



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/17918>

DOI: 10.21680/2238-6009.2018v1n52id17918

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2018 by UFRN/CCHLA. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

UMA CURA RÁPIDA, COMPLETA, DURADOURA E INEXPLICÁVEL: A EXPERTISE MÉDICA NO MILAGRE¹

A FAST, COMPLETE, DURABLE AND UNEXPLICABLE CURE: THE MEDICAL EXPERTISE IN MIRACLE

Lucas Baccetto

lucas.baccetto@gmail.com

Mestrando em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e membro do Laboratório de Antropologia da Religião (LAR)

RESUMO

O objetivo principal deste artigo é elaborar uma análise da participação de médicos, na condição de peritos, na etapa de investigação de possíveis milagres nos processos de beatificação e canonização de candidatos à santidade na Igreja Católica. Com base em testemunhos e resultados de exames produzidos por instrumentos médico-científicos, os médicos são convidados para elaborarem pareceres a respeito de quatro dimensões que atestam uma cura milagrosa: sua rapidez, eficácia, longevidade e inexplicabilidade científica. A conclusão desses pareceres resulta no documento intitulado *Positio Super Miraculo*, peça definitiva em processos de beatificação e canonização. O objeto de interesse deste trabalho é a *Positio* de Madre Paulina. A partir dele, proponho avançar em questões referentes à materialidade das provas, à utilização de instrumentos médico-científicos e à noção de expertise médica.

Palavras-chave: ciências médicas; expertise; milagre.

ABSTRACT

The main objective of this article is to prepare an analysis of the participation of physicians, as experts, in the investigation stage of possible miracles in the processes of beatification and canonization of candidates for holiness in the Catholic Church. Based on testimonies and results of exams produced by medical-scientific instruments, physicians are invited to formulate opinions on four dimensions that attest to a miracle cure: their speed, effectiveness, longevity and scientific inexplicability. The conclusion of these opinions results in the document entitled *Positio Super Miraculo*, definitive piece in processes of beatification and canonization. The object of interest in this article is the *Positio* of Madre Paulina. From it, I propose to advance in matters related to the materiality of the proofs, the use of medical-scientific instruments and the notion of medical expertise.

Keywords: medical sciences; expertise; miracle.

INTRODUÇÃO

Este artigo, resultado de uma pesquisa de iniciação científica, tem como objetivo principal estabelecer uma análise da participação de médicos, na condição de peritos, nos processos de beatificação e canonização de candidatos à santidade na Igreja Católica. A atuação destes profissionais se dá em uma fase específica dos processos, referente à investigação realizada pela Igreja em torno de eventos de curas físicas possivelmente milagrosas. Com base em testemunhos e resultados de exames produzidos por instrumentos médico-científicos, os médicos são convidados para elaborarem pareceres a respeito de quatro dimensões que atestam uma cura milagrosa: sua rapidez, eficácia, longevidade e inexplicabilidade. Portanto, para que uma cura possa ser considerada milagrosa, os pareceres emitidos pelos médicos devem concluir que tal evento se trata de uma cura rápida / instantânea, completa, duradoura e inexplicável cientificamente (DUFFIN, 2009). Dessa etapa necessária aos processos de beatificação e canonização, resulta o documento intitulado *Positio Super Miraculo*, peça fundamental que institui

essa etapa processual investigativa e que é elaborada através da organização do material recolhido e produzido (exames, testemunhos, laudos periciais, atas de reuniões, etc.) pelo/a postulador/a da causa processual.

É através de uma breve análise de uma *Positio* que este trabalho tentará descrever o processo de enredamento de diversos mediadores na elaboração de um quadro conclusivo que institui uma cura nas quatro dimensões anteriormente mencionadas. Em favor desse percurso analítico joga o fato de que, a partir da reforma promulgada pelo Papa João Paulo II em 1983, as *Positiones* se dão sob o paradigma da tese acadêmica, deixando de ser orientadas pelo paradigma do tribunal jurídico da disputa entre os postuladores e o promotor da fé – popularmente conhecido como Advogado do Diabo (WOODWARD, 1992, p.88-89). Em seu lugar, as causas passam a ser organizadas em torno dos postuladores, atuando como relatores da causa. Nesse sentido, o paradigma da construção da tese acadêmica permite que visualizemos os caminhos pelos quais o/a postulador/a percorre e recorramos às provas apresentadas por ele/a.

