

A TERAPIA FONAUDIOLÓGICA E O USO DE MEDICAMENTO

Fabiana Gonçalves¹

 <https://orcid.org/0009-0001-1157-1293>

Resumo: O artigo explora a integração entre terapia fonoaudiológica e o uso de medicamentos em intervenções clínicas, destacando quando e como o apoio farmacológico pode ser apropriado ou não no desenvolvimento infantil. Inicialmente, a história e a regulamentação da Fonoaudiologia são discutidas, contextualizando seu papel na promoção e reabilitação da saúde comunicativa. A partir das teorias de Piaget e Skinner, analisa-se como o desenvolvimento infantil e a linguagem se constroem em um contexto social e biológico. Compreende também a criança como um "sujeito da linguagem," influenciada desde o nascimento pelos discursos e expectativas do "Outro". Ao abordar casos clínicos, evidencia-se o uso de medicamentos como um suporte cuidadoso e moderado, necessário em alguns casos para o manejo de sintomas intensos, enquanto ressalta a importância de garantir que o medicamento não substitua ou iniba o desenvolvimento subjetivo e relacional da criança. Outro destaque é a escuta ativa e o diagnóstico sensível, especialmente com crianças pequenas, para evitar diagnósticos e tratamentos medicamentosos prematuros que possam comprometer seu desenvolvimento psíquico e relacional. Assim, o fonoaudiólogo tem um papel central na criação de um ambiente que valorize a linguagem como elemento de integração e identidade pessoal, promovendo um desenvolvimento saudável com uma abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Medicamentos; Terapia; Desenvolvimento infantil; Linguagem.



¹ Fonoaudióloga pela Faculdade Integrada Norte do Paraná. Especialista em Educação Especial - Deficiência Mental. Atua na Clínica Interdisciplinar em Estimulação Precoce - Centro Lydia Coriat, FG - Consultório Fonoaudiológico LTDA - Londrina, PR, Brasil. E-mail:fabianafono@onda.com.br.

SPEECH THERAPY AND MEDICATION USE

Abstract: The article explores the integration between speech therapy and the use of medication in clinical interventions, highlighting when and how pharmacological support may or may not be appropriate in child development. Initially, the history and regulation of Speech Therapy are discussed, providing context for its role in promoting and rehabilitating communicative health. Drawing on Piaget's and Skinner's theories, the article examines how child development and language are constructed within a social and biological context. It also views the child as a "subject of language," influenced from birth by the discourses and expectations of the "Other." Through clinical cases, the article highlights the use of medication as a careful and moderate support, necessary in some cases for managing severe symptoms, while emphasizing the importance of ensuring that medication does not replace or inhibit the child's subjective and relational development. Another emphasis is on active listening and sensitive diagnosis, especially with young children, to prevent premature diagnoses and medication treatments that might compromise their psychological and relational development. Thus, the speech therapist plays a central role in creating an environment that values language as an element of integration and personal identity, promoting healthy development with a multidisciplinary approach.

Keywords: Speech therapy; Medication; Therapy; Child Development; Language.

LA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA Y EL USO DE MEDICAMENTOS

Resumen: El artículo explora la integración entre la terapia fonoaudiológica y el uso de medicamentos en intervenciones clínicas, destacando cuándo y cómo el apoyo farmacológico puede ser apropiado o no en el desarrollo infantil. Inicialmente, se discuten la historia y la reglamentación de la Fonoaudiología, contextualizando su papel en la promoción y rehabilitación de la salud comunicativa. A partir de las teorías de Piaget y Skinner, se analiza cómo el desarrollo infantil y el lenguaje se construyen en un contexto social y biológico. También se comprende al niño como un "sujeto del lenguaje", influenciado desde el nacimiento por los discursos y expectativas del "Otro". Al abordar casos clínicos, se evidencia el uso de medicamentos como un apoyo cuidadoso y moderado, necesario en algunos casos para el manejo de síntomas intensos, a la vez que se subraya la importancia de asegurar que el medicamento no reemplace ni inhiba el desarrollo subjetivo y relacional del niño. Otro aspecto destacado es la escucha activa y el diagnóstico sensible, especialmente con niños pequeños, para evitar diagnósticos y tratamientos con medicamentos prematuros que puedan comprometer su desarrollo psíquico y relacional. Así, el fonoaudiólogo tiene un papel central en la creación de un ambiente que valore el lenguaje como elemento de integración e identidad personal, promoviendo un desarrollo saludable con un enfoque multidisciplinario.

