

Oração e cura – fato ou fantasia?

Prayer and cure: fact or fancy?

Oración y curación: ¿hecho o suposición?

*Roque Marcos Savioli**

RESUMO: A aproximação entre a medicina e a religião tem sido motivo de muitos estudos realizados em varias partes do mundo. Neste trabalho, o autor faz uma revisão dos artigos mais importantes sobre o assunto e apresenta relatos de sua experiência pessoal de cardiologista que trata o seu paciente na sua dimensão total. Comentando aspectos positivos e negativos da associação entre o tratamento médico e a oração, ressalta a importância da fé na evolução das doenças.

DESCRITORES: Religião-oração. Medicina. Doença-cura.

ABSTRACT: The integration of medicine and religion has been the reason for many studies carried through in several parts of the world. In this work, the author makes a revision of the most important papers on the subject and presents accounts of her personal experience as cardiologist treating patient in their wholeness. Commenting on positive and negative aspects of the association between medical treatment and prayer, the importance of faith in the evolution of illnesses stands out.

KEYWORDS: Religion-prayer. Medicine. Illness-cure.

RESUMEN: La integración de la medicina y de la religión ha sido la razón de muchos estudios llevados en varias partes del mundo. En este trabajo, el autor hace una revisión de los artículos más importantes acerca del tema y relata algunas de sus experiencias personales como cardiólogo que trata a los pacientes en su integridad. Comentando los aspectos positivos y negativos de la asociación entre el tratamiento médico y la oración, muestra el vital papel de la fe en la evolución de enfermedades.

PALABRAS LLAVE: Religión-oración. Medicina. Enfermedad-curación.

Por mais polêmica que seja a discussão sobre a interferência da fé sobre a nossa saúde física e mental, esse assunto transcende os nossos consultórios quando transmitimos aos pacientes um diagnóstico desfavorável.

Devemos permanecer calados, frios ou até sarcásticos quando nos fazem referência a pretensa proteção divina? Evidentemente que não, pois a nossa impotência profissional sempre é reafirmada pela inexorabilidade do sofrimento e da morte. Além da nossa competência profissional e técnica, não podemos nos esquecer que à nossa frente pode estar um ser que sofre e que, independentemente da sua doença, está ali para ser ouvido e muitas vezes para ter o seu sofrimento compartilhado com aquele que o atende.

Todo o cartesianismo e o ceticismo de muitos cientistas ficou extremamente abalado com os acontecimentos que ocorreram nos santuários marianos do mundo todo. Incapazes de provar eventuais fraudes, foram obrigados a admitir os fatos, embora não conseguissem explicá-los. Isso ocorreu em Lourdes, pequena cidade nos Pirineus Franceses, onde anualmente acontecem milhares de curas inexplicáveis pela ciência, mas atribuídas a resultado das orações por comitê internacional de médicos.

Em 1903, Aléxis Carrel, médico cirurgião de Lyon, França, testemunhou publicamente a cura milagrosa de um peregrino em Lourdes, gerando enorme desconforto com o professor titular de cirurgia da universidade onde fazia seus estudos, que o desligou do curso. Esse

fato o obrigou a se transferir para os Estados Unidos, onde anos mais tarde receberia o Prêmio Nobel em fisiologia.

Com a abertura da Igreja Católica ao pentecostalismo cristão, iniciado nos Estados Unidos nos anos 70, reuniões de oração realizavam-se em todo o mundo, surgindo enormidade de curas. A ciência não ficou alheia ao que acontecia, pois grupos médicos começaram a analisar os casos, inicialmente apenas para verificarem possíveis fraudes, mas depois para tentarem compreender a essência dos fatos. Com isso, a partir do final dos anos 90, surgiram cursos, congressos, eventos, enfocando a relação entre a espiritualidade e a saúde, dando como frutos uma enormidade de trabalhos científicos publicados no mundo todo.

* Médico cardiologista e escritor. Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP. Diretor da Unidade de Saúde Suplementar do INCOR e integrante da Association Medicale International de Lourdes, França. E-mail: roque.savioli@incor.usp.br.

Koenig (2001), da Duke University, no seu livro *Handbook of Religion and Health*, selecionou 800 trabalhos da literatura mundial e os classificou dando nota de 0 a 10, segundo um critério rígido de análise da metodologia empregada.

Existem estudos qualitativos, como entrevistas, grupos focais e inquéritos, e quantitativos, como coortes, casos-controles, estudos transversais, ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões da literatura.

Os resultados mais consistentes que saíram dessas publicações demonstraram associação entre frequência a serviços religiosos e redução das taxas de mortalidade, principalmente no sexo feminino.