É importante ressaltar que ao se falar de um milagre na Igreja Católica, não se está falando necessariamente de um milagre de cura física. No entanto, ao analisar a participação médica nas investigações canônicas de possíveis milagres ocorridos entre 1588 e 1999, a historiadora Jacalyn Duffin (2007; 2009) afirma que dos mais de 1400 milagres analisados por ela, aproximadamente 95% eram de curas físicas (2009, p.6-7). Argumentando no mesmo sentido, o jornalista Kenneth Woodward indica como a partir do século XVI a definição moderna do fenômeno como uma “intervenção divina no curso natural das coisas” passou a alterar o tipo de prova necessária para a confirmação do milagre, vinculando-se cada vez mais ao modelo explicativo e produtor de conhecimento das ciências modernas: “A ironia disso é óbvia: sem a ciência moderna e a tecnologia médica os milagres são virtualmente impossíveis de provar.” (WOODWARD, 1992, p.187). Como consequência, a participação de peritos médicos tornou-se estritamente necessária para que se possa avaliar, com base em critérios científicos, se a cura pode ser considerada inexplicável. Em 1949 estabeleceu-se ainda a *Consulta Medica*, formalizando aspectos de investigação já desempenhados anteriormente, mas que serviu para reafirmar a força decisória por parte dos médicos: trata-se de um colegiado de médicos que “proporciona um fornecimento constante de *experts* para estudar as *evidências científicas* em possíveis milagres” (DUFFIN, 2009, p.34; tradução e grifo nossos). Este colegiado atua na chamada fase romana do processo, na qual se estabelece uma revisão por parte do Vaticano do material recolhido e produzido pelo/a postulador/a na fase diocesana². É este papel desempenhado pelas ciências médicas modernas na produção de provas que me interessa para o trabalho.

O MILAGRE

A *Positio* que aqui será analisada trata da investigação realizada a respeito do segundo milagre atribuído à Madre Paulina, milagre que compôs o processo de canonização da então candidata à santidade e que foi confirmado enquanto tal. Através da apresentação dos dados³, reunidos e organizados pela postuladora da causa, Irmã Célia⁴, descobrimos que tal evento ocorreu no Hospital Santa Juliana, na cidade de Rio Branco (AC), no dia 10 de junho de 1992, e tratou-se da cura física de uma menina nascida em 5 de junho daquele mesmo ano, chamada Elena. No momento de seu nascimento, a médica obstetra Nair constatou uma espécie de “massa cefálica não definida” (*FATTISPECIE CRONOLOGICA*, p.3; *SUMMARIUM*, p.50, tradução nossa), o que acarretou na realização de um parto cesariano para que se evitasse maiores complicações. O diagnóstico foi dado à família no mesmo dia, pela médica obstetra e pelo neurocirurgião Roberto. Diagnosticou-se “meningo-encefalocele occipital de grande porte” (*FATT*, p.4; *SUMM.*, p.108). O prognóstico era grave e a cirurgia deveria ser realizada com rapidez.

No entanto, a cirurgia só foi realizada ao quinto dia de vida da recém-nascida. Ocorreram complicações para se encontrar o tipo de sangue necessário, por ter sido a menina também diagnosticada com anemia por um dos exames de sangue realizados. Além disso, houve complicações de condições materiais para a realização da operação: a cirurgia ocorreria no dia 8 de junho, no entanto por conta de uma queda de energia do hospital, ela teve de ser adiada para o dia seguinte (*FATT.*, p.8-10).

