

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Psicologia

Milene Cantiero Veiga

**MUTISMO SELETIVO INFANTIL E INTERVENÇÕES
PSICOTERÁPICAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

São Paulo
2020

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Psicologia

**MUTISMO SELETIVO INFANTIL E INTERVENÇÕES
PSICOTERÁPICAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial
para a graduação no curso de Psicologia
da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, sob orientação da Prof.^a Dr.^a
Marina Pereira Gomes

São Paulo
2020

Dedico este trabalho à minha família, pelo
exemplo de força e coragem.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Marina Gomes, pela dedicação com as orientações, e pelos ensinamentos.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado me apoiando.

Aos amigos, pela força e carinho neste momento.

À todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se desenvolvesse, agregasse conhecimentos e experiência à minha carreira profissional.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

VEIGA, M. C. **MUTISMO SELETIVO INFANTIL E INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, FACHS-PUCSP, 2020

RESUMO

O transtorno do mutismo seletivo (MS) é pouco conhecido, e é facilmente confundido com uma timidez. Ele afeta aproximadamente 1% da população, e traz prejuízos psicossociais e educacionais para crianças de várias idades. Em função da deficiente atenção dada aos sintomas do mutismo seletivo pelos atores escolares e por familiares das crianças, procurou-se sistematizar os conhecimentos existentes acerca do transtorno. Este estudo também teve como objetivo identificar e investigar as possíveis intervenções psicoterápicas para o tratamento do MS. A metodologia do trabalho foi a pesquisa descritiva – de caráter qualitativa – por meio de pesquisa bibliográfica. Foram encontrados na literatura opções de tratamento com a terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia psicodinâmica – ludoterapia e arte-terapia – e terapia familiar. Estudos de casos realizados e publicados na bibliografia foram descritos e os resultados foram analisados. Observou-se que os trabalhos efetuados com intervenção comportamental, com terapia cognitivo-comportamental, e terapia psicodinâmica através de ludoterapia, obtiveram superação do quadro de MS. A intervenção com arte-terapia, por sua vez, mostrou evolução do caso, mas sem êxito de superação. Não houve achados práticos da terapia familiar para o tratamento do MS. Concluiu-se que a maioria dos estudos desenvolvidos com crianças com MS fizeram uso da TCC, sendo considerada a mais promissora das intervenções. Ainda assim, ressaltou-se para o fato de que outras abordagens psicológicas apresentam uma maior dificuldade em mensurar e demonstrar resultados em pesquisa.

Palavras-Chave: Mutismo Seletivo. Ansiedade. Intervenções Psicoterápicas.

ABSTRACT

Selective mutism disorder (MS) is little known, and is easily mistaken for shyness. It affects approximately 1% of the population, and brings psychosocial and educational damage to children of various ages. Due to the deficient attention given to the symptoms of selective mutism by school actors and children's relatives, an attempt was made to systematize the existing knowledge about the disorder. This study also aimed to identify and investigate possible psychotherapeutic interventions for the treatment of MS. The methodology of the work was the descriptive research - of qualitative character - through bibliographic research. Treatment options with behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy, psychodynamic therapy - play therapy and artherapy - and family therapy were found in the literature. Case studies carried out and published in the bibliography were described and the results were analyzed. It was observed that the work carried out with behavioral intervention, with cognitive-behavioral therapy, and psychodynamic therapy through play therapy, achieved overcoming the MS. The intervention with artherapy, in turn, showed evolution of the case, but without success in overcoming it. There were no practical findings from family therapy for the treatment of MS. It was concluded that most of the studies developed with children with MS used cognitive-behavioral therapy, being considered the most promising of the interventions. Even so, it was emphasized that other psychological approaches have greater difficulty in measuring and demonstrating research results.

Keywords: Selective Mutism. Anxiety. Psychotherapeutic Interventions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conceitualização comportamental do MS	31
Figura 2 – Relações funcionais entre eventos ambientais e a resposta ansiosa.....	33
Figura 3 – Diagrama de Conceituação da Terapia Cognitiva Processual.....	37
Figura 4 – Diagrama de Conceitualização Cognitiva.....	38
Figura 5 – Análise Topográfica de um caso de MS	41
Figura 6 – Análise Funcional de um caso de MS	41
Figura 7 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Inicial – 1 a 9)	42
Figura 8 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 10 a 16).....	43
Figura 9 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 17 a 20).....	43
Figura 10 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 21 a 27).....	43
Figura 11 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 28 a 34).....	44
Figura 12 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Final – 35 a 47).....	44
Figura 13 – Estratégia aplicada em contexto educativo	50
Figura 14 – Técnicas aplicadas diante da baixa autoestima	50
Figura 15 – Técnicas para dificuldade de expressar sentimentos	51
Figura 16 – Técnicas para dificuldade de estabelecer relação.....	51
Figura 17 – Estratégia aplicada em contexto familiar	52
Figura 18 – Estratégia para criação de ambiente acolhedor	52
Figura 19 – Intervenção em Janeiro	62
Figura 20 – Intervenção em Fevereiro.....	63
Figura 21 – Intervenção em Março.....	63
Figura 22 – Intervenção em Abril.....	64
Figura 23 – Intervenção em Maio	64
Figura 24 – Intervenção em Junho	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Objetivos e componentes do treinamento com crianças com MS.....	36
Tabela 2 – Primeira História.....	57
Tabela 3 – Segunda História.....	57
Tabela 4 – Terceira História.....	57
Tabela 5 – Quarta História.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIS-IV – *Anxiety Disorders Interview Schedule*

CBCL – *Child Behavior Checklist*

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EPR – Exposição com Prevenções de Respostas

IDATE-C – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

MS – Mutismo Seletivo

OMS – Organização Mundial da Saúde

SMQ – *Selective Mutism Questionnaire*

SSQ – *School Speech Questionnaire*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TRF/6-18 – *Teacher's Report Form for ages 6-18*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 MUTISMO SELETIVO	14
1.1 CARACTERIZAÇÃO	14
1.2 HISTORICIDADE	15
1.3 ETIOLOGIA	17
1.4 PREVALÊNCIA	20
1.5 DIAGNÓSTICO	21
1.6 PREJUÍZOS PSICOSSOCIAIS E EDUCACIONAIS	24
1.7 COMORBIDADES	26
1.8 PROGNÓSTICO	27
2 INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS	30
2.1 TERAPIA COMPORTAMENTAL	30
2.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	37
2.3 TERAPIA PSICODINÂMICA	52
2.3.1 Ludoterapia	54
2.3.2 Arteterapia	61
2.6 TERAPIA FAMILIAR	66
3 DISCUSSÃO	68
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho surgiu a partir da observação de um aluno de quatro anos de idade em contexto escolar. Os professores, em conjunto com a coordenação e direção da escola, reuniram-se para debater o caso: o aluno C. não falava na maior parte do tempo; e apresentava comportamentos de mímica para solicitar algo ao professor. Os profissionais envolvidos identificaram que o referido aluno falava normalmente com os seus pais na saída e entrada da escola, e também com um único amiguinho. Também verificaram que a criança olhava no olho, e respondia prontamente às demandas do meio; descartando, assim, a possibilidade de autismo. O mutismo seletivo veio então como probabilidade diagnóstica; e fez-se necessário uma maior compreensão deste transtorno psicológico.

Conforme afirma Galvão e Dourado (2014), o transtorno do mutismo seletivo é pouco conhecido, e é facilmente confundido com uma timidez. Os sintomas se tornam mais perceptíveis no início da fase escolar; mas a escassez de informações, muitas vezes, acarreta em uma diminuição ou desconsideração do problema. Ademais, as escolas costumam se preocupar com os alunos hiperativos e indisciplinados que atrapalham os professores em sala de aula, e não com os alunos quietos, tímidos e retraídos (MELLO & BRAGA, 2016).

No entanto, deve ser objetivo da escola a promoção e o fortalecimento da capacidade comunicativa; principalmente a linguagem oral – indispensável na sociedade atual. Os programas educacionais dos diferentes ciclos escolares precisam contribuir para esse desenvolvimento, atentando-se para eventuais dificuldades do e no processo (FITZGERALD & GAVIRIA, 2013). Cabe ao professor, portanto, olhar clinicamente para todos os alunos, incluindo aqueles que permanecem em silêncio (MELLO & BRAGA, 2016).

Segundo Olivares, Olivares e Alcázar (2019), os dados e as pesquisas revelam que as melhorias e as recuperações “espontâneas” do MS são raras; e que as possibilidades estão associadas a processos interventivos. Alguns estudos mostraram a extrema importância da intervenção, a partir da comparação de um grupo de criança mutistas que receberam tratamento, com um grupo controle de crianças com MS que não receberam tratamento. O primeiro grupo apresentou uma melhora significativa no discurso, enquanto o segundo não registrou mudanças (FIGUEIRAS, 2017). Assim, coloca-se em evidência a necessidade de intervir junto

às crianças, e aos adultos que interagem com elas. Atentando-se para os mais diversos prejuízos do transtorno do MS, a intervenção é fundamental para reduzir o sofrimento das crianças, dos pais, e de todos os envolvidos.

Tendo em vista que a deficiente atenção dada aos sintomas do mutismo seletivo pelos atores escolares e pelos familiares está relacionada a falta de conhecimento, e que são raros os estudos a respeito do assunto, o presente trabalho busca sistematizar os conhecimentos existentes no transtorno em questão. Em seguida, procura-se investigar as intervenções psicoterápicas existentes e já realizadas no tratamento do mutismo seletivo. Objetiva-se, portanto, identificar as possibilidades interventivas para o cuidado de crianças de toda e qualquer idade, com o transtorno do MS. Já os objetivos específicos, são:

- 1) Pesquisar intervenções psicoterápicas para o MS nas diferentes abordagens psicológicas.
- 2) Descrever os processos interventivos pesquisados.
- 3) Analisar as eficácias das intervenções psicoterápicas.
- 4) Discutir/Refletir sobre as melhores opções de tratamento.

A vertente metodológica deste trabalho é a pesquisa descritiva, de caráter qualitativo, por meio de pesquisa bibliográfica. A principal característica deste método é a interação entre pesquisador e material pesquisado; em que se busca na literatura obter uma ampla cobertura do fenômeno estudado. O pesquisador, assim, pode não só obter as mais diversas informações, como pode também elaborar a sua hipótese e/ou conclusão – de forma consistente.

O procedimento desta pesquisa ocorrerá através da seleção de bases referenciais sobre o tema proposto. Será realizada uma leitura de livros, artigos, matérias, e publicações periódicas. O levantamento bibliográfico irá abranger a produção científica a respeito do transtorno do MS; bem como uma revisão bibliográfica de artigos relacionados à intervenção e/ou tratamento do MS. Os materiais serão classificados por meio dos seguintes aspectos: ano de publicação, tipo de documento (tese, dissertação, livro, artigo científico), e foco do trabalho. A maioria dos artigos investigados serão coletados em bases de dados como PubMed, PePSIC, e PsycINFO. Serão aceitos artigos em inglês, espanhol, ou português. O material recolhido será analisado, visando entender as diferentes contribuições disponíveis acerca do objeto de estudo.

1 MUTISMO SELETIVO

1.1 CARACTERIZAÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o mutismo seletivo (MS) consiste em uma perturbação caracterizada pela incapacidade persistente de falar em contextos sociais dos quais se têm expectativa sobre a comunicação oral da criança; considerando que ela é capaz de falar em outras situações. Essa incapacidade é geradora de muita ansiedade e, por isso, é atualmente classificada como um transtorno de ansiedade. A perturbação interfere no âmbito escolar, ocupacional ou social, e tem duração de mais de um mês – sem levar em conta o primeiro mês de escolarização. O MS não pode ser atribuído em casos em que a falha na comunicação oral se dê por conta de falta de conhecimento da língua, por problemas de linguagem – como gagueira, afasia, agnosia – e em curso de um transtorno esquizofrênico ou psicótico. (APA, 2014). Portanto, conforme afirma Peixoto, Caroli, e Mariama (2017), as crianças com MS apresentam um desenvolvimento linguístico apropriado para a idade, e se comunicam adequadamente com pessoas próximas ou íntimas.

Segundo Figueiras (2017), é frequentemente o ambiente escolar – que espera e solicita a comunicação oral – o contexto do qual a criança se mostra incapaz de verbalizar, e o ambiente familiar a situação da qual a criança é capaz de falar. O MS tipicamente se inicia antes dos cinco anos de idade, e coincide com a entrada na escola primária; onde os desafios de falar em frente a outros é constante. O MS está relacionado, portanto, ao surgimento das primeiras grandes dificuldades sociais e educacionais que a criança enfrenta (ROZENEK, ORLOF, NOWICKA, WILCZYNSKA, & WASZKIEWICZ, 2019).

Pires, Palitot, Alves, Silva e Enéas (2017), mencionam que a limitação no estabelecimento de interações por crianças com MS se dá em função da ansiedade, que bloqueia a capacidade de se comunicar – a ansiedade reflete na habilidade de recuperação das palavras, na memória, na formulação de uma sentença, e no tempo de resposta. Evidencia-se, pois, que estas crianças não possuem problemas motores ou cognitivos, e que a presença da fala está estritamente associada com a percepção de estabilidade e segurança.

As crianças que apresentam MS têm tendência a adotar perfil de dependência e aguardam ordens específicas de outras pessoas, respondem por gestos e utilizam seus pais como intermediários ou interagem sem uso da fala (PIRES, PALIOT, ALVES, SILVA, & ENÉAS, 2017).

Depara-se, portanto, com crianças que se utilizam de outras formas de comunicação: gesticular, puxar, empurrar, apontar, ou expressões monossilábicas. O medo excessivo de ser ouvido e/ou visto em determinadas situações, o isolamento social, o temor da humilhação social, o temperamento e o comportamento obsessivo ou controlado, os traços compulsivos, e o negativismo, constituem as principais características do MS. (MELO, 2016). Já Ribeiro (2013), acrescenta outras particularidades ou possibilidades atreladas ao MS, como o temperamento inibido, e a baixa autoestima. Há, ainda, a constatação de que muitas das crianças com MS apresentam uma inteligência acima da média para a idade (MELLO & BRAGA, 2016).

No entanto, outras crianças com MS podem ter vulnerabilidades neurodesenvolvimentista, que eventualmente impactam as habilidades de comunicação e linguagem. Nesse sentido, identifica-se que as crianças – bem como as manifestações clínicas de crianças com MS – não são iguais. Existem pesquisas que sugerem a existência de subtipos de MS, como o mutismo ansioso; o mutismo de linguagem expressiva; o mutismo oposicionista; o mutismo de aprendizes de língua inglesa; e o mutismo de auto-regulação sensorial – justificando a necessidade de um diagnóstico diferencial (MULLIGAN, HALE, BLUM, 2015). O mais comum, e ao qual este estudo se dedica, é o mutismo ansioso:

Esta manifestação é tão complexa que pode assumir diferentes padrões. Pode haver crianças que não falem especificamente com adultos, crianças que só falem com uma outra criança, crianças que se limitem a murmurar com determinadas pessoas e em determinados contextos, entre outras variáveis (RIBEIRO, 2013).