Muitas críticas foram feitas por vários pesquisadores, alegando a fragilidade metodológica dos estudos, principalmente pela existência de inúmeras variáveis não controladas durante os trabalhos. Recentemente, no entanto, os trabalhos publicados têm recebido maior atenção metodológica, controlando-se variáveis que poderiam influir nos resultados, tais como, sexo, suporte social, idade e renda.

É extremamente interessante o estudo da relação entre o envolvimento religioso e a saúde, aspecto que tem ocasionado aumento significativo das pesquisas nessa área, principalmente com a introdução de exames não invasivos capazes de reconhecer áreas cerebrais envolvidas durante a oração, tais como a tomografia computadorizada com emissão de pósitrons, o PET scan e a ressonância magnética funcional.

Existem inúmeras explicações dos possíveis mecanismos envolvidos na relação entre envolvimento religioso e estado de saúde, entre eles, qualidade de vida, recursos econômicos e promoção de emoções positivas (como por exemplo

o perdão), bem como alguns ritos e crenças que podem levar as pessoas a viverem com níveis de estresse menores do que o não religiosos.

Mais recentemente, no entanto, o interesse dos pesquisadores vem se dirigindo aos sistemas imunológico, neurológico e psicológico, cuja interação poderia exercer papel preponderante na gênese dos benefícios que o envolvimento religioso poderia trazer aos indivíduos, no tratamento auxiliar de várias patologias, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade e outras.

Um grande número de pesquisas tem demonstrado a associação dos efeitos negativos do estresse sobre o estado de saúde, ocasionando várias patologias, entre elas a doença cardiovascular, principal responsável pela mortalidade de todo o planeta.

Sabe-se, também, que níveis elevados de cortisol, hormônio regulado pelo eixo hipotálamo-adreno-hipofisário, podem aumentar o risco de doenças cognitivas, diabetes e de doenças cardiovasculares. A capacidade de resposta aos fatores estressores, por sua vez, bem como a adaptação, ou mesmo o “amortecimento” do estresse crônico, está relacionada a características próprias da personalidade dos indivíduos, que consciente ou inconscientemente encontram seus mecanismos de anti-estresse.

O envolvimento religioso ou espiritual é uma das grandes forças que atuam no mecanismo de defesa contra o estresse crônico, podendo ser excelente no auxílio à prevenção ou combate de inúmeras moléstias e também no aumento da expectativa de vida.

O cérebro no momento da oração

Uma pergunta sempre surgiu no raciocínio dos pesquisadores:

como estariam as funções cerebrais durante um momento de oração?

O cérebro humano é composto por dois hemisférios, unidos por uma estrutura denominada corpo caloso, que é o responsável pela troca de informações entre estas estruturas.

O hemisfério dominante em 98% dos humanos é o esquerdo, o qual é responsável pelo pensamento lógico e competência comunicativa. O hemisfério direito, por sua vez, é responsável pela pensamento simbólico e criatividade. Nos canhotos, as funções estão invertidas.

O hemisfério esquerdo diz-se dominante, pois nele localizam-se duas áreas especializadas: a Área de Broca, o córtex responsável pela motricidade da fala, e a Área de Wernicke, o córtex responsável pela compreensão verbal.

O córtex motor é responsável pelo controle e coordenação da motricidade voluntária. Traumas nesta área causam fraqueza muscular ou mesmo paralisia. O córtex motor do hemisfério esquerdo controla o lado direito do corpo, e o córtex motor do hemisférios direito controla o lado esquerdo do corpo. Cada córtex motor contém um mapa da superfície do corpo: perto da orelha, está a zona que controla os músculos da garganta e da língua, segue-se depois a zona dos dedos, mão e braço; a zona do tronco fica ao alto e as pernas e pés vêm depois, na linha média do hemisfério.

O córtex pré-motor é responsável pela aprendizagem motora e pelos movimentos de precisão. É na parte em frente da área do córtex motor correspondente à boca que reside a Área de Broca, que tem que ver com a linguagem. A área pré-motora fica mais ativa do que o resto do cérebro quando se imagina um movimento, sem o executar. Se se executa, a área motora fica

também ativa. A área pré-motora parece ser a área que em grande medida controla o seqüenciamento de ações em ambos os lados do corpo. Traumas nesta área não causam nem paralisia nem problemas na intenção para agir ou planejar, mas a velocidade e suavidade dos movimentos automáticos (ex. fala e gestos) fica perturbada. A prática de piano, ténis ou golfe envolve o afinar da zona pré-motora — sobretudo a esquerda, especializada largamente em atividades seqüenciais tipo série.