A cirurgia finalmente ocorreu no dia 9 de junho, realizada pelos neurocirurgiões Roberto e Pedro, em companhia da anestesista Giovanna. O procedimento durou em torno de duas horas, tendo sido realizada a ressecção do tecido neoformado e a cirurgia plástica da região afetada. Apesar do risco que a cirurgia envolvia, o resultado foi considerado “satisfatório” (*FATT.*, p.10-12). Uma hora após a cirurgia, a paciente apresentou hipertermia que foi controlada através da medicação de dipirona. No dia seguinte ao procedimento operatório, a paciente sofreu de crises convulsivas, que foram controladas via medicação, e de uma parada cardiovascular, que também foi controlada graças a manobras de reanimação. No entanto, o caso era grave: os médicos consideravam que as crises convulsivas menos de 24 horas após a cirurgia eram um sinal de alerta. A família decidiu batizar a recém-nascida, com medo de que o pior ocorresse. No momento do batismo, a avó de Elena decidiu apelar pela intercessão de Madre Paulina na melhora clínica de sua neta. Após esse momento, sua condição de saúde começou a melhorar dia após dia, e a recém-nascida recebeu alta do hospital no dia 17 de junho (*SUMM.*, p.15-25).

DA CONTROVÉRSIA À EVIDÊNCIA

Através da análise dos laudos periciais e dos relatórios das duas *Consultas Medicas*, uma problemática interessante aparece: a questão da promulgação da cura. Aqui, os trabalhos da filósofa Annemarie Mol (1999; 2002) são importantes na medida em que, ao proporem que as práticas médicas cotidianas não apenas representam a realidade de uma doença, mas efetivamente promulgam (*enact*) essa realidade, ela estabelece uma noção performativa da realidade e um entendimento de que práticas distintas promulgam realidades também distintas. De fato, os peritos são convidados a elaborar seus laudos não apenas focalizando a cura em si, mas também atribuindo diagnósticos e prognósticos para o caso clínico. Os dois primeiros médicos que analisaram o caso na fase romana do processo (Paolo e Enzo) concordaram, em seus laudos, com os exames e relatórios apresentados pelos dois peritos *ab inspectione*⁵ que examinaram a menina em março de 1994: tanto Marcos quanto Antônio produziram relatórios de exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética, em que afirmaram que os resultados obtidos através desses instrumentos de análise são compatíveis com a doença de Arnold-Chiari de tipo II (*SUMM.*, p.63 e p.90-91). No entanto, há uma diferença importante nos laudos dos dois peritos do Vaticano: enquanto Paolo fez referência à literatura médica para afirmar que, após a cirurgia, 20% dos pacientes afetados por essa doença deixaram de apresentar sintomas e que ainda deveria se esperar mais alguns anos para que se pudesse atribuir uma conclusão definitiva (*IUDICIUM MEDICUM LEGALE. PAOLO*, p.3), Enzo enfatizou que a demora para a realização da cirurgia foi um complicador de um prognóstico complexo – como exposto por testemunhos –, e que a ausência de sequelas até o momento da produção do laudo, “parece difícil de explicar” (*IUD. ENZO*, p.6, tradução nossa).

Diante dos exames periciais realizados pelos dois médicos, a postuladora decidiu solicitar à *Congregação para as Causas dos Santos* a nomeação de um terceiro perito que pudesse examinar o suposto milagre. O médico nomeado para tanto fora Guido. Se em seu primeiro laudo ele cobrou por maiores documentações e informações a respeito da cirurgia ocorrida e do tipo de tecido que fora retirado no procedimento, em seu segundo

laudo – em resposta às informações obtidas e compartilhadas pela postuladora –, Guido deu seu diagnóstico: “Meningoencefalocele constituído de tecido nervoso 'Heterotópico'.” (*IUD. SUP. GUIDO*, p.2, tradução nossa). Sua justificativa se deu com base nas respostas oferecidas pelo neurocirurgião que realizou o procedimento, Roberto, e com base no desenho feito pela anestesista Giovanna. Este diagnóstico foi considerado por Guido como sendo perfeitamente resolvido através de uma boa intervenção cirúrgica, elogio feito por ele aos médicos clínicos.