1.2 HISTORICIDADE

Rosenek, Orlof, Nowicka, Wilczynska, e Waszkiewicz (2019) relatam que o mutismo seletivo foi descrito pela primeira vez por Kussmaul como 'afasia voluntária', em 1877. Kussmaul era um médico alemão, que identificou em crianças um fracasso em falar em determinadas situações, quando estas já apresentavam uma linguagem desenvolvida (PEIXOTO, CAROLI, & MARIAMA, 2017). Adolph

Kussmaul enfatizou que a ausência da linguagem não era causada por uma patologia orgânica do cérebro, e que se devia a uma inibição voluntária do indivíduo. Em torno de vinte anos mais tarde, em 1897, Truper considerou a ‘afasia voluntária’ uma ‘inibição da fala’, e descreveu as mesmas características que o antecessor. (FILIPE, 2019).

Em 1934, o termo foi designado como ‘mutismo eletivo’ por Tramer, para referir-se a um transtorno do qual havia uma ação voluntária de não falar (GALVÃO & DORADO, 2014). Segundo Mello e Braga (2016), Moritz Tramer era um psiquiatra suíço, que acreditava que a criança elegia o momento de ficar quieta. Na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) manteve a terminologia de Tramer (FILIPE, 2019). Por sua vez, o termo ‘mutismo eletivo’ foi substituído por ‘mutismo seletivo’ na publicação do DSM-IV, em 1994. A mudança na nomenclatura da patologia tinha como objetivo realçar a ideia de que a falha na comunicação oral estava relacionada com a percepção do ambiente como fator de ameaça (MELO, 2016).

[..] esta mudança de terminologia representou uma transição. A criança entraria em MS não por vontade própria mas porque o contexto social favorecia a não comunicação, delineando um quadro de ansiedade e de fobia social (RIBEIRO, 2013).

No DSM-IV foi relatado que a maioria das crianças não recebem o diagnóstico precocemente porque os pais atribuem a não verbalização dos filhos à timidez; e apenas com o passar do tempo eles percebem que não é apenas uma dificuldade de comunicação. Ainda no DSM-IV, foi ressaltado que o mutismo seletivo quando não diagnosticado e tratado, poderia tornar-se crônico. Também constava a informação de que a perturbação geralmente dura alguns meses, mas que pode persistir por vários anos – tornando uma fobia social grave na adolescência (MELLO & BRAGA, 2016). O DSM-IV trouxe um quadro de critérios diagnósticos para mutismo seletivo:

- A.** Fracasso persistente para falar em situações sociais específicos (nas quais existem as expectativas para falar, p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações.
- B.** A perturbação interfere na realização educacional ou ocupacional ou na comunicação social.
- C.** Duração mínima de 1 mês (não limitada ao primeiro mês na escola).

D. O fracasso para falar não se deve a um desconhecido ou desconforto com o idioma exigido pela situação social.

E. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (p. ex. transtorno da fluência com início na infância), nem ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico.

(APA, 2000).

O DSM-5, publicado em 2013, manteve os critérios diagnósticos de MS do DSM-IV, mas passou a inserir o transtorno nas perturbações de ansiedade (CAMPOS & ARRUDA, 2014). Muitos estudos apresentam as relações estreitas entre MS e transtornos de ansiedade; como a fobia social (RIBEIRO, 2013).

De acordo com Filipe (2019), a Organização Mundial da Saúde (OMS) só reconheceu pela primeira vez o MS em 1978 – com a terminologia de ‘mutismo eletivo’ – incluindo-o, segundo o seu sistema de classificação, nos *Transtornos Emocionais Específicos da Infância e Adolescência*, na categoria *Sensibilidade, Timidez, e Transtorno retraimento social*. Contudo, o diagnóstico de ‘mutismo eletivo adaptativo’ se encaixava no *Transtorno de Adaptação*, inserido na categoria de *Outros*.

Foi em 1992 que a OMS incluiu o MS na categoria dos Transtornos do Comportamento Social, com características de seletividade – de origem emocional – da fala. Reconheceu-se que a patologia se manifestava na primeira infância, com sintomas de ansiedade, retraimento, hipersensibilidade e negativismo (FILIPE, 2019).

1.3 ETIOLOGIA

Conforme Turkiewicz, Castro, Morikawa, Costa, e Asbahr (2008), a etiologia do mutismo seletivo não é conhecida; mas fatores genéticos, comportamentais, psicodinâmicos, e familiares são considerados. Alyanak, Kiliņaslan, Harmanci, Dermikaya, Yurtbay, e Vehid (2013) referem-se a disfunção familiar, problemas do neurodesenvolvimento, fobia social infantil, e comportamento oposicionista como possíveis causas do MS. A teoria etiológica que lidera, portanto, é aquela que enfatiza o papel de múltiplos fatores etiológicos do MS – teoria baseada no

desenvolvimento da psicopatologia (ROZENEK, ORLOF, NOWICKA, WILCZYNSKA, & WASZKIEWICZ, 2019).

O MS pode ser o resultado de uma série de fatores que incluem características orgânicas e ambientais e que dificultam e, por vezes, impedem o desenvolvimento e a aquisição de competências de interação social (RIBEIRO, 2013).

Para Pires, Palitot, Alves, Silva e Enéas (2017), o transtorno pode estar associado a questões traumáticas, além de genéticas e de relacionamento familiar e/ou comportamental. Os respectivos autores afirmam que, entre os fatores predispostos para o aparecimento do MS, estão os pais com características de ansiedade – que podem ser os responsáveis pela influência genética no neurodesenvolvimento – e o ambiente escolar e familiar com pressionamento para o surgimento da fala.

Segundo Peixoto e Campos (2013), pode-se classificar as causas do MS em três pilares: herança genética; traços de temperamento; e interações familiares. No primeiro pilar, considera-se uma predisposição genética, que evidencia-se por histórico de problemas emocionais e de ansiedade exacerbada. No segundo pilar, identifica-se traços de timidez, de vergonha, de isolamento social, de preocupações excessivas, de medo, de apego, e de negativismo. No terceiro e último pilar, observa-se relações simbióticas, dependentes e controladoras entre mãe e filho; a exemplo de mães superprotetoras ou passivas.

No que se refere à herança genética, Rosenek, Orlof, Nowicka, Wilczynska, e Waszkiewicz (2019) citaram pesquisadores que, a partir da frequente ocorrência familiar, identificaram genes relacionados ao transtorno do MS. Os pesquisadores descobriram que o gene polimórfico CNTNAP2 está associado a um maior risco de manifestação de MS durante a infância – bem como um maior risco de experimentar um aumento de ansiedade social na vida adulta. Nas pesquisas de comparação de grupo controle, os pais de crianças com MS apresentaram mais timidez e um maior nível de ansiedade social; com tendência a comportamentos evitativos e isolamento social. Peixoto (2006) descobriu, em uma investigação com trinta crianças, que 23% de seus pais descreviam-se como um pouco tímidos; 20% como moderadamente tímidos; e 57% como extremamente tímidos.

Muitos estudos têm constatado que o MS ocorre em “família”, isto é, em uma relação comum entre MS, fobia social, e perturbação de personalidade evitante.

Também foram concluídos estudos que mostraram a influência de atitudes parentais – encontrou-se correlações entre psicopatologia materna e gravidade dos problemas emocionais e comportamentais de crianças com MS. Existem, ainda, pesquisas que apontam para diferentes causas como iniciadoras do transtorno: a mudança para uma nova escola, a mudança de casa, um conflito conjugal entre pais, uma hospitalização, uma doença grave, uma morte de familiar próximo, um abuso físico e/ou sexual, e outros eventos traumáticos (FIGUEIRAS, 2017).

O estilo parental também aparece como fator etiológico do MS. As famílias de crianças com MS têm sido descritas como mais isoladas, conflituosas, e que se abstraem de contacto social [...] Também associado está o estilo parental super-protetor, caracterizado por excesso de controle, atitudes ansiosas e mais exigentes dos pais (FIGUEIRAS, 2017).

Já Peixoto, Caroli e Mariama (2017), afirmam que os estudos realizados com familiares não comprovam a relação de eventos traumáticos como fator predisponente para o MS. Para esses autores, o MS ocorre por uma combinação da genética, de questões ambientais – que determinam a aprendizagem de modelos comportamentais disfuncionais – e de temperamento. Em relação a este último, os autores apontam para o temperamento tímido e retraído como característica marcante da personalidade de crianças com MS. O temperamento aqui diz respeito a sensações e motivações básicas e automáticas da pessoa – no âmbito emocional – e, sendo ele herdado geneticamente e regulado biologicamente, se percebe nos anos iniciais do indivíduo.

Melo (2016), justifica que, as conceitualizações que associam o MS a fatores de trauma, eventos traumáticos, ou à disfunção familiar, são antigas, e têm-se alterado nas últimas décadas. A visão etiológica atual, conforme a autora, remete ao comportamento inibitório, a vulnerabilidade genética/familiar, e a vulnerabilidade do ambiente. Compreende-se que o comportamento inibitório – um dos principais fatores etiológicos do MS – é uma tendência em demonstrar um medo persistente em comunicar, e uma tendência em evitar o confronto com pessoas. Como consequência deste comportamento, as crianças apresentam dificuldade em responder a situações novas e a mudanças.

A DSM-5 descreve que a afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar algum papel, assim como a atitude superprotetora dos pais e história parental de timidez, isolamento e ansiedade social (FILIPE, 2019).

Na perspectiva psicodinâmica, o mutismo seletivo é visto como o resultado de conflitos psíquicos inconscientes – a criança, inconscientemente, atribui um significado ao ato de falar (CAMPOS E ARRUDA, 2014). Por sua vez, a hipótese comportamentalista é a de que o MS se dá por uma série de padrões de reforços mal adaptativos, ou de punições. O mutismo seletivo seria, portanto, consequência da interação entre a criança e o ambiente – sendo o MS um comportamento adaptativo e não patológico (MELO, 2016).

1.4 PREVALÊNCIA

Os estudos epidemiológicos revelam que o transtorno do mutismo seletivo é relativamente raro. A prevalência varia entre 0,03 e 1%, dependendo da população investigada e dos critérios diagnósticos empregados (MURIS, HENDRIKS & BOT, 2016). Essa variância é encontrada em crianças em idade escolar, sendo a maioria dos casos (79%) no início da pré-escola (TURKIEWICZ, CASTRO, MORIKAWA, COSTA, & ASBAHR, 2008).

Muris, Hendriks e Bot (2016) afirmam que a idade média de início do MS é antes de 5 anos; ressaltando para o fato de que a perturbação pode, muitas vezes, não chegar à atenção clínica logo no seu início, e ser diagnosticada apenas com a entrada na escola. Os autores mencionam que estudos de acompanhamento de crianças com MS, mostraram que o transtorno tem uma duração média de 8 anos; após o qual o principal sintoma – a ausência de fala em situações específicas – normalmente desaparece. Contudo, apesar do desaparecimento do sintoma chave, essas pessoas podem continuar a ter problemas de comunicação e ansiedade.

Por sua vez, Mulligan, Hale, e Blum (2015), relatam que uma amostra de pesquisa recente feita por professores na escola, identificou uma prevalência de 0,71% – sugerindo que o MS não é tão raro como relatado anteriormente. Ademais, o MS aflige mais meninas do que meninos, com uma razão de gênero de 1,5:1 a 2,1. Há também evidências de que o MS pode ser subnotificado devido a famílias que vivem em isolamento social, ou por conta de pais que não reconhecem o MS como um problema que precisa de intervenção. Já Peixoto (2006), desenvolveu um estudo piloto, em que obteve-se a estimativa de prevalência de meninas em 61% e de meninos em 39% - uma proporção de 2:1.

De acordo com Peixoto, Caroli e Mariama (2017), nos contextos de saúde mental – para além da escola – também se depara com menos de 1% de indivíduos com MS. Nesse meio, o MS tem sido verificado em menos de 1% da população psiquiátrica – a despeito da falha na identificação dos casos (GALVÃO E DOURADO, 2014). No entanto, existem diversas observações clínicas que demonstram que a incidência do mutismo seletivo é cada vez maior no Brasil; chegando a prevalência de 1 em cada 1.000 crianças (MELLO & BRAGA, 2016).

Enquanto Bergman, Keller, Piacentini e Bergman (2008) contribuem com descobertas de 0,71% de crianças com MS em um jardim de infância, e 0,76% de taxa de prevalência em outra grande escola de crianças pequenas, Filipe (2019) acredita que o transtorno afeta aproximadamente entre 0,7% a 2% da população. A autora esclarece que os estudos de prevalência são dificultados pela variabilidade dos critérios diagnósticos, dos métodos de avaliação, e da população investigada.

As discrepâncias devem-se, essencialmente, às dificuldades de diagnóstico ou ao simples facto de que estas crianças muitas vezes não são vistas como um problema, logo a sua situação nem sempre é considerada (RIBEIRO, 2013).

A prevalência, ademais, varia entre os países. Os dados apontam que a Suécia possui uma taxa de 0,18%; a Finlândia de 1,9%; os EUA de 0,71%; e o Reino Unido de 0,69% (FILIPE, 2019). Há, ainda, relatos de que a taxa de prevalência de MS em Israel esteja entre 0,71% e 0,76% – como nos EUA. No entanto, estudos epidemiológicos em Israel evidenciou que o MS ocorre quatro vezes mais em imigrantes do que em famílias nativas – 2,2% e 0,5% respectivamente. A causa é atribuída as diferenças culturais, e a discriminação aos imigrantes, que torna-se uma fonte frequente de ansiedade em crianças (ROZENEK, ORLOF, NOWICKA, WILCZYNSKA, & WASZKIEWICZ, 2019).

1.5 DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico de MS, é necessário reunir uma série de informações sobre a criança, a partir de entrevistas com os pais e professores. Busca-se compreender, durante a entrevista parental, as dificuldades e a história desenvolvimental da criança. As observações diretas sobre os comportamentos apresentados pela criança também fazem parte do diagnóstico (FIGUEIRAS, 2017).

Pires, Palitot, Alves, Silva e Enéas (2017) acrescentam que o diagnóstico pode ser feito – além das entrevistas – por meio de questionários familiar, de gravações, e através de conversas com pessoas das quais a criança se comunica. É possível, ainda, analisar gravações em ambientes em que se obtém falas da criança – e verificar também a linguagem compreensiva da mesma. Já com relação a escola, o diagnóstico pode ser realizado pela análise dos comportamentos que estão associados a ausência da fala.