O cerebelo, por sua vez, é a estrutura cerebral que faz a coordenação geral da motricidade, manutenção do equilíbrio e postura corporal. O cerebelo representa cerca de 10% do peso total do encéfalo e contém mais neurônios do que os dois hemisférios juntos.

Na superfície medial do cérebro localiza-se o sistema límbico, que é a unidade responsável pelas emoções. Constitui-se em uma região formada por neurônios, células que formam uma massa cinzenta denominada de lobo límbico. Através do sistema nervoso autônomo, ele que comanda certos comportamentos necessários à sobrevivência de todos os mamíferos, interferindo positiva ou negativamente no funcionamento visceral e na regulação metabólica de todo o organismo.

O eixo formado pela adeno-hipófise e pelo hipotálamo é responsável pela auto regulação do funcionamento interno do organismo. As funções homeostáticas do organismo (função cárdio-respiratória, circulatória, regulação do nível hídrico, nutrientes, da temperatura interna, etc.) são controladas automaticamente e estão localizados na área límbica.

As diferentes partes do córtex cerebral são divididas em quatro áreas, chamadas de lobos cerebrais, tendo, cada uma, funções diferen-

ciadas e especializadas. Os lobos cerebrais são designados pelos nomes dos ossos cranianos nas suas proximidades e que os recobrem. O lobo frontal fica localizado na região da testa; o lobo occipital, na região da nuca; o lobo parietal, na parte superior central da cabeça; e os lobos temporais, nas regiões laterais da cabeça, por cima das orelhas.

O lobo frontal, que inclui o córtex motor e pré-motor e o córtex pré-frontal, está envolvido no planejamento de ações e movimento, assim como no pensamento abstrato. A atividade no lobo frontal aumenta nas pessoas normais somente quando temos que executar uma tarefa difícil, na qual há necessidade de se descobrir uma seqüência de ações que minimize o número de manipulações necessárias.

A parte da frente do lobo frontal, o córtex pré-frontal, tem que ver com estratégia: decidir que seqüências de movimento ativar e em que ordem e avaliar o seu resultado. As suas funções parecem incluir o pensamento abstrato e criativo, a fluência do pensamento e da linguagem, respostas afetivas e capacidade para ligações emocionais, julgamento social, vontade e determinação para ação e atenção seletiva. Não faz parte do circuito límbico tradicional, mas suas intensas conexões com o tálamo, amígdala e outras sub-corticais, explicam o importante papel que desempenha na expressão dos estados afetivos.

Traumas no córtex pré-frontal fazem com que uma pessoa fique presa obstinadamente a estratégias que não funcionam ou que não consigam desenvolver uma seqüência de ações correta.

Os lobos parietais, temporais e occipitais estão envolvidos na produção das percepções resultantes daquilo que os nossos órgãos sensoriais detectam no meio exterior e da informação que fornecem sobre

a posição e relação com objectos exteriores das diferentes partes do nosso corpo.

Embora existam inúmeros estudos publicados na literatura revelando a importância da religiosidade sobre a saúde humana, poucos são os experimentos que envolvem estudos das funções neurohormonais durante a oração.

Um estudo extremamente interessante, publicado em 2001, é o de Azari et al (2001) que verificaram aumento do fluxo sanguíneo em certas áreas cerebrais durante a oração. Nesse estudo, selecionaram 6 monges reconhecidamente convertidos para o catolicismo e donos de indiscutível espiritualidade e os compararam com outros 6 indivíduos, sem nenhuma convicção religiosa. Nos dois grupos realizaram o PETscan antes e depois: da recitação do primeiro versículo do Salmo 23 (O Senhor é meu Pastor e nada faltará), da declamação de uma rima de alegria e de lerem uma página de uma lista telefônica. A primeira situação seria religiosa, a segunda de alegria e a terceira de incomodação. Os autores notaram que, durante o clímax da oração, havia, nos religiosos, aumento do fluxo na área do núcleo motor suplementar (pré-NMS), na córtex pré-frontal dorsolateral direita (DLPC) e na área pré-cuneia direita.

A atividade da área pré-NMS sugere a ocorrência de uma situação pré-programada, fato perfeitamente compreensível nos religiosos, condicionados a rezar e ao exercício da fé. A atividade da área precuneia está ligada à memória visual e a DLPC na recuperação da memória. Eles também sugerem que a DLPC poderia estar envolvida na monitoração do pensamento e também conectada a áreas do sistema límbico, responsáveis pela imunidade.

É difícil admitir que estas alterações do metabolismo cerebral se-

jam especificamente conseqüentes a atividade religiosa, principalmente pela reduzida casuística deste trabalho. Fica, no entanto, a inferência para investigações futuras, de que áreas cerebrais relacionadas ao sistema imune, possam ser estimuladas com o poder da oração.

