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. *SSM - Population Health*. 2018 Dec;6:85–90. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352827318301447?token=38D45A5386640B8F4C1591967D833CF3B2ADDB59259A04DDE00DBDD7FF5DAC481D9648B3846F5F7293861CD9EE13AEEE&originRegion=us-east-1&originCreation=20220318234533>. Acesso em: 15 maio 2021.

Peres MFP, Swerts D, de Oliveira AB, Leão FC, Lucchetti ALG, Vallada H, et al. Mental Health and Quality of Life Among Adults With Single, Multiple, and No Religious Affiliations. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2020 Apr;208(4):288–93.

Peters E, Ward T, Jackson M, Morgan C, Charalambides M, McGuire P, et al. Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care.” *World Psychiatry*. 2016 Feb;15(1):41–52. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20301>. Acesso em: 15 maio 2021.

Pew Research Center. *Many Americans Mix Multiple Faiths* [Internet]. Pew Research Center’s Religion & Public Life Project. Pew Research Center’s Religion & Public Life Project; 2009. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2009/12/09/many-americans-mix-multiple-faiths/>. Acesso em: 15 maio 2021.

Pew Research Center. *Pew Forum on Religion & Public Life Releases Results from a Landmark Survey on Religion in the U.S.* Pew Research Center’s Religion & Public Life Project. 2008. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2008/02/25/pew-forum-on-religion-amp-public-life-releases-results-from-a-landmark-survey-on-religion-in-the-us/>. Acesso em: 11 out. 2021.

Pew Research Center. *Religion in Latin America: Widespread Change in a Historically Catholic Region.* Pew Research Center’s Religion & Public Life Project; 2014. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2014/11/13/religion-in-latin-america/>. Acesso em: 15 maio 2021.

Pew Research Center. *Spirit and Power – A 10-Country Survey of Pentecostals.* Pew Research Center’s Religion & Public Life Project; 2006. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2006/10/05/spirit-and-power/>. Acesso em: 15 maio 2021.

Pew Research Center. *Pew-Templeton Global Religious Futures*. Pew Research Center's Religion & Public Life Project; 2010. Disponível em: <http://www.globalreligiousfutures.org/2020>. Acesso em: 15 maio 2021.

Pinto EB. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. *REVER: Revista de Estudos da Religião*. 2009;9.

Poursardar N, Poursardar F, Panahandeh A, Sangari AA, Zarrin SA. Effect Of Optimism On Mental Health And Life Satisfaction: A Psychological Model Of Well-Being. *Hakim Research Journal*. 2013;16(1):42-49.

Reichow JRC. *Experiências Anômalas em Diferentes Populações Brasileiras: Prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com qualidade de vida* [Internet]. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2017. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18012018-163219/publico/reichow\\_do.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18012018-163219/publico/reichow_do.pdf).

Rhine LE. Subjective Forms of Spontaneous Psi Experiences. *Journal of Parapsychology*. 1953;17(2):77.

Rhine JB. The bearing of parapsychology on human potentiality. *The Journal of Parapsychology*. 1966;30(4):243.

Ribeiro S. *O oráculo da noite: a história e a ciência do sonho*. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2019.

Rice TW. Believe It Or Not: Religious and Other Paranormal Beliefs in the United States. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2003 Mar;42(1):95–106.

Richards DG. A study of the correlations between subjective psychic experiences and dissociative experiences. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. 1991;4(2):83–91.

Ring K. *The Omega Project: near death experiences, UFO encounters and the mind at large*. 1st ed. New York: William Morrow & Co; 1992.

Roe CA, Cooper CE, Hickinbotham L, Hodrien A, Kirkwood L, Martin H. Performance at a Precognitive Remote Viewing Task, with and without Ganzfeld Stimulation: Three Experiments. *Journal of Parapsychology*. 2020 Apr 1;84(1):38–65.

Rosenfield S, Smith D. Gender and Mental Health: Do Men and Women Have Different Amounts or Types of Problems? In: Scheid TL, Brown TN, editors. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.

Roxburgh EC, Everden RE. “Most people think you're a fruit loop”: Clients experiences of seeking support for anomalous experiences. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2016; 16(3):211-221.

Saher M, Lindeman M. Alternative medicine: A psychological perspective. *Personality and Individual Differences*. 2005 Oct;39(6):1169–78.

Salsman JM, Brown TL, Brechting EH, Carlson CR. The Link Between Religion and Spirituality and Psychological Adjustment: The Mediating Role of Optimism and Social Support. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005 Mar 2;31(4):522–35.

Sandage SJ, Moe SP. Spiritual experience: Conversion and transformation. Pargament I, Exline JJ, Jones JW, editors. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1): Context, theory, and research*, 2013; 1:407–422.

Sandomirsky S, Wilson J. Processes of Disaffiliation: Religious Mobility among Men and Women. *Social Forces*. 1990 Jun;68(4):1211-1229.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013 Aug;29(8):1533–43.

Schenberg EE, Tófoli LF, Rezinovsky D, Silveira DXD. Translation and cultural adaptation of the States of Consciousness Questionnaire (SOCQ) and statistical validation of the Mystical Experience Questionnaire (MEQ30) in Brazilian Portuguese. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2017 Feb;44(1):1–5.

Serralta FB, Cony F, Cembranel Z, Greyson B, Szobot CM. Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte. *Psico-USF* [Internet]. 2010 Apr, 15(1):35–46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/r9XMSWQkQgB7rkQkJn3K5rt/?format=pdf&lang=pt>.

Shamdasani, Sonu. *Jung e a Construção da Psicologia Moderna*. São Paulo: Ideias e Letras, 2006.

Sherwood SJ, Milner ME. The Relationship between Transliminality and Boundary Structure Subscales. *Imagination, Cognition and Personality*. 2005 Jun;24(4):369–78.

Sigmund F. *O futuro de uma ilusão*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2010.

Sigmund F. *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Cienbook, 2020 [1930].

Silva MV. Gênero e religião: o exercício do poder feminino na tradição étnico-religiosa ioruba no Brasil. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2010;9,(2):128-137.

Skarupski KA, Fitchett G, Evans DA, Mendes de Leon CF. Daily spiritual experiences in a biracial, community-based population of older adults. *Aging & Mental Health*. 2010 Sep;14(7):779–89.

Sleutjes A, Moreira-Almeida A, Greyson B. Almost 40 Years Investigating Near-Death Experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2014 Nov;202(11):833–6.

Somma NM, Bargsted MA, Valenzuela E. Mapping Religious Change in Latin America. *Latin American Politics and Society*. 2017;59(1):119–42.

Sousa TV, Viveiros V, Chai MV, Vicente FL, Jesus G, Carnot MJ, et al. Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015 Apr 25;13(1).

Spanos NP. *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington, DC: American Psychological Association, 1966.

Stace WT. *Mysticism and Philosophy*. Nova Iorque: St. Martin's Press, 1960.

Stevenson I. Precognitions of disasters. In: Abram, HS, editor. *Psychological aspects of stress*. Springfield: Charles C Thomas, 1970.

Stoll SJ. Religião, ciência ou auto-ajuda? trajetos do Espiritismo no Brasil. *Revista de Antropologia*. 2002 [2022 jun 20];45(2): 361-402.

Storm, L. Rock, AJ. Dreaming of psi: A narrative review and meta-analysis of dream-ESP studies at the Maimonides Dream Laboratory and beyond. In: Davies JA, Pitchford DB, editores. *Stanley Krippner: A life of dreams, myths, and visions* [2015]; 117–138.

Storm L, Sherwood SJ, Roe CA, Tressoldi PE, Rock AJ, Di Risio L. On the correspondence between dream content and target material under laboratory conditions: A meta-analysis of dream. *ESP studies*, 1966-2016. 2017Nov.1;10(2):120-4.

Takano R, Nomura M. Neural representations of awe: Distinguishing common and distinct neural mechanisms. *Emotion*. 2020 Jun 4.

Targ E, Schlitz M, Irwin HJ. Past-life experiences. In: Cardeña E, Lynn S, Krippner S, editors. *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. 2000;219–52.

Tart CT. States of Consciousness and State-Specific Sciences. *Science*. 1972 Jun 16;176(4040):1203–10.

Tassell-Matamua. Does cultural context influence descriptions of change after a Near-Death Experience? Exploratory findings from an aotearoa New Zealand sample. *Journal of Near-Death Studies*. 2018;36(4):193-218.

Taves A. Psychology of Religion Approaches to the Study of Religious Experience. Moser P, Meister C, editors. *The Cambridge Companion to Religious Experience* [Internet]. 2019;1–38.

Taylor J. Human Intuition. In: *The 62nd Annual Convention of the Parapsychological Association*. Paris, França, Parapsychological Association; 2019. p. 4–6.

Taylor, S. Spontaneous awakening experiences: Beyond religion and spiritual practice. *Journal of Transpersonal Psychology*, 2012;44(1):73-91.

Taylor S, EGETO-SZABO K. Exploring awakening experiences: a study of awakening experiences in terms of their triggers, characteristics, duration and after effects. *Journal of Transpersonal Psychology*, 2017;49(1).

Tellegen A. Practicing the two disciplines for relaxation and enlightenment: Comment on “Role of the feedback signal in electromyograph biofeedback: The relevance of attention” by Qualls and Sheehan. *Journal of Experimental Psychology: General*. 1981;110(2):217–26.

Thalbourne MA, Delin PS. A common thread underlying belief in the paranormal, creative personality, mystical experience and psychopathology. *Journal of Parapsychology*, 1994;58(1): 3-38.

Tobacyk J, Milford G. Belief in paranormal phenomena: Assessment instrument development and implications for personality functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(5):1029–37.

Torres CM. *Religiosidade e experiências anômalas no protestantismo brasileiro*. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2016. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17082016-160937/publico/torres\\_corrigeida.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17082016-160937/publico/torres_corrigeida.pdf). Acesso em: 3 dez. 2021.

Tressoldi PE, Storm L. Stage 1 Registered Report: Anomalous perception in a Ganzfeld condition - A meta-analysis of more than 40 years investigation. *F1000Research*. 2021 Feb 26;9:826.

Tressoldi PE, Storm L. Stage 2 Registered Report: Anomalous perception in a Ganzfeld condition - A meta-analysis of more than 40 years investigation. *F1000Research*. 2021 Mar 24;10:234.

Tucker JB. Children’s Reports of Past-Life Memories: A Review. *EXPLORE*. 2008 Jul;4(4):244–8.

Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *The Journal of nervous and mental disease*. 1995;183(7): 435-44.

Underwood LG. The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. *Religions* [Internet]. 2011 Jan 12;2(1):29–50. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/2/1/29>.

Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002 Feb;24(1):22–33.

Ursini L, Tofoli L de, Falchi M, Ribeiro S, Mota N. Experiências místicas no uso de diversos psicodélicos: análise de um Survey Online. *revpibic* [Internet]. 30º de novembro de 2019;(27):1-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/pibic/article/view/2634>

VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I. Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016 Aug 1;73(8):845. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2529152>

Van Elk M, Aleman A. Brain mechanisms in religion and spirituality: An integrative predictive processing framework. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017 Feb;73:359–78.

Van Lommel P, van Wees R, Meyers V, Elfferich I. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*. 2001 Dec;358(9298):2039–45.

Vieten C, Scammell S, Pilato R, Ammondson I, Pargament KI, Lukoff D. Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2013;5(3):129–44.

Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports* [Internet]. 2018 Nov 22;8(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6250706/>.