Peixoto, Caroli, e Mariama (2017), ressaltam que a grande variação na forma de manifestação comportamental de crianças com MS dificulta e torna complexo o diagnóstico. Os autores propõem uma sistematização na classificação para facilitar o diagnóstico, isto é, propõem a separação das manifestações do MS em três áreas; a saber: motora, psicofisiológica, e cognitiva. Apesar da área motora, constata-se que as crianças com o transtorno do MS apresentam isolamento social e comunicação alternativa (cochichos, respostas monossilábicas, movimentos com a cabeça, escrita, e etc). Nessa área, Ribeiro (2013) contribui com o levantamento de comportamentos típicos de quem sofre de MS: recusa em ir para a escola; dificuldades em deixar os pais; choro e gritos; desejo de fuga da escola; queixas de dor de barriga ou de cabeça; inquietação; perturbações do sono; e irritabilidade.

Com relação a área psicofisiológica de manifestação da perturbação, identifica-se determinados sintomas e reações, quando da exposição a situações que envolvem ansiedade; como em aulas de educação física, dança, música, apresentações teatrais, e festas escolares (PEIXOTO, CAROLI, e MARIAMA, 2017). Alguns exemplos de respostas psicofisiológica que se pode perceber em crianças com MS são: respiração ofegante, palpitações, transpiração exagerada – principalmente nas palmas das mãos (RIBEIRO, 2013). Por fim, na esfera cognitiva, depara-se com algumas interpretações, antes e depois das situações temidas, pelas crianças com MS – sendo geralmente interpretações negativas (PEIXOTO, CAROLI, e MARIAMA, 2017).

Filipe (2019) descreve outros comportamentos característicos do MS, que auxiliam no diagnóstico. São eles: dificuldades em manter contato ocular; expressões faciais “vazias”; ausência de sorriso diante de estranhos ou de pessoas fora do círculo de confiança; retração social e/ou física; imobilidade; movimentação rígida ou espasmos nervosos; dificuldade em realizar um cumprimento, uma despedida, ou um agradecimento; dificuldade em falar sobre si e em expressar

sentimentos; e crises de raiva e/ou comportamentos controladores. No que se refere ao diagnóstico de MS em crianças bilíngues, a respectiva autora comenta:

O diagnóstico de MS em crianças bilíngues é particularmente difícil. Eles são frequentemente negligenciados, o seu silêncio é atribuído à falta de compreensão do novo idioma. É essencial recolher informações ou avaliar a capacidade verbal da criança no seu idioma nativo/ materno. Para fazer o diagnóstico, o principal aspeto é que o mutismo é prolongado ou desproporcional ao grau de conhecimento da segunda língua e à exposição à mesma (FILIPE, 2019).

Algumas estratégias de avaliação são citadas por Olivares, Olivares e Alcázar (2019), a exemplo de um teste para avaliar a fala de crianças com suspeita de MS, na presença de/com um estranho. Trata-se de um teste situacional, de duração de 30 minutos, e dividido em três fases: pais e filho sozinhos na sala de espera antes de entrar o estranho; a criança com o estranho; e os pais e o filho sozinhos depois de sair o estranho. O profissional que faz o papel de estranho é treinado para interagir com a criança. Cada uma das etapas dura 10 minutos, e elas são gravadas. Posteriormente, analisa-se todo o tipo de comunicação, isto é, a fala audível e não audível, os gestos, a escrita, e etc.

Por sua vez, o instrumento mais utilizado para o diagnóstico é o *Selective Mutism Questionnaire* (SMQ) – “Questionário de mutismo seletivo” – que é preenchido pelos pais, e do qual se quantifica a frequência de falas da crianças. Ele é agrupado em 17 itens, e em três subescalas: situações domiciliares, escolares, e sociais fora da escola. Em cada item, deve-se selecionar uma de quatro opções de respostas: nunca; raramente; frequentemente; sempre. A menor pontuação indica uma gravidade maior. O *School Speech Questionnaire* (SSQ) – “Questionário de Fala Escolar” – é também outra ferramenta diagnóstica. Este questionário possui 6 itens para os professores preencherem; e consiste em uma adaptação da subescala SMQ – possui as mesmas opções de respostas – acerca do discurso da criança na escola, ou seja, objetiva-se avaliar a interferência da escola na fala da criança. Tem-se, ainda, o *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV): *Parents Interview Schedule* – “Entrevista para o Diagnóstico de Transtornos de Ansiedade em Crianças – Versão dos Pais”. Essa ferramenta permite que se avalie, através dos pais, eventuais transtornos de ansiedade, e de outros transtornos relacionados; segundo os critérios do DSM-IV (OLIVARES, OLIVARES, ALCÁZAR, 2019).

De acordo com Figueira (2017), é possível também o uso do *Child Behavior Checklist* (CBCL 6-18) – “Questionário de Comportamento da Criança” – para

investigação junto aos pais; e do Teacher's Report Form (TRF 6-18) – “Questionário de Comportamento da Criança” – para coleta de dados junto aos professores. Esses recursos são normalmente destinados a casos mais avançados do transtorno do MS; uma vez que atendem a crianças de 6 anos, e a até adolescentes de 18 anos.

1.6 PREJUÍZOS PSICOSSOCIAIS E EDUCACIONAIS

Henkin e Bar-Haim (2015), afirmam que a ausência da fala traz prejuízos no funcionamento social e acadêmico das crianças com MS – a exemplo de dificuldades sociais no grupo de pares, reprovação escolar, e relações intrafamiliares agravadas. Com relação a complicação escolar, Rosenek, Orlof, Nowicka, Wilczynska, e Waszkiewicz (2019) mencionam que as conquistas educacionais da criança são afetadas pela baixa capacidade de aprendizagem que a não comunicação verbal acarreta. Nesse sentido, observa-se que no ambiente escolar as crianças com MS apresentam problemas de separação; dificuldade na compreensão de regras de interação da escola; uso da linguagem de forma descontextualizada – com imaginação, interpretação, e inferência – e limitações linguísticas diante de pessoas de fora do círculo de confiança – como gestos e acenos (PIRES, PALITOT, ALVES, SILVA & ENÉAS, 2017). Além disso, a ausência de sintonia com a professora e com o assunto ensinado – em função do estado de ansiedade – faz com que essas crianças, muitas vezes, demorem o dobro do tempo para concretizar as tarefas propostas (RIBEIRO, 2013).

Mello e Braga (2016) comentam que a interação social faz parte do desenvolvimento de todo e qualquer ser humano; trazendo benefícios para a segurança, aprendizagem, educação, ofício, e etc. Por isso, o mudo seletivo pode viver sob sentimento de angústia, por não conseguir se comunicar para atender até mesmo as suas necessidades básicas, como ir ao banheiro ou tomar água (GALVÃO & DOURADO, 2014). Pelo fato de esses indivíduos não interagirem e não responderem a perguntas, eles vivem em situação de isolamento social. O DSM-IV-TR traz informação a respeito:

O Mutismo Seletivo pode resultar em prejuízo social, uma vez que as crianças podem ficar excessivamente ansiosas para se engajar nas interações sociais com outras. À medida que as crianças com mutismo seletivo crescem, podem enfrentar um isolamento social cada vez maior (APA, 2000).

Olivares, Olivares, e Alcázar (2019), esclarecem que a competência social de uma pessoa se dá pela qualidade, variedade, e quantidade de experiências sociais desde os primeiros anos de vida – que são muito precárias em crianças com MS. Assim, os problemas na sociabilidade dessas crianças vão desde dificuldade em falar em público, em falar em interações sociais específicas na escola, em iniciar e manter uma conversa, em participar de atividades em pequenos grupos, em falar com autoridades, em frequentar festas, a tirar fotos (PEIXOTO, CAROLI & MARIAMA, 2017).

O MS afeta negativamente a criança porque, lhe retira a oportunidade de haver interação social, atrasa o desenvolvimento de determinadas capacidades linguísticas e restringe o envolvimento nas atividades diárias na escola e conseqüente interação com os colegas (MELO, 2016).

Segundo Ribeiro (2013), constata-se também um atraso ao nível do desenvolvimento neurológico de mutistas. E isso porque há interferência na linguagem; há problemas motores; e há dificuldades sócio emocionais. A autora menciona a ligação existente entre problemas de comunicação e desenvolvimento motor. Alguns estudos revelam que a diminuição no desempenho dessas crianças, não estão apenas relacionado a comunicação, mas em todas as outras áreas de aprendizagem; inclusive de matemática – demonstrando a interdependência da comunicação em todas as esferas da vida.

Uma pesquisa com crianças com o transtorno do MS, verificou que 18% tinham atraso no desenvolvimento motor; 24% apresentavam atraso no treino de ir ao banheiro; e 38% possuíam atrasos na linguagem – na articulação e expressão linguística. Outras observações realizadas com essas crianças, identificaram que elas tendem a se mostrar mais tristes e, às vezes, irritadas – com acessos de birras. Como consequência, elas se tornam crianças muito dependentes dos pais ou dos cuidadores; prejudicando, pois, o desenvolvimento da sua autonomia (GALVÃO & DOURADO, 2014). Nesse aspecto, Figueiras (2017) enfatiza que a criança pode não só ser incapaz de fazer um pedido no restaurante – precisando do auxílio dos pais ou de pessoas de confiança – como pode também ficar sem conseguir comer em frente a desconhecidos.

A pessoa com essa síndrome tende a sofrer consequências de ordem psicológica, que irão interferir no seu desenvolvimento em todas as esferas da sua vida. Devido aos seus sintomas de fragilidades, acabam sendo potenciais vítimas de bullying e motivo de chacotas com os colegas, por isso, geralmente possuem um baixo rendimento escolar, pois sua

aprendizagem é bloqueada pelo medo e a não interação com os colegas, com a professora e com o conteúdo estudado. Tendem a ser pessoas dependentes e com fracassos nas relações interpessoais. Não conseguem desenvolver autonomia pessoal e independência, aderindo as maiores chances de desencadear depressão, transtorno compulsivo obsessivo e até mesmo chegar ao extremo do suicídio (GALVÃO & DOURADO, 2014).

1.7 COMORBIDADES

Segundo Henkin e Bar-Haim (2015), existe uma alta comorbidade entre mutismo seletivo e transtorno de ansiedade social. Peixoto (2006) mostrou, em uma pesquisa com crianças brasileiras portadoras de MS, que elas apresentavam critérios diagnósticos para fobia social. O mutismo seletivo também coincide, muitas vezes, com transtornos de desenvolvimento. Um estudo realizado na Noruega, com 54 crianças diagnosticadas com MS, encontrou os seguintes resultados: 46,3% de pacientes atendendo aos critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade e para transtorno de desenvolvimento, em comparação com 0,9% do grupo controle. Ainda de acordo com os critérios do DSM-IV (os mesmos do DSM-5), nesse estudo verificou-se que 68% das crianças com MS tinham diagnóstico de fobia social; 32% de ansiedade de separação; 13% de transtorno de ansiedade generalizada; e 13% de fobia específica. Também foi compartilhada outra pesquisa que avaliou 70 crianças com MS – com idade média de 6,4 anos – em que 40% delas apresentaram critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade de separação. Em ambas as pesquisas o percentual de crianças com MS com diagnóstico para transtornos de ansiedade diferiram significativamente do grupo controle (ROZENEK, ORLOF, NOWICKA, WILCZYNSKA, & WASZKIEWICZ, 2019).

Por sua vez, as desordens do desenvolvimento que são considerada dominantes entre indivíduos com MS são os distúrbios de comunicação. Estudos sugerem que entre 20% a 50% das crianças com MS possuem deficiências na linguagem – podendo ser transtornos de comunicação diagnosticáveis, problemas de articulação, ou atrasos no desenvolvimento da fala (FILIPE, 2019). Investigações específicas relacionadas a essa comorbidade tiveram achados significativos: 50% dos mutistas preenchem os critérios para distúrbio de linguagem expressiva, perturbação de linguagem mista receptiva-expressiva, ou desvio fonológico (KRISTENSEN, 2000).

Filipe (2019) esclarece que as desordens de comunicação podem ser identificadas, por exemplo, a partir de produções de narrativas mais curtas, linguisticamente mais simples, e menos detalhadas em crianças com MS. É possível, ainda, observar déficits em avaliações padronizadas de vocabulário receptivo, de consciência fonética, de gramática receptiva, e de memória visual. Consta-se que as crianças com MS correm um risco, inclusive, de atraso no desenvolvimento do processamento de informações auditivas e visuais.

Já outras correlações existentes com o MS são amplamente investigadas, como a Síndrome de Asperger (RIBEIRO, 2013). Muitos autores defendem a co-ocorrência do MS com distúrbios do desenvolvimento generalizado, isto é, com o espectro autista. Rosenek, Orlof, Nowicka, Wilczynska, e Waszkiewicz (2019), revelaram que em 2018 um estudo retrospectivo foi realizado para avaliar a coincidência do transtorno do espectro autista em um grupo de 97 crianças com MS. Deparou-se com uma taxa de 63% de crianças mutistas atendendo aos critérios diagnósticos para o transtorno do espectro autista; sendo assim detalhado: 29% autismo; 30% autismo atípico; e 4% síndrome de Asperger. Ademais, os autores acima afirmam que transtornos psiquiátricos, como o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtornos dissociativos, depressão, transtorno do pânico, déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), e síndrome do X Frágil, ocorrem com mais frequência entre crianças com mutismo seletivo.

1.8 PROGNÓSTICO

Conforme Muris, Hendriks e Bot (2016), estudos demonstraram que crianças que tiveram MS previamente, no futuro continuaram tendo problemas de comunicação, uma menor performance acadêmica e/ou profissional, e altos índices de transtornos psiquiátricos. O prognóstico torna-se mais favorável quando o MS é diagnosticado e tratado. Nesse sentido, Mello e Braga (2016) salientam para a possibilidade de cronicidade do quadro, quando da falta de um diagnóstico e de um tratamento. Segundo as autoras, o MS pode durar apenas alguns meses, mas se não for cuidado, pode persistir por vários anos, e tornar uma fobia social grave na adolescência.

O tratamento e a detecção precoce em crianças com MS é crucial, devido ao risco elevado para a cronicidade dos sintomas e pelo impacto negativo no seu funcionamento educacional e social (FIGUEIRAS, 2017).

Nesse sentido, Mulligan, Hale e Blum (2015), explicam que, quando não se intervém no transtorno do MS, ele pode ser inadvertidamente reforçado e, posteriormente, resistente à um tratamento. Os autores ressaltam que quanto mais velha é uma criança com MS, isto é, quanto mais tempo com o transtorno, mais difícil é de curá-lo. A identificação precoce, portanto, é fundamental para uma intervenção mais rápida – de modo a prevenir ou limitar o comportamento disfuncional. Figueiras (2017) cita um estudo de intervenção realizado na escola e na casa de crianças com MS, que demonstrou que as crianças mais novas – de três a cinco anos – se beneficiaram mais do tratamento do que as crianças com mais idade.