O que emerge a partir destes distintos diagnósticos é uma controvérsia médica: *é possível se falar de duas doenças distintas e ainda se dar uma conclusão a respeito da cura?* Duffin (2009) aponta que questionamentos realizados pelos peritos a respeito dos diagnósticos e modos de tratamento realizados pelos médicos clínicos são comuns aos documentos do Vaticano. Porém, se um caso clínico gerou alguma controvérsia médica em sua avaliação, raramente ele se tornou o milagre final de um processo. Esse de fato parece ser o caso apresentado aqui, uma vez que, junto aos diagnósticos que instituem doenças distintas, seus efeitos se espraiam e provocam uma *interferência* no julgamento dos peritos frente a intervenção cirúrgica (MOL, 1999, p.81): enquanto Enzo reforçou (em seu laudo pericial e na *Consulta Medica* de 2000) o caráter extraordinário da cura em razão da demora na realização da cirurgia, quando a literatura médica se recomenda que ela seja realizada o mais rápido possível em um diagnóstico de malformação de Arnold-Chiari de tipo II (*IUD. ENZO*, p. 4-5), Guido, com base em seu diagnóstico de “Meningoencefalocele constituído de tecido nervoso 'Heterotópico’”, demonstrou incompreensão frente a tomada de decisão dos médicos clínicos em realizar uma intervenção cirúrgica de emergência: “Isso poderia muito bem ser adiado porque a lesão, embora fosse distrófica, estava coberta de pele normal: havia todo o tempo para fazer exames mais completos.” (*RELAZIONE 1996*, p.4, tradução nossa). Ao analisarmos o relatório da *Consulta Medica* de 1996, descobrimos que o diagnóstico de malformação de Arnold-Chiari de tipo II “vence” a disputa pelo diagnóstico com quatro integrantes contra o diagnóstico de Guido. No entanto, o ponto de consenso dessa reunião orbitou em torno da necessidade de se esperar até a menina completar 10 ou 11 anos de idade para que se pudesse confirmar o diagnóstico de uma cura não apenas rápida e completa (conforme os testemunhos e exames médico-científicos apontavam, segundo o exame dos participantes da reunião), como também duradoura (*RELAZIONE 1996*, p. 4-5).

Novos exames médicos foram realizados com Elena e enviados ao Vaticano, e uma nova *Consulta* foi realizada em 14 de dezembro de 2000. Embora o médico perito Paolo tenha falecido antes da realização da nova reunião, a nova composição da *Consulta* – que ainda contou com os conflitantes Enzo e Guido – manteve o julgamento de que a criança apresentara uma cura rápida e completa, e confirmou que os relatórios médicos enviados ao Vaticano apresentavam o estado da paciente como saudável e sem sequelas, portanto, duradoura. O “cântico litúrgico”, de que fala Duffin ao se referir a essas três palavras que compõem a conclusão da *Consulta*, foi definido. Porém, faltavam ainda duas questões fundamentais: o diagnóstico que promulgava realidades de doenças distintas e seu efeito no estabelecimento da explicabilidade ou inexplicabilidade científica da cura.

A rápida melhora e a ausência de sequelas para uma cirurgia invasiva em uma criança de 5 dias de idade de fato eram argumentos importantes na composição de uma cura inexplicável cientificamente. No entanto, isto não parecia ser suficiente para Guido, segundo a relação da *Consulta* de 1996: “[o]s cirurgiões foram muito bons, mas também sortudos. O perito, portanto, não considera o caso inexplicável.” (*RELAZIONE 1996*, p. 4, tradução nossa). Na solução de tal impasse – salientado nas posições contrastantes de Enzo e Guido –, uma nova entidade que já havia aparecido em alguns laudos é convocada para tornar evidente a inexplicabilidade da cura: *as condições materiais do hospital*. Em

seu segundo laudo, Guido foi enfático ao prenunciar um elemento importante da composição da cura:

As únicas coisas que podem me fazer pensar em um fato sobrenatural são: 1) as graves condições pré-operatórias da paciente (além da documentação, não bem especificada); 2) a precariedade do ambiente em que foi efetuada a cirurgia. Precariedade, destacada pelos profissionais desse hospital, que compromete o resultado de uma boa operação cirúrgica. (IUD. SUP. GUIDO, p. 2-3, tradução e grifo nossos).

