



## ***DESESQUECIMENTO: SOBRE A ESCOLHA DO MATERIAL CLÍNICO NA PESQUISA FONOAUDIOLÓGICA***

*Maria Claudia Cunha<sup>\*</sup>*

Meados dos anos 80, e eu às voltas com a metodologia a ser utilizada em minha dissertação de mestrado. Já havia tomado algumas decisões: para discutir as noções de normal e patológico no campo fonoaudiológico, trabalharia com material empírico obtido por meio de entrevistas abertas com pacientes, pais e fonoaudiólogos. E os resultados seriam analisados qualitativamente, segundo o critério de convergências e divergências de opiniões manifestas pelos entrevistados.

Mas restava ainda uma questão: quem seriam os entrevistados? Em outras palavras – nas clássicas do discurso científico – como seria feita a “seleção dos sujeitos”?

---

\* Fonoaudióloga, professora associada da Faculdade e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP.

Com essa dúvida, apresentei-me ao exame de qualificação, no qual me foi, objetivamente, sugerido que utilizasse minha subjetividade como critério. A idéia era que eu buscasse esses “sujeitos” no arquivo das memórias da minha experiência profissional.

Assim, dediquei-me ao exercício do desesquecimento. Quem eu gostaria de ouvir? Feitas as escolhas, passei para a etapa seguinte: será que essas pessoas se disporiam a falar? De suas disponibilidades ou recusas, pensei, seria possível aferir a fidedignidade dos “dados”, apesar da forma heterodoxa.

Com a aceitação unânime dos convites, o trabalho foi se desenvolvendo numa perspectiva epistemológica em que a possível neutralidade da pesquisadora e a dicotomia sujeito-objeto do conhecimento estavam descartadas.

Naquele momento, a polêmica questão do estatuto científico da fonoaudiologia traduzia-se por uma autocrítica generalizada: a de que os fonoaudiólogos eram incapazes de teorizar sobre suas práticas. Daí um misto de inveja e subserviência às áreas afins, como a lingüística, a psicologia, a medicina (a rigor, a biologia), às quais caberia pensar, enquanto que a nós caberia fazer – tarefa de “segundo escalão”.

Foi necessário um tempo histórico para ressignificar esse pressuposto, para desconstruir a idéia de uma relação hierárquica entre teoria e prática fundada na primazia da objetividade teórica sobre a subjetividade dos atos clínico-terapêuticos.

Em outras palavras: foi preciso assimilar a diferença conceitual entre método científico e método clínico, o primeiro como o caminho para se produzir teorias, o segundo como uma forma de ação que se articula indissociavelmente com elas. E, assim, admitir que, se desejássemos estabelecer alguma hierarquia no campo clínico-terapêutico, esta deveria ser expressa pela supremacia da prática sobre as teorizações, e não o contrário. E para tal, o critério não seria de valoração, mas de continência, a saber: para agir, o fonoaudiólogo necessitaria de teorias e de técnicas.

Nessa dinâmica, viabiliza-se a produção de conhecimentos, o que nos remete à temática central deste artigo: como selecionar o material clínico a ser utilizado na pesquisa fonoaudiológica? Assumindo a perspectiva de que dele partimos, e a ele retornamos com nossas formulações teóricas é que sugiro essa

reflexão. Ou seja, não pesquisamos para aprender a pesquisar, mas por nos depararmos com algum vazio no encontro com nossos clientes. Winnicott (1989, p. 10) diz melhor: “a existência do vazio é o estímulo para o trabalho. O cientista pode se permitir uma espera e se permitir ser ignorante”.

Iniciei com o relato de uma experiência pessoal para ilustrar a idéia de que o conhecimento científico produzido num campo clínico é, a um só tempo, objetivo e subjetivo porque resulta de uma relação, de um vínculo interpessoal. Assim, ele sempre revela uma dupla face: a que fala do objeto de estudo e a que fala do sujeito que dialoga com ele.