A situação das crianças mais velhas com MS pode ser desafiadora, porque o comportamento tido como problema – a ausência da fala – pode ter sido mantido por acomodação familiar, ou por reforço do ambiente. Isso acontece, por exemplo, quando os pais veem a criança ansiosa por ter sido questionada por outro, e respondem por ela – reforçando, assim, o comportamento de evitamento da fala. Os pais, portanto, assumem um papel crucial na educação das crianças, não apenas como modelos, mas como os maiores influenciadores dos comportamentos delas (FILIPE, 2019).

Ainda nessa linha, Melo (2016), aponta para o fato de que raramente o MS é diagnosticado em ambiente familiar e, por isso, os professores e auxiliares da escola ficam sem o conhecimento – adiando o encaminhamento para a área ou serviços da saúde. Chama-se atenção para a importância da observação clínica de todos os adultos próximos à criança, para que se identifique o MS o mais rapidamente possível, e se evite as implicações na avaliação e no tratamento; ou seja, no prognóstico.

Por sua vez, Turkiewicz, Castro, Morikawa, Costa, e Asbahr (2008), em um relato de caso de longa evolução, mostraram que um melhor prognóstico se dá a partir da associação de intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas. Segundo os autores, as intervenções psicoterápicas constituem a primeira linha de tratamento, e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina constituem a segunda linha de tratamento.

Ao longo do tempo têm sido utilizadas diversas abordagens psicossociais, psicodinâmicas, familiares e farmacológicas, no tratamento do MS, considerado particularmente difícil, quando comparado a outras perturbações. Estudos já demonstraram o efeito do uso de medicação na melhoria dos sintomas, recorrendo nomeadamente à fluoxetina e a inibidores seletivos da recaptção de serotonina (FIGUEIRAS, 2017).

Filipe (2019) conclui que a persistência de MS é variável, uma vez que tem-se casos de “superação”, mas tem-se também evidências de permanência de sintomas de perturbação de ansiedade social. Considera-se que o curso da doença é pouco conhecido.

2 INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS

Para fortalecer a estrutura da personalidade da criança com mutismo seletivo, e melhorar as suas condições pessoais, familiares e sociais, uma proposta de intervenção se faz necessária e essencial. Muitos profissionais – como professores, psicopedagogos, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas – vêm se unindo e desenvolvendo estratégias diversificadas; isto é, adotando medidas específicas para minimizar as dificuldades relacionadas a comunicação oral da criança em situações e contextos sociais concretos. Surgiram, atualmente, variadas estratégias comportamentais; terapias individuais de diferentes formas; terapias familiares; terapias do discurso; entre outras (MELLO & BRAGA, 2016). Propõe-se, assim, investigar e analisar as principais intervenções psicoterápicas, para, ao final, tecer conclusões acerca das melhores – mais eficazes – opções de tratamento.

2.1 TERAPIA COMPORTAMENTAL

Conforme Ribeiro (2013), o MS passou a ser comumente tratado pela abordagem comportamental, quando foi considerado – e posteriormente inserido – como um transtorno de ansiedade. Segundo a autora, na teoria comportamental, o MS é visto como uma resposta aprendida que é reforçada – ocorre o desenvolvimento de uma identidade social de ser seletivamente muda, e de um padrão de comportamento, que é reforçado quando não desafiado a mudar.

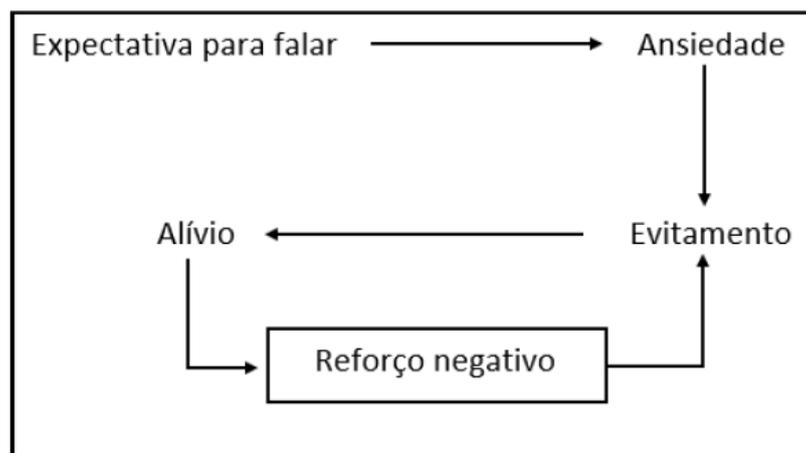
A terapia comportamental, pois, detém-se aos fatores ambientais presentes, e busca compreender a relação entre o indivíduo e o meio – o foco recai em induzir o mutista a promover mudanças para superar as suas dificuldades. Nessa linha, a abordagem comportamental tem como principal objetivo a mudança do ambiente, e o treino sistemático de novos comportamentos (MELLO & BRAGA, 2016).

Segundo Mello e Braga (2016), a teoria comportamental tem como fundamento o comportamento do indivíduo como o resultado de uma aprendizagem – podendo ela ser positiva ou negativa. Por isso, o método terapêutico também envolve um processo de aprendizagem – sobre si mesmo e sobre como desenvolver novos comportamentos – a partir da identificação dos fatores que mantêm o comportamento de evitação do mutista.

Vale ressaltar que, a teoria comportamentalista baseia-se na ideia de que todo o comportamento é adquirido por processos de aprendizagem, mediada pelo contexto em que o sujeito está inserido. Assim sendo, deve ser feita pelo terapeuta, uma análise do contexto que produz as dificuldades da criança, “por meio de uma análise funcional e contextual na qual a criança se desenvolve” (MELLO & BRAGA, 2016).

O modelo de conceitualização comportamental do mutismo seletivo apreende que, a expectativa colocada sobre a criança para falar, torna-se um fator predisponente para um aumento de ansiedade. A resposta da criança, portanto, é a ausência da fala – evitação – que serve para reduzir a ansiedade; isto é, a consequência consiste na sensação de alívio. Isso significa que essa resposta – esse evitamento – quando bem sucedido no sentido de diminuir a ansiedade, é negativamente reforçado ao longo do tempo (LUCAS & DIAS, 2019). A Figura 1 demonstra essa conceitualização.

Figura 1 – Conceitualização comportamental do MS.



Fonte: Bergman, 2013.

Zamignani e Banaco (2005), de modo mais detalhado, esclarecem que, esse padrão comportamental de evitação/eliminação da ansiedade, denomina-se esquiva fóbica – na presença de um evento ameaçador, a pessoa emite uma resposta que elimina ou ameniza esse evento. Assim, as respostas da criança com MS são caracterizadas como respostas de fuga ou esquiva; e o evento ameaçador – a expectativa para falar – como estímulo aversivo.

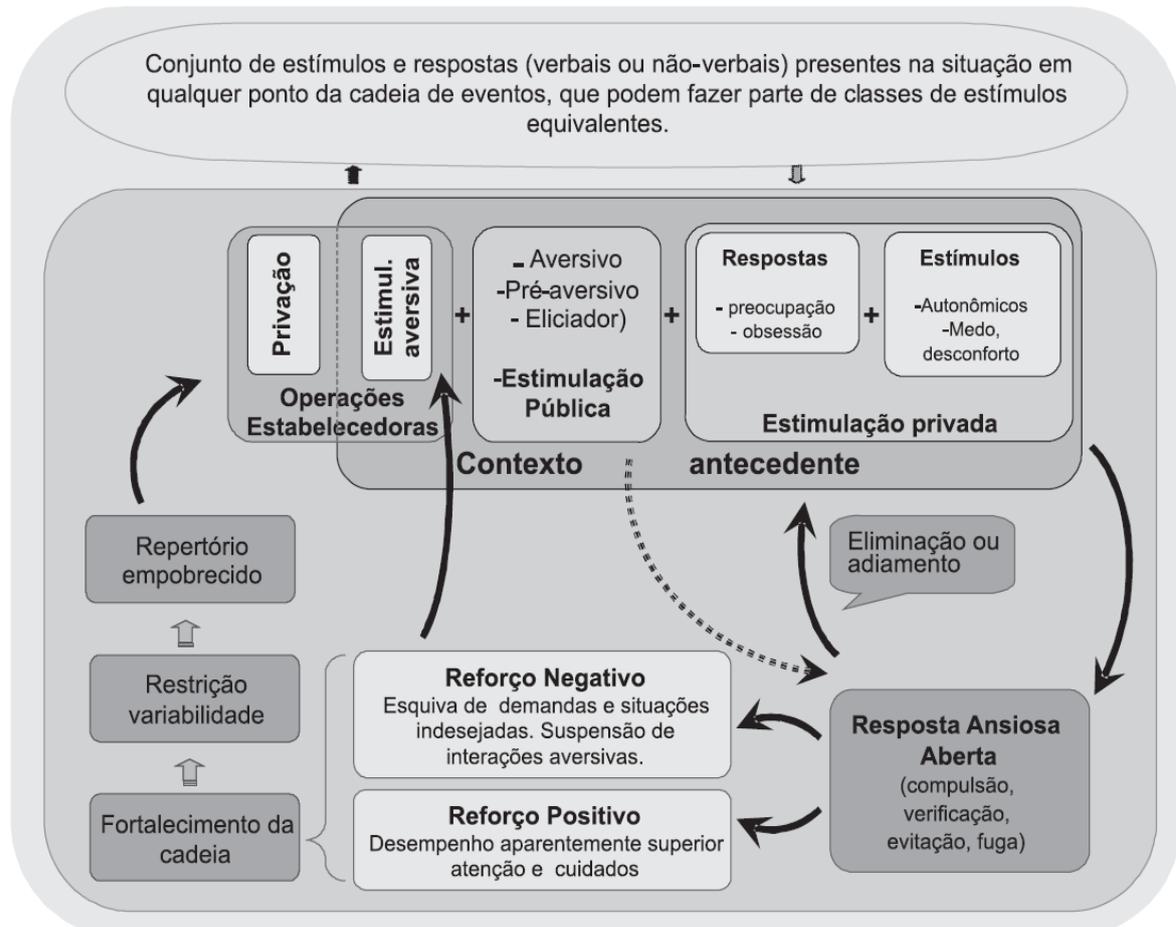
Para o behaviorismo radical, a ansiedade não é apenas uma resposta reflexa frente à um estímulo aversivo condicionado; mas ela é também composta por respostas que alteram o ambiente e, por isso, são respostas operantes. Por isso, na Análise do Comportamento, o fenômeno ansiedade é analisado em completude, isto

é, considera-se os aspectos dos reflexos incondicionados e condicionados, dos operantes, e da interação entre cada um deles (ZAMIGNANI & BANACO, 2005).

Conforme Zamignani e Banaco (2005), a Análise do Comportamento possui uma proposta de análise dos transtornos de ansiedade; a qual a terapia comportamental se baseia – esquematizada na Figura 2. Primeiramente, verifica-se que as operações estabelecedoras – as condições de privação ou de estimulação aversiva – compõem, em conjunto com os estímulos discriminativos e com as respostas encobertas, o contexto antecedente para a emissão da resposta do indivíduo.

O cancelamento das operações estabelecedoras constituídas por estimulação aversiva, ocorre em função das consequências reforçadoras negativas; enquanto que o cancelamento das operações estabelecedoras constituídas por privação, ocorre por consequências reforçadoras positivas – consequências essas que controlam toda a cadeia de eventos comportamentais, e que mantêm um padrão de responder repetitivo e de variabilidade de resposta restrita; resultando em um repertório empobrecido e estereotipado. Ademais, os estímulos e respostas – de qualquer ponto da cadeia de eventos – podem se estabelecer como parte de classes de estímulos equivalentes, através de relações de equivalência e de generalização de estímulos; o que evocaria respostas de ansiedade (ZAMIGNANI & BANACO, 2005).

Figura 2 – Relações funcionais entre eventos ambientais e a resposta ansiosa.



Fonte: Zamignani e Banaco (2005)

Nesse sentido, López (2019) afirma que o mutismo seletivo, não é apenas um comportamento de evitação controlado por estímulos discriminativos aversivos, mas é um comportamento que produz ganhos secundários e, por isso, é também positivamente reforçado. Assim, diante de uma análise funcional, a terapia comportamental trabalha com tratamentos ou técnicas operantes (ROCHA, 2014).

O primeiro grupo, tratamentos ou técnicas operantes, tem mostrado a sua eficácia no tratamento do mutismo seletivo e engloba variadas técnicas tais como o custo de resposta, a transferência de resposta, a modelagem, o reforço negativo, o isolamento e o reforço positivo. Estes tratamentos resultam da interpretação do medo desproporcionado de falar como uma resposta aprendida e mantida pelas consequências (benéficas) que a criança obtém com tal comportamento (ROCHA, 2014).

De forma mais específica, Matos (1999) explica que a análise funcional identifica a função – o valor de sobrevivência – de determinado comportamento. Para os analistas do comportamento, não existe um comportamento estranho ou ‘patológico’; pois se ele acontece é porque, de algum modo, ele é funcional.

Portanto, a metodologia da terapia comportamental inicia-se com essa análise, ou seja, com a análise das variáveis ambientais que influenciam a ocorrência do comportamento da criança com MS – identifica-se os eventos antecedentes e consequentes mais prováveis do comportamento de evitação da fala (BRITTO, RODRIGUES, ALVES & QUINTA, 2010).

Ainda sobre a análise funcional, Banaco (1999) afirma que, o relato verbal sobre os eventos encobertos – como sentimentos, pensamentos e emoções – pode ser um meio de chegar nas contingências externas; uma vez que os comportamentos de sentir e pensar são produtos de contingências. Essa forma de obter informações – do comportamento passado, presente e futuro e das condições que os afetam – e que tornam-se as pistas para a análise funcional, também criam uma boa relação terapêutica.

O behaviorismo radical, pois, atém-se não apenas na produção de conhecimento e autoconhecimento por meio da análise funcional, mas também na modificação do comportamento considerado ‘problema’, através da alteração das contingências. Isso pode ser feito de algumas formas, e o reforçamento diferencial é uma delas – o comportamento operante pode ser modificado pelo reforçamento de algumas classes de respostas, e de outras não. A modelagem – uma maneira direta de alterar um comportamento – é um exemplo da técnica de reforçamento diferencial; muito usada na intervenção clínica (REGRA, 2004).

A modelação é também outro método bastante utilizado – o terapeuta fornece modelos de comportamentos para o paciente imitar. Conforme Peixoto, Caroli e Mariama (2017), a introdução da modelação ao tratamento de crianças com MS, tem se efetivado como uma ferramenta muito potente para aumentar a frequência da fala.

Por sua vez, quando o comportamento do cliente ocorre fora da terapia, o terapeuta precisa recorrer a uma maneira indireta de intervenção: o controle por regras. O terapeuta descreve uma contingência (regra) para o cliente, e esta passa a controlar o comportamento do cliente de seguir a regra – em função de um reforçamento arbitrário ou natural (GUEDES, 1997). Ademais, o encadeamento de respostas operantes, aprendido no laboratório, mostrou ao terapeuta que ele pode produzir autonomia no seu cliente, ensinando-o a criar as próprias contingências/regras, e a solucionar problemas, tomar decisões, ter autocontrole, e ser criativo (NICO, 2001).