Como aponta Duffin, o uso de um tratamento desaconselhável ou anacrônico já serviu como evidência do caráter extraordinário de uma cura (DUFFIN, 2009, p. 132). Se a demora para a realização da cirurgia não é um ponto de consenso suficiente para os peritos – na medida em que desencadeia uma controvérsia –, as condições materiais do ambiente operam enquanto o ponto de consenso para todos na possível realização de uma operação cirúrgica: a eficácia da cirurgia é posta em suspeita pela falta de estrutura material necessária para sua boa execução. De fato, as condições do ambiente hospitalar são retomadas na *Consulta* de 2000 por três peritos distintos e nas conclusões finais, como um elemento persuasivo no diagnóstico da inexplicabilidade científica da cura (*RELAZIONE 2000*, p. 3-5). Nesse sentido, as condições materiais entram no processo de verificação como um objeto *robusto* o suficiente para produzir a evidência necessária da inexplicabilidade científica, atuando em conjunto com o atraso da cirurgia na elaboração final sobre o modo de tratamento: “Inadequado pela situação ambulatorial, atraso na operação cirúrgica (5 [votos] de 5 [possíveis])” (*REL. 2000*, p. 6).

A NARRATIVA E OS OBJETOS

Quando analisamos os documentos vinculados na seção *Summarium* da *Positio* de Madre Paulina, notamos a presença de uma série de entidades heterogêneas: se os testemunhos de médicos/as, enfermeiras e familiares abundam (4 familiares, 4 enfermeiras, 2 religiosos ordenados e 7 médicos/as), também se encontram relatórios de exames clínicos realizados por médicos peritos, relatórios e imagens de exames encefalográficos, relatórios de exames de tomografia computadorizada cerebral, relatórios de exames de ressonância magnética cerebral, exames de sangue, exames de urina, prontuários médicos e exames laboratoriais do hospital em que Iza Bruna esteve internada (*SUMM.*, p.3-5).

Apesar de vermos uma espécie de correlação da quantidade de tipo de material dos testemunhos e dos documentos médicos nessa breve listagem do que compõe a *Positio*, é interessante notar que as menções feitas pela postuladora na composição da *Informatio* e *Fattispecie cronologica* na construção de uma narrativa inteligível e persuasiva são, em sua grande maioria, referências a testemunhos, laudos médicos periciais e relatórios da *Consulta Medica* ou de exames médicos. Pode-se argumentar, com razão, que o trabalho da postuladora se dá exatamente na produção dessa inteligibilidade, e que a composição de seu relato com base em outros relatos escritos ou falados possibilita que ela produza uma narrativa com um sentido que possa ser compartilhado por quem lê sua cronologia histórica, construída em torno de seu ordenamento. Ao retomarmos as referências feitas por ela aos documentos médicos, esse argumento parece ganhar mais força: de fato, suas menções se fazem em torno dos prontuários médicos do hospital, apoiando as instâncias narrativas que seu relato busca nos testemunhos que reconstroem a história do evento. Quando ela apresenta o diagnóstico, por exemplo, retoma o prontuário de admissão da paciente em que consta os dados da recém-nascida e o primeiro diagnóstico dado oficialmente: “Paciente com meningo encefalocèle occipital de grande porte” (*SUMM.*, p.108). Ao mesmo tempo, essa

retomada do prontuário é seguida por trechos de testemunhos de médicos que participaram desse primeiro momento da internação da paciente, dando seus diagnósticos congruentes com o escrito no prontuário. O mesmo movimento ocorre quando a postuladora retoma o prontuário médico que descreve as convulsões sofridas pela recém-nascida e logo em seguida apresenta trechos de testemunhos que relatam as mesmas crises convulsivas.

Dito isso, apesar da possibilidade de uma análise calcada na produção de sentido pela postuladora, meu argumento caminha em um sentido distinto: em vez de se partir do texto produzido por ela, devemos partir dos documentos a que ela decide *não* fazer referência para entendermos o que está em jogo. Quais os agenciamentos que são realizados por imagens de exames de eletroencefalograma, exames de sangue e outros objetos médico-científicos que foram deixados de lado na elaboração de sua narrativa? Quais são os efeitos desses objetos? A atenção metodológica dada aos documentos que a postuladora não faz referência parte de um ponto em comum entre ela e o autor deste texto: a ausência de uma iniciação teórica e prática nas ciências médicas. Esse traço em comum entre um estudante de antropologia e uma religiosa ordenada pode soar trivial em um primeiro momento. No entanto, de um ponto de vista analítico, a ausência compartilhada da expertise em questão se mostra decisiva na experiência de leitura da *Positio*.