Palabras clave: Fonoaudiología; Medicamentos; Terapia; Desarrollo infantil; Lenguaje.

Introdução

Com o decorrer dos anos na atuação clínica passamos por várias questões a serem discutidas para o direcionamento terapêutico. Os profissionais que atuam nesta modalidade sempre estarão com diferentes questionamentos, um deles são os encaminhamentos a serem realizados, e o uso de medicamentos como suporte terapêutico, uma das questões a serem aqui discutidas e quando se faz necessário.

Então propomos uma reflexão da intervenção fonoaudiológica articulada com o uso de medicamento como efeito terapêutico. Faremos um breve resgate sobre a história da Fonoaudiologia, para contextualizar a formação do profissional e as atividades exercidas pela profissão, como surgiu e as implicações.

A profissão do fonoaudiólogo e a sua constituição

Segundo publicação do Conselho Federal de Fonoaudiologia, o Fonoaudiólogo é um profissional da saúde, de atuação autônoma e independente que exerce suas funções nos setores público e privado, é responsável pela promoção de saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiólogos da função auditiva periférica e central, função vestibular, linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala, sistema miofuncional orofacial, cervical e deglutição, podendo também exercer suas atividades de ensino, pesquisa e administrativa, além de ter atuação clínica, empresarial, escolar (escola especial e regular), hospitalar, dentre outros. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administração (CFF, 2007).

No início do século XX, Alexander Melville Bell, contribuiu para a profissão com o foco de técnica da fala, as primeiras clínicas surgiram nos Estados Unidos, promovendo a pesquisa e a prática clínica. Na década de 30, doutores em Psicologia, sob influência das experiências de Skinner e das teorias de Piaget, que estudavam a comunicação humana fundaram a primeira escola americana de Fonoaudiologia (Berberian, 1995).

A teoria de Piaget, conhecida como Epistemologia Genética, em que ele, como biólogo psicólogo, analisa detalhadamente a construção na criança, e constata em suas pesquisas que o conhecimento só pode ser construído na atividade da criança sobre o objeto, a partir da experimentação.

Para Piaget (1975), a criança é um ser biológico, e a construção do pensamento segue uma lógica maturacional com uma cronologia específica. Ao longo do desenvolvimento, a criança constrói seu próprio modelo de mundo e organiza suas experiências em relação ao mundo exterior. Piaget (1975) também destaca que, para o desenvolvimento da inteligência, é essencial considerar alguns fatores gerais do desenvolvimento mental, como a maturação nervosa (em que a mielinização é fundamental para a condução dos impulsos nervosos e a organização dos movimentos), os exercícios e experiências adquiridos, as interações e transmissões sociais e o processo de equilíbrio.

Em paralelo, Skinner (1953) desenvolveu uma abordagem sistemática para entender e modificar o comportamento humano, conhecida como análise do comportamento. Ele introduziu o conceito de “condicionamento operante”, segundo o qual o comportamento é modificado por meio de reforços positivos ou negativos. A análise de Skinner enfatizava a importância do ambiente e das consequências das ações na determinação do comportamento humano. Através das teorias e estudos desses autores, iniciou-se um olhar para a comunicação e seus desdobramentos.

O primeiro curso de Fonoaudiologia no Brasil iniciou em 1950 no Rio de Janeiro/RJ e em 1960 em São Paulo. Na década de 50 o nome dado para a profissão era de “ortofonista” que faziam “correção de fala”, os profissionais que atuavam na época faziam magistérios, realizavam um curso de formação breve, sendo chamados de Terapeutas da Fala ou Logopedistas, os materiais utilizados para estudos eram compartilhados pela medicina, educação, linguística e mais tarde psicologia.

Na década de 60, iniciou no Brasil o ensino da Fonoaudiologia em São Paulo, através da criação do curso na Universidade de São Paulo, juntamente com a Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo ligado ao Instituto de Psicologia.