Dito isso, insisto no aspecto fundamental dessa reflexão: quando nos propomos construir um objeto de pesquisa, esse processo se inicia com algumas perguntas sobre a realidade. Para exemplificar, novamente, vou referir-me à minha trajetória. No mestrado, indagava sobre a conceituação de normalidade e patologia quanto aos problemas da linguagem; no doutorado, sobre a relação dos mesmos com o funcionamento psíquico. Ora, essas perguntas não ocorrem, necessariamente, somente a um fonoaudiólogo; até mesmo um leigo pode formulá-las, na medida em que todos nós compartilhamos conhecimentos sobre o mundo.

A mãe de um cliente nos diz que só agora resolveu buscar a nossa ajuda porque achava que até certa idade aquelas “trocas de letras para falar” eram normais... O paciente afirma que gagueja quando fica nervoso, afirmando ter “problemas psicológicos”... Nos dois casos, não estamos diante de fatos “reais”, mas de interpretações sobre os mesmos.

Então, o que leva o pesquisador a recortar na sua experiência clínica este ou aquele material e elegê-lo como objeto de investigação científica, com vistas a buscar explicações para além do que todo o mundo já sabe?

Se, como venho afirmando desde o início, essas escolhas não são neutras, seria contraditório que eu me arvorasse agora a categorizá-las. Portanto, vou ater-me à análise de aspectos suficientemente amplos que configuram opções metodológicas.

Para tal, é preciso fazer mais uma aferição conceitual, a saber: a distinção entre as instâncias clínica e clínico-terapêutica no campo fonoaudiológico. A primeira resulta da adoção do método clínico que, como já foi dito, constitui-se

numa forma de agir que articula teoria(s) e técnica(s). A segunda pressupõe a adição de um terceiro elemento: o *setting*, conjunto de parâmetros têmporo-espaciais no qual se construirá a relação terapêutica.

Nesta perspectiva, afirmo (já computando possíveis discordâncias) que todo fonoaudiólogo é um clínico, dada a sua formação acadêmico-profissional. Mas nem todos optam por ser terapeutas. E isso, certamente, não implica qualquer tipo de valorização de uns em relação aos outros.

Explícito: assessorar um grupo de teatro na preparação vocal, fazer avaliações audiológicas, proceder às chamadas “triagens escolares”, visando detectar problemas de linguagem, etc., são atos clínicos. E deles podem até brotar processos terapêuticos, caso clientes e clínicos decidam por isso.

Ilustro minha última afirmação com uma lembrança familiar. Há alguns anos, meu avô – criatura terna embora de gênio indomável – acatou a minha insistente sugestão de submeter a compra de seu próximo aparelho de amplificação sonora à orientação de uma colega fonoaudióloga da maior competência.

Portador de uma progressiva perda de audição desde a adolescência, nos últimos tempos e após muita resistência, tinha capitulado ao uso do aparelho, o qual, sistematicamente como era do seu feitio, sempre adquirira por meio dos serviços convencionalmente prestados pelos fabricantes.

Passou, então, a frequentar o consultório dessa colega com a frequência e a regularidade necessárias ao procedimento. Confesso que me surpreendi com a disponibilidade e a motivação com as quais ele ia ter com a “doutora” (sic). Terminado o processo de indicação, relativamente longo, dadas as dificuldades técnicas enfrentadas, deu-se o encontro final, já que o aparelho estava cuidadosamente adaptado.

Ocorre que, para o meu avô, o processo não estava absolutamente concluído. Propôs à “doutora” que continuassem marcando as sessões, pois achava que as conversas com ela lhe faziam muito bem e lhe possibilitavam melhoras na comunicação com as outras pessoas. Uma demanda terapêutica estava instaurada.

Contudo, habitualmente, nem as demandas terapêuticas emergem dessa forma, isto é, a partir de uma intervenção clínica específica, nem essas intervenções objetivam tal continuidade, nem os processos terapêuticos são incompatíveis

com elas. E o campo fonoaudiológico tem amplitude suficiente para acolher ambas as instâncias, onde os desejos de profissionais e clientes têm lugar (também em ambas).