A EXPERTISE MÉDICA NO MILAGRE

Quando nos deparamos com uma imagem do exame de eletroencefalograma (*SUMM.*, p.68) anexada à *Positio*, percebemos que a tradução das atividades cerebrais em gráficos objetivos de captura dessas atividades não pode ser lido por qualquer um: falta algo para que consigamos apreender a imagem. Ao invés da imagem, podemos voltar algumas páginas e encontrar o relatório escrito pelo médico perito *ab inspectione* Marcos a respeito do exame encefalográfico mencionado. Lá, em vez da inacessibilidade de um fenômeno apresentado a nós via imagens, podemos deslumbrar uma descrição de conclusão parecida com as quais a postuladora se utilizou, e que, em conjunto com as próprias imagens do exame encefalográfico, promulgam uma realidade específica: “*Conclusão*: Tratado Eletrencefalografico normal em sono, vigília e ativado pelos métodos acima descritos.” (*SUMM.*, p.64, grifo do autor). Assim, ainda que nesse mesmo relatório haja descrições do exame que continuam inacessíveis, é a conclusão dada pelo perito-médico que permite que o estado dos sinais cerebrais seja estabelecido como *normal*.

Para que pudéssemos prescindir do relatório do perito na apreensão da imagem, a expertise médica seria necessária. Aqui, o trabalho dos historiadores da ciência Lorraine Daston e Peter Galison (2007) é importante na medida em que oferece um aporte histórico a respeito da emergência da figura do *expert* e nos permite pensar a atuação desses sujeitos no processo eclesiástico. Parte de seu estudo se direciona nesse deslizamento da virtude epistêmica⁶ central para as práticas científicas europeias do século XIX, para uma mais recente que começou a tomar forma no começo do século XX: trata-se do deslizamento da *objetividade mecânica* para o *julgamento treinado*. Esse processo histórico se dá através do questionamento das promessas de um self científico que pregava a contenção de sua subjetividade e de seu conhecimento em prol da objetividade mecânica, apontando o esgotamento de um projeto de ciência calcado apenas nos resultados produzidos por instrumentos objetivos de captura da natureza. De fato, em lugar da autovigilância e da problematização da subjetividade do cientista, o *julgamento treinado* molda um novo tipo de self: a figura do expert emerge historicamente. Agora o cientista pode visualizar padrões de categorias anteriormente negados em prol dos resultados “puros” das máquinas e instrumentos. Não se trata aqui

da negação desses resultados objetivos, mas sim de uma espécie de complemento providenciado pelo expert.

Ao mesmo tempo, se os objetos promulgados não vêm sozinhos, mas “trazem consigo modos e modulações de outros objetos” (MOL, 1999, p.81; tradução nossa), minha aposta é pensar que as imagens e exames que compõem a documentação da *Positio* – e que não foram citados pela postuladora –, *agenciam a necessidade do sujeito expert* (dotado da expertise) *na composição e promulgação das realidades* em questão. Meu entendimento do que seria essa expertise e seu detentor baseia-se, portanto, não apenas em uma noção da constituição do expert como um sujeito socialmente autorizado a desempenhar certas funções em determinados contextos⁷, mas também na exigência pela qual o processo de verificação e análise de objetos do conhecimento faz para determinados sujeitos do conhecimento.