A formação profissional surgiu com a prática da pedagogia como disciplina da linguagem, mas a reabilitação nasceu com a medicina, através de “crianças excepcionais”. Mais tarde nos anos 70, a Linguística tem uma formação importante e de bastante atrativo com estudos da linguagem, direcionando a compreender problemas da linguagem.

A regulamentação da profissão de fonoaudiólogo foi oficializada pela Lei nº 6.965, sancionada em 9 de dezembro de 1981, durante o governo do presidente João Figueiredo. Com a aprovação dessa lei, a Fonoaudiologia foi reconhecida como uma categoria profissional autônoma, estabelecendo as competências do fonoaudiólogo e criando os

Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia, responsáveis pela fiscalização do exercício profissional.

Em 2024, os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia estão distribuídos em nove regiões, com uma estimativa de 52.518 profissionais registrados. Esses números refletem o crescente reconhecimento da profissão e sua importância na transformação da vida das pessoas, uma vez que a atuação do fonoaudiólogo se torna cada vez mais indispensável nas diversas áreas em que está presente.

Vários estudiosos desempenharam papel fundamental na formação do profissional fonoaudiólogo. Um exemplo importante é a pesquisadora Cláudia de Lemos, que, a partir da década de 1980, se dedicou a estudar a aquisição da linguagem nas crianças. Em suas pesquisas, Lemos analisou a fala inicial das crianças, buscando compreender como elas adquirem sua primeira língua e como se dá o desenvolvimento da fala nesse período inicial.

Berberian em (2007, p. 23-24) afirma:

A medicina, a lingüística, a psicologia e a educação por contarem com uma ciência teórico-prático exercem uma influência direta na identidade do fonoaudiólogo. Os pressupostos que sustentaram e continuam sustentando práticas fonoaudiológicas foram, inicialmente, sistematizados por essas áreas, abrindo caminho, aliás, para o processo de constituição de um ramo especializados no tratamento dos chamados distúrbios da comunicação

Segundo Lemos (1999) a fala da criança se espelhava na fala do adulto, foi em 1982 que ela entendeu que havia uma relação da fala da criança com a fala do Outro, tentando encaixar as irregularidades e heterogeneidades, a proposta da autora articula simultaneamente a língua do Outro, pois tinha uma conexão com a fala da mãe.

A relevância da terapia fonoaudiológica tem se tornado cada vez mais evidente, especialmente no contexto das necessidades que envolvem o uso de medicamentos. As demandas dos pais, ao procurarem o consultório fonoaudiológico, têm aumentado consideravelmente, especialmente no que se refere as questões de fala e linguagem. Muitas vezes, essas preocupações surgem quando as crianças não atendem às expectativas típicas para sua faixa etária ou quando há uma dúvida quanto ao desenvolvimento linguístico, gerando inseguranças em relação ao que é normal ou não.

Devemos estar atentos às transformações nas realidades familiares contemporâneas, que se manifestam em diversos aspectos, seja no âmbito social, cultural, escolar, hereditário, entre outros fatores. A infância, por sua vez, nunca foi tão estudada e observada como nos tempos atuais. Essas modificações, que se intensificaram no último século, ocorreram em um contexto em que a sociedade era organizada de forma patriarcal. Acontecimentos

significativos, como o movimento feminista, a criação de ciências específicas e as guerras, alteraram profundamente as relações familiares, reorganizando-as e reposicionando-as, o que trouxe novos questionamentos sobre a criação e o cuidado dos filhos.

Vários questionamentos e encaminhamentos estão relacionados ao lugar que os bebês e as crianças estão ocupando no meio familiar e por onde ele circula, sendo muitas vezes erroneamente diagnosticada pelo desconhecimento que o bebê e/ou a criança produz e nas suas manifestações. Quando algo não vai bem, na primeira infância, iniciamos uma investigação para podermos idealizar um plano terapêutico e suas intervenções. Uma das questões mais relevantes, a se pensar onde está esse pequeno infans no discurso dos pais ou do grande Outro.