Wahbeh H, Radin D. People reporting experiences of mediumship have higher dissociation symptom scores than non-mediums, but below thresholds for pathological dissociation. *F1000Research*. 2018 Jan 4;6:1416. Disponível em: <https://f1000research.com/articles/6-1416/v3>. Acesso em: 11 out. 2021.

Walach H. *Secular Spirituality: The Next Step Towards Enlightenment*. Cham: Springer International Publishing, 2015.

Wardell DW, Engebretson JC. Taxonomy of Spiritual Experiences. *Journal of Religion and Health*. 2006 Apr 4;45(2):215–33.

Wheeler SW, Dyer NL. A systematic review of psychedelic-assisted psychotherapy for mental health: An evaluation of the current wave of research and suggestions for the future. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2020 Sep;7(3):279–315.

White RA. Exceptional Human Experience: Background Papers. *Parapsychology Sources*. 1993;132–4.

WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993 Apr;2(2):153–9.

Willard AK, Norenzayan A. “Spiritual but not religious”: Cognition, schizotypy, and conversion in alternative beliefs. *Cognition*. 2017 Aug;165:137–46.

World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates* [Internet]. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

Woody EZ, Barnier AJ. *Hypnosis scales for the twenty-first century: what do we need and how should we use them?* Oxford Handbooks Online. Oxford University Press; 2008.

Wulff DM. Experiência Mística. In: Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S, editors. *Variedades das experiências anômalas: análise de evidências científicas*. 1st ed. São Paulo: Atheneu; 2013, 303-336.

Wuthnow R. Astrology and Marginality. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1976 Jun;15(2):157-168.

Yamane D. Narrative and Religious Experience. *Sociology of Religion*. 2000;61(2):171-189.

Zangari W, Machado FR. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais e Experiências Anômalas/Religiosas: a importância do quadro de referência e dos transtornos mentais de base [Internet]. *Resumos*. 2015

Zangari W, Machado FR, De Oliveira Maraldi E, Martin LB. Psicologia da Religião e Psicologia Anomalística: aproximações pela produção recente. *Revista Pistis Praxis* [Internet]. 2017 Apr 27 [cited 2022 Jul 30]; 9(1): 173.

Zenger M, Finck C, Zanon C, Jimenez W, Singer S, Hinz A. Evaluation of the Latin American version of the Life Orientation Test-Revised. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013 Sep;13(3):243–52.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS

### 1. BLOCO 1 – QUESTIONÁRIO DADOS DEMOGRÁFICOS

Em qual região do País você reside?

- Norte
- Nordeste
- Sul
- Centroeste
- Sudeste

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Altura (em cm):

Peso (em Kg):

Qual é o seu estado civil? (Selecione apenas uma resposta.)

- Solteiro
- Separado
- Divorciado
- Casado/amasiado
- Viúvo

Qual é o seu grau de escolaridade mais alto?

- Ausente / analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto

- Ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação

Qual é a sua situação de trabalho?

- Trabalho remunerado tempo parcial
- Trabalho remunerado tempo integral
- Desempregado
- Incapacitado
- Do lar
- Estudante
- Aposentado
- Trabalho Voluntariado

Qual é a renda média mensal de toda a família (classificação baseada no IBGE, censo 2010)?

- Até R\$ 1.576,00
- De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00
- De R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00
- De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00
- R\$ 15.760,01 ou mais

Qual das alternativas abaixo melhor representa a sua cor ou raça (nomenclatura e classificação baseada no IBGE, censo 2010)?

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

## 2. BLOCO 2 – QUESTIONÁRIO RELIGIOSIDADE

Qual das alternativas abaixo melhor designa a sua afiliação religiosa ATUAL?

- Católica
- Evangélica
- Espírita Kardecista
- Judaica
- Budista
- Umbanda
- Candomblé
- Ateísta
- Agnóstico
- Sem religião
- Testemunha de Jeová
- Espiritualista
- Cristão
- Seicho-no-ie
- Wicca
- Outra \_\_\_\_\_

Da religião que você anotou acima você se considera praticante?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Muito

Além da afiliação religiosa acima, você costuma frequentar alguma outra? Qual? Pode assinalar mais de uma.

- Nenhuma
- Católica
- Evangélica

- Espírita Kardecista
- Judaica
- Budista
- Umbanda
- Candomblé
- Testemunha de Jeová
- Espiritualista
- Cristão
- Seicho-no-ie
- Wicca
- Outra \_\_\_\_\_

Qual das alternativas abaixo melhor designa a sua afiliação religiosa DO INÍCIO DA SUA VIDA?

- Católica
- Evangélica \_\_\_\_\_
- Espírita Kardecista
- Judaica
- Budista
- Umbanda
- Candomblé
- Ateista
- Agnóstico
- Sem religião
- Testemunha de Jeová
- Espiritualista
- Cristão
- Seicho-no-ie
- Wicca
- Outra \_\_\_\_\_

Se houve mudança da religião do INÍCIO DA SUA VIDA para a religião ATUAL, qual era sua idade quando a mudança ocorreu?

Qual a importância da religiosidade na sua vida?

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Demais

Você se considera uma pessoa religiosa?

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Demais

Você se considera uma pessoa espiritualizada?

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Demais

Você se considera uma pessoa que dá importância para o lado espiritual?

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Demais

Você se considera uma pessoa que tem fé?

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Demais

Qual a influência da sua afiliação religiosa nos seguintes atos da sua vida:

	Muito pouco	Pouco	Moderado	Muito	Demais
Namorar	<input type="radio"/>				
Casar	<input type="radio"/>				
Se relacionar / ter amigos	<input type="radio"/>				
Trabalhar	<input type="radio"/>				
O jeito de vestir	<input type="radio"/>				
Como se alimentar	<input type="radio"/>				
Ingerir Alcool	<input type="radio"/>				
Ingerir Drogas	<input type="radio"/>				
Fumar	<input type="radio"/>				
Tomar decisões na vida	<input type="radio"/>				
Seguir recomendação médica	<input type="radio"/>				
Se negar a seguir recomendação médica	<input type="radio"/>				
Política, votar em um candidato	<input type="radio"/>				
Trabalho voluntário	<input type="radio"/>				
Fazer alguma doação	<input type="radio"/>				

**a. ESCALA DUREL – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE**

Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- Mais do que uma vez por semana
- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca

Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- Mais do que uma vez ao dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

Qual a importância de Deus na sua vida?

- Nenhuma
- Pouca
- Moderada
- Muito
- Extrema

Para cada frase abaixo preencha se você acredita muito, pouco, se não acredita ou não sabe.

### **b. ESCALA FACIT**

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas disseram ser importantes.

Indique a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sinto-me em paz	<input type="radio"/>				
Tenho uma razão para viver	<input type="radio"/>				
A minha vida tem sido produtiva	<input type="radio"/>				
Custa-me sentir paz de espírito	<input type="radio"/>				
Sinto que a minha vida tem um propósito	<input type="radio"/>				
Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a	<input type="radio"/>				
Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a	<input type="radio"/>				
Falta sentido e propósito em minha vida	<input type="radio"/>				
Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	<input type="radio"/>				
A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	<input type="radio"/>				
A minha doença ou situação atual tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	<input type="radio"/>				
Independentemente do que acontecer comigo, tudo acabará em bem	<input type="radio"/>				

### 3. BLOCO 3

#### CRENÇAS

Responda a sua opinião sobre as várias definições de Deus abaixo

	Sim	Não	Não sei
Um ser pessoal, amoroso e participante da vida das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma Força espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É cada ser e tudo no universo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma invenção do Homem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser pessoal que criou o ser humano e o abandonou a própria sorte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deus está em cada um de nós	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deus é a Natureza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deus é o conjunto de tudo que existe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É um poder superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É uma força maior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O criador de tudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Acredito Muito	Acredito Moderadamente	Acredito Pouco	Não Acredito	Não sei
Imortalidade da alma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando morremos tudo termina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida após a morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O espírito de uma pessoa que morreu pode voltar a nascer como humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O espírito de uma pessoa que morreu pode voltar a nascer como um outro ser vivo, como um animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma pessoa que morreu pode se comunicar com pessoas que estão vivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredita que a morte física é uma ponte para algo maior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somos seres humanos tendo experiências espirituais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somos seres espirituais tendo uma experiência humana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe Céu e Inferno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espíritos do bem sempre nos acompanham	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espíritos do mal podem nos prejudicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem espíritos da natureza que governam o clima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anjos da Guarda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milagres podem ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mediunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pessoas com poderes especiais podem prever o futuro	<input type="radio"/>				
Acredito em Deus	<input type="radio"/>				
Acredito em alguma força superior	<input type="radio"/>				
Acredito em Santos	<input type="radio"/>				

Para cada um dos itens abaixo, diga se voce acredita, se não acredita ou se não tem certeza.

	Impossível existir	Pouco provável de existir	Bem provável de existir	Certamente existe	Não sei
Cura espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poder da mente humana em curar o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percepção além dos 5 sentidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casas podem ser assombradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas podem ser possuídas por demônios ou espíritos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espíritos de pessoas que morreram podem voltar em certos lugares ou situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telepatia, ou comunicação entre pessoas sem usar os 5 sentidos tradicionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seres extraterrestres visitaram o nosso planeta em algum momento do passado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poder da mente humana de saber o passado e prever o futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas podem se comunicar com alguém que já morreu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astrologia, ou que a posição das estrelas e planetas podem afetar a vida das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doenças mentais ou orgânicas podem melhorar com ajuda de um tratamento espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruxas e bruxarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reencarnação, o renascimento de uma alma em um outro corpo após a morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Exercícios de respiração	<input type="radio"/>					
Contemplação a um santo, ser divino ou líder religioso	<input type="radio"/>					
Dança religiosa / espiritual	<input type="radio"/>					
Uso de substância com finalidade espiritual	<input type="radio"/>					
Acender uma vela	<input type="radio"/>					

Se tem algum santo de devoção, guru, ser divino ou líder espiritual, escreva abaixo.

Alguma das experiências abaixo aconteceu contigo?

	Nunca aconteceu	Aconteceu uma vez na minha vida	Não sei	Acontece frequentemente
Conexão completa com a natureza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência que causou a sensação de que não existe mais o tempo e o espaço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência que criou a sensação de que tudo é sagrado e divino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algo que não pode ser colocada adequadamente em palavras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentimento de união com tudo no universo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentimento de que uma nova realidade foi revelada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
União com Deus ou alguma força maior que o indivíduo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter sonhado com algo que depois realmente aconteceu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ter sentido a presença de alguma pessoa que já faleceu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter ouvido a voz de alguém que já morreu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter visto vultos ou imagem de algum espírito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dissolução do ego: a consciência do "eu" desaparece.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter tido lembrança de uma vida passada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter experienciado a morte e depois voltado à vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter tido intuição sobre algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter usado a intuição para tomar alguma decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Caso tenha acontecido alguma das experiências acima, anote se ela ocorreu na vigência de alguma condição abaixo

- Uso de substância. Qual? (chás, plantas alucinógenas) \_\_\_\_\_
- Uso de algum remédio. Qual? \_\_\_\_\_
- Álcool
- Cocaína / Crack
- Maconha
- Anestesia
- Parto
- Jejum
- Cansaço extremo
- Febre
- Sonho
- Internação Hospitalar
- Outra \_\_\_\_\_

Se quiser descreva a(s) sua(s) experiência(s).