Segundo Zamignani e Banaco (2005), as intervenções atuais propostas para o tratamento psicológico dos transtornos de ansiedade giram em torno do procedimento de exposição com prevenção de respostas (EPR). Esta técnica consiste em expor a pessoa às situações que provocam ansiedade – a exposição se dá gradualmente, isto é, parte de estímulos que causam menor sofrimento ou sofrimento moderado, para os estímulos que ocasionam maior sofrimento. As sessões de exposição a esses estímulos aversivos podem ser realizadas em vivo – exposição real – ou até de forma imaginária.

No entanto, alguns autores propuseram estratégias alternativas ou complementares no manejo de transtornos de ansiedade. Para Zamignani e Banaco (2005), quando se constata que as contingências aversivas são também operações estabelecedoras, deve-se tomar um cuidado com a técnica de exposição, pois há um risco de que a própria situação da terapia se caracterize como estímulo aversivo condicionado; fazendo com que se produza respostas de esquiva à terapia. Esses autores ressaltam a importância de que, antes do início da aplicação da EPR, seja estabelecida uma relação terapêutica reforçadora; além de deixar claro para o cliente as etapas da técnica.

A técnica de exposição com prevenção de respostas pode ser ainda melhor implementada se levarmos em consideração a importância dos reforçadores positivos na manutenção de respostas alternativas às respostas ansiosas. A aplicação da técnica, nesse sentido, pode ser mais efetiva em situações nas quais o cliente possa ter acesso a reforçadores naturais produzidos pela resposta de enfrentamento (ZAMIGNANI & BANACO, 2005).

A estratégia terapêutica – para além da EPR – poderia ser, portanto, de instalar respostas alternativas às respostas ansiosas, ampliando o contato do cliente com eventos reforçadores. Nessa linha, López (2019) contribui com a descrição de um caso clínico de mutismo seletivo, em que técnicas comportamentais foram utilizadas em terapia: dessensibilização sistemática (EPR); extinção; e reforço positivo. Para tal, propôs-se o uso de reforços positivos após a resposta verbal do mutista, e a retirada de atenção – reforçador social – após as respostas inapropriadas do mutista, como gestos, notas escritas, e etc.

Oliváres, Olivares e Alcázar (2019), também demonstram e exemplificam o tratamento do mutismo seletivo, a partir de métodos comportamentais: desvanecimento (redução de instruções para aumentar a independência); reforço positivo e reforço social; modelação; e exposição. Na Tabela 1 pode-se observar tais

procedimentos, realizados com crianças com MS, na interação com a professora, e durante um jogo cooperativo – dominó de nomes de animais – em um grupo de quatro integrantes e uma professora.

Tabela 1 – Objetivos e componentes do treinamento com crianças com MS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	COMPONENTES DO PROCEDIMENTO
1. Responder ao professor estando sozinho.	Desvanecimento. Reforço Positivo e Reforço Social.
2. Responder ao professor e ao primeiro companheiro integrado no grupo – na presença de ambos.	Desvanecimento. Reforço Positivo e Reforço Social.
3. Argumentar oralmente as razões da atividade que deseja realizar na sua vez do jogo, na presença da professora e dois companheiros integrados no grupo.	Desvanecimento. Reforço Positivo e Reforço Social. Modelação. Economia de Fichas. Custo de Resposta. Pressão do grupo.
4. Falar com os três companheiros do grupo, durante o jogo.	Desvanecimento. Reforço Positivo e Reforço Social. Economia de Fichas. Custo de Resposta. Pressão do grupo.
5. Expor o mudo seletivo aos efeitos da visualização, pelo grupo da sala, de um vídeo em que ele aparece falando com os outros companheiros.	Desvanecimento. Exposição. Reforço Positivo e Reforço Social Pressão do Grupo.

Fonte: Adaptado de Oliváres, Olivares e Alcázar (2019).

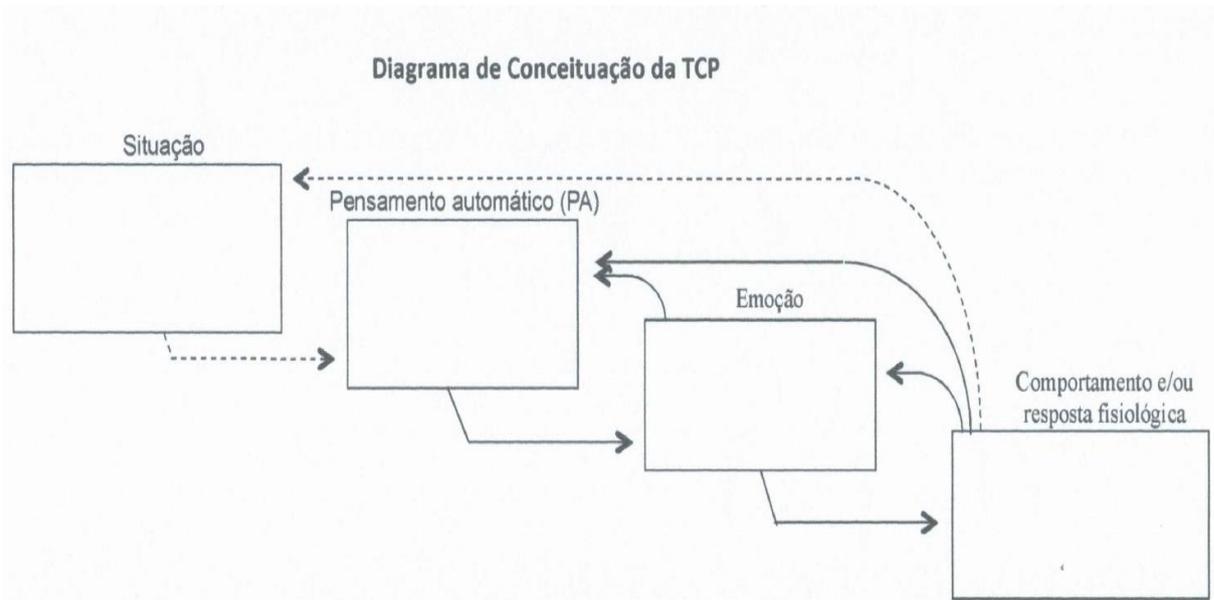
Apesar de não existirem muitos estudos realizados unicamente com a terapia comportamental – mas combinados com a terapia cognitiva – no tratamento e intervenção do MS, Mello e Braga (2016), afirmam que muitas pesquisas norte-americanas apontam a terapia comportamental como a mais efetiva para o tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo o MS. As autoras mencionaram três principais modelos – discutidos aqui – como os mais comuns para trabalhar nessa abordagem; a saber: modelo baseado em técnicas de dessensibilização sistemática (a exposição gradual para reduzir a ansiedade), modelo baseada na análise comportamental (a aprendizagem a partir de princípios de condicionamento operante, como reforço positivo, extinção e punição), e o modelo baseado na teoria da aprendizagem social (o desenvolvimento de habilidades sociais e comportamento adaptativo).

Galvão e Dourado (2014) também afirmam que a Terapia Comportamental é considerada a mais promissora no tratamento do mutismo seletivo. Em uma meta-análise, verificou-se que 78% dos casos demonstraram que uma abordagem comportamental apresenta uma influência significativa no processo comunicativo e, por isso, é tida como a estratégia de maior efeito na intervenção clínica de crianças com mutismo seletivo (PIRES, PALIOT, ALVES, SILVA & ENÉAS, 2017).

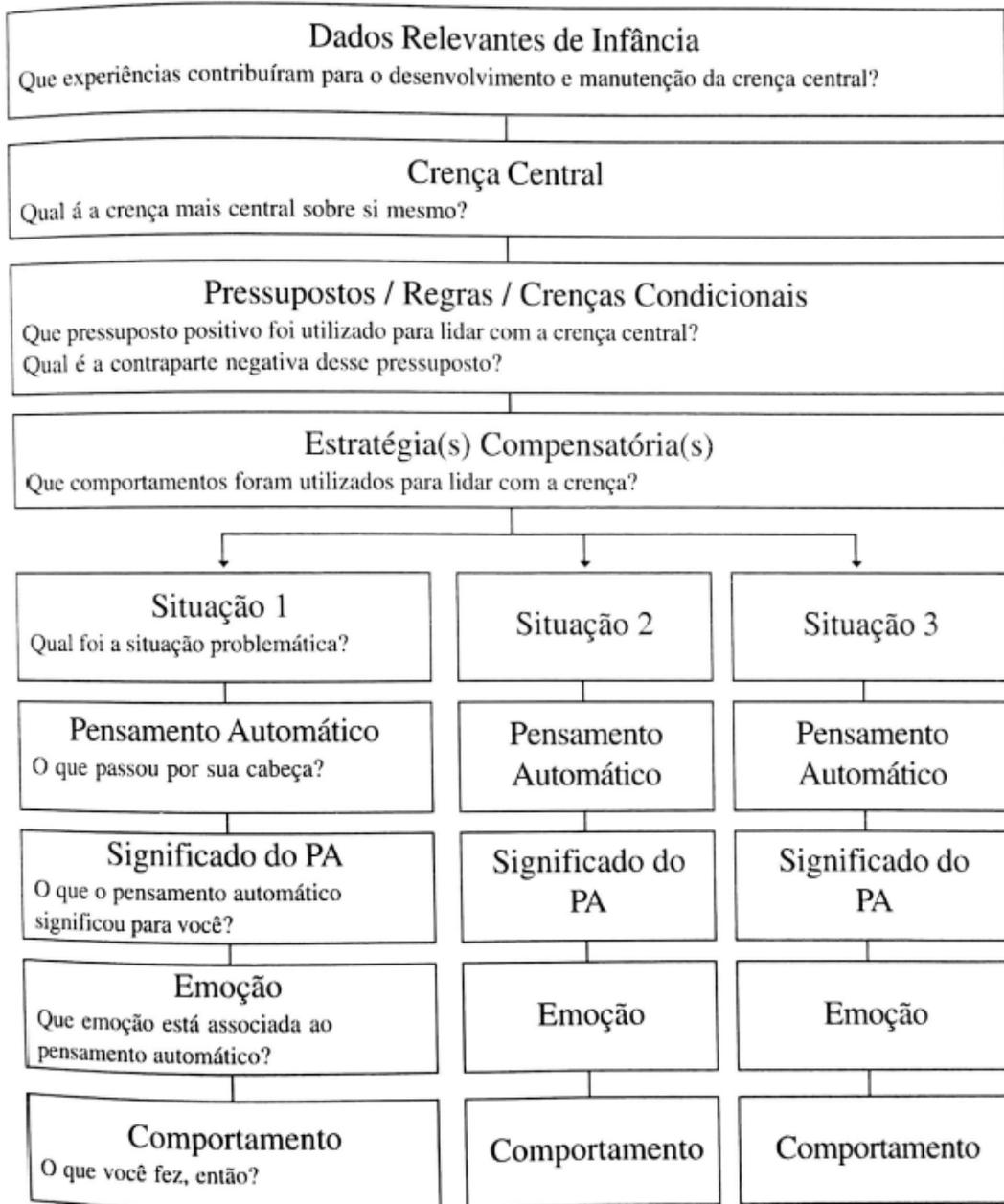
2.2 TERAPIA COGNITVO-COMPORTAMENTAL

Mello e Braga (2016), afirmam que o modelo de terapia baseado na teoria cognitivo-comportamental objetiva a modificação do comportamento do indivíduo, através de sentimentos e cognições. Isso ocorre a partir de um papel ativo do terapeuta, que trabalha com os pensamentos irracionais ou percepções distorcidas do paciente – pensamentos esses que causam um comportamento considerado problema (FIGUEIRAS, 2017). A Figura 5 exemplifica como ocorre esse processo; e a Figura 6 revela o diagnóstico que se faz a partir da conceitualização cognitiva.

Figura 3 – Diagrama de Conceituação da Terapia Cognitiva Processual



Fonte: Beck (1997)

Figura 4 – Diagrama de Conceitualização Cognitiva

Fonte: Beck (1997)

Caballo (2002), esclarece que houve uma “revolução cognitiva” desenvolvida por, principalmente, Mahoney e Beck, que deu origem às técnicas cognitivas-comportamentais – uma junção da terapia comportamental com a terapia cognitiva. Segundo o autor, o aparecimento da TCC constituiu um grande marco na história da terapia comportamental; passando a ser usada, de maneira significativa, como abordagem central em diversas áreas da Psicologia. Filipe (2019), ressalta que as técnicas cognitivas-comportamentais fundamentam-se no aumento da

autoconsciência – do auto-entendimento – e na melhora do auto-controle; por meio do desenvolvimento de habilidades cognitivas e de comportamentos adequados.

Nos últimos 50 anos, pois, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi considerada uma das principais terapias psicossociais para diversos problemas emocionais e comportamentais – tendo um reconhecimento especial no tratamento da ansiedade de adultos, e posteriormente de crianças. O sucesso da TCC em tratar os casos de ansiedade se deu pelas respostas rápidas, a partir do uso de técnicas mais objetivas (MELO, 2016).

No que se refere ao tratamento do Mutismo Seletivo (MS), a TCC tem se mostrado muito eficaz – as técnicas cognitivas-comportamentais vêm demonstrando muita efetividade na alteração do comportamento de crianças com MS (FILIPE, 2019). Para Rocha (2014), o tratamento pelo modelo cognitivo-comportamental, pressupõe que o MS ocorre em função da confirmação dos pensamentos da criança em relação às situações e às pessoas das quais têm medo.

Assim, a abordagem da TCC aplicada em crianças com MS, integra estratégias que envolvem os pensamentos ansiogênicos, isto é, ela propõe ajudar as crianças a modificarem os seus próprios pensamentos irrealistas, através de resoluções previamente treinadas e constatadas – como fazer o indivíduo à falar com outros. Dessa forma, as crianças conseguem contrapor as suas crenças com a realidade (MELO, 2016).

Levitan (2011) também relata que a linha cognitivo-comportamental tem sido considerada a mais indicada para o tratamento psicoterápico dos transtornos de ansiedade, à medida que apresenta melhor comprovação científica – os resultados positivos demonstram a eficácia da intervenção. Conforme o autor, as técnicas consistem, principalmente, de psicoeducação; de relaxamento muscular progressivo; de treino de habilidades sociais; de exposição imaginária e ao vivo; de vídeo feedback; e de reestruturação cognitiva.

Já Filipe (2019), afirma que, para as alterações de comportamento de crianças com mutismo seletivo (MS), as técnicas cognitivas-comportamentais listadas abaixo, podem ser utilizadas:

- a) técnicas de dessensibilização sistemática envolvendo a exposição gradual da criança, com o objetivo de reduzir a sua ansiedade;
- b) técnicas que têm por fim aprender princípios de condicionamento operante, por exemplo através da extinção e/ou do reforço positivo;
- c) técnicas que têm por base a teoria de aprendizagem social, tendo por finalidade o

desenvolvimento de algumas habilidades sociais e a adaptação de comportamentos; d) técnicas que têm como finalidade a modificação do comportamento da criança através dos sentimentos e das cognições (FILIPE, 2019).