Entende-se como sujeito da linguagem, esse que as inscrições são simbolicamente realizadas antes do nascimento, com o seu nome, ele passa a ser reconhecido, sendo falado através dos desejos inconscientes e das antecipações. Pois quando simbolizado, entra no discurso, que antecipa um saber, armar uma teia de significantes antes mesmo da sua chegada e se estrutura do sujeito através do Outro. Esse discurso já insere a criança na linguagem e cujas inserções são criadas pelo Outro, geralmente o adulto que cuida da criança de uma ordem simbólica.

Segundo Myriam Szejer (1999, p.10), o sorriso é complexo, tem inúmeras origens, algumas biológicas outras não. Para a autora

O bebê secreto é um polipeptídeo que se faz sorrir. Quando a mãe está feliz e fala com ele, o bebê acaba associando esse som com aquele momento, e com o prazer que o convoca. Para seduzir sua mãe, ele repete a experiência. É assim que a linguagem, o relacionamento se estabelece.

Apostar nas funções parentais e de sua filiação simbólica tem influência no desenvolvimento da linguagem e, quando há falhas na relação entre o bebê e seus pais, poderá aparecer sintomas como defasagem no desenvolvimento e no processo de constituição subjetiva da criança. É a partir da linguagem que há a captura do sujeito para os laços estruturantes e se inicia antes do nascimento, pois há uma pré-história do casal e do lugar ocupado pelo filho dentro da família.

Lemos (2000) entende que a captura da criança pela linguagem é anterior à fala e se dá pelo lugar que a mãe confere à criança a partir do que interpreta. Trata-se então da captura da criança enquanto corpo pulsional, isto é, enquanto corpo (não biológico), articulado na e pela linguagem, que demanda interpretação, pelo funcionamento da língua em que é significada, por outro sujeito falante (Lemos, 2000).

O circuito pulsional é a encarnação do simbólico e real. É o modo como se estabelece o funcionamento pulsional se estabelece infans, é o conceito que articula o significante e o corpo, limite entre o psiquismo e o somático, pensando que a pulsão é tomada como representante psíquico por haver corpo, efeito da linguagem.

Dessa forma, é a partir do desejo e da antecipação feita pelo Outro, antes mesmo do nascimento, que inserimos o bebê no laço social, o qual é estruturante de seu desenvolvimento. Segundo Jerusalinsky:

Quando se sustenta a suposição de um sujeito no bebê, num tempo em que ele ainda não o é de fato, se produz uma antecipação. Tratasse aí de uma antecipação que é constitutiva do sujeito, que aposta na constituição do Eu da enunciação, desde o qual um bebê poderá vir a apropriar-se das aquisições instrumentais em nome de um desejo (Jerusalinsky, 2002, p.88).

A filiação é marcada pelas inscrições familiares, o qual esse bebê pertencerá a um núcleo familiar das inscrições, quando o bebê real não pertence a essa antecipação realizada do simbólico, há um desencontro entre o real e a filiação, inicia uma procura de identificação ou negação pelos pais.

Após o nascimento, o bebê real passará por um processo de transgeracionalidade de significantes, como uma pista de mão dupla, com ida e vinda, renovando, a todo momento, essas marcas da linguagem deixadas pelo grande outro. Dessa forma, estabelece-se uma distinção entre o corpo e o organismo, o simbólico e o real, que são integrados no conceito de corpo e linguagem.

A procura da intervenção farmacêutica

Com a procura dos pais pelo que não vai bem, inicia uma caminhada entre especialistas da saúde. Em muitos casos de bebês e crianças pequenas o medicamento se faz necessário, no processo terapêutico, um olhar garantido pelos profissionais nas conclusões assertivas e prudentes, quando se trata de patologias e/ou genéticas. O medicamento terá um efeito necessário, orgânico e psíquico, para que as condições físicas e psíquicas do bebê e/ou criança estabeleça o desdobramento terapêutico, o qual o fantasma do medo se faz presente nas abordagens diárias.