## 5. BLOCO 5

## QUALIDADE DE VIDA

### a. ESCALA WHOQOL-breve

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

1

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="radio"/>				

2

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<input type="radio"/>				
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="radio"/>				
O quanto você aproveita a vida?	<input type="radio"/>				
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="radio"/>				
O quanto você consegue se concentrar?	<input type="radio"/>				
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<input type="radio"/>				
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<input type="radio"/>				

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>				
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="radio"/>				
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="radio"/>				
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>				
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<input type="radio"/>				

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="radio"/>				

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
Com que frequência você tem sentimentos negativos tal como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="radio"/>				

As seguintes perguntas referem-se a sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda “0” (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo.



Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="radio"/>				
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<input type="radio"/>				

### b. ESCALA PHQ-9

Durante as 2 últimas semanas com que frequência voce se sentiu incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo.

	Nenhuma Veza	Alguns Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos dias
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir pra baixo, deprimido, ou sem perspectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que o costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de apetite ou comendo demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir mal consigo mesmo, achar que voce é um fracasso ou que decepcionou alguém ou a voce mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler ou assistir televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lentidão para se movimentar ou falar a ponto das pessoas perceberem, ou o oposto, ficar muito agitado ou inquieto mais do que o costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### c. ESCALA GAD-7

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado(a) pelos problemas abaixo

	Nenhuma Veza	Alguns Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos dias
Sentiu-se ansioso(a), nervoso(a) ou inquieto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não conseguiu parar de se preocupar ou controlar suas preocupações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se preocupou demais com diferentes coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou tão agitado(a) que foi difícil ficar parado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou facilmente aborrecido(a) irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se com medo, como se algo ruim pudesse acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### d. TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA (TOV-R)

Assinale as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte escala:

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fácil para mim relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se algo ruim pode acontecer comigo, vai acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante para mim manter-me em atividade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não me zango facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota de 0 a 10

Que nota daria para a sua felicidade hoje? \_\_\_\_\_

Que nota você daria para a felicidade que acha que vai ter daqui a 5 anos? \_\_\_\_\_

Possui alguma das doenças abaixo?

- Asma
- Ansiedade
- Cancer
- Depressão
- Diabetes
- Enxaqueca
- Doença pulmonar
- Doença cardíaca
- Dores
- Pressão Alta
- Problema na tireóide
- Não tenho qualquer doença

Toma alguma medicação diariamente? Coloque o nome e a dose do(s) medicamento(s):

Deixe seus comentários.

**APÊNDICE B – ARTIGO “PREVALENCE OF SPIRITUAL AND RELIGIOUS EXPERIENCES IN THE GENERAL POPULATION: A BRAZILIAN NATIONWIDE STUDY”**

**Prevalence of spiritual and religious experiences in the general population: A Brazilian nationwide study<sup>7</sup>**

Transcultural Psychiatry  
1–15

© The Author(s) 2022 Article reuse guidelines: [sagepub.com/journals-permissions](http://sagepub.com/journals-permissions) DOI:  
10.1177/13634615221088701  
[journals.sagepub.com/home/tps](http://journals.sagepub.com/home/tps)

Maria Cristina Monteiro de Barros  
Frederico Camelo Leão  
Homero Vallada Filho  
Mario Fernando Prieto Peres<sup>8</sup>

Giancarlo Lucchetti  
Alexander Moreira-Almeida<sup>9</sup>

**Abstract**

Spiritual and religious experiences (SREs) are common subjective phenomena related to the awareness of transcendence, which transforms one’s perception of life, death and suffering. Despite the high prevalence of SREs worldwide, not enough studies have been conducted beyond Europe and North America. To fill this gap, this study investigates the prevalence of SREs in Brazil and their association with socio-demographic variables. This online cross-sectional study includes participants from all regions of Brazil. Sixteen SREs were investigated, being categorized into 4 groups: mystical, mediumistic, psi-related and past life/near-death experiences. Prevalence was calculated as percentages and multinomial logistic regression models were used. A total of 1,053 Brazilians were included; 92% reported one SRE in their lifetime and 47.5% experienced at least one SRE frequently. Participants reported having had at least one mystical experience (35%), one psi-related experience (27.7%), and one mediumistic experience (11%). Half the sample had “felt the presence of a dead person” and 70% experienced precognitive dreams at least once. In a multivariate analysis, SREs were associated with the female gender but showed no associations with income, education, employment status and ethnicity. Mystical experiences were associated with age 55 and older. In summary, SREs are very prevalent across different strata of the population, and deserve more

---

<sup>7</sup> Formatação do texto adaptado ao restante da tese. Para ver original: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35382640/#affiliation-1>.

<sup>8</sup> Autores filiados ao Program of Spirituality, Religiosity and Health (ProSer), Institute of Psychiatry, Faculty of Medicine of the University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

<sup>9</sup> Autores filiados ao Research Center in Spirituality and Health (NUPES), School of Medicine, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Brazil.

attention from researchers and clinicians in order to clarify their nature and implications for mental health care and research in Brazil.

**Keywords:** anomalous experiences, religion and psychology, religious experiences, spiritual experiences, spirituality.

In all known cultures throughout the ages there have been reports of spiritual and religious experiences (SREs). SREs comprise a great variety of phenomena that have been studied by different disciplines like Parapsychology, Transpersonal Psychology, Psychology of Anomalous Experience, and the Psychology of Religion. SRE is an umbrella concept, which includes phenomenologically diverse events such as mediumistic, paranormal (psi-related) and mystical experiences (sometimes regarded as a distinct category in itself) (Brook, 2019; Taves, 2019). The study of religious and spiritual experiences and their relationship to mental health owes its modern development to William James' *The Varieties of Religious Experiences* (1902/2002). James adopted a phenomenological approach to studying experiences from a Christian perspective. However, although James focused on the investigation of extraordinary experiences, the study of SREs should not be restricted to the occurrence of dramatic and anomalous phenomena, but should include more ordinary experiences (Dein, 2010; Yamane, 2000). SREs can be deeply felt by the experiencer, who relates them to the presence of a spiritual dimension of reality (Hardy, 1979; Taves, 2019; Yamane, 2000). In this study, SREs are defined as interpretations of subjective phenomena related to the individual's involvement with the sacred—the awareness of a transcendent dimension of life that can transform the way the experiencer sees life, death and suffering (Brook, 2019; Hardy, 1979). Such events are part of a spectrum of natural human experiences, and are often spontaneous, but can also result from volition. The experiencer can have full, little or no control over SRE and can maintain a critical stance or be completely absorbed by the experience (Giordano & Engebretson, 2006). SREs can also be triggered by a variety of physiological states, medical conditions, drugs, and ingested substances (Cardeña et al., 2000; Hardy, 1979). They do not depend on specific religious or spiritual beliefs, but relate to them in the way they are interpreted or explained (F. R. Machado et al., 2016) and should be studied within the values and traditions shared and transmitted by a particular group (Correa & Brojato, 2016).

Brazilian religious and spiritual contexts have been changing rapidly, influenced by New Age, mediumistic and esoteric traditions along with the phenomenon of secularization (F. R.

Machado, 2009; Moreira-Almeida et al., 2010; Peres et al., 2020; Pew Research Forum, 2014; Reichow, 2017; Somma et al., 2017). The last Brazilian Census (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010) confirmed a relatively common trend in Latin countries in recent decades: a decline in the number of Catholics and increase in Evangelicals and those who identify as agnostic, atheist, or without religion (Peres et al., 2020; Somma et al., 2017). Moreover, Brazilians often define themselves as “spiritual but not religious,” or report having multiple affiliations (Peres et al., 2020).

SREs are common in different populations worldwide and in a vast range of cultural backgrounds (Castro et al., 2014; Haraldsson & Houtkooper, 1991; F. R. Machado, 2009; Moreira-Almeida & Lotufo-Neto, 2017; Palmer & Hastings, 2013; Pechey & Halligan, 2012; Reichow, 2017; Wahbeh & Radin, 2018). Globally, about 50% of individuals report experiencing SREs at least once in their lifetime (Cardeña et al., 2000; Dein, 2012; Targ et al., 2000).

Regarding socio-demographic factors, previous studies have shown a higher prevalence of SREs among women and older adults (American Piety in the 21st Century, 2006; Castro et al., 2014; Haraldsson & Houtkooper, 1991; Pechey & Halligan, 2012). In 1991, a survey of a sample of 18,607 adults from 13 countries in Europe and the USA (Haraldsson & Houtkooper, 1991) found more women reported more SREs when compared to men: 38% versus 30% in Europe and 59% versus 47% in the United States. In relation to age, previous studies imply that SREs can be experienced throughout life but are more likely to happen to those aged over 40 years (Castro et al., 2014; Greeley, 1975; Palmer & Braud, 2002). However, most of the data available come from Europe and North America and these findings might not reflect most of the world’s population. In Brazil, for example, although SREs have been studied in very specific and limited samples, there is some suggestion that these experiences may be more frequent. F. R. Machado (2009) found at least one anomalous experience (AE) in 82.7% of young adults ( $n = 306$ ) from the city of São Paulo, Brazil. In the same line, Reichow (2017) used a convenience sample from southern Brazil and compared four different groups of individuals, investigating the prevalence of AEs in mediums ( $n = 40$ ), people who sought help in a Spiritist group ( $n = 36$ ), a group with non-mediumistic religious affiliation ( $n = 40$ ) and atheists ( $n = 42$ ). Of the 158 participants, 100% reported experiencing at least one AE.

SREs have been associated with pathological mental conditions, but the available empirical data are mixed (Dein, 2010). While some studies indicate a relatively high prevalence of religious delusions among patients with schizophrenia (25% to 39%) and bipolar disorder (15% to 22%) (Koenig, 2009; Loch et al., 2019), in the general population, anomalous perceptual experiences (e.g., psi-related and mediumistic experiences) are reported among those without indication of associated pathology (Alminhana et al., 2017; Peters et al., 2016). There have been considerable attempts to differentiate pathological from healthy experiences (Menezes Junior & Moreira-Almeida, 2009), an effort stimulated by the proposal by Lukoff, Lu & Turner (1998) for a category of religious and spiritual problems in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). However, the interplay between SREs and mental health is complex and multidimensional. Cultural concepts such as the “porosity” of an individual (the understanding of mind as a more or less permeable structure that connects the material and immaterial), as well as the cultural conceptualizations of mental illness, frame the appraisal of SREs and thus influence assessments of their prevalence in different countries (Luhmann et al., 2021; Maraldi & Krippner, 2019). More investigation is needed outside the European–North American axis to map the importance of individual (genetic and personality variables) and cultural aspects in differentiating psychopathological from healthy spiritual experiences. Nevertheless, some SREs (the mystical and unitive types) can present transformative effects, leading to a sense of meaning in life and psychological well-being, provided that experiencers assimilate them into their lives (Brook, 2019; Greeley, 1975; Hay & Morisy, 1978; Moreira-Almeida & Lotufo Neto, 2017; Palmer & Braud, 2002). Yet, SREs generally have been neglected as a therapeutic resource by health professionals. Knowing the prevalence of SREs in diverse populations can contribute to understanding cross-cultural aspects that influence clinical outcomes.