Meditação e reza do terço

Inúmeros estudos, no entanto, têm sido desenvolvidos durante a meditação de modo a existir consenso na literatura a esse respeito. O processo de meditação inicia-se com o relaxamento, e com a conseqüente redução dos níveis de cortisol e da pressão arterial. Newber et al (2001) publicaram estudo em um grupo de oito meditadores e os compararam com nove indivíduos controle. A perfusão do lobo frontal esquerdo estava expressivamente aumentada durante as sessões de meditação, sugerindo os autores uma relação com um componente de atenção cognitivo. Havia hipoperfusão do lobo parietal superior, relacionado ao processo de atenção e orientação espacial. Eles também notaram um aumento da atividade talâmica. As modificações identificadas na córtex frontal e parietal durante a meditação estão fortemente relacionadas ao estado mental durante a meditação.

Em estudo feito com PETscan, autores mostraram que durante a meditação há um aumento da dopamina, particularmente proveniente do atrium ventral, relacionado à diminuição da capacidade auditiva e aumento da imagem visual. Esse estudo sugere que estruturas sub corticais, como a tálamo, estejam envolvidas no processo da meditação.

A meditação tem sido usada na prática médica há muitos anos para reduzir a ansiedade. Um estudo de Sudsuang et al (1991) mostrou que indivíduos submetidos à meditação

freqüente mostram níveis de pressão arterial, níveis de cortisol e de freqüência cardíaca diminuídos.

Estudo muito interessante foi o desenvolvido por Bernardi et al (2001) evidenciando a importância da reza do terço na estabilização do sistema nervoso autonômico. Nesse trabalho, os autores selecionaram 23 indivíduos normais, que foram submetidos a: eletrocardiograma de repouso, registro contínuo e não invasivo da respiração e da pressão arterial e determinação do fluxo cerebral por meio do doppler transcraniano. Os registros foram feitos durante um período livre de fala, durante a recitação das ave-marias em latim e durante respiração controlada (6 resp./minuto).

Os resultados mostraram que, durante a declamação das Aves Marias, a respiração se tornava lenta e regular (6/minuto) e também ocorria efeitos importantes na sincronização da freqüência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica e do fluxo sanguíneo transcraniano, levando a conseqüências positivas sobre os mecanismos reguladores do sistema cardiovascular. Esses achados não foram encontrados nas outras duas condições da investigação.

Esses achados confirmaram o que foi demonstrado há mais de um século, por Meyer, que propôs ser a freqüência respiratória de 6/min, ou seja, um ciclo a cada dez segundos, responsável pelo sincronismo do sistema autonômico, o que determina efeitos favoráveis na função respiratória e cardiovascular.

Atualmente sabe-se que freqüências respiratórias como a “onda de Meyer” podem aumentar a arritmia respiratória do nó sinusal, a sensibilidade dos baro receptores, a oxigenação do sangue e a tolerância ao exercício. A diminuição dessas respostas, por sua vez, está associada a maior risco de mortalidade cardiovascular, sendo considerada como

fator de risco independente após infarto do miocárdio recente.

Na insuficiência cardíaca, ela é responsável pela redução da sensibilidade dos quimiorreceptores respiratórios, determinando aumento irregular dos ciclos respiratórios. A respiração lenta pode reduzir os efeitos deletérios da isquemia cardíaca. Além disso, ciclos respiratórios de 6/minuto promovem a calma e o bem-estar dos indivíduos.

O terço é a repetição de 50 Aves Marias, recitadas metade pelo padre e metade pela assembléia. O que realmente é surpreendente é ver que cada ciclo da Ave Maria tem exatamente 10 segundos, ou seja, os mesmos 10 segundos descritos por Meyer. Saliente-se bem que esse ciclo é o responsável pela manutenção da integridade do sistema cardiopulmonar. Os resultados deste estudo demonstram que o terço dos seus aspectos religiosos deve ser considerado também como um fator terapêutico na promoção da saúde dos indivíduos.

Oração – Estresse – Imunidade

Alterações no sistema imune têm sido correlacionadas a muitos fatores como suporte social, estilos cognitivos de comportamento e pensamento. É sabido que esses efeitos são mediados em parte por determinadas regiões do cérebro, tais como a córtex pré-frontal dorso-lateral (DLPC) e a pré-frontal ventromedial (VMPFC), que estão intimamente relacionadas a estruturas da amígdala e do sistema límbico, conectando-se diretamente ao hipotálamo.