Para muitos pais, é difícil lidar com a diferença entre o bebê ideal e o bebê real, principalmente quando há complicação orgânica, podendo ficar presos ao diagnóstico e não conseguindo dar outro lugar ao filho. Portanto, esse fato anula as apostas nas capacidades da criança a qual, por conta disso, pode ter o seu quadro agravado por questões psíquicas

advindas da relação, uma vez que a tela significativa não se encaixa. O filho ocupa, para os pais, o lugar inconsciente de uma possibilidade narcísica de transmissões de ideais, de tela de projeções das realizações parentais e, diante de um diagnóstico ou uma suspeita patológica, essa transmissão a esse lugar ficam ameaçados, como aponta Jerusalinsky:

No entanto, não é indiferente que as primeiras inscrições simbólicas e a constituição da imagem do corpo do bebê venham a se estabelecer a partir da sombra que o diagnóstico da patologia lança sobre o tecido simbólico parental. O precoce diagnóstico de um problema orgânico frequentemente desencadeia uma destituição fálica do bebê. Num tempo em que começava a ser possível a articulação de uma promessa de futuro, passa a incidir uma palavra que diagnostica, que sanciona o bebê a partir do déficit, a falha ou fracasso da função. Não por acaso, diversos bebês, em lugar de serem reconhecidos pelo seu nome, passam a ser nomeados pela patologia que portam (Jerusalinsky, 2002, p. 119).

Priorizar a escuta dos pais, especialmente quando se trata de um bebê com patologias que exigem intervenções desde muito cedo, é de grande relevância. Isso inclui uma proposta terapêutica que visa realizar o reposicionamento parental, oferecendo as condições necessárias para estabelecer vínculos afetivos e ativar relações saudáveis, essenciais para o desenvolvimento da criança.

Prevalecer o zelo, um olhar com a criança e a sua família, entendendo a solicitação trazida pelos pais e o cuidado de não cortar o desenvolvimento, dando nomes ou diagnósticos antecipados, faz-se um diferencial no profissional nesta clínica, compreendendo as mudanças de posicionamento parental e das alterações aos Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM). Os discursos científicos são importantes, mas debruçar na busca a resposta dos conflitos individuais é subjetivo e singular.

O primeiro DSM foi publicado em 1980, com o objetivo de organizar as patologias fornecendo critérios e descrições de diferentes transtornos mentais, sendo este um Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais, publicado pela American Psychiatric Association (APA). No entanto, o DSM-III representou um afastamento significativo de seus antecessores, sistematiza os diagnósticos, enfatizando critérios descritos. Padroniza os transtornos mentais, ganham um lugar relevante, ou seja, vida própria, as psicopatologias foram dissolvidas, omitindo a vida psíquica e a história do indivíduo, dá lugar garantido ao comportamento e afasta a psicanálise.

Na edição do DSM-5 revisada, fornece um sistema de classificação que separa as doenças mentais em categorias diagnósticas com base na descrição dos sintomas, DSM-5 TR estão a inclusão de novas entidades diagnósticas e atualizações na terminologia dos

critérios diagnósticos e específicos. Com essa mudança, como ficará a subjetividade de nossas crianças na primeiríssima infância? O DSM nos traz inúmeros itens cada vez maiores de patologia dificultando o apontamento necessário e o diagnóstico preciso.

O que nos leva a pensar do uso farmacológico em uma criança tão pequena, pelas birras, falta de sono organizado, falta de atenção, controle corporal, seletividade alimentar, socialização, hereditariedade, vínculos não estabelecidos, brincar empobrecidos, brinquedos em filas, falta de contato nos olhos, preferência por alguns sons ou instabilidades de humor. Facilmente, poder-se-iam recorrer ao uso de medicamentos para cada manifestação de sofrimento humano, buscando economizar sofrimentos e substituindo a relação com o Outro. No entanto, o medicamento não cura, ele pode ajudar a amenizar os sintomas, mas sem um tratamento adequado, esses sintomas acabam sem um lugar de significação, tornando-se intratáveis.

Quando iniciamos o processo de avaliação em uma criança que apresenta atraso em seu desenvolvimento global, capturamos inúmeros pré-requisitos em que a criança não se enquadra pela sua faixa etária, por onde o terapeuta irá circular no discurso da família ou o que a criança está apresentando? Por esse viés muito tem que se escutar desta família. entender o que os pais vêm dizendo de seu filho e o que ele mostra na sessão, o que prevalece nas entrelinhas no inconsciente que não é relatado. O que é de reconhecimento terapêutico Fonoaudiológico, no uso de medicamentos?