There also is a real risk of misdiagnosis of SREs, especially related to psychotic disorders and experiences such as “hearing the voice of someone who died,” or “seeing an apparition of a disembodied spirit” (Brook, 2019; Greyson, 2007). A recent study investigating how Brazilian psychiatrists approach the religious and spiritual (R/S) dimension in clinical practice, found that the main barrier to discussing the issue with the patient was the lack of adequate training, especially in relation to experiences that could indicate the

presence of mental disorders, such as possession and other mediumistic types of experiences (Menegatti-Chequini et al., 2019). More recently, however, there has been some debate among health professionals about the importance of the R/S dimension in clinical practice. The World Psychiatric Association published a position statement on spirituality and religion, with seven guidelines for psychiatrists' clinical practice (Moreira-Almeida et al., 2018). Based on a series of studies conducted with licensed psychologists, Vieten et al. (2013) identified a series of 16 spiritual and religious competencies (attitudes, knowledge, and skills) to be incorporated by psychologists and psychotherapists in the clinical setting.

Despite Brazil being a large and highly religious country, the prevalence and distribution of SREs has not been established because of the lack of generalizability in samples of previous studies. In the present study, we aimed to fill this gap, using a large general population sample from all Brazilian regions, investigating the prevalence of SREs and their association with socio-demographic variables, and discussing the implications for clinical practice.

## **Methods**

### *Study design*

This was a cross-sectional study, with data collected through a self-administered online survey using Qualtrics Panels (Brandon, 2013). The survey was designed for a larger project entitled "Spiritual and Religious Beliefs, Practices and Experiences in the General Population" sponsored by the Interfaith Coalition on Spirituality and Health, a Brazilian institution composed of healthcare professionals and representative members of all religious or non-religious faith practices in Brazil. The Ethics in Research Committee of the Albert Einstein Hospital in Brazil and Institute of Psychiatry (IPq) Faculty of Medicine of the University of São Paulo Clinics Hospital (HCFMUSP) approved the study and an online informed consent statement was signed by participants.

### *Setting*

Between June 28 and August 22, 2016, invitations to participate in the survey were sent using the Qualtrics database, aiming to reach a wide sample of participants from the five main regions of Brazil. Quotas were set in order to ensure representativeness of the sample in age, gender and geographic location according to the 2010 Brazilian National Census (IBGE,

2010). The sample has, however, higher education and income than the general adult population in Brazil as described in a previous publication (Peres et al., 2018). Questions were divided into five randomized blocks to correct for any potential impact of order and fatigue on responses. Forced response validation was included in all questions. The questionnaire was answered in less than 30 minutes.

### *Study variables*

Socio-demographic data included age, gender, marital status, educational level, employment status, household income, race/ethnicity and the geopolitical region of residence (North, Northeast, Southeast, South, Center-West).

Spiritual and religious experiences. In order to investigate the most common SREs, a pool of experts was consulted and 16 experiences were identified as the most likely to be prevalent. Participants were asked to fill out the questionnaire answering whether they had any of the experiences listed on a 4-point Likert scale with the possible answers: “Never happened in my life,” “Happened once in my life,” “More than once in my life,” and “Frequently happens in my life.” Based on a comprehensive literature review these experiences were grouped in four categories:

Group 1: Mystical experiences.. Mystical experiences are transcendental phenomena, centered on a sense of reality that differs from ordinary experience and is characterized by a sense of unity with the whole of reality (Cardeña et al., 2017). The items were: (1) Experience of total connection with nature; (2) Experience of no perception of time and space; (3) Feeling that all is sacred and divine; (4) Experiencing something that cannot be put into words; (5) A sentiment of union with everything in the Universe; (6) Feeling of a new reality being revealed; (7) Unity with God or something higher than oneself; (8) Dissolution of Ego, individual consciousness disappears.

Group 2: Mediumistic experiences.. Mediumship constitutes experiences characterized by the extension of one’s consciousness beyond the phenomenal world and the time-space continuum as we perceive it, where individuals or mediums can supposedly communicate with the deceased (Lucchetti et al., 2015). In the questionnaire, the experiences considered mediumistic were: (9) Feeling the presence of someone who died; (10) Hearing voices of someone who died; (11) Experience of seeing apparitions or spirits.

Group 3: Psi-related experiences.. Psi-related experience was the general term used to describe experiences felt as paranormal and includes those of intuition, precognition, clairvoyance, telepathy and others (Targ et al., 2000). These are common experiences in religious and spiritual traditions, which are generally interpreted as related to a transcendent dimension of reality. There were three experiences categorized as psi-related in the survey: (12) Experience of a dream that later came true; (13) Experience of intuition; (14) Experience of using intuition to make a decision.

Group 4: Experiences of alleged past life memories or near-death experiences.. These are two types of experiences also related to a transcendent dimension in life: (15) Experiencing a memory of a past life: this refers to experiences that seem to extend the usually assumed boundaries of consciousness, reporting impressions of a different identity of an allegedly previous life (Mills & Lynn, 2000); (16) Having experienced death and then coming back to life (i.e. near-death experiences): deep psychological events that carry within them mystical and transcendental elements, usually present when a person is near death or going through a life-threatening situation (Cardeña et al., 2017).

### *Statistical analysis*

Socio-demographic descriptive statistics were reported as absolute numbers, percentages, means and standard deviations. Prevalences were calculated as percentages with 95% confidence intervals, according to the Clopper-Pearson method. Hierarchical logistic regression models were used to investigate the association between religious/spiritual experiences and socio-demographic data. In these models, the socio-demographic characteristics were the independent variables. Hierarchical criteria for entry and exclusion of terms were adopted. Classification statistics were performed to evaluate the accuracy of the models in predicting group membership. Because previous literature has consistently shown associations of religiosity/ spirituality with gender and age, we included these variables first in the model, followed by income, educational level, employment status, marital status, and ethnicity.

Each group of experiences was then investigated in relation to its frequency of occurrence. The categories of frequency were “Never,” “Low Frequency” (which combined the categories “At least once” and “More than once”), and “Frequently.” The reference category

was “Never.” For socio-demographic variables, reference categories for each variable were: sex = “Male,” age range = “18–24 years,” educational level = “Elementary,” ethnicity = “European Brazilian,” employment status = “Full-time job,” household income = “< 2 minimum wages,” and marital status = “Single.” A p-value of < .05 was considered statistically significant. A histogram was used to show the proportion of participants by the number of experiences reported. The SPSS software (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY) computed the analyses.

## Results

A total of 1,053 participants were included. Their mean age was 40.8 years, 95% CI [39.9, 41.7]. Table 1 shows the socio-demographic characteristics of the sample. Most participants were women (52.1%), European Brazilian (61.2%), aged between 18–59 years (86.7%), employed (64.7%), middle-class or higher (74%), and with a high educational level (i.e., post-secondary) (54.2%).

### *Spiritual and religious experiences*

Figure 1 summarizes the prevalence of SREs. Nearly 92% of the population sample reported having had at least one of the SREs at some time in their life. The group of experiences most commonly reported by participants as having happened at least once were Mystical Experiences (84.2%), Psi-related (83.1%), Mediumistic (58.3%), and

Past Life/Near Death (33.1%). The experiences more often reported as happening frequently were “Unity with God or something higher than oneself” (26.8%), “Had an intuition about something” (18.6%), “To have used intuition to make a decision” (18.0%), and “Sentiment of union with everything in the universe” (16.3%). Unusual experiences such as “Feeling the presence of someone who died” (50.4%), “Seeing apparitions or spirits” (41.3%), “No perception of time or space” (38.7%), “Hearing voices of someone who died” (30.8%), and “Experiencing the memory of a past life” (30.0%) were also reported as having happened at least once in a lifetime by a large proportion of participants. Survey participants also claimed to have had at least one mystical experience frequently in 35% of cases, while in the group of psi-related experiences this percentage was 27.7%, followed by the mediumistic group, with

11% of people reporting at least one mediumistic experience often. Almost half of the sample (47.5%) reported frequently having at least one out of all the 16 listed experiences.

To investigate if participants had more than one type of SRE, we calculated the proportion of the number of participants (%) by different types of SREs reported (Figure 2). More than 90% of participants declared having had more than one SRE in their life. The proportion of subjects reporting all 16 experiences listed was the highest (8.6%), followed by reports of 5 to 9 different experiences in life.

### *Socio-demographic profile and SREs*

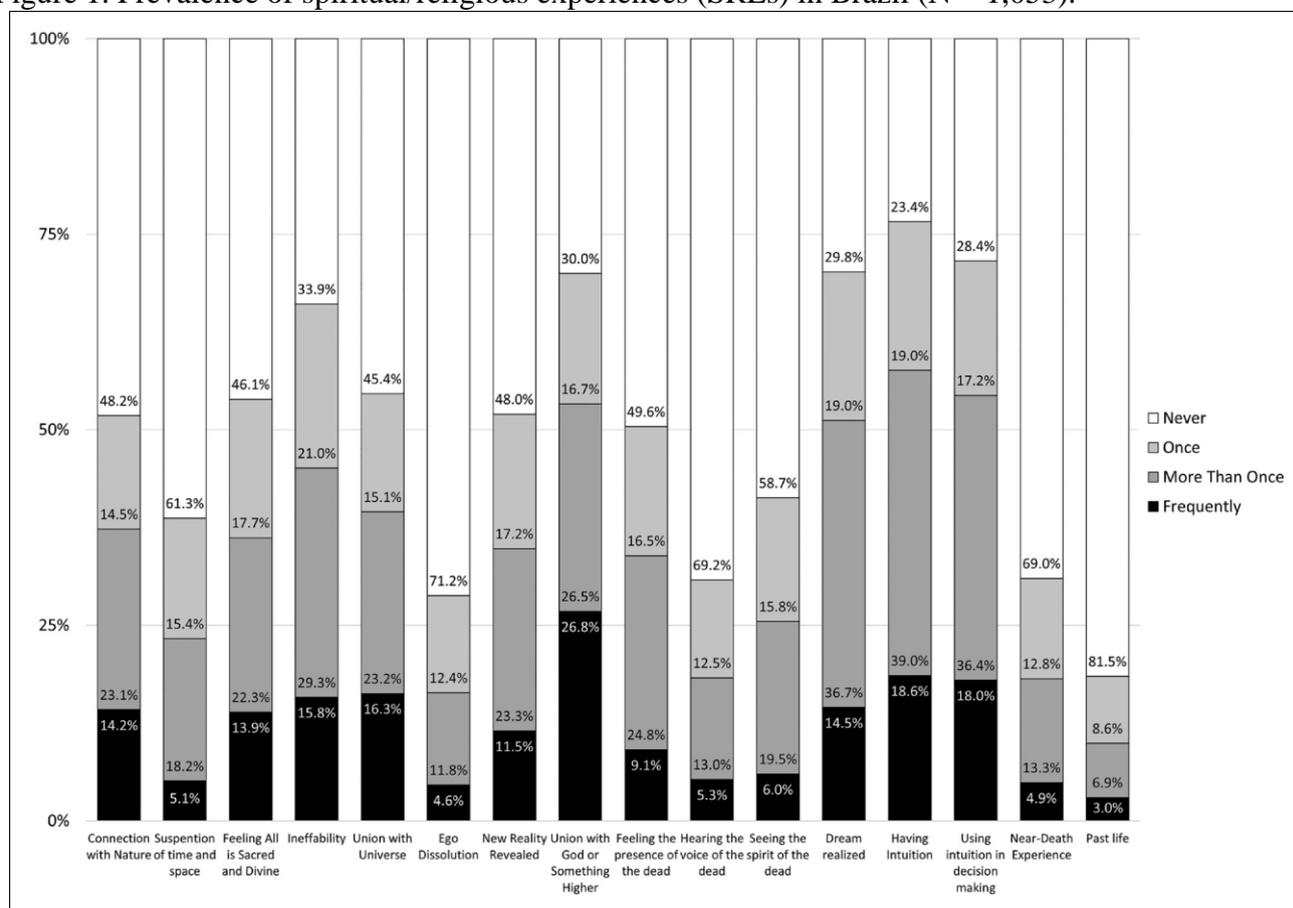
The overall model for each of the four regression models showed fit improvement with the variables in the equation over the null model and fitness of the data. Statistical analyses for each model showed that for the dependent variable Mystical:  $X^2 = 87.299$ ,  $df = 54$ ,  $p = .003$ , Pseudo  $R^2 = 0.10$ , Pearson  $X^2$ :  $p = .178$ ; Mediumistic:  $X^2 = 90.855$ ,  $df = 52$ ,  $p = .001$ , Pseudo  $R^2 = 0.15$ , Pearson  $X^2$ :  $p = .37$ ; Psi-related:  $X^2 = 84.187$ ,  $df = 52$ ,  $p < .003$ , Pseudo  $R^2 = 0.14$ , Pearson  $X^2$ :  $p = .35$ ; and Past life/Near death:  $X^2 = 72.599$ ,  $df = 52$ ,  $p = 0.046$ , Pseudo  $R^2 = 0.13$ , Pearson  $X^2$ :  $p = .066$ . The overall classification accuracy to correctly predict the groups in each model was, Mystical = 53.9%, Mediumistic = 54.6%, Psi-related = 59.9%, and Past life/Near death = 70.2%.