Durante uma situação de estresse, há, no hipotálamo, liberação do precursor do hormônio adrenocorticotrófico (CRH), que libera esse hormônio, o ACTH, na glândula pituitária, que estimula as glândulas supra-renais a produzi-

rem o cortisol. Uma outra via pode ser ativada pelo hipotálamo, a via do lócus coeruleus, que conecta-se com as glândulas inervadas pelo sistema simpático, onde o estímulo estressante pode determinar a liberação de adrenalina e nor adrenalina. Outras vias, estimuladas durante o estresse, podem levar a estimulação parassimpática a periferia.

Todas essas alterações afetam o sistema imune, atingindo a medula óssea, timo, baço, linfonodos, etc., além dos receptores sensíveis ao cortisol que existem na amígdala e hipocampo, redutores dos níveis de CRH e de ACTH.

Não é difícil entender que nossas emoções, nossos relacionamentos podem interagir com o nosso sistema imune. Um grande número de estudos tem sido feito e demonstrado que existe uma relação entre o estado mental espiritual e o sistema imune. Kielcolt e cols estudaram 90 recém casados que tiveram uma discussão entre si de 30 minutos. Se havia um comportamento hostil entre eles, ocorria uma diminuição da atividade das Non Killer uma fraca resposta monoclonal a duas mitoses, fraca resposta proliferativa de anticorpos anti receptores T3, um grande aumento de Linocitos T e helper T, e aumento da titulação de anticorpos antivírus Epstein — Barr. Essas alterações são indicativas de baixa regulação do sistema imune. Havia, também, um aumento da pressão arterial desse grupo. Esse estudo mostrou que a raiva e o ódio podem alterar o sistema imune e a pressão arterial.

Existem inúmeros estudos que correlacionam o câncer com o stress psicossocial. Prigerson, em 1997, selecionou 150 homens viúvos. Os indivíduos que apresentavam altos scores de GRIEF tinham uma grande possibilidade de desenvolver câncer entre o sexto e o décimo quinto mês de viuvez. Todos os pa-

cientes que desenvolveram câncer tinham um alto score de grief.

Everson et al (1996) realizaram estudo com 2400 homens de média idade por um período de 6 anos. 174 morreram de câncer e 87 de doença cardíaca. Os que tinham altos níveis de desesperança tinham de 2 a 3 vezes mais probabilidade de desenvolver câncer e doença cardíaca em relação àqueles que não tinham falta de esperança. Os grupos foram ajustados para pressão arterial, colesterol, tabagismo, etilismo, classe social, educação e história de depressão anterior e isolamento social.

Uchino et al (1996), revisaram 81 estudos sobre o efeito do suporte social sobre a saúde. Nessa revisão, notou-se que o alto suporte social estava associado a altos níveis de imunidade. Havia, também, aumento da estabilidade do sistema cardiovascular e redução dos níveis de cortisol.

Koenig et al (1997) mediram os níveis de interleucina 6 de uma população de mais de 65 anos. Numa população normal espera-se não encontrar níveis de interleucina 6, sendo essa medida um índice de funcionamento do sistema imune. Baixos níveis de interleucina 6 foram encontrados em indivíduos que freqüentavam a igreja pelo menos uma vez por semana, sugerindo o efeito benéfico da prática religiosa. Altos níveis de interleucina 6 estão relacionados com câncer, infarto do miocárdio, hipertensão, Alzheimer, osteoporose e artrite reumatóide.

Luecken et al (2005), medindo os níveis de cortisol de estudantes, notaram significativa relação entre religiosidade/espiritualidade, freqüência a cultos religiosos, momentos de orações com níveis menores de pressão arterial. Os resultados sugerem que indivíduos que têm religiosidade/espiritualidade podem possuir mecanismos de adaptação

ao estresse mais eficazes do que os não religiosos.

O poder da compaixão e do perdão como efeito positivo sobre o sistema imune foi observado por McClelland et al (1998) Ele estudou 70 estudantes que foram assistir a um filme de Madre Teresa de Calcutá e comparou com outros 62, que assistiram a um sobre o triunfo dos aliados na II Grande Guerra. Foram dosadas as imunoglobulinas A salivares (IgA) nos dois grupos. Os resultados mostraram que havia aumento significativo da IgA salivar nos estudantes que assistiram ao filme de Madre Tereza em relação ao grupo que viu o filme de guerra. Eles sugerem que há uma ativação positiva do sistema imune. Em um segundo estudo feito, medindo-se os efeitos da visualização das curas de Madre Teresa, mostrou aumento da IgA e regulação positiva do sistema imune.