O caso do eletroencefalograma é paradigmático, uma vez que demonstra a relação ainda mais imbricada entre a prática médica e o *juízo treinado*, além de se encontrar em meu próprio material de análise. A respeito dele e dos resultados objetivos que o eletroencefalograma produzia, Daston e Galison dizem que o diagnóstico apropriado só poderia ser alcançado através da aprendizagem da expertise necessária ao neurologista, no estabelecimento de um *olhar treinado* (DASTON; GALISON, 2007, p.329). É essa dimensão do *olhar treinado* que me interessa quando digo da necessidade da expertise na constituição da relação entre perito e evidência. Não se trata apenas de um conhecimento exterior ao sujeito, mas do que Mol chama de conhecimento incorporado (2002; p.48) e de sua relação na constituição do próprio expert. Seja no caso de um gráfico produzido por um eletroencefalograma ou nos resultados de um exame de sangue, é nesse sentido em que, por si só, os resultados de exames clínicos utilizados como provas não podem estabelecer um diagnóstico ou uma conclusão: o sujeito do conhecimento se faz necessário em sua promulgação. Ou, nas palavras dos historiadores da ciência: “Apenas o olhar julgador poderia colher a lesão patológica”⁸ (DASTON; GALISON, 2007, p.346, tradução nossa).

Quando retomamos as críticas feitas por Guido na sessão de seu laudo pericial, tomamos conhecimento que o perito demandou por um relatório detalhado sobre a intervenção cirúrgica praticada e um exame histológico do material que fora removido cirurgicamente: “não há nenhuma menção à descrição da intervenção na documentação fornecida.” (IUD. GUIDO., p.1-2, tradução nossa). Ainda que os relatórios instituíam uma realidade via a intervenção do médico coordenador (MOL, 2002) na formulação de um diagnóstico ou de uma conclusão, é importante ressaltar que o objeto requisitado por Guido é colocado em questão pela sua própria expertise: é possível que ele discorde das conclusões e do diagnóstico (e ele de fato o faz em alguns momentos). Um outro momento dessa demanda é encontrado na relação da primeira *Consulta Medica*, realizada em 24 de outubro de 1996. Nesse relatório encontramos uma crítica elaborada, ao que parece, pelo perito Paolo, a respeito da insuficiência de objetos dispostos para a análise: “Os documentos sobre os quais um julgamento deve ser feito estão incompletos.” (RELAZIONE 1996., p. 3, tradução nossa).

A questão do acesso ao corpo pode então ser desdobrada de uma outra forma. Se por um lado os peritos *ab inspectione* possuem à sua disposição clínica o corpo da suposta miraculada para a realização de exames que ajudem na determinação da dimensão durável da cura, produzindo assim novos mediadores, os peritos convocados na fase romana do processo eclesiástico acessam o corpo miraculado exclusivamente pelos resultados dos exames médicos e pelos relatórios dos peritos locais. De fato, em uma semelhança à descrição feita pelo antropólogo Bruno Latour e pelo sociólogo Steve Woolgar do processo de construção de um fato científico em um laboratório (1997), o corpo da menina em si mesmo vai dando lugar a uma série de mediações reunidas na

documentação da *Positio*. Assim, a ausência desses objetos estabelece uma espécie de curto-circuito⁹ no trabalho dos peritos da fase romana: não há o que ser analisado, uma vez que não há objetos para que o sujeito do conhecimento desempenhe sua função.

CONCLUSÃO

Portanto, gostaria de concluir reafirmando tanto o caráter da exigência mútua estabelecida entre o objeto e o sujeito do conhecimento, quanto a transformação desse objeto em evidência, através de uma relação de verificação estabelecida entre esses dois ou mais termos. Na ausência da expertise necessária ao sujeito, ou do exame médico que possa ser entendido como uma evidência, o curto-circuito é instaurado. Ao mesmo tempo, foi através deste percurso metodológico que privilegia a materialidade dos exames médico-científicos que, atento ao percurso global que o documento institui, pretendi descrever brevemente o movimento no qual os laudos periciais e as reuniões entre peritos na *Consulta Medica* vão compondo, através do enredamento de diversos mediadores, a promulgação de uma realidade onde a cura é estabilizada como rápida, completa, duradoura e inexplicável.