The statistically significant associations between groups of SREs and socio-demographic variables are shown in Table 2. Due to the small number of reports of some of the experiences which resulted in low count cells, the regression model was calculated using the groups as a whole.

The most consistent findings were significant positive associations between SREs with gender and age. In the mystical, mediumistic, and psi-related groups, women were more likely (60, 80, and 60% respectively) to have had these experiences frequently when compared to men. In relation to age, only mystical experiences were rated as frequent among subjects of 55–64 years old ( $OR = 4.3$ ), and older (over 65 years) ( $OR = 15.5$ ). Associations were found at a low frequency level among participants of the mediumistic group aged 35–44 ( $OR = 3.45$ ), 45–54 ( $OR = 7.0$ ), 55–64 ( $OR = 3.96$ ), and  $\geq 65$  ( $OR = 5.9$ ) and among those aged between 45–54 years old ( $OR = 3.5$ ) of the past life/near-death group. Mixed-ethnicity people were twice as likely to have mystical experiences frequently, while being

Asian reduced the chances of psi-related experiences frequently (OR = 0.11) and in low frequency basis (OR = 0.25). Married and cohabiting individuals were found to have reduced chances of low frequent mediumistic and psi-related experiences (OR = 0.35, 0.15) as well as divorced people (OR = 0.41 and 0.18 respectively). Education, income, and employment status were mainly unrelated to SREs.

Figure 1. Prevalence of spiritual/religious experiences (SREs) in Brazil (N = 1,053).



Note. Calculated from “At Least Once” data.

Table 1. Socio-demographic characteristics of sample (N = 1,053).

Variables	<i>n</i>	% [95% CI]
Region		
North	79	7.5 [6.1, 9.2]
Northeast	282	26.9 [24.4, 29.5]
Center-West	78	7.8 [6.3, 9.5]
Southeast	462	43.4 [40.6, 46.3]
South	149	14.3 [12.4, 16.5]
Sex		
Male	500	47.9 [45.0, 50.8]

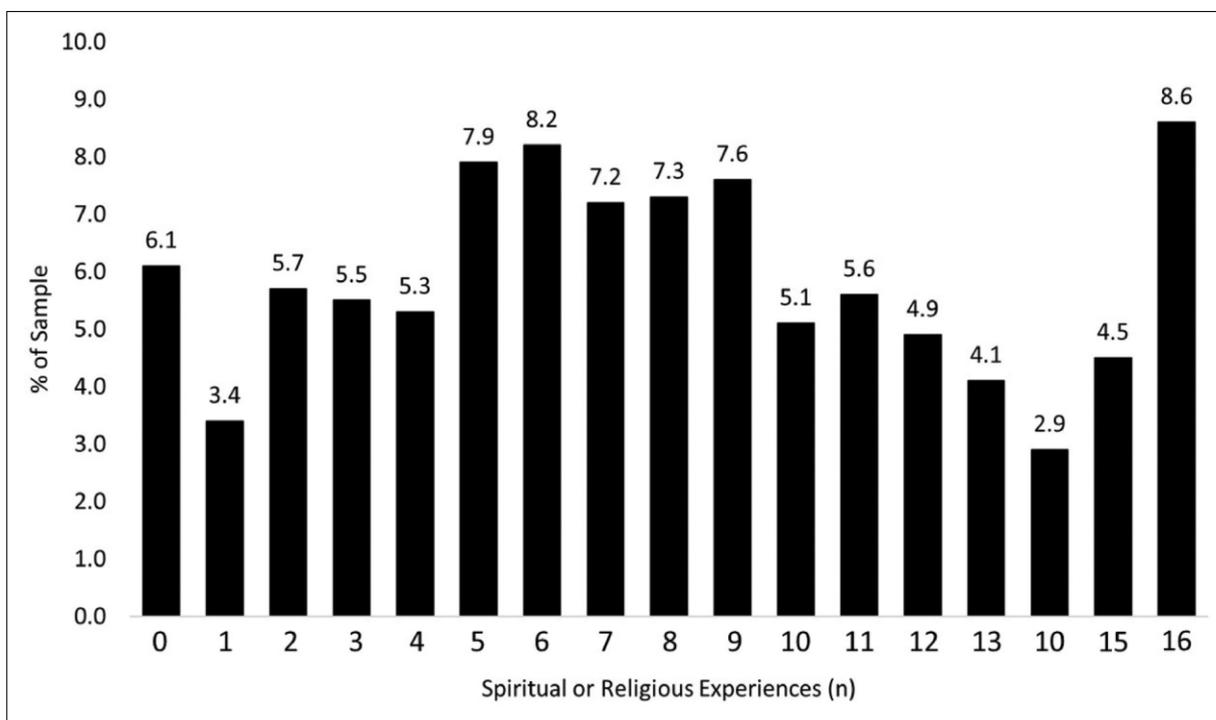
Female	553	52.1 [49.2, 55.0]
Age range		
18–24	202	19.7 [17.6, 22.0]
25–34	222	19.8 [17.6, 22.1]
35–44	220	20.9 [18.7, 23.3]
45–54	165	16.1 [14.1, 18.3]
55–64	157	14.9 [13.0, 17.0]
≥ 65	87	8.5 [7.0, 10.1]
Ethnicity		
White	651	61.2 [58.3, 63.9]
Mixed race	308	29.9 [27.3, 32.6]
Black	58	5.7 [4.4, 7.2]
Asian	28	2.6 [1.8, 3.7]
Indigenous	8	0.7 [0.3, 1.3]
Education		
Illiterate/None	7	0.8 [0.3, 1.4]
Elementary	39	4.3 [3.2, 5.6]
Secondary	416	40.2 [37.4, 43.1]
Post-secondary	591	54.8 [51.9, 57.6]
Household income [minimum wage unity <sup>a</sup> ]		
< 2	68	7.7 [6.2, 9.5]
2–3	158	18.2 [15.9, 20.7]
4–8	338	37.8 [34.8, 40.9]
9–18	245	26.6 [23.9, 29.5]
>18	84	9.6 [7.9, 11.6]
Employment status		
Part-time job	213	20.2 [18.0, 22.6]
Full-time job	477	44.5 [41.6, 47.4]
Unemployed	92	8.8 [7.2, 10.5]
Student	83	8.2 [6.7, 9.9]
Housewife	45	4.3 [3.2, 5.6]
Disable	1	0.2 [0.02, 0.6]
Retired	134	13.0 [11.1, 15.0]
Voluntary job	8	0.9 [0.5, 1.6]
Marital status		
Single	346	32.7 [30.0, 35.4]
Married/cohabiting	612	58.1 [55.3, 60.9]
Divorced	54	5.4 [4.1, 6.8]
Separated	24	2.3 [1.5, 3.3]
Widow/widower	17	1.6 [1.0, 2.5]
Religious affiliation		
Catholic	461	43.8 [40.8, 46.9]
Evangelical/Protestant	192	18.3 [16.0, 20.7]
Spiritism	136	12.9 [11.0, 15.1]
Christian	71	6.7 [5.3, 8.4]
Others	64	6.1 [4.7, 7.7]
Agnostic/ Atheist/ No religion	128	12.2 [10.3, 14.3]

<sup>a</sup> Based on minimum wage of June IBGE (2016). There is a 16% missing data rate in the income variable.

## Discussion

Our findings show that SREs were highly prevalent in a sample of the Brazilian population, with more than 90% of participants (all groups combined) reporting having had at least one SRE, at least once in their lifetime and 47.5% reported having at least one experience frequently. In line with previous literature, SREs were more frequent among women. However, contrary to the hypotheses of several authors (Bainbridge, 1978; Rice, 2003; Stefan et al., 1971; Wuthnow, 1976), in a multivariate analysis, SREs were mostly unrelated to income, education, employment status, and ethnicity. Older age was related to frequent experiences of the mystical type only.

Figure 2. Histogram of the proportion of participants by the number of SREs reported.



### *SREs and group categories*

Group 1: Mystical experiences.. Mystical experiences were reported by 84% of participants. The most common experience was “unity with God or something higher.” Mystical experiences are, in general, related to altered states of consciousness, in which there is a most vivid perception of a different and even superior reality (Moreira-Almeida & Lotufo Neto, 2017). They can be intense and extreme or more gentle (Wulff, 2013), but often lead to a

profound impact in the experiencer's life. They are commonly reported in different cultures, with 40% of the population in England reporting the experience (Greeley, 1975; Hay & Morisy, 1978) and around 50% in America (Pew Research Center, 2009; Wulff, 2013). Our results showed a much higher prevalence in Brazil. The country is considered a fertile soil for religious movements and syncretic spiritual practices that share the belief of a higher spiritual force, creating an appropriate frame to support experiences like "unity with God" (F. R. Machado et al., 2016). Some religious experiences such as "the Gifts of the Holy Spirit" are manifestations that contain transcendent mystical aspects and are shared by a large proportion of followers across Brazil, such as Catholics, Protestants and especially Evangelicals, whose number has increased in the last decade (Peres et al., 2018). Furthermore, New Age inspired shamanic movements are growing in popularity in Brazil, with practices that may stimulate the occurrence of mystical experiences (F. R. Machado et al., 2016). From a clinical point of view, healthy people can have positive and long-lasting outcomes, especially when the experiences are held in religious or spiritual contexts. Even in their mildest forms, SREs can provide inspiration for self-development and inner growth (Wulff, 2013). Although there can be some overlap between healthy and pathological mystical experiences, there are differences worth addressing. Menezes Júnior and Moreira-Almeida (2009) proposed 9 items that should be considered in the differential diagnosis of healthy and pathological SREs. Among them is the progressive character of mystical experiences as opposed to the regressive nature of pathological experiences. In other words, even when SREs trigger symptoms that resemble dissociative and psychotic disorders, experiencers may emerge from them feeling more functional in daily life activities and report improved levels of well-being, provided they receive supportive interventions (Brook, 2019; Lukoff, 1985). Therefore, further investigation is needed to elucidate the therapeutic potential of these experiences and the correlation with healthy and pathological conditions.