Marcadas as noções de métodos científico e clínico, e de instâncias clínica e clínico-terapêutica, podemos voltar à proposta específica desta reflexão.

Nas pesquisas de natureza essencialmente clínica, parece-me que o conhecimento produzido deve atender ao princípio da generalização, entendida aqui como possibilidade de compartilhá-lo e replicá-lo no tempo e no espaço. E não vejo porque temê-la em nome de preconceituosos e ingênuos argumentos anti-cientificistas.

Se assumirmos, de fato, o dualismo objetividade-subjetividade como indissociável do ato clínico, não há porque insinuar o caráter “dessubjetivado” de um certo tipo de pesquisa fonoaudiológica.

Aqui me refiro especificamente aos trabalhos que dão ao material clínico um tratamento quantitativo e, no limite, estatístico, no qual, aparentemente, os sujeitos de pesquisa diluem-se em gráficos e tabelas. Dependendo, isto sim, da postura epistemológica e ética do pesquisador, esses mesmos sujeitos se re-encarnam mais adiante ao alimentar as bases teóricas do método clínico; este sim sempre a serviço de um outro que, cotidianamente, nos expõe a singularidade da sua dor.

São estudos dessa natureza que nos apontam, por exemplo, para os benefícios do consumo de água para a saúde vocal e para a elaboração de procedimentos para a detecção precoce dos problemas da audição. Enfim, para o aprimoramento do método clínico fonoaudiológico, criando e rompendo paradigmas.

Porém, pensemos agora numa outra dimensão dessa clínica, a saber, a da experiência terapêutica. Com isso, não pretendo opor grandes experiências a pequenas, no caso construções teóricas baseadas numa multiplicidade de casos submetidos a um tratamento quantitativo *versus* aquelas formuladas por um caso único. Esse impasse não me parece pertinente a um campo clínico como a fonoaudiologia.

O fato é que um terapeuta teoriza a partir de uma experiência relativamente restrita e, mais uma vez, não estamos tratando de hierarquizações. Isso equivaleria a

uma espécie de representação megalomaníaca de que a ciência tem que ser universalizada. A ciência é um campo, um recorte particular de objetos, e os cientistas criam seus grupos de intercâmbio, de interlocução, em que sua experiência diz alguma coisa. (Birman, 1994, p. 24)

Disto decorre também a não oposição entre verdadeiro e falso. A experiência vivida numa clínica da linguagem não nos permitiria tal postura, na medida em que o material empírico produzido pelo par terapêutico é sempre um conjunto de representações. Ao se acomodar entre dois pólos, o intersubjetivo e o intrapsíquico, esse material, essencialmente dialógico, torna-se irreduzível a esse tipo de classificação.

Assim, quero sustentar o argumento de que, logo ao recortar da experiência terapêutica o material que será utilizado para pesquisa – seja um caso ou fragmentos de vários casos clínicos – o fonoaudiólogo assume um lugar de intérprete, já atuando, portanto, num foco de tensão entre a empiria e a arbitrariedade.

Essa idéia se inspira em Birman, a propósito do campo psicanalítico, naquilo que o autor chama de um certo estilo de falar “por lapsos... Numa experiência de ordem ética e estética, exatamente porque deve produzir um estilo singular” (1997, p. 27).

Nessa perspectiva, vale dizer, a própria escrita clínica é, em si mesma, um exercício terapêutico. Isto porque possibilita ao terapeuta a lida com conteúdos contratransferenciais, a saber, o conjunto de suas reações inconscientes, particularmente em relação aos conteúdos transferenciais do cliente.

Além disso, é desejável que esse texto produza algum efeito no leitor, algo da ordem do indizível, que lhe permita ressignificá-lo. Assim, a literalidade dá lugar à polissemia, reiterando a natureza subjetiva do material dialógico construído pelo par terapêutico.

Resta ainda tocar num aspecto que considero intrigante. Como já foi dito, é do universo de nossa experiência que recortemos material clínico para a pesquisa. Quando esse material remete a processos terapêuticos, podemos afirmar

que se trata de experiência ampla, embora nem sempre quantitativamente “grande”. Insisto nesse ponto, a partir também de minhas experiências acadêmicas: não é raro deparar com pesquisas relevantes desenvolvidas por terapeutas pouco experientes.