Estes estudos sugerem que emoções positivas, como a compaixão, o perdão e o amor fraternal, podem exercer um efeito benéfico sobre o sistema imune. Crenças sociais, religiosas e espirituais, quando bem aplicadas, podem levar a um aumento da capacidade do nosso sistema imune, reduzindo ou até erradicando um grande número de doenças.

Oração de intercessão à distancia

Desde os primórdios da humanidade, em todas as religiões, prega-se a intercessão aos deuses para solução dos problemas. Dentro do cristianismo, por sua vez, é extremamente comum o hábito de se rezar pelos outros, mesmo quando estamos fisicamente distantes. Avaliar a eficácia da oração de intercessão à distância tem sido objeto de alguns estudos de alta qualidade metodológica, mas nem todos mostraram resultados satisfatórios.

Um estudo que foi muito polêmico e também motivo de muitas discussões entre os céticos foi o de Randolph Byrd (1988); um estudo duplo cego randomizado em pacientes que eram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva por infarto agudo do miocárdio.

Quando o paciente dava entrada na UTI, era perguntado se ele queria participar do estudo. Os que concordaram, foram randomizados e distribuídos em dois grupos. O primeiro, de 192 pacientes, recebeu oração de intercessão à distância de um grupo de intercessores e o outro, com 201 pacientes, não recebeu nenhum tipo de oração. Os resultados mostraram um significativo efeito da oração, tais como: cinco vezes menos uso de antibióticos, três vezes menos ocorrência de edema agudo dos pulmões, poucos pacientes necessitaram de intubação endotraqueal e houve número reduzido de mortes em relação ao grupo controle.

Willians et al (1999) realizaram estudo randomizado duplo cego prospectivo em 900 pacientes consecutivos admitidos em Unidade Coronariana. No momento da admissão, os pacientes eram randomizados para receber a oração de intercessão à distância (grupo da oração, 524 pacientes), ou não (grupo controle, 466 pacientes). Os primeiros nomes dos pacientes do grupo da oração eram dados a um time de intercessores externos que oravam pelos pacientes diariamente por 4 semanas. Os pacientes não sabiam quem orava por eles, nem os intercessores puderam encontrar-se com os doentes. Usando um score rígido de alta como critério de comparação, os autores encontraram menores níveis de complicações nos pacientes que receberam a oração, corroborando os achados de Byrd em 1988. A explicação desses achados, no entanto, não foi até agora encontrada.

Krucoff et al (2005), da Duke University, publicaram os resultados de um grande estudo feito para observar os efeitos da oração de intercessão em pacientes submetidos à angioplastia coronária. MANTRA 2003. Setecentos e cinquenta pacientes foram randomizados e divididos em dois grupos de 375 doentes. Em estudo duplo cego receberam oração de intercessão à distância, antes de serem submetidos à angioplastia coronária. Não houve diferença entre os dois grupos, demonstrando que a oração não ocasionou mudanças na evolução dos pacientes.

Em 2005, esses mesmos pesquisadores publicaram o MANTRA II, no qual estudaram 748 cardiopatas, divididos em 4 grupos, antes de serem submetidos à angioplastia coronária, a saber: grupo 1 — recebiam oração; grupo 2 — ouviam música; grupo 3 — música e oração; e grupo 4 — não recebiam nada. Os resultados também demonstraram ausência de diferença significativa entre as variáveis estudadas nos quatro grupos.

Por sua vez, Benson et al (2006) publicaram estudo randomizado e duplo cego em pacientes que iriam ser submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, divididos em três grupos: 604 pacientes receberam oração após serem informados que alguém estaria rezando ou não por eles durante a cirurgia; 597 pacientes não receberam oração após serem informados que alguém rezaria ou não por eles durante a operação e 601 pacientes receberam oração após serem informados que alguém estaria orando por eles durante o procedimento.

Os resultados revelaram que os pacientes que tiveram a certeza de estarem recebendo oração apresentaram maior número de complicações. É bem provável que esse efeito não benéfico da oração esteja relacionado ao fato dos pacientes

se sentirem graves quando alguém lhes revelou sobre a oração.

Conclusões

Os estudos científicos até hoje publicados, tendo em vista as suas fragilidades metodológicas e ausência de reprodutibilidade dos seus resultados, não nos municiam para defender com segurança a comprovação científica do poder da oração na saúde humana.

A experiência clínica mostra o valor do engajamento religioso como forma de qualidade de vida através de comportamentos saudáveis, estabilidade emocional e como mecanismo antiestresse. A fé deve exercer papel preponderante no tratamento das doenças, principalmente quando torna o paciente mais complacente à doença e ao tratamento medicamentoso, embora possa exercer efeito danoso à saúde, quando há suspensão do tratamento medicamentoso por conta de possível efeito mágico de uma benção ou de uma oração.