Group 2: Mediumistic experiences. We found a high prevalence of SREs of hearing the voice of someone who died, feeling the presence of someone who died, and seeing spirits more than once in life (63%) and frequently (11%). The frequencies in Brazil are higher than those reported in North American and European surveys. In our study, 41.3% of participants claimed they have seen spirits at least once and 50% felt their presence, compared to 18% and 29% of North Americans respectively (Pew Research Center, 2009). The frequencies are also

higher compared to Western Europeans (23%) and the British (10.4%) when asked about having contact with the dead at least once (Castro et al., 2014; Harraldsson & Houtkooper, 1991).

In the Brazilian context, mediumistic religions (Candomblé, Umbanda, and Kardecist Spiritism) are wide- spread throughout the country (Lucchetti et al., 2015; Peres et al., 2018). Furthermore, the popularity of mediumistic phenomena in Brazil is supported by a syncretic trend identified in previous studies (Alves et al. 2017; Moreira-Almeida et al., 2010; Pew Research Center, 2006). Historically, mediumship has been a part of the Brazilian cultural map, from the African religions of slaves in the 16th century to Kardecist Spiritism developed in Europe much later. Mediumistic experiences became well-known through the popularity of important mediums such as Chico Xavier (Maraldi, 2014). However, although mediumistic traditions may support SREs, others such as Protestant and neo-Pentecostal sects, whose number of followers has grown in recent years, regard mediums as being “possessed by demons,” which can lead to feelings of guilt and inadequacy and create a fearful attitude toward the experience (F. R. Machado, 2009). The study of mediumistic phenomena as seen by other (non-mediumistic) religions deserves more attention and further analysis. The potential impact of this conflictual relationship with other religions on mediums’ quality of life and mental health deserves further study.

Table 2. Associations between groups of SREs and socio-demographic data

		Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]	Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]	Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]	Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]
Sex	Female	1.1 [0.8, 1.6]	1.6 [1.1, 2.3] *	1.3 [1.0, 1.8]*	1.8 [1.2, 2.8] **	1.2 [0.9, 1.8]	1.6 [1.1, 2.4]**	0.8 [0.6, 1.1]	0.8 [0.5, 1.4]
Age range	Male	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						
	≥ 65	7.5 [1.6, 34.1]**	15.5 [3.2, 74.8]	5.9 [2.2, 15.5] ***	1.0 [0.2, 5.2]	4.6 [1.2, 17.6]	2.2 [0.49, 10.4]	1.9 [0.68, 5.5]	2.27 [0.34, 14.8]
	55–64	1.9 [0.6, 5.8]	4.3 [1.4, 13.7]*	3.96 [1.8, 8.7] ***	1.1 [0.3, 3.7]	1.6 [0.6, 4.6]	1.1 [0.38, 3.7]	1.44 [0.59, 3.3]	1.83 [0.41, 8.0]
	45–54	1.5 [0.5, 4.2]	1.9 [0.6, 5.4]	7.04 [3.2, 15.2]***	0.6 [0.1, 2.2]	8.8 [2.5, 30.7]	4.0 [1.05, 15.7]	3.62 [1.64, 7.9]***	0.45 [0.06, 3.0]
	35–44	1.2 [0.5, 2.9]	1.1 [0.4, 2.9]	3.45 [1.7, 6.9] **	1.1 [0.4, 3.0]	3.3 [1.3, 8.6]	3.45 [1.2, 9.7]	1.74 [0.85, 3.7]	1.43 [0.37, 5.51]
Income	25–34	1.1 [0.5, 2.3]	1.4 [0.6, 3.0]	1.73 [0.9, 3.1]	.6 [0.2, 1.5]	1.2 [0.6, 2.7]	1.7 [0.75, 3.8]	1.22 [0.63, 2.37]	1.5 [0.46, 4.82]
	18–24	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						
	>18	1.4 [0.4, 4.1]	1.4 [0.4, 4.7]	0.7 [0.3, 1.7]	4.6 [0.5, 43.3]	1.52 [0.5, 4.5]	1.44 [0.8, 4.8]	.49 [0.17, 1.38]	1.42 [0.23, 8.7]
	9–18	1.5 [0.5, 3.8]	2.2 [0.8, 6.3]	1.3 [0.6, 2.8]	6.8 [0.8, 57.8]	2.59 [0.75, 7.0]	2.8 [0.97, 8.5]	0.75 [0.32, 1.77]	1.16 [0.21, 6.33]
	4–8	2.0 [0.8, 4.8]	2.6 [1.0, 6.8] *	1.2 [0.6, 2.5]	6.1 [0.7, 49.3]	2.1 [0.8, 5.0]	1.5 [0.5, 4.1]	0.90 [0.41, 1.99]	.81 [0.15, 4.23]
Education	2–3	1.8 [0.7, 4.6]	1.7 [0.6, 4.7]	0.9 [0.4, 1.9]	5.6 [0.6, 57.9]	2.25 [0.89, 5.0]	1.4 [0.5, 4.3]	0.71 [0.30, 1.69]	1.18 [0.21, 6.52]
	<2	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						
	Superior	1.2 [0.3, 5.5]	0.7 [0.1, 3.2]	0.5 [0.1, 1.7]	0.6 [0.1, 3.9]	0.54 [0.11, 2.95]	1.5 [0.19, 12.3]	0.20 [0.06, 0.60]**	0.60 [0.05, 6.34]
Employment status	Secondary	1.3 [0.3, 5.6]	1.0 [0.2, 4.6]	0.8 [0.2, 2.4]	0.5 [0.09, 3.2]	0.57 [0.11, 2.98]	1.7 [0.21, 13.4]	0.19 [0.06, 0.55]*	0.43 [0.04, 4.51]
	Elementary	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						
	Retired	0.4 [0.1, 1.1]	0.2 [0.09, 0.8]*	0.7 [0.3, 1.5]	0.4 [0.1, 1.6]	0.59 [0.22, 1.5]	0.68 [0.21, 2.1]	1.13 [0.53, 2.42]	0.13 [0.014, 1.19]
	Student	0.7 [0.3, 1.8]	0.7 [0.2, 1.9]	0.7 [0.3, 1.5]	1.2 [0.4, 4.1]	0.6 [0.24, 1.57]	1.2 [0.45, 3.6]	0.53 [0.21, 1.44]	0.97 [0.21, 4.3]

(continued)

Table 2. Continued

		Mystical		Mediumistic		Psi-related		Past life/Near death	
		Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]	Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]	Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]	Low Freq. OR [95% CI]	Frequently OR [95% CI]
	Housewife	1.2 [0.1, 14.2]	5.4 [0.5, 52.1]	1.8 [0.4, 7.3]	1.4 [0.1, 13.8]	1.6 [0.29, 9.5]	1.1 [0.13, 9.6]	0.15 [0.01, 1.48]	0.47 [0.03, 7.0]
	Unemployed	0.9 [0.3, 2.6]	1.7 [0.6, 5.2]	0.7 [0.3, 1.5]	1.5 [0.4, 4.9]	0.8 [0.27, 2.5]	2.0 [0.61, 6.6]	0.98 [0.43, 2.2]	0.45 [0.05, 3.9]
	Part-time	1.1 [0.6, 2.2]	1.3 [0.6, 2.6]	1.0 [0.6, 1.5]	1.5 [0.7, 3.2]	0.9 [0.47, 1.74]	1.5 [0.74, 3.31]	1.1 [0.68, 1.88]	1.29 [0.53, 3.0]
	Full-time	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						
Marital status	Widowed	.8 [0.07, 8.8]	1.2 [0.1, 13.6]	.9 [0.1, 5.2]	1.8 [0.1, 26.2]	-	-	1.14 [0.23, 5.6]	2.8 [0.20, 38.6]
Ethnicity	Married/ Cohabiting	1.1 [0.6, 2.0]	1.5 [0.8, 2.9]	.35 [0.21, 0.57]***	1.1 [0.5, 2.4]	.41 [0.21, 0.78]**	.61 [0.30, 1.24]	.56 [0.34, 0.94]*	1.32 [0.53, 3.3]
	Divorced	.4 [0.1, 1.2]	.4 [0.1, 1.5]	.15 [0.05, 0.44]**	.5 [0.1, 3.2]	.18 [0.053, 0.64]**	.38 [0.095, 1.54]	.64 [0.21, 1.94]	2.3 [0.39, 13.9]
	Separated	.8 [0.1, 4.8]	.6 [0.09, 4.0]	.3 [0.1, 1.2]	-	-	-	.48 [0.12, 1.82]	-
	Single	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						
	Pardo	1.3 [0.7, 2.5]	2.1 [1.1, 4.0]	.9 [0.6, 1.4]	.9 [0.4, 1.7]	.89 [0.50, 1.59]	.78 [0.41, 1.47]	.83 [0.52, 1.33]	1.22 [0.54, 2.75]
	Asian	.4 [0.1, 1.5]	.4 [0.1, 1.7]	.9 [0.3, 2.5]	1.1 [0.2, 6.2]	.25 [0.079, 0.80]*	.11 [0.021, 0.66]*	1.42 [0.49, 4.1]	-
	Black	.9 [0.3, 2.4]	1.3 [0.4, 3.9]	1.4 [0.7, 3.1]	.8 [0.2, 3.3]	.68 [0.25, 1.83]	.78 [0.26, 2.32]	.91 [0.38, 2.17]	1.13 [0.23, 5.46]
	European Brazilian	Ref. [1.0]	Ref. [1.0]						

Note. The categories “Illiterate/Not answered,” “Indigenous,” “Disabled,” and “Voluntary job” were excluded from regression models due to the small number of respondents. Empty cells in the table (“-”) indicate when the model could not compute due to the small number of entries. Reference category is “never.” Low Freq. = “Low Frequency” category, which was set by pooling “At least once” and “More than once” together.  
 \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Group 3: Psi-related experiences.. The psi-related group of experiences also had a high prevalence rate (83%), confirming findings from a previous study with a convenience sample from São Paulo, Brazil (F. R. Machado, 2009). Precognitive dreams (“dreams that later came true”) were prevalent (53.7%) at a low frequency, but were also reported on a frequent basis by 14.5%. In a U.S. survey, 40% of Americans reported experiencing precognitive dreams and 50% believed that dreams have the power to reveal hidden facts and future events (American Piety in the 21st Century, 2006). In Brazil, despite the small size of the sample, preliminary data (F. R. Machado, 2009) suggests that experiences occurring during a dream state were the most frequent (71.9%) and influenced decisions and habits. For some individuals, Important decisions may be made based on dreams and intuitive processes rather than based on objective and analytic data. A combination of “intuition” and “using intuition to make a decision” was significantly reported in this study (over 70%). Intuition is an important component of human thought, considered in the areas of both cognitive psychology and human information processing (Norenzayan et al., 2010). Nevertheless, it can also be understood as a kind of knowledge that comes from a mystical or divine source, whereby the individual is able to anticipate future events—a type of precognition or psi-related phenomenon (Targ et al., 2000).

An intuition can be highly appreciated, especially in organizational environments (for risk-taking in investments) or in clinical assessment in nursing care (Castro et al., 2014), regardless of the religious background or spiritual beliefs of those involved. In Brazil, F. R. Machado (2009) found that decisions about lifestyle, purpose in life, choice of friends, love and professional issues can be influenced by intuition. However, further studies are necessary to clarify the implications regarding the paranormal characteristics of intuition and dreams on well-being and mental health. The use of culture-specific spiritual techniques to design new experimental protocols for research is recommended.