De qualquer forma, persiste a questão: qual o material a ser privilegiado? O que melhor ilustra e sustenta as formulações teóricas enunciadas? O que sugere novas indagações? Aquele sobre o qual dispomos de registros mais sistematizados?

Acho que todas essas perguntas ocorrem ao pesquisador em busca de seu procedimento. Mas, gostaria de chamar atenção para o seguinte: a) faz diferença escolher material relativo aos clientes já atendidos ou em atendimento? b) é necessário dispor da materialidade de registros (gravações em cassete e/ou vídeo, anotações escritas)?

Junto as duas indagações para formular uma terceira: no que consistiria a memória do terapeuta? E, para tal, proponho uma reflexão a propósito da escuta terapêutica.

O fonoaudiólogo de “duas orelhas”, como já me referi em trabalho anterior, ouve a palavra com uma e escuta seus sentidos com a outra. E agora adiciono mais um elemento a esse processo: ouve/escuta tanto melhor quanto menor for a sua preocupação em lembrar-se.

Sendo assim, um cliente não equivaleria à classificação tradicional de “sujeito de pesquisa” a ser “observado”, nem a análise da relação terapêutica poderia restringir-se aos registros “desencarnados” para posterior análise.

Portanto, recordar-se da própria experiência é, ao meu ver, critério essencial e, dito nos cânones do discurso científico, altamente fidedigno. É na atemporalidade dessas lembranças e nas marcas dos afetos que elas carregam que podemos também justificar nossas escolhas. O que não exclui, necessariamente, a utilização das variadas formas de registros; recursos compatíveis com a natureza longitudinal dos processos terapêuticos, que nos auxiliam a ressignificá-los e/ou compartilhá-los profissional e academicamente.

Mas, o que de fato importa é que, ao pesquisar, o terapeuta não deve ceder à tentação de querer saber tudo: nem sobre o cliente, nem sobre si mesmo. Ambos, desesquecendo-se, produzem conhecimento humano da melhor qualidade.

### **Resumo**

*Considerando, e explicitando, as diferenças entre as noções de método científico e de método clínico, e também entre as instâncias clínica e clínico-terapêutica, este artigo parte do pressuposto de que o conhecimento científico produzido num campo clínico emerge de um vínculo interpessoal: a relação terapêutica. Assim, recordar-se da experiência vivida com seus clientes é critério essencial e fidedigno a ser utilizado pelo terapeuta na seleção de material clínico para a pesquisa.*

**Palavras-chave:** objetividade, subjetividade, clínica.

### **Abstract**

*By considering and explaining the differences between the notions of scientific method and clinical method, and also between the clinical and clinical-therapeutic spaces, this article assumes that the scientific knowledge produced in a clinical field emerges from an interpersonal link: the therapeutic relationship. Thus, recalling the experience lived with his/her patients is an essential and reliable criterion that must be used by the therapist in the selection of clinical material for research.*

**Key-words:** objectivity, subjectivity, clinical.

### **Resumen**

*Considerando y explicitando las diferencias entre las nociones de método científico y método clínico; y también entre las dimensiones clínica y clínico-terapéutica, el presente artículo parte del supuesto de que el conocimiento científico producido en un campo clínico surge de una vinculación interpersonal: la relación terapéutica. Así, al recordar la experiencia vivida con los pacientes tenemos un criterio esencial y fidedigno, que puede ser utilizado por el terapeuta para la selección de material clínico para la investigación.*

**Palabras claves:** objetividad, subjetividad, clínica.

**Referências bibliográficas**

- BIRMAN, J. (1994). A clínica na pesquisa psicanalítica. *Psicanálise e Universidade*. Atas do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC-SP.
- WINNICOTT, D. W. (1989). “Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?”. In: \_\_\_\_\_ *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes.

*Recebido em ago/00; aprovado em set/00*