No consultório particular e em atendimento realizado na rede pública me deparei com a quantidade de crianças pequenas sendo desde muito cedo submetidas a medicamentos e diagnóstico, sem um olhar para o que não estava sendo visto, deixando de lado toda a construção subjetiva da criança ou de sua família. A pergunta mais frequente, que escuto é: meu filho vai falar?

Contudo a formação fonoaudiológica, trouxe-me a responsabilidade de entender como é o campo da linguagem, e por qual via iria estimular essa criança, colocá-la como ser falante. Entendo que a linguagem se estabelece através da convocação do Outro, envolvendo vias de compreensão e expressão, e quem é esse para quem essa criança quer falar?

Essa reflexão nos remete a questões fundamentais sobre quem somos, o que desejamos e o que buscamos. A linguagem não surge de um ponto isolado; ela é o resultado de transformações simbólicas e interações com o mundo. O reconhecimento da linguagem, como sinal de evolução infantil, impulsiona e determina a singularidade de cada indivíduo.

Para Yañes (1990, p. 48), “A linguagem é algo mais que um instrumento do pensamento, é um lugar onde o sujeito habita”.

Diagnósticos com intervenções diferentes

Em processo de avaliação T. chega ao consultório com seus pais, onde apresentava um atraso significativo em fala e linguagem, já sendo acompanhado e encaminhado pela psicóloga. Nas sessões iniciou-se um leque de várias interrogantes, sobre o diagnóstico e prognóstico clínico. T. não apresentava olhar, tão pouco procura pelo Outro, inquietude e pouco tempo de concentração por qualquer que seja as atividades escolhidas ou propostas, linguagem só gestual e alguns movimentos estereotipados, entre tantas outras demandas.

Inicialmente, a busca era por terapia e por um diagnóstico médico, incluindo a avaliação neurológica, além da necessidade de medicação. À medida que as terapias evoluíam em alguns aspectos, a indicação do uso de medicamento passou a ser considerada, com o objetivo de controlar crises, distúrbios do sono, que se manifestavam com poucas horas de descanso noturno.

Neste primeiro momento, a delicadeza da escuta dos pais, a transferência estabelecida com as terapeutas, as supervisões e as sustentações estavam ocorrendo, mas as demandas ainda eram de grande porte. A inclusão escolar não estava sendo realizada, o que representava uma grande dificuldade e prejuízo. Compreendemos o momento adequado para o encaminhamento, pois tanto os pais quanto a criança já estavam envolvidos no processo de transferência e no discurso organizado.

A indicação para uma profissional que compartilhasse a mesma visão clínica e abordagem foi essencial. A prescrição medicamentosa, nesse caso, fez toda a diferença no desenvolvimento de T., permitindo-lhe circular com mais facilidade, ajudando a aliviar seus sintomas, sem silenciar o que realmente precisava ser tratado. Esse processo foi realizado com monitoramento constante, avaliando os riscos e benefícios. Esse trabalho não é realizado de forma isolada, é necessária a sustentação de outros profissionais.

O que me faz pensar nesta clínica, que demanda a escuta do sujeito, sendo a linguagem um dos pontos cruciais pela minha formação fonoaudiológica, essa linguagem que não se faz sozinha é construída a partir da relação com o Outro. Essa linguagem podendo ser verbal ou não verbal, é o que nos estabelece como humanos, pois expressamos pensamentos, ideias,

emoções, passamos informações, sendo fundamental para a vida humana e para interação social.

Em contrapartida, ao realizar a avaliação de M., encaminhada pela escola, percebi que ela estava há um ano em período integral e já havia sido diagnosticada com autismo, fazendo uso de medicamentos há aproximadamente um ano, para tratar hiperatividade, ansiedade, problemas de sono e irritabilidade. Estamos falando de uma criança de três anos de idade, com diagnóstico desde os dois anos, havia passado por outros profissionais, mas sem muitos avanços. Na escuta do que esses pais dizem sobre o relacionamento familiar, o não encontro deste filho não esperado, as dificuldades de não entender o que aconteceu e o diagnóstico tão precoce.