Destacamos o relato de um episódio acontecido durante uma peregrinação em um santuário mariano na Europa, quando acompanhamos de perto uma senhora, diabética, insulino dependente, abandonar o uso da insulina por conta de um milagre, ou, ainda, por “dar um passo na fé”. Evidentemente que ela quase comprometeu o momento do retiro ao apresentar hiperglicemia sintomática. Esse radicalismo religioso é extremamente perigoso e danoso para a nossa saúde física e mental onde Deus parece ser o gênio da garrafa que se submete aos pedidos dos homens é extremamente perigoso.

Fato semelhante aconteceu durante o tratamento de uma senhora deprimida que, após melhorar sensivelmente com uso de anti-depressivos, abandonou os medicamentos após uma pregação, quando o

padre proclamou que todos estavam curados em nome de Jesus. Evidentemente essa paciente não teve o discernimento de entender que ela estava sendo curada pelo uso do medicamento, ou, ainda, o sacerdote não teve o bom senso de avisar os fiéis que a cura divina é preferencialmente feita por meio do uso de remédios.

“ O Senhor fez a terra produzir os: o homem sensato não os despreza ”
Eclo,38,4.

Após a publicação dos nossos livros, relacionando espiritualidade e medicina, sempre nos perguntam se presenciamos alguma cura milagrosa ou mesmo um verdadeiro milagre. O milagre é a intervenção direta de Deus nas nossas vidas, ocasionando uma transformação imediata. Na grande maioria das vezes, fala-se em milagres quando existe uma cura física instantânea inexplicável pela medicina, mas eles podem ocorrer em outras situações, tais como os milagres eucarísticos descritos pela tradição católica, ou mesmo na cura interior das pessoas. Na nossa vida pessoal tivemos a graça de um milagre, que foi a transformação total da nossa vida após um encontro místico com Jesus, como descrevemos com detalhes no capítulo “Minha conversão — o maior milagre”, do livro “Milagres que a medicina não contou”.

Por outro lado, ficamos absolutamente tristes quando vemos ou

ouvimos nos meios de comunicação a proclamação de milagres a todo instante, como se Deus fosse um gênio da garrafa que obedecesse às nossas ordens. Carços desaparecem após as bênçãos dos pastores ou padres, dores lombares e de cabeça são imediatamente curadas após a oração, paralíticos andam, cegos enxergam e outras situações espetaculares são observadas com muita frequência quando ligamos as nossas televisões, levando os fiéis a uma verdadeira histeria coletiva. Lamentavelmente essas sessões ou cultos se tornam verdadeiros programas humorísticos, mas ao mesmo tempo revelam a ingenuidade e boa fé de um povo sofrido e carente de assistência de saúde como é o nosso povo brasileiro, às vezes enganado por charlatães que vendem a cura divina.

Mas, como ficamos nós, caros amigos e amigas, profissionais da saúde que crêem em Deus e na sua cura misericordiosa? Como ter o bom senso e a prudência de exercer as nossas profissões com rigor tecnológico e profissional, mas abertos à espiritualidade?

Erros diagnósticos são muito frequentes atualmente devido à impessoalidade da medicina moderna e também pela má preparação dos profissionais de saúde. Uma paciente procurou-nos desesperada com diagnóstico de tumor de pulmão, trazendo em mãos uma radio-

grafia de tórax. Ao analisar a chapa, percebemos a má qualidade técnica do exame, embora tivesse sido por ela que o colega da periferia deu o trágico diagnóstico à paciente. Evidentemente que após exame tecnicamente melhor, percebemos que o tumor era um artefato. Imaginemos se essa senhora tivesse ido a um culto religioso antes de nos procurar e depois fizesse uma nova radiografia de tórax; comprovar-se-ia um falso milagre.

Membro que somos da *Association Internationale Medicale de Lourdes* — France, sabemos das dificuldades que existem no reconhecimento dos milagres naquele santuário mariano. Devemos ressaltar que a prudência da Igreja Católica é algo relevante nesse sentido, pois embora existam milhares de curas inexplicáveis em Lourdes, o comitê médico somente reconheceu 67 milagres. Não podemos ficar omissos, no entanto, naqueles casos nada incomuns nos nossos consultórios médicos, quando incapazes de entender as curas ocorridas, devemos reconhecer a intervenção do Criador, nos utilizando como instrumentos, conforme as Escrituras:

“Oferece um incenso suave e uma lembrança de flor de farinha: faze a oblação de uma vítima gorda, em seguida dá lugar ao médico, pois ele foi criado por Deus, que ele não te deixe, pois sua arte é necessária”
Eclesiástico 38, 11-12