#### *Association of SREs with socio-demographic characteristics*

Our samples represent a wide cross-section of the Brazilian population, including participants from the five main geographic regions (South, Southeast, North, Northeast, Center-West). However, our sample was mostly European Brazilian (61.2%), middle-class or higher (74%), and had a post-secondary education level (54.2%), which is higher than that of the general population (21%) (INEP, 2019). The survey participants’ religious/spiritual

background also presented some differences from the representative Brazilian Demographic Census (BDC; IBGE, 2010), showing a smaller number of Catholics (43.8% vs. 64.6%), but a larger number of Spiritists (12.9% vs. 2%) and atheists/agnostics/no religion (12.2% vs. 8%).

*Gender.* Being a woman is associated with having more spiritual, religious, and anomalous experiences in several studies (American Piety in the 21st Century, 2006; Castro et al., 2014; Haraldsson & Houtkooper, 1991; Pechey & Halligan, 2012; Pew Research Center, 2009). Our study replicated these findings, showing women to be significantly more likely than men to experience mystical (60%), mediumistic (80%), and psi-related experiences (60%) more frequently. Interestingly, some of the few Brazilian studies previously conducted indicated no significant differences in the prevalence of SREs between genders, but differences in the willingness to report them (F. R. Machado, 2009; Martins & Zangari, 2012). There have been traditional explanations for the differences in the prevalence in men and women, which rely on the idea that women are more intuitive and person-oriented (Haraldsson, 1985). However, more recent studies suggest that intuitive thinking and social interaction styles cannot be explained by gender alone (Castro et al., 2014; Saher and Lindeman, 2005). Nevertheless, a cultural hypothesis, which holds that women may feel more comfortable in expressing their experiences, remains as one plausible explanation for the results (F. R. Machado, 2009; Underwood, 2011). In addition, women attend religious services more often, and are more likely to participate in religious practices and being involved with spiritual, Spiritist, and so-called “New Age” practices (Castro et al., 2014; Farias et al., 2005; Peres et al., 2018; Reichow, 2017). Furthermore, SREs may give women a sense of empowerment and usefulness in society (Maraldi & Krippner, 2019). Particularly in Brazil, the relationship between women and religion can be associated with power. In the Iorubá tradition, women occupy the highest positions within the religious hierarchy of Candomblé (Silva, 2010). Likewise, even in the Pentecostal movement, which is traditionally patriarchal, women have been assuming higher status roles, gaining more autonomy from their families and partners, as well as a newfound sense of respect in the community (M. D. C. Machado, 2005). There are many potential explanations for the greater prevalence of SREs among women, including cultural, behavioral, economical, and political factors, which require further study (Castro et al., 2014).

*Age.* Our study found that only the mystical group of SREs was associated with age. Although studies in the United States and Europe show that SREs occur mostly among middle-aged people (Castro et al., 2014; Greeley, 1975; Palmer, 1979), there are several issues that must be considered. Older persons might be expected to be more likely to have experienced some type of SREs at least once in their lives, simply because they have lived longer. This could explain the associations found for the low frequency experiences, but not the more frequent ones. In this study, within the “frequently” level there was a significant association between mystical experiences and being over 55 years of age. In fact, mystical experiences have been related with the middle-aged (Castro et al., 2014; Greeley, 1975), but not with the elderly. For a more complete understanding of this correlation, one should consider variables such as the time when the experience occurred, sociological and psychological factors related with the aging process (Castro et al., 2014), as well as the experience reported. Mid-life is certainly characterized by events that inspire the search for meaning and purpose in life—the spiritual dimension (Castro et al., 2014). In that sense, people going through the second half of their lives may become more open to practices that stimulate the occurrence of SREs as well as more prone to interpret subjective events as spiritual phenomena. Furthermore, the depth in religious adherence and strength in beliefs found in older people (Bengston et al., 2015) could be particularly related to the manifestation of mystical experiences, which are related to transformative processes, changes in values, and meaning in life. However, these associations need more investigation. Frequent mediumistic experiences, for instance, were not found to be associated with any age specifically and there were no consistent findings in the other groups of experiences to support the claim that SREs are generally age-related. Finally, due to the low prevalence of some of the experiences in our study, the regression model was calculated for the group. Future analyses should separate each experience and verify the time and circumstances of their manifestation.

*Ethnicity, Education, Employment Status and Income.* Overall, the findings are in accordance with results from previous studies (Castro et al., 2014; Harraldson & Houtkooper, 1991; F. R. Machado, 2009; Reichow, 2017). Ethnicity, education, employment status, and income were generally not associated with SRE prevalence. The results are consistent with recent studies that do not support the marginality hypothesis, which predicts higher prevalence of SREs in minority groups as a compensation for the lack of opportunities and the high social

pressures they face (Castro et al., 2014; Hay & Morisy, 1978; Maraldi & Krippner, 2019; Rice, 2003). However, it seems valuable to discuss the greater likelihood of mixed-ethnicity (pardo) participants having frequent mystical experiences. In Brazil, mixed-ethnicity people are the largest group affiliated with the Pentecostal and Neo-Pentecostal movements (Peres et al., 2018). As mentioned earlier, some of their religious practices can be felt as similar to mystical experiences (“the gifts of the Holy Spirit”) and, according to some studies (F. R. Machado, 2009; Rice, 2003), experiencers tend to adopt religious beliefs that accept and explain experiences of anomalous features, therefore feeling encouraged to report them (Maraldi & Krippner, 2019). Hence, the phenomena of experiencing and believing seem to be intertwined, constantly reinforcing each other, reflecting the multifactorial aspects underlying the occurrence of SREs (F. R. Machado et al., 2016). Apart from gender and age, the other associations found between SREs and socio-demographic variables require different methods of investigation for more reliable conclusions, as they seem to be isolated associations within multiple correlations.

*Marital status.* In contrast to previous studies, our research found that being married, cohabiting, or being divorced was associated with a decrease in the reporting of low frequency mediumistic, psi-related, and past life/near-death experiences. Earlier, Haraldsson and Houtkooper (1991) suggested that people with a history of broken relationships reported more mediumistic (contact with the dead) and other psi-related experiences than the single and married groups. In Brazil, Reichow’s (2017) study supported those results, whereas F. R. Machado (2009) did not find any association between marital status and AEs. The reduction of the chances of SREs found in our study among married as well as divorced people seems to question the consistency of the assumption that those who failed in their relationships would have more SREs (the marginality hypothesis). However, as the association occurred only at a low frequency level, further investigation is needed to ratify these differences.

### *Study limitations*

This study has several limitations. Although a quota collection method was used, the final sample population had higher educational and socioeconomic levels than the general population of Brazil, limiting generalizability. The survey itself did not assess the time when the experiences occurred and some of the SREs listed had no phenomenological explanation to

describe them. Finally, due to the low prevalence of some of the experiences in our study, we conducted the analysis using groups of experiences instead of each separate experience, and could not address their specificities.

## **Conclusion**

SREs were highly prevalent in the population, confirming previous studies in Brazil. Nearly 92% of the sample had SREs at least once in their lifetime. While many international surveys have found a high prevalence of SREs, these Brazilian rates are especially high. A substantial number of people reported having SREs on a frequent basis, particularly mediumistic experiences (11%). Across the 16 different types of experiences assessed, almost half of the sample reported at least one SRE frequently and a significant proportion reported having more than one type of experience, regardless of their religious affiliation. These results suggest SREs are a common human phenomenon, across all strata of society, more openly reported by women, more likely to occur among middle-aged people, but generally unrelated to other socio-demographic characteristics like education, ethnicity and income, contradicting the marginalization hypothesis. The high prevalence of different types of SREs points to the need for more cross-cultural and mixed method studies to elucidate their impact on the formation of spiritual and religious beliefs and practices related to healthy functioning or pathological conditions.

## **Acknowledgements**

The authors would like to thank Arão Belitardo de Oliveira (MD, PhD) for his important contribution to the statistical analysis in this manuscript.

## **Declaration of Conflicting Interests**

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## **Funding**

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

## ORCID iD

Maria Cristina Monteiro de Barros <https://orcid.org/0000-0002-7002-429X>

## References

- Alminhana, L. O., Farias, M., Claridge, G., Cloninger, C. R., & Moreira-Almeida, A. (2017). Self-directedness predicts quality of life in individuals with psychotic experiences: A 1-year follow-up study. *Psychopathology*, *50*(4), 239–245. <https://doi.org/10.1159/000474951>
- Alves, J., Cavenaghi, S., Barros, L., & Carvalho, A. (2017). Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. *Tempo Social*, *29*(2), 215–242. <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.112180>
- American Piety in the 21st Century. (2006). *New insights to the depth and complexity of religion in the US*. Baylor Institute for Studies of Religion. <https://www.baylor.edu/baylorreligionsurvey/doc.php/288937.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Bainbridge, W. S. (1978). Chariots of the gullible. *The Skeptical Inquirer*, *3*(2), 33–48.
- Brandon, D. M., Long, J. H., Loraas, T. M., Mueller-Phillips, J., & Vansant, B. (2014). Online instrument delivery and participant recruitment services: Emerging opportunities for behavioral accounting research. *Behavioral Research in Accounting*, *26*(1), 1–23. <https://doi.org/10.2308/bria-50651>
- Bengston, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M., & Harris, S. C. (2015). Does religiousness increase with age? Age changes and generational differences over 35 years. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *54*(2), 363–379. <https://doi.org/10.1111/jssr.12183>
- Brook, M. G. (2019). Struggles reported integrating intense spiritual experiences: Results from a survey using the Integration of Spiritually Transformative Experiences Inventory. *Psychology of Religion and Spirituality*, *13*(4), 464–481. <https://doi.org/10.1037/rel0000258>
- Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S. (Eds.). (2000). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10371-000>

Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S. (2017). The psychology of anomalous experiences: A rediscovery. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(1), 4–22. <https://doi.org/10.1037/cns0000093>

Castro, M., Burrows, R., & Wooffitt, R. (2014). The paranormal is(still) normal: The sociological implications of a survey of para-normal experiences in Great Britain. *Sociological Research Online*, 19(3), 30–44. <https://doi.org/10.5153/sro.3355>

Correa, D. A., & Brojato, H. C. (2016). Experiência religiosa e saúde: Uma perspectiva fenomenológica. *Revista Científica UMC*, 1(1), 1–16. <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/27/58>

Dein, S. (2010). Judeo-Christian religious experience and psycho-pathology: The legacy of William James. *Transcultural Psychiatry*, 47(4), 523–547. <https://doi.org/10.1177/1363461510377568>

Dein, S. (2012). Mental health and the paranormal. *International Journal of Transpersonal Studies*, 31(1), 61–74. <https://doi.org/10.24972/ijts.2012.31.1.61>

Farias, M., Claridge, G., & Lalljee, M. (2005). Personality and cognitive predictors of New Age practices and beliefs. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 979–989. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.003>

Giordano, J., & Engebretson, J. (2006). Neural and cognitive basis of spiritual experience: Biopsychosocial and ethical implications for clinical medicine. *Explore*, 2(3), 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2006.02.002>

Greeley, A. M. (1975). *The sociology of the paranormal: A renaissance*. SAGE.

Greyson, B. (2007). Experiências de quase-morte: Implicações clínicas. *Archives of Clinical Psychiatry, (São Paulo)*, 34(Suppl. 1), 116–125. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700015>

Haraldsson, E. (1985). Representative national surveys of psychic phenomena: Iceland, Great Britain, Sweden, USA and Gallup's multinational survey. *Journal of the Society for Psychological Research*, 53(801), 145–158.

Haraldsson, E., & Houtkooper, J. M. (1991). Psychic experiences in the multinational human values study: Who reports them? *Journal of the American Society for Psychological Research*, 85(2), 145–165.