Desde muito cedo, sabiam que não estava certo o seu desenvolvimento global, pois engatinhou com 1 ano e 2 meses, andou com 1 ano e 8 meses, linguagem não verbal, cantarola frases de uma música infantil fora do contexto, sorriso inapropriado, sem endereçamento, ficava em tablet em média no final de semana 5 horas por dia, sem rotina domésticas, pais não se ocupavam de intervir em momento algum.

Estamos dizendo de uma criança, sem escuta medicamentada, desde muito cedo, sem resultados eficazes. Qual seria o efeito medicamentoso nesta criança? O apagamento total de um sujeito, que minimamente não poderia circular em qual fosse o ambiente. Relato de seus pais, que o medicamento o deixava quieto sem precisarem se preocupar com a situação. Neste caso, foi traçado fio a fio, cada sessão, pois o medicamento seria para que? Qual o propósito?

Muitos desdobramentos ocorreram aqui, pois o medicamento não era o que me preocupava e sim o lugar desta criança perante seus pais. Com as terapias acontecendo, as transferências estabelecidas com os profissionais e a escola, M. pode ir aparecendo, organizando uma rotina, as demandas priorizadas. O medicamento foi ficando fora do contexto terapêutico, um olhar garantido pelos profissionais e pela criança, quando mudamos a posição do que desejamos. Cuidado esse, que não fazemos sozinhos, precisamos do Outro, seja ele quem for e quantos são. Assegurar que o medicamento, não é eficiente, não é tão simples, pois socialmente estamos embutidos no uso de psicofármacos, mais sim, acreditarmos e mantermos um laço no núcleo da subjetividade.

Considerações finais

Entendemos, quando algo no desenvolvimento infantil não se apresenta de forma ideal, seja por questões orgânicas ou psíquicas, a intervenção precoce é essencial. No entanto, essa intervenção, especialmente no contexto da prática fonoaudiológica, requer uma análise atenta e cuidadosa que leve em consideração as necessidades individuais da criança, as preocupações dos pais. A introdução de medicamentos, quando necessária, deve ser conduzida de maneira criteriosa, sem negligenciar a importância do aspecto simbólico e relacional do desenvolvimento da linguagem e da infância.

Manter o foco em quem é a criança e em suas particularidades é fundamental para garantir que suas características e demandas não sejam ignoradas ou disfarçadas por meio de uma intervenção excessivamente medicamentosa. Em muitos casos, na tentativa de obter melhorias rápidas, o medicamento é erroneamente visto como uma solução milagrosa para problemas complexos de desenvolvimento. Portanto, o uso de medicamentos deve ser cuidadosamente ponderado, sempre aliado a um processo terapêutico que envolva uma escuta atenta da criança e de sua família.

A terapia fonoaudiológica, dentro do contexto de linguagem, aborda o processo da oralidade, sendo essa uma das maneiras de comunicação. Os estudos apontam a necessidade da interação da criança com o mundo, através de uma outra pessoa, que dará significado aos intercâmbios dos desejos.

Referências

BERBERIAN, Ana Paula. *Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico*. São Paulo: Summus, 1995.

BERBERIAN, Ana Paula. *Linguagem, escrita e subjetividade: implicações do trabalho grupal*. 2007.

CFF- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil*. 2. ed. Brasília: CFF, 2007. 8º Colegiado-Gestão 2004/2007.

BRASIL. *Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981*. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo e determina outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 10 dez. 1981.

JERUSALINSKY, Julieta. *Enquanto o futuro não vem*. 3. ed. Salvador: Ágalma, 2002.

LE MOS, Cláudia de. *A criança na língua: a aventura da linguagem infantil*. Campinas: Mercado de Letras, 2000.

LEMOS, Cláudia de. *Aquisição de linguagem e questões gramaticais*. Campinas: Mercado de Letras, 1999.

PIAGET, Jean. *O nascimento da inteligência na criança*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

SKINNER, Burrhus. Frederic. *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953.

SZEJER, Myriam. *O bebê em análise: escuta psicanalítica de recém-nascidos*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

YAÑES, Zulema. *Desde o verbo de Nicolàs: Escritos da criança* Centro Lydia Coriat. Porto Alegre: [s. n.], 1990. v. 3

Recebido em: 2 de setembro de 2024

Aceite em: 19 de novembro de 2024