REFERÊNCIAS

- Astin JA, Harkness E, Edezdard E. The efficacy of “distant healing”: a systematic review of randomized trials. *Annals of Internal Medicine* 2000;132(11):903-10.
- Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* 2001;110:283-287.
- Avilles JM, Whelan E, Hernke D, Williams BA, Kenny KE, O’Fallon M, Kopecki SL. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proceedings* 2001;76:1196-98.
- Azari NP, Nickel J, Wunderlich G, Niedeggen M, Hefter H, Tellmann L et al. Neurocorrelates of religious experience. *European Journal of Neuroscience* 2001;13(8):1649-52.

- Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, Cencetti S, Fattorini L et al. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. *Br Med J* 2001; 323:1446-49.
- Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W et al. Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiveig prayer. *Am Heart* 2006;151:934-42.
- Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medicine J* 1988;81: 826-829.
- Carson JW, Keefe FJ, Goli V, Fras AM, Lynch TR, Thorp SR, Buechler JL. Forgiveness and chronic low back pain: a preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *The Journal of Pain* 2005;6(2):84-91.
- Dusek JA, Sherwood JB, Friedman R et al. Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP): study design and research methods. *Am Heart J* 2002;143:577-84.
- Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, Salonen JT. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996;58:113-121.
- George LK, Larson DB, Loenig HG, McCullough M. Spirituality and health: state of the evidence. *J Soc Clin Psychol* 2000;19: 102-116.
- Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG et al. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Intern Méd* 1999;159:2273-78.
- Hummer RA, Rogers RG, Nam GB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 1999;36:273-85.
- Kiecolt-Glaser JK, Malarkey WB, Chee M, Newton T, Cacioppo JT, Mao HY, Glaser R. Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosom Med* 1993;55:395-409.
- Koenig HG, Ford SM, George LK, Meados KG. Religion and anxiety disorder: an examination and comparison of associations in young, middle-aged and elderly adults. *J Anxiety Disord* 1993;7:321-42, 1993.
- Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Blazer DG, Larson DB. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Méd* 1998; 28, 189-213.
- Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guarneiri M et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomized study. *Lancet* 2005;366:211-217.
- Koenig HG. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University; 2001.
- Koenig HG. *Spirituality in patient care: Why, how, when and what*. Pensilvânia: Templeton Foundation; 2002.
- Koenig HG, Cohen HJ. *The link between religion and health: psychoneuroimmunology and the faith factor*. Oxford: Oxford University; 2002.
- Larson DB. Religion, spirituality and medicine: how are they related and what does it mean. *Mayo clin proc* 2001, 76(12): 1189-91.
- Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomized controlled trial. *Br Med J* 2001;323:1450-51.
- McCullogh ME, Larson DB. Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research* 1999;2:126-36.
- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo clin proc* 2001;76:1225-35.
- Myers DG. On assessing prayer, faith, and health. *Reformed Review* 2000;53:119-26.
- Newberg AB, Alavi A, Baime M, Pourdehnad M, Santanna J, D'Aquili E. The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Research Neuroimaging* 2001;106:113-22.
- Puchalski CM, Larson DP, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *International Review of Psychiatry* 2001;13:131-38.
- Sloan RP, Bagiella E, Powel T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 1999;353:66-67.
- Sloan RP, Bagiella E, Powel T. Religion and health. *Health psychol* 2001;20:228.
- Savioli RM. *Milagres que a medicina nao contou*. São Paulo: Gaia; 2004.
- Savioli RM. *Depressão – onde está Deus?* São Paulo: Gaia; 2004
- Savioli RM. *Curando corações*. São Paulo: Gaia; 2005
- Savioli RM. *Fronteiras da ciência e da fé*. São Paulo: Gaia; 2006.
- Savioli RM. *La guérison des trios coeurs*. Paris : Presse de La Renaissance; 2006.

Thornett AM, Hettiaratchy S, Hemsley C, Hopkins J, Brownnut MJ, Price CI, Lagnado M, Schwartz SA, Black SL, Leibovici L. Effect of retroactive intercessory prayer. *Br Med J* 2002;3(24):1037.

Woods TE, Antoni MH, Ironson GH, Kling DW. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men.

J Psychosom Res 1999;46(2):165-76.

Worthington JR E, Witliet C, Lerner A, Scherer M. Forgiveness in health research and medical practice. *Explore* 2005;1(3):169-73.

Recebido em 16 de fevereiro de 2007

Versão atualizada em 24 de fevereiro de 2007

Aprovado em 16 de março de 2007