Hardy, A. (1979). *The spiritual nature of man*. Oxford University Press.

Hay, D., & Morisy, A. (1978). Reports of ecstatic, paranormal or religious experience in Great Britain and the United States – a comparison of trends. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 17(3), 255 – 2268. <https://doi.org/10.2307/1386320>

INEP. (2019). *Education at a glance*. <http://inep.gov.br/education-at-a-glance>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *Censo demográfico 2010: Características Gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)

James, W. (2002). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Routledge. (Original work published 1902) Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(5), 283–291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>

Loch, A. A., Freitas, E. L., Hortêncio, L., Chianca, C., Alves, T. M., Serpa, M. H., & Rössler, W. (2019). Hearing spirits? Religiosity in individuals at risk for psychosis—results from the Brazilian SSAPP cohort. *Schizophrenia Research*, *204*, 353–359. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.09.020>

Lucchetti, A. L., Lucchetti, G., Leão, F. C., Peres, M. F., & Vallada, H. (2016). Mental and physical health and spiritual healing: An evaluation of complementary religious therapies provided by spiritist centers in the city of São Paulo, Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *40*(3), 404–421. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9478-z>

Luhrmann, T. M., Weisman, K., Aulino, F., Brahinsky, J. D., Dulin, J. C., Dzokoto, V. A., & Smith, R. E., (2021). Sensing the presence of gods and spirits across cultures and faiths. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *118*(5), e2016649118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2016649118>

Lukoff, D. (1985). The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *Journal of Transpersonal Psychology*, *17*(2), 155–181.

Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanistic Psychology*, *38*(2), 21–50. <https://doi.org/10.1177/00221678980382003>

Machado, F. R. (2009). *Experiências anômalas na vida cotidiana: experiências extra-sensório-motoras e sua associação com crença, atitudes e bem-estar subjetivo* [Doctoral dissertation, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Machado, F. R., Zangari, W., Maraldi, E. O., Martins, L. B., & Shimabucuro, A. H. (2016). Contribuições da psicologia para a compreensão das relações entre a espiritualidade, a religiosidade e as experiências anômalas. *Clareira –Revista de Filosofia Da Região Amazônica*, *3*(2), 2–21.

Machado, M. D. C. (2005). Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais. *Revista Estudos Feministas*, *13*(2), 387–396. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000200012>

Maraldi, E. O. (2014). *Dissociação, crença e identidade: uma per-*

spectiva psicossocial [Doctoral dissertation, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Maraldi, E. D. O., & Krippner, S. (2019). Cross-cultural research on anomalous experiences: Theoretical issues and methodological challenges. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 306–319. <https://doi.org/10.1037/cns0000188>

Martins, L. B., & Zangari, W. (2012). Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(6), 198–202. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600004>

Menegatti-Chequini, M. C., Maraldi, E. O., Peres, M. F. P., Leão, F. C., & Vallada, H. (2019). How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: Findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(1), 58–65. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2447>

Menezes Júnior, A. D., & Moreira-Almeida, A. (2009). Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36(2), 75–82. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000200006>

Mills, A., & Lynn, S. J. (2000). Past-life experiences. In Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S. (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 283–313). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10371-009>

Moreira-Almeida, A., & Lotufo-Neto, F. (2017). Methodological guidelines to investigate altered states of consciousness and anomalous experiences. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 283–292. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285555>

Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Religious involvement and sociodemographic factors: A Brazilian national survey. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(1), 12–15. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>

Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Janse van Rensburg, B., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2018). World Psychiatric Association position statement on spirituality and religion in psychiatry. *Revista Debates em Psiquiatria 8(2), Seção de Religião, Espiritualidade e Psiquiatria da WPA 8(2)*, 6–8. <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/2/1>

Norenzayan, A., Smith, E. E., Jun Kim, B., & Nisbett, R. E. (2010). Cultural preferences for formal versus intuitive reasoning. *Cognitive Science*, 26(5), 653–684. [https://doi.org/10.1207/s15516709cog2605\\_4](https://doi.org/10.1207/s15516709cog2605_4)

Palmer, J. (1979). A community mail survey of psychic experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 73(3), 221–251.

Palmer, G., & Hastings, A. (2013). Exploring the nature of exceptional human experiences: Recognizing, understanding, and appreciating EHEs. In Friedman, H., & Hartelius, G (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of transpersonal psychology* (pp. 333–351). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118591277.ch18>

Palmer, G. D., & Braud, W. (2002). Exceptional human experiences, disclosure, and a more inclusive view of physical, psychological, and spiritual well-being. *Journal of Transpersonal Psychology*, 34(1), 29–59. <https://www.atpweb.org/jtparchive/trps-34-02-01-029.pdf>

Pechey, R., & Halligan, P. (2012). Prevalence and correlates of anomalous experiences in a large non-clinical-sample. *Psychology and Psychotherapy*, 85(2), 150–162. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02024.x>

Peres, M. F. P., De Oliveira, A. B., Leão, F. C., Vallada, H., Moreira-Almeida, A., & Lucchetti, G. (2018). Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. *SSM – Population Health*, 6, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.08.007>

Peres, M. F. P., Swerts, D., De Oliveira, A. B., Leão, F. C., Lucchetti, L. A. G., Vallada, H., De Oliveira, M. E., Toniol, R., & Lucchetti, G. (2020). Mental health and quality of life among adults with single, multiple and no religious affiliations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 288–293. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001115>

Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., & Garety, P. A. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care”. *World Psychiatry*, 15(1), 41–52. <https://doi.org/10.1002/wps.20301>

Pew Research Center. (2006). *Spirit and power – A 10-country survey of pentecostals*. <https://www.pewforum.org/2006/10/05/spirit-and-power/>

Pew Research Center. (2009). *Many Americans mix multiple faiths*. <https://www.pewforum.org/2009/12/09/many-americans-mix-multiple-faiths/>

Pew Research Center. (2014). *Religion in Latin America*. <https://www.pewforum.org/2014/11/13/religion-in-latin-america/>  
Reichow, J. R. C. (2017). *Experiências anômalas em diferentes populações Brasileiras: Prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com qualidade de vida* [Doctoral dissertation, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Rice, T. W. (2003). Believe it or not: Religious and other paranormal beliefs in the United States. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 95–106. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00163>

Saher, M., & Lindeman, M. (2005) Alternative medicine: A psychological perspective. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1169–1178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.008>  
Silva, M. V. (2010). Gênero e religião: O exercício

do poder feminino na tradição étnico-religiosa ioruba no Brasil. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(2), 128–137. file:///Users/jbp/ Downloads/522-Texto%20do%20artigo-1603-1-10-201709 21.pdf

Somma, N. M., Bargsted, M. A., & Valenzuela, E. (2017). Mapping religious change in Latin America. *Latin American Politics and Society*, 59(1), 119–142. <https://doi.org/10.1111/laps.12013>

Stefan, C., Fearon, J., McCoy, J., & Nobbe, C. (1971). Social deprivation and religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 10(4), 385–392. <https://doi.org/10.2307/1384786>

Targ, E., Schlitz, M., & Irwin, H. J. (2000). Psi-related experiences. In Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 219–252). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10371-007>

Taves, A. (2019). Psychology of religion approaches to the study of religious experience. In Moser, P., & Meister, C. (Eds.), *The Cambridge companion to religious experience* (pp. 25–54). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pq4yn>

Underwood, L. (2011). The daily spiritual experience scale: Overview and results. *Religions*, 2(1), 29–50. <https://doi.org/10.3390/rel2010029>

Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129–144. <https://doi.org/10.1037/a0032699>

Wahbeh, H., & Radin, D. (2018). People reporting experiences of mediumship have higher dissociation symptom scores than non-mediums, but below thresholds for pathological dissociation. *F1000Research*, 6, Article 1416. <https://doi.org/10.12688/f1000research.12019.3>

Wulff, D. M. (2013). Experiências Místicas. In Cardeña, E., Lynn, S. J., Krippner, S. (Eds). *Variedades das experiências anômalas: Análise de evidências científicas* (pp. 303–335). Atheneu.

Wuthnow, R. (1976). Astrology and marginality. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 15(2), 157–168. <https://doi.org/10.2307/1385359>

Yamane, D. (2000). Narrative and religious experience. *Sociology of Religion*, 61(2), 171–189. <https://doi.org/10.2307/3712284>

Maria Cristina Monteiro de Barros, MS, is a clinical psychologist and vice president of the Portuguese-Brazilian Transpersonal Association (Alubrat). She is a professor in postgraduate programs in Transpersonal Psychology and a collaborator of the Religiosity, Spirituality and Health Program in the Institute of Psychiatry at the University of São Paulo (ProSER-IPQ-HCFMUSP), where she does voluntary clinical work, lectures in university extension courses and participates in research projects. She is currently a Doctoral candidate in that institution.

Her main research and published works focus on Transpersonal Psychology and on the impact of spirituality/religiousness on mental health and well-being.

Frederico Camelo Leão, MD, PhD, is currently a physician at the IPQ-HC-FMUSP Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of São Paulo. Coordinator of ProSER-IPQ-HC -FMUSP (Health, Spirituality and Religiosity Program). His published works focus on explorations of the association between spirituality, religiosity and mental health.

Homero Vallada Filho, MD, PhD, is an Associate Professor in the Department of Psychiatry at FMUSP since 1999 and post-doctoral fellow (visiting professor) at Karolinska Institutet, Sweden in 2005–2006 and 2017–2018. He is vice-coordinator of undergraduate teaching in Psychiatry at FMUSP and coordinator of the Genetics and Pharmacogenetics Program (PROGENE) at IPq-HC- FMUSP. He is Associate Editor of the Brazilian Journal of Psychiatry. His published works concentrate on the areas of epidemiological, molecular, pharmacogenetic and epigenetics of psychiatric disorders and more recently in sociogenomics, with a focus on well-being and spirituality.

Giancarlo Lucchetti, MD, PhD, is a physician, fellowship-trained geriatrician and holds a PhD in Neurology. He is currently an Associate Professor of Medicine at the School of Medicine of the Federal University of Juiz de Fora, Brazil. He is also a professor at the postgraduate programs of Health and Public Health at the same institution and is a Brazilian Research Productivity Scholar – Level 1D (The national council for scientific and technological development – CNPq Brazil). He has experience in “Spirituality and Health” with 200 articles published in international peer-reviewed journals.

Alexander Moreira-Almeida, MD, PhD, is the Director of the Research Center in Spirituality and Health (NUPES), and Associate Professor of Psychiatry Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) School of Medicine, Brazil. He is currently Chair of the Section on Spirituality of the Latin American Psychiatric Association (APAL). Former chair of the Sections on Religion, Spirituality and Psychiatry of the World Psychiatric Association (WPA 2014–2020) and the Brazilian Psychiatric Association (ABP 2014–2021). His published works focus on religiosity and health, as well as on empirical studies of spiritual experiences, the mind–brain problem, methodology, history and epistemology of this research field.

Mario Fernando Prieto Peres, MD, PhD, holds a postdoctoral fellowship from Thomas Jefferson University, Philadelphia. He is currently a senior researcher at Hospital Israelita Albert Einstein, and a postgraduate professor at the Institute of Psychiatry at FMUSP and FICSAE. He has experience in the area of Medicine, with an emphasis on Neurology, working mainly on the themes: epidemiology of headaches, migraine and comorbidities, melatonin, pathophysiology of headaches, trigeminal-autonomic headaches, health and spirituality and the study of the placebo effect. He is a fellow of the American College of Physicians.