Melo (2016), acrescenta outras estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o tratamento do MS; a saber: *stimulus fading*, *shaping*, *self-modeling technique*, dessensibilização sistemática, treino de inoculação do stress, e exposição. A primeira delas, *stimulus fading*, consiste em colocar uma criança com MS em um ambiente controlado – com pessoas das quais se sinta confortável em se comunicar, como os pais – e de forma periódica, mais pessoas vão sendo adicionadas no local. A estratégia de *shaping*, refere-se a encorajar a criança com MS a comunicar-se, inicialmente e lentamente, de forma não-verbal, para depois emitir alguns sons, e posteriormente emitir algum sussurro, na tentativa de falar alguma palavra ou frase audível. *Self-modeling technique* é uma estratégia que propõe que a criança com MS veja vídeos de si mesma se comunicando normalmente em casa, para que ela possa se sentir autoconfiante para repetir o mesmo comportamento em contexto de sala de aula, e outros.

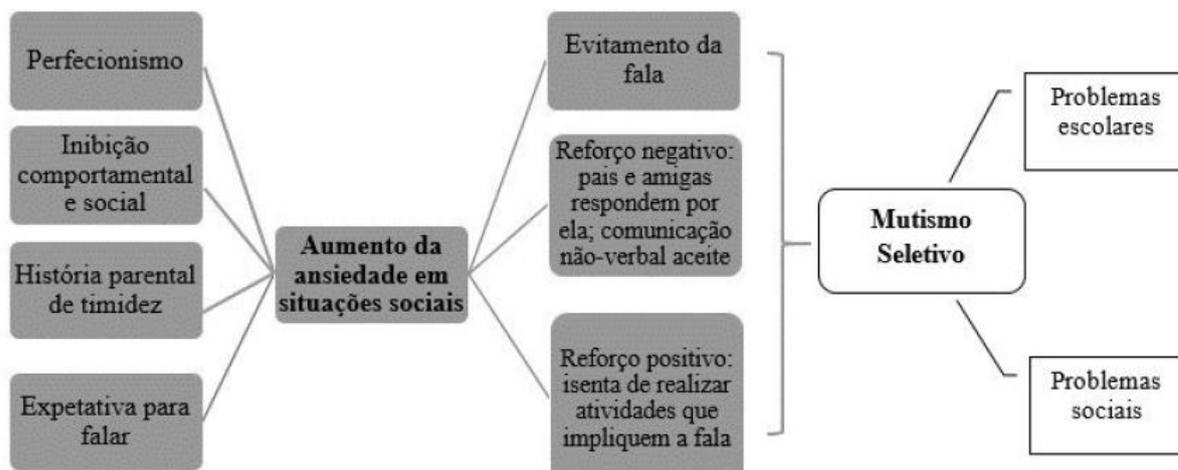
A dessensibilização sistemática, tem como estratégia, fazer com que a criança com MS, em um estado de relaxamento, imagine uma hierarquia de situações que lhe causam ansiedade. O objetivo, pois, é que a criança se familiarize com estas situações, ao mesmo tempo em que diminui as respostas ansiosas. O treino de inoculação do stress, busca treinar a criança com MS a vivenciar uma situação ansiogênica com ferramentas de enfrentamento. E por fim, a estratégia de exposição, tem como finalidade expor a criança com MS – frequentemente – a situações ansiogênicas que são evitadas; tanto ao vivo como em simulação (MELO, 2016).

Por sua vez, Figueiras (2017) relata um estudo de caso de uma criança de 10 anos com MS, em que o tratamento fundamentou-se na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Primeiramente, desenvolveu-se uma análise da topografia dos comportamentos da paciente – detalhada na Figura 3 – e posteriormente uma análise funcional desses comportamentos – exemplificado na Figura 4.

Figura 5 – Análise Topográfica de um caso de MS.

Domínio familiar	Domínio escolar e pares	Domínio desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A. fala fluentemente com pais e família mais próxima. ▪ Na presença de desconhecidos, evita falar com os pais ou fala muito baixinho. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em quatro anos nunca falou com a professora. ▪ Não fala com nenhum dos professores do quinto ano na escola. ▪ Às vezes utiliza alguma comunicação não-verbal para comunicar, e.g., acenar com a cabeça. ▪ Fala com os pares sem qualquer problema. ▪ Utiliza uma amiga como “muleta”, que comunica por ela em situações da escola. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por insistência dos pais, já realizou, por exemplo, um pedido no restaurante. ▪ Não consegue falar com desconhecidos e em novos ambientes.

Fonte: Figueiras (2017)

Figura 6 – Análise Funcional de um caso de MS.

Fonte: Figueiras (2017)

Para o processo interventivo, foi delineado os seguintes objetivos: a realização de uma psicoeducação com os pais e professores da criança, explicando o processo de gênese, desenvolvimento e manutenção do MS; o aumento da comunicação verbal da criança, com melhora no funcionamento social e acadêmico;

a diminuição do nível de ansiedade e angústia diante das situações sociais; e a extinção de comportamentos de evitação de situações que envolvem a fala.

O processo psicoterápico deste caso ocorreu durante um ano e meio; totalizando 47 sessões – o foco principal era enfatizar as capacidades e potencialidades da criança. O tratamento foi dividido em três fases: Fase Inicial (9 sessões) para estabelecimento de uma relação terapêutica; Fase Intermediária (25 sessões) com realização de jogos para aumentar as verbalizações da criança; e Fase Final (13 sessões) para generalização dos ganhos para outros contextos. Os resultados obtidos foram de muito progresso, isto é, os objetivos propostos para o tratamento foram alcançados (FIGUEIRAS, 2017). A seguir, são apresentados na Figura 7, Figura 8, Figura 9, Figura 10, Figura 11 e Figura 12, os objetivos de cada fase, as estratégias terapêuticas que mostraram-se eficazes, e os resultados/progressos obtidos.

Figura 7 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Inicial – 1 a 9)

Fase Inicial (1-9)		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Recolha de informação;	Psicoeducação;	Fica sozinha na sala de consulta;
Estabelecimento da relação terapêutica;	Presença inicial da mãe;	Acena Sim/Não;
Interações não-verbais e verbais.	Questionários;	Envolvimento nas atividades;
	Jogos lúdicos.	Início das verbalizações.

Fonte: Figueiras (2017)

Figura 8 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 10 a 16)

1. Fase Intermédia (10-16)		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Reforçar e iniciar as primeiras verbalizações; Promover a participação nos jogos.	Jogos lúdicos; Música; Repetições e tentativas; Tempo limite de realização; Relaxamento; Recompensas; Estabelecer regras.	Mais participativa nos jogos; Mais descontraída; Aumenta as verbalizações; Tom de voz mais alto.

Fonte: Figueiras (2017)

Figura 9 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 17 a 20)

2. Fase Intermédia (17-20)		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Aumentar grau de dificuldade; Envolver os pais; Alargar os ganhos terapêuticos a outros contextos.	Jogos lúdicos que envolvam mais verbalizações; Repetições e recomeçar; Não criar alternativas; Relaxamento; Feedback e elogios.	Aumenta as verbalizações.

Fonte: Figueiras (2017)

Figura 10 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 21 a 27)

3. Fase Intermédia (21-27)		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Reforçar e promover o autorreforço; Aumentar dificuldade das tarefas;	Introdução de nova terapeuta; Jogos lúdicos; Autorreforço; Escrita de respostas.	Fica mais desinibida a nível do comportamento.

Fonte: Figueiras (2017)

Figura 11 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Intermediária – 28 a 34)

4. Fase Intermédia (28-34)		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Aumentar discurso inventado.	Jogos lúdicos mais complexos; Trabalho em equipa - Atenção conjunta nas atividades; Reestruturação cognitiva; Recompensas.	Mais descontraída; Aumenta o discurso inventado.

Fonte: Figueiras (2017)

Figura 12 – Objetivos, estratégias, e resultados (Fase Final – 35 a 47)

Fase Final (35-47)		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Alargar a outros contextos (e.g., escola); Promover a exposição.	<i>Role-plays</i> ; Jogos lúdicos; Exposição a situações reais; Tempo limite para realização; Dar autocontrolo à criança; Feedback e elogios; Recompensas.	Faz pedidos em contextos reais.

Fonte: Figueiras (2017)

Peixoto, Caroli e Mariama (2017), também realizaram um estudo de caso, com uma criança de oito anos e três meses, baseado nos pressupostos da terapia cognitivo-comportamental (TCC). A intervenção terapêutica, semanal com sessenta minutos de duração, foi iniciada com a família e com os profissionais da escola para levantamento de observações, e posteriormente quatro sessões com a criança para observação clínica. Após essa etapa, foi elaborada uma conceitualização do caso, que abarcou o temperamento, os tipos de vínculos afetivos, e a análise dos aspectos emocionais e comportamentais internalizados e reforçados da paciente.

A psicoterapeuta fez uso dos seguintes instrumentos: *Child Behavior Checklist* (CBCL) – respondido pelos pais; *Teacher's Report Form for ages 6-18* (TRF/6-18) – preenchido pelo professor; e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-C) – respondido pela paciente. A análise funcional desenvolvida incluiu informações sobre os eventos, sobre as situações desencadeantes, sobre os pensamentos e sentimentos disfuncionais, sobre os sistemas de significados (crenças), autoimagem e autoestima, e sobre o contexto familiar e social da criança.

O diagnóstico do MS foi, portanto, confirmado nesta primeira fase; e a terapeuta relatou que a paciente apresentava as seguintes características de temperamento: inibição, vergonha, teimosia, timidez, negativismo, perfeccionismo, evitação social, e rigidez. Peixoto, Caroli e Mariama (2017), acrescentam ao caso:

Nas sessões iniciais com a terapeuta, G. [...] Demonstrou padrões rígidos e adaptados de comportamento, pouca flexibilidade, baixa iniciativa a resolução de problemas, uma visão negativa do *self* [...] G. interpretava e atribuía significado ameaçador e extremamente negativo nas interações sociais, levando-a a evitar contato com outras pessoas fora do núcleo familiar e ficar paralisada diante da possibilidade de comunicação verbal com essas pessoas (PEIXOTO, CAROLI E MARIAMA, 2017).

O processo terapêutico iniciou com a paciente expressando-se somente através de escrita no papel, e por meio de brincadeiras. Durante as sessões, foram utilizadas técnicas de relaxamento, para ensinar a criança a manejar a sua ansiedade. As técnicas realizadas foram: puxar o ar lentamente, contar até cinco, e soltar o ar lentamente; soprar bolinhas de sabão; respiração com contração muscular – tencionando por cinco segundos e depois relaxando. As primeiras palavras da paciente surgiram nas sessões que aconteceram na residência da mesma – ambiente seguro para ela – e as técnicas de manejo dos sintomas do MS foram muito importantes (PEIXOTO, CAROLI E MARIAMA, 2017).

A intervenção psicoterápica, pois, foi seguindo as técnicas da TCC. A primeira utilizada pela terapeuta foi a modelagem; em que a paciente tinha de observar e imitar passo a passo do que a terapeuta fazia – sendo reforçada por isso. Assim, a terapeuta abria e fechava a boca, bocejava, ria, soprava, fazia mímicas, e a paciente ia pouco a pouco fazendo o mesmo, e sem inibição. Outra estratégia utilizada, com base na avaliação cognitiva feita com a criança – em que identificou-se que ela tinha uma imagem muito negativa de si, e pensava que tinha a voz feia – foi a da modelação; combinando-o a com a modelagem. Nesse sentido, a paciente era

encorajada a imitar sons de objetos e animais, e em seguida era reforçada (PEIXOTO, CAROLI E MARIAMA, 2017).

A partir de gravações de voz da terapeuta e da paciente, foi realizada uma reestruturação cognitiva, para desfazer a crença negativa de que a voz da paciente era estranha. Ainda com o objetivo de aumentar a autoestima da paciente, e desfazer pensamentos negativos sobre si mesma – fazer alterações ao nível da cognição – foi utilizado um aplicativo de vídeos, mensagens e transmissão ao vivo (*Musical.ly*), em que a paciente podia postar gravações e receber curtidas; modificando, portanto, a sua percepção (PEIXOTO, CAROLI E MARIAMA, 2017).

Outras ações também foram destinadas ao tratamento da criança em questão: um treino de habilidades sociais – desenvolvimento de estratégias de iniciar e manter uma conversa, mesmo que inicialmente através de cochicho – e uma reestruturação cognitiva para aceitar e lidar com críticas, elogios e frustrações. Para o treino de habilidades sociais, a terapeuta utilizou instruções, modelação, modelagem, um treino comportamental, e reforço positivo. O início da fala da paciente com amigas da escola só foi possível pelo treino de habilidades sociais (PEIXOTO, CAROLI E MARIAMA, 2017).

Uma segunda etapa do processo terapêutico, conforme Peixoto, Caroli e Mariama (2017), envolveu a técnica de desvanecimento de estímulo; isto é, as amigas das quais a paciente cochichava na escola, foram trazidas para a sessão terapêutica – ambiente com a presença da terapeuta – e depois para a casa da paciente – ambiente sem a presença da terapeuta. Dessa forma, foi possível que a criança comesse a adquirir a sua independência – falar na ausência da terapeuta. Nesse momento do tratamento, também foi desenvolvido uma psicoeducação sobre o MS com os pais da paciente, e com os profissionais da escola – foi disponibilizado textos explicativos, vídeos, e literatura específica; além de sinalizar os comportamentos-problemas e os reforçadores que contribuíam para o padrão comportamental do MS. Assim, buscou-se fornecer aos pais orientações sobre manejos diários, modificação de padrões disfuncionais, e orientações sobre a importância do elogio de pequenos avanços.

O resultado obtido foi de evolução em relação ao mutismo seletivo (MS), com melhora de autoestima, diminuição de comportamentos de timidez, diminuição da ansiedade antecipatória e de comportamentos de esquiva. Peixoto, Caroli e Mariama (2017), relatam:

G. Apresenta uma visão mais positiva de si, sabe lidar com possíveis críticas e comentários negativos dos outros sobre ela, seus relacionamentos interpessoais têm mais qualidade, sendo capaz de responder ativamente, não necessitando que o outro o faça, consegue se defender e expõe sua opinião sem ser impositiva. Na maioria das vezes diante de amigos novos G. fala plenamente, vem ampliando a comunicação verbal com parentes próximos (PEIXOTO, CAROLI E MARIAMA, 2017).