NOTAS

¹ Agradeço à Irmã Roseli Amarin pela confiança em compartilhar este documento e ao Serviço de Apoio ao Estudante/SAE UNICAMP pelo financiamento desta pesquisa. Este texto é resultado de uma versão inicial apresentada como trabalho final na disciplina “Antropologia e etnografia das materialidades”, ministrada por Adriano Godoy e Lis Blanco no curso de graduação em Ciências Sociais pela UNICAMP. Sou grato a eles pelas aulas e por toda a ajuda. Também agradeço a Rodrigo Toniol e Giovanna Paccillo, que foram essenciais no desenvolvimento deste artigo. Por fim, agradeço a Milton Bortoleto pelos comentários feitos a uma versão anterior deste texto.

² “A legislação define dois momentos processuais: o diocesano e o da Congregação para as Causas dos Santos, chamado romano. O primeiro é realizado na diocese em que ocorreu o fato prodigioso. O bispo abre a instrução sobre o presumido milagre, em que são reunidos os depoimentos das testemunhas oculares interrogadas por um tribunal devidamente constituído e a documentação médica e instrumental completa relativa ao caso. No segundo momento, que se abre depois do encerramento do inquérito diocesano, a Congregação examina o conjunto de documentos enviados e uma eventual documentação suplementar, e depois pronuncia o juízo sobre o mérito da questão.”. Retirado de: < http://www.30giorni.it/articoli_id_19028_16.htm >. (Acessado em: 13/04/2018).

³ Trata-se das seções *Informatio* e *Fattispecie cronologica* da *Positio* (2001). Passarei a me referir às seções nas referências.

⁴ Devido à evidente dimensão ética envolvendo os documentos médicos, optei pela utilização de pseudônimos.

⁵ “Art. 109 - § 1. Se o miraculado ainda é vivo, deve ser visitado separadamente por dois Médicos Periciais. Estes chamam-se Médicos Periciais *ab inspectione*. (...) Art. 110 - § 1. Os dois peritos *ab inspectione* só devem verificar, com todos os meios clínicos e técnicos, o estado actual de saúde do presumível miraculado, tendo em especial atenção a patologia da qual foi curado, para constatar o actual estado de saúde da pessoa curada e a duração da cura.”. Retirado de: < http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/csaints/documents/rc_con_csaints_doc_20070517_sanctorum-mater_po.html >. (Acessado em: 13/04/2018).

⁶ Para os autores, a noção de virtude epistêmica se refere às “normas que são internalizadas e reforçadas pelos apelos e valores éticos, assim como à eficácia pragmática em assegurar o conhecimento.” (DASTON; GALISON, 2007, pp.40-41, tradução nossa).

⁷ Por se tratar de um documento jurídico, ele já está anteriormente orientado por relações de poder que instituem tanto a exigência dos peritos médicos quanto da documentação médica de

análise. No entanto, meu intuito nesse trabalho não é descrever essa constituição do processo, mas sim ver como se dá a efetiva realização dele.

⁸ A relação com o trabalho de Michel Foucault sobre o olhar médico é evidente nessa passagem (2011).

⁹ Entendo por curto-circuito o momento no qual, por algum motivo, uma rede sociotécnica deixa de funcionar como anteriormente prevista. Nesse sentido, me inspiro nas situações apresentadas pelo texto programático do sociólogo John Law (1992).

REFERÊNCIAS

DASTON, Lorraine; GALISON, Peter. *Objectivity*. New York: Zone Books, 2007.

DUFFIN, Jacalyn. The Doctor Was Surprised; or, How to Diagnose a Miracle. In: *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 81, no.4, 2007, p.699-729.

_____. *Medical Miracles: Doctors, Saints, and Healing in the Modern World*. New York: Oxford University Press, 2009.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

LAW, John. Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy, and Heterogeneity. In: *Systems Practice*, vol.5, n.4, 1992, pp.379-393.

MOL, Annemarie. Ontological politics: A word and some questions. In: *The Sociological Review*, vol. 47, 1999, p. 74-89.

_____. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press, 2002.

WOODWARD, Kenneth L.. *A fábrica de santos*. São Paulo: Siciliano, 1992.

DOCUMENTO ANALISADO

CONGREGATIO DE CAUSIS SANCTORUM. *Canonizationis Beatae Pailinae a Corde Iesu Agonizante: Positio Super Miraculo*. Roma: Tipografia Guerra, 2001.