Melo (2016) também realizou um estudo de caso, com uma menina de 6 anos de idade com mutismo seletivo (MS) – estudo feito em Lisboa, Portugal. A autora relata que os primeiros sinais do MS foram identificados quando Ana (nome fictício) frequentava a pré-escola. No momento da intervenção da TCC, por uma equipe denominada 'Tagarela', a paciente estava no primeiro ano, e tinha apenas uma amiga na escola, da qual ela cochichava no ouvido – ela brincava com outras crianças no recreio, mas em silêncio. Além disso, o professor da escola adaptou algumas atividades para que Ana participasse de maneira não verbal.

O projeto 'Tagarela' atuou em conjunto com a equipe escolar, com a família, e com a terapeuta da qual Ana estava em acompanhamento. O programa foi dividido em três fases: exposição, para todos os envolvidos, de conceitos teóricos do MS; intervenção; e monitoramento. Os dados, inicialmente, foram recolhido através de fichas: Evolução do Mutismo, Fichas de Atividades (atividades que Ana fazia com ou sem comunicação), Ficha de locais que frequentava (e se envolviam ou não a comunicação), e Ficha de pessoas com quem se relacionava (e se sentia ou não confortável em se comunicar). Essas informações foram importantes para planejar a intervenção, isto é, para conhecer o ambiente da paciente, e poder intervir nele (MELO, 2016).

A primeira estratégia aplicada, com base na TCC, foi a hierarquia de exposição. O objetivo era que Ana se sentisse mais confortável com o passar do tempo – a cada novo estímulo considerado aversivo para ela. Dessa forma, o primeiro passo foi colocar uma pessoa confiável para a paciente interagir, mas em um lugar não confortável – a mãe de Ana (pessoa confiável) foi até a sala de aula com a filha, em um horário que a sala de aula (lugar não confortável) estava vazia, para elas conversarem. E de modo progressivo, Ana ia falando com a mãe, ou com o pai, em vários locais da escola. Quando o nível de conforto de Ana ia aumentando, introduzia-se novas pessoas para a interação; nos diferentes ambientes e contextos escolares (MELO, 2016).

Melo (2016) relata que, igualmente importante, foi o ajustamento dos lugares na sala de aula – Ana foi colocada ao lado da sua única amiga Matilde no meio da sala, e aos poucos foi sendo mudada para sentar ao lado de pessoas novas; e o lugar do professor também foi pensado para não ficar próximo dela no início. Os ajustes na disposição da sala de aula, pois, criaram oportunidades para que a paciente conseguisse interagir não verbalmente, e aos poucos verbalmente. Em seguida, a equipe ‘Tagarela’ se dedicou a uma nova hierarquia de exposição, mas dessa vez relacionada com as atividades diárias de Ana – as atividades mais confortáveis para a comunicação foram sendo priorizadas, e gradualmente as atividades de menos conforto iam se tornando prioridade. O mesmo foi feito com relação aos lugares; isto é, uma hierarquia de exposição dos lugares que a paciente frequentava. E por fim, a hierarquia de pessoas mais confortáveis, segundo Ana, para se comunicar – as três hierarquias foram integradas.

A despeito dos resultados das intervenções, observou-se que, ao final do processo – de três meses – a paciente estava falando mais amigos, fazendo leituras em voz alta, e sendo ouvida pelo professor e amigos em sala de aula. Deparou-se, portanto, com a mudança comportamental da criança. Melo (2016), reflete que, as estratégias criadas para melhorar a integração de Ana foram baseadas nas técnicas da TCC e, por isso, acredita que esta abordagem é a mais adequada para trabalhar com o MS. Segundo a autora, uma das técnicas primordiais para a evolução deste caso de MS foi o ‘*stimulus fading*’ – ao colocar a paciente em um ambiente confortável com uma pessoa com quem tinha um forte elo de ligação; pois a partir daí foi possível que a criança adicionasse pessoas progressivamente nesse ambiente. Ademais, o cruzamento de várias técnicas tornou o processo mais rico (MELO, 2016).

Todas as fichas em que havia uma escala de locais, pessoas ou atividades, estava inerente a técnica da dessensibilização sistemática. Esta técnica não só permite à criança alcançar um estado de relaxamento físico ao pensar nas situações ansiogênicas – falar em público – mas como pretende que haja uma proximidade da criança com essas situações de modo a que vá conseguindo responder de forma menos ansiosa – *stimulus fading* – através da constante exposição física dessas situações (MELO, 2016).

Outra técnica da TCC utilizada no caso, foi a ‘modelagem’ – a paciente era encorajada (reforçada) a tentar se comunicar não verbalmente, e posteriormente através de sussurros ou possíveis sons. A técnica ‘*self-modeling technique*’ também foi importante no tratamento. Ela se deu a partir de gravações de vídeo e áudio do

comportamento de Ana em situações desconfortáveis – a paciente podia ver e ouvir as gravações de si própria se comunicando, e confrontar com a ideia de ser incapaz de fazê-lo. Esta técnica também foi cruzada com a técnica do ‘*treino de inoculação do stress*’ – o treino, realizado pelas gravações, objetivou o desenvolvimento de ferramentas para minimizar o estado de ansiedade (MELO, 2016).

Melo (2016), conclui que o sucesso da intervenção mostrou não somente que o trabalho em equipe é muito positivo, como também evidenciou que a TCC é a linha mais adequada para a reestruturação cognitiva de crianças com MS. A autora afirma que a abordagem da TCC é essencial para o tratamento do MS, porque combina intervenções do modelo cognitivo com técnicas comportamentais.

Por sua vez, Filipe (2019) também descreve um estudo de caso de uma criança com MS, tendo como base a TCC no tratamento em questão. A autora relata que os primeiros sinais do MS começaram quando a AR (paciente) entrou para o ensino básico – 1º ano de escolaridade – aos seis anos de idade. O diagnóstico de MS, no entanto, aconteceu aos sete anos de idade; quando AR foi reprovada no 2º ano de escolaridade. A intervenção terapêutica deste estudo ocorreu quando a paciente completou 14 anos de idade, e frequentava o 8º ano – sendo acompanhada por uma docente de Educação Especial.

A investigação do caso – por meio de entrevistas semiestruturadas com os atores escolares – revelou que AR tentava evitar e escapar de situações das quais se sentia exposta, como esperar na fila do *buffet*, e nos intervalos ficava próxima da assistente operacional do corredor, sem interagir com ninguém. Havia dois alunos que faziam *bullying*, dizendo “*Ah! Esta nunca diz nada!*”; “*Olha lá, de tanto falar, já não podemos mais te ouvir!*”. Assim, identificou-se que a paciente manifestava grandes dificuldades nas relações sociais – não tinha amigos na escola – e possuía extrema baixa autoestima. Nas aulas de Língua Portuguesa, AR transpirava intensamente nas mãos, e falava à docente de Educação Especial que precisava ir ao banheiro, e que tinha dor de barriga. Com relação ao processo ensino-aprendizagem, a respectiva criança apresentava dificuldades ao nível da linguagem e ao nível emocional. Apesar de apresentar boas capacidades interpretativas, ela demorava o dobro do tempo para terminar as atividades propostas, em função da ansiedade e nervosismo. A paciente comunicava-se normalmente no seio familiar (FILIPE, 2019).

A intervenção psicoterápica da TCC ocorreu após constatar que a dificuldade da fala de AR era como aluna, e em contexto escolar. Assim, a criação das estratégias voltaram-se para estes dois aspectos – AR como aluna em contexto familiar, e AR na escola. Ademais, as ações não se limitaram a envolver a paciente, mas também a cooperação dos outros alunos da escola (FILIPE, 2019). Em seguida são apresentadas, nas Figura 13, Figura 14, Figura 15, Figura 16, Figura 17, e Figura 18, as estratégias aplicadas diante das principais dificuldades da paciente.

Figura 13 – Estratégia aplicada em contexto educativo

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivo
Resistência na participação em atividades em grupo	Reforço Social - programa de competências sociais que pode ser aplicado na turma.	Facultar a cooperação entre os vários elementos da turma

Fonte: Filipe (2019)

Figura 14 – Técnicas aplicadas diante da baixa autoestima

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
Baixa autoestima estudantil (dificuldade na realização das tarefas propostas)	<p>Técnica do reforço social: realização de exercícios, nos quais a AR manifeste competências na realização dos mesmos e na realização de exercícios que tenha algumas dificuldades em concretizar;</p> <p>Reforço positivo: elogiar a Ana quando consegue concluir um exercício e utilizar expressões encorajadoras quando a aluna manifesta ansiedade na conclusão de um exercício;</p> <p>Técnica de <i>roleplay</i>: visualização de um filme que retrate as diferenças entre alunos e a importância de se acreditar que são capazes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a resistência à frustração, levando a aluna a verificar que consegue realizar determinadas atividades; - Fomentar na Ana e na turma a perspectiva que todos são diferentes e todos possuem pontos fortes e também dificuldades em situações distintas e que isso torna cada pessoa única à sua maneira; - Aumentar a perspectiva da aluna face às suas reais capacidades; - Permitir aos alunos/ turma e à Ana refletirem sobre as suas capacidades;

Fonte: Filipe (2019)

Figura 15 – Técnicas para dificuldade de expressar sentimentos

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
Dificuldade em expressar sentimentos e emoções verbalmente	<p>Técnica da reflexão escrita: criação de um diário escrito;</p> <p>Técnica do autoconhecimento: realização de um autorretrato;</p> <p><i>Role play</i>: Aumentar a criação de atividades que levem à manifestação de opiniões – ex. debates sobre temas atuais;</p> <p>Técnica da mímica: realização de exercícios que envolvam a linguagem não verbal;</p> <p>Técnica da dramatização: dramatizar pequenas cenas que não envolvam obrigatoriamente a linguagem oral;</p> <p>Técnica da escuta ativa: abordagem de temas que vão ao encontro dos interesses da Ana Rita;</p> <p>Técnica da partilha de experiências: Distribuição de cartões com diferentes sentimentos e cada jovem deve abordar uma situação na qual sentiu naquele sentimento; Criação de uma tabela de sentimentos, ou seja, semanalmente todos os alunos devem colocar, num painel, qual o sentimento que</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a compreensão do que a Ana pensa face a diversas situações; - Incentivar a Ana a realizar uma atividade, para a qual a mesma manifeste muitas competências e um interesse acrescido; - Aumentar a motivação da Ana face à realização de uma atividade, perante a qual manifesta interesse; - Promover a capacidade de refletir sobre si mesma; - Diminuir a dificuldade da Ana em comunicar verbalmente sem impor que a aluna fale, mas que seja algo que ocorra com normalidade; - Aprender a comunicar e a transmitir emoções e vivências através da comunicação não-verbal; - Permitir colocar-se no papel de outra pessoa e expressar durante a criação do papel desempenhado pela personagem, como seria traspasar a cena para a realidade; - Demonstrar interesse face aos temas que a Ana manifesta gostar (maquilhagem, roupas); - Reflexão sobre sentimentos e emoções;

Fonte: Filipe (2019)

Figura 16 – Técnicas para dificuldade de estabelecer relação

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivo
Dificuldade em estabelecer relação com o grupo de pares	<p>Técnica do reforço social: realização de jogos de competências pessoais e sociais (Ex: o aluno com comportamentos mais desajustados deve ficar responsável por ajudar a Ana, na realização de uma tarefa que seja de interesse comum para ambos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervir nos comportamentos da turma

Fonte: Filipe (2019)

Figura 17 – Estratégia aplicada em contexto familiar

Comportamento em contexto familiar	Técnicas/ Estratégias	Objetivo
Sentimento positivo que a Ana nutre pelo irmão	Diálogo – reforço positivo: utilizar este sentimento de carinho, de forma a que a Ana compreenda o quão é importante expressar as emoções.	- Intervir nos comportamentos da família

Fonte: Filipe (2019)

Figura 18 – Estratégia para criação de ambiente acolhedor

Comportamento em contexto familiar	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
Ambiente familiar acolhedor	Técnica da assertividade: proporcionar à Ana um ambiente acolhedor, sem ser demasiado protetor.	- Permitir à Ana ser autónoma e responsável na realização de algumas tarefas; - Permitir à Ana verificar que é útil e que consegue desempenhar determinadas tarefas.

Fonte: Filipe (2019)

Os resultados obtidos, após seis meses de aplicação das técnicas, foram os seguintes: AR mostrava-se mais descontraída e menos inibida; a paciente estava mais confiante e segura de si mesma; e AR utilizava a comunicação verbal com outras alunas da escola, e com familiares próximos. A intervenção com base na TCC demonstrou eficácia, e continuará a ser aplicada após o respectivo estudo (FILIPE, 2019).

2.3 TERAPIA PSICODINÂMICA

Conforme Mello e Braga (2016), a intervenção psicodinâmica fundamenta-se nas teorias e técnicas psicanalíticas, isto é, baseia-se na teoria de investigação de Freud – da sistematização de seu método – e dos conceitos fundamentais da psicanálise. Algumas das ‘técnicas’ utilizadas pelos terapeutas – psicanalistas – incluem o inconsciente, a associação livre, a transferência, e a interpretação.

Com relação ao mutismo seletivo (MS), o modelo psicodinâmico pressupõe a existência de uma série de fatores subjacentes ao transtorno – acredita que pode haver uma alteração intrapsíquica que estaria relacionada a um trauma emocional

ou a conflitos não resolvidos. Alguns dos fatores a se considerar e investigar, portanto, seria o trauma psíquico durante o período de desenvolvimento da linguagem; a hipersensibilidade diante de impulsos instintivos; os mecanismos de medo; os ambientes familiares permissivos; a falta de segurança; conflitos internos não resolvidos; a dependência entre a criança e seus pais; a ligação materna; a ansiedade de separação; e outros (RIBEIRO, 2013).

Rocha (2014), afirma que a terapia psicodinâmica faz uso de interações verbais, de jogos, e de arteterapia, com o intuito de fazer emergir o conflito inconsciente – conflito atrelado ao comportamento ‘problema’. Nesse sentido, pois, a intervenção tem como ênfase o conflito inconsciente que está por detrás da ansiedade – do sintoma. Compreende-se que a partir da resolução desse conflito, o comportamento de não falar deixará de existir (MELLO E BRAGA, 2016).

Mello e Braga (2016) esclarecem, ainda, que os problemas advindos de desejos e conflitos – e que estão fora da consciência – têm início, de maneira geral, na infância. A função da terapia com crianças com MS é a de ajuda-las a trazer à tona os conteúdos reprimidos. Algumas possibilidades – hipóteses – são levantadas pelos psicanalistas; a saber: a criança com MS quer punir os pais; a criança com MS possui um segredo familiar; a criança com MS está demonstrando hostilidade à mãe ou outros; e a criança com MS está regredindo (RIBEIRO, 2013).

Segundo Porokski (2018), a psicanálise entende que a linguagem é o que constitui o ser humano – é o elemento fundante do ser humano. Por isso, diante da ausência da fala de uma criança, é necessário atentar-se para alguns dos temas da psicanálise: a relação mãe-filho; o vínculo; a confiança; o medo ou fobia; a ansiedade; o *holding* e a *handling*; a vergonha; e a parentalidade na narrativa de constituição dos sujeitos.

[..] Examinar a dificuldade do uso da linguagem falada e a situação da escuta – que é um recurso básico da clínica psicanalítica – daquilo que não é falado, mas é expresso no gesto e no silêncio, em especial daquele que, em determinados espaços, cala-se e não consegue verbalizar uma única palavra: a boca não se move, e tudo fica sufocado, abafado e silenciado (POROKSKI, 2018).

Campos e Arruda (2014), acrescentam que o MS como resultado de conflitos psíquicos não resolvidos – compreensão da perspectiva psicodinâmica – ocorre quando a criança atribui um significado inconsciente para o ato de falar. O foco do tratamento deve ser o entendimento do significado do silêncio da criança, ou seja, o

foco da terapia psicodinâmica é compreender, e não estimular a criança a falar. Isso porque considera-se que o problema da criança com MS está relacionado ao esforço para manter controle sobre sentimentos agressivos; além de haver uma falta de habilidade de expressar dependência e desejo de proximidade.

O silêncio funciona como uma forma de manter a integridade egóica da criança com MS. Por isso, a psicoterapia deve objetivar a interpretação das angústias comunicadas verbalmente ou não verbalmente; mas não deve focar em fazer a criança falar, porque isso reduziria as defesas egóicas e arriscaria a sua estrutura. A finalidade, pois, seria a de criar um vínculo com a criança com MS para ajuda-la na diminuição de sua ansiedade, através da interpretação. É quando ocorre “insights”, que as angústias diminuem e começa a surgir a produção de fantasias, símbolos e pensamentos, que levam o paciente para comunicar-se por meio da palavra (CAMPOS E ARRUDA, 2014).

2.3.1 Ludoterapia

A partir de Freud e de sua teoria psicanalista, originaram-se as interpretações do jogo. Melanie Klein continuou o trabalho de Freud a esse respeito, debruçando-se no significado simbólico dos jogos. Segundo Klein, a criança expressa-se através do brincar, tendo o jogo, portanto, uma finalidade e um sentido que revela a situação interna – psíquica – da criança. É na brincadeira, pois, que a criança traz à tona – de maneira simbólica – aquilo que ela não expressa oralmente. Assim, depara-se com uma projeção de sentimentos e emoções nos brinquedos – um investimento libidinal completo de significado (MELLO E BRAGA, 2016).

Ribeiro (2013), acrescenta que Klein analisava os jogos infantis e a atividade lúdica por meio dos mesmos mecanismos de interpretação dos sonhos – deslocamento, condensação, representação visual e simbolização. Winnicott também compreendia o brincar como possibilidade de comunicação de conteúdos inconscientes – para esse psicanalista, o brincar era um ato criativo e potenciador.

Dessa forma, o conceito de ludoterapia refere-se a uma modalidade de psicoterapia voltada ao tratamento infantil – uma psicoterapia que utiliza-se do lúdico, e baseia-se, primordialmente, nos fundamentos teóricos psicodinâmicos; isto é, a brincadeira como facilitadora de expressão de conflitos e dificuldades. O

objetivo da ‘hora do jogo’ é promover ou reestabelecer o bem-estar psicológico, propiciando a criança uma melhor integração e adaptação social (RIBEIRO, 2013).

Mello e Braga (2016), afirmam que a ludoterapia pode ser essencial no tratamento do mutismo seletivo (MS), pois a brincadeira aproxima a criança e o profissional, e vai permitindo que a criança se sinta segura e confiante naquele espaço. O importante da atividade lúdica é a ação e o momento vivido, e não tanto o produto – o que importa são os momentos de encontro consigo e com o outro; os momentos de fantasia e realidade; os momentos de criação de significados e de percepção; e os momentos de autoconhecimento e conhecimento do outro (RIBEIRO, 2013).

A ludoterapia como intervenção psicoterápica no transtorno do mutismo seletivo (MS) é promissora, uma vez que o brincar, além de constituir uma forma de comunicação na psicoterapia, contribui para o desenvolvimento, crescimento e aprendizagem da criança (CAMPOS E ARRUDA, 2014). Sendo o brincar um ato natural da criança, permite que, inevitavelmente, a criança troque, socialize, coopere, erre, acerte, e aprenda. Assim, com a ludoterapia, o terapeuta, não só se dedica a criar um clima de confiabilidade e segurança com a criança com MS, como busca sustentar o brincar dessa criança, no tempo e espaço dela – que são construídos na transferência (MELLO E BRAGA, 2016).

Ribeiro (2013) relata, ainda, que no tratamento do MS, a ludoterapia constitui uma excelente oportunidade para a criança resgatar a sua confiança no mundo, nas pessoas, e em si mesma; ou seja, para contribuir para a sua socialização e interação. Segundo a autora, a ludoterapia pode oferecer um ambiente seguro para a criança com MS, por não existir a pressão para falar; e sendo o brincar um ato espontâneo, a criança, aos poucos, pode vir a comunicar de forma confortável. A autora conclui:

A ludoterapia, por alguns designada de hora do jogo, pode, então, ser vista com a finalidade de conhecer a realidade da criança, como técnica de investigação e como possibilidade de intervenção, o mais precocemente possível, num processo dinâmico que dá prioridade ao pensamento clínico e emprega instrumentos psicológicos e o próprio ludodiagnóstico de uma forma flexível (RIBEIRO, 2013).

A ludoterapia enquanto intervenção psicoterápica no MS, tem como pauta a relação afetiva; isto é, a relação de afetividade entre criança e analista – o desenvolvimento do vínculo de confiança – que irá permitir que seja dada voz a

criança, ou seja, permitirá que os sentimentos da criança se traduzam em palavras (MELLO E BRAGA, 2016).

Diante da situação de um mundo psíquico pouco investido, como a ausência da fala, pode-se fazer uso do Jogo do Rabisco – um recurso de atividade sem muitas regras – que foi desenvolvido por Winnicott. Esta atividade lúdica é uma ferramenta muito positiva, principalmente em situações em que o criar, o imaginar, e o fantasiar da criança está reduzido (POKORSKI, 2018). Sobre o Jogo do Rabisco:

Este jogo que gosto de jogar não tem regras. [...] aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. [...] Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-la em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com seu rabisco (WINNICOTT, 1994).

Assim, Pokorski (2018) relata um estudo de caso realizado com uma criança de nove anos de idade, a partir da abordagem psicanalítica. A Isabela (nome fictício) frequentava o 3º ano do Ensino Fundamental, e nunca havia falado na escola – enquanto em casa a linguagem fluía. A psicanalista procurou estabelecer um vínculo com a paciente nas entrevistas iniciais – na segunda sessão Isabela trouxe um desenho para a analista, em que ela e a terapeuta estavam uma ao lado da outra, e com uma mensagem escrita *“Preciso de uma doutora que me ensine a falar”*; isto é, houve um investimento libidinal que demonstrava confiança para com a analista.

A intervenção psicoterápica envolveu o Jogo do Rabisco de Winnicott, de modo que os traços da analista, muitas vezes, serviam de espelho para a imaginação de Isabela. A partir dos rabiscos, a paciente ia transformando-os em textos, e em histórias partilhadas e ilustradas. No entanto, somente em alguns dias Isabela decidiu dar continuidade aos textos, formando histórias escritas e ilustradas (POKORSKI, 2018). As quatro histórias criadas pela paciente encontram-se na Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4, e Tabela 5.

Tabela 2 – Primeira História

Título	<i>Era uma Vez...</i>
História	<i>Um concurso do melhor prato (sopas e bolos) – a partir de um sonho de um sapo. O sapo reúne o gato, o coelho, a girafa, o canguru, e começam a fazer diferentes receitas.</i>
Análise	<i>Comida remete ao primeiro estágio da vida, em que Isabela precisou sentir melhor os sabores dos alimentos e os afetos que os acompanhavam. Assim, os alimentos e os afetos puderam ser nomeados, inventados, criados, imaginados e até fantasiados.</i>

Fonte: Adaptado de Pokorski (2018)

Tabela 3 – Segunda História

Título	<i>As melhores amigas</i>
História	<i>Conta a história de três meninas, e uma delas gosta muito de escrever. Além disso, o enredo fala dos gostos de cada uma, suas rotinas envolvendo estudo, cinema, técnica de pintura, assim como festa de aniversário, onde o aniversariante era um menino que tenta descobrir todos os presentes antes de abri-los.</i>
Análise	<i>Isabela, que sentia vergonha de falar, relata possibilidades de interação com pessoas da sua faixa etária.</i>

Fonte: Adaptado de Pokorski (2018)

Tabela 4 – Terceira História

Título	<i>Dois donos e um cachorrinho</i>
História	<i>Situação de um dilema: uma menina encontra no parque um cachorrinho com uma das patas faltante, adota-o, mas tempos depois aparece o dono do cachorrinho, que o quer de volta.</i>
Análise	<i>Aqui Isabela e eu, na escrita partilhada, pensamos alternativas, o que fazer frente a situações conflitivas, como buscar auxílio, que diálogos as pessoas envolvidas poderiam ter para resolver da melhor forma a guarda do cãozinho.</i>

Fonte: Adaptado de Pokorski (2018)

Tabela 5 – Quarta História

Título	<i>Conflitos e escolhas de adolescente</i>
História	<i>A personagem principal está muito empolgada com a oportunidade de participar pela primeira vez de uma festa do pijama, porém a data escolhida pelas colegas de turma é justamente o dia do aniversário do seu pai.</i>
Análise	<i>Até que a melhor decisão fosse tomada, fizemos uma lista das possíveis vantagens e desvantagens em participar ou não de cada evento. Enquanto as opções eram listadas, surgiu a possibilidade de flexibilizar o horário como solução, podendo no início da noite participar do aniversário do pai e depois da festa do pijama.</i>

Fonte: Adaptado de Pokorski (2018)

As quatro histórias foram escritas em diferentes momentos da análise de Isabela, no período de três anos. Foi possível observar que a paciente estava se encorajando para encarar e superar os obstáculos das situações do seu cotidiano – e a criatividade e a imaginação foram primordiais para o enfrentamento. Já com relação aos resultados obtidos no processo de análise, a autora compartilha:

A partir de algumas sessões de atendimento, Isabela me comunicou que estava conseguindo ler para a professora e, passado algum tempo, que conseguia conversar com algumas colegas. No final do 3º ano, participou de uma apresentação de balé para os pais. Os atendimentos seguiram mais espaçados, e no 7º ano ela foi eleita representante da turma. Assim, Isabela venceu os obstáculos de não conseguir falar quando se encontrava no espaço escolar (POKORSKI, 2018).

Por sua vez, Campos e Arruda (2014) relatam um estudo de caso que efetuaram – a partir da psicoterapia psicanalítica – com duas crianças com MS, em um hospital público, e que teve duração de dois anos, com duas sessões semanais. Uma das crianças, Renata, tinha quatro anos de idade, e não falava com ninguém na escola – ela era nascida em um país oriental, e mudou-se para o Brasil aos três anos de idade; e por isso, tinha dois nomes, um de origem e outro brasileiro (Renata). Na primeira sessão com a terapeuta, a paciente não emitiu nem um som e nenhum movimento – ela olhou para a terapeuta uma única vez, quando esta última fez um comentário sobre o barulho da sala ao lado. A analista percebeu que Renata sentia-se desamparada e, por isso, decidiu nomear a experiência, para fazer com que a paciente sentisse um contato com ela. Criou-se, portanto, uma representação para o que Renata estava sentindo, dando voz à experiência emocional. A partir desse momento a paciente apropriou-se do espaço da ludoterapia.

A primeira brincadeira de Renata com a terapeuta foi de massinha. Nesta sessão, a paciente ficou sem saber o que fazer com a caixa de massinhas vazias – onde coloca-la. A analista interpretou que, essa caixa fechada e vazia, representava Renata, que não conseguia falar e encontrar um lugar do qual pertencesse. Por meio das interações com bonecos de massinhas, a terapeuta foi apresentando-se à Renata como um objeto atraente e vivo, e fazendo, assim, emergir o vínculo terapêutico. Na segunda sessão, a terapeuta observou que a paciente estava permitindo que ela fizesse parte do cenário dela – a paciente passou a comunicar-se com a terapeuta não verbalmente, pelo olhar. Outra brincadeira significativa, foi a de misturar tintas, fazendo a cor marrom. Renata, com a tinta marrom, fez um traço para representar um chão em um desenho que havia feito de uma menina – o chão, portanto, representou um lugar para ela colocar os pés e se sustentar; ou seja, integrar o que estava solto (CAMPOS E ARRUDA, 2014).

Na décima sessão, a paciente brincou com utensílios de cozinha, e “tomou” um suco que a terapeuta havia feito na brincadeira – mostrando que podia receber algo da terapeuta. Na próxima sessão, paciente e terapeuta brincaram de xadrez, quando surgiu, pela primeira vez, o tom de voz de Renata. A palavra, pois, passa a ser desejada pela paciente. A analista relata que, o setting terapêutico possibilitou que a comunicação pelo olhar e pelo brincar, propiciou que Renata sentisse um ambiente acolhedor, protetor, e não ameaçador – possibilitou resgatar a confiança da paciente no mundo e nas pessoas. Assim, gradualmente, do olhar foi emergindo a palavra – a expressão e elaboração das suas fantasias e ansiedades inconscientes. A partir da ludoterapia, Renata começa a falar com outras crianças e com a professora na escola (CAMPOS E ARRUDA, 2014).

O segundo caso relatado por Campos e Arruda (2014), foi o de João, um menino com uma história familiar conturbada – o pai foi preso logo que ele nasceu, a mãe não tinha condições financeiras e emocionais de cria-lo, e a avó, que tinha a guarda do menino, não era afetiva, e usava álcool diariamente. João, apesar de falar com outras crianças, não falava com nenhum adulto. Nas primeiras sessões com a terapeuta, o menino não interagiu, e passou o tempo brincando com brinquedos de peças: dominó, “Pequeno Engenheiro”, e “Lego”. O paciente tentava encaixar as peças, e ficava angustiado com as peças que sobravam – ele buscava colocar todas em seus devidos lugares. A analista identificou, principalmente na contratransferência – na sua própria angústia – a intensidade da angústia que

transbordava em João. Nas próximas sessões, João continuava brincando com o “Pequeno Engenheiro” – brincadeira de empilhar peças para montar prédios – e, por colocar as peças menores nas base, acabava desmoronando. A terapeuta ajudava João a juntar as peças que caíam, mas sempre ambos em silêncio.

Em uma das sessões, João desenhou uma casa com uma chaminé, que saía uma fumaça peculiar. A analista interpreta a fumaça como a névoa que impedia João de ver claramente – de colocar as coisas no lugar. Na próxima sessão, quando as peças de montar prédios caíram, a terapeuta perguntou à João se ela podia ajuda-lo, e ele deu uma das peças na mão da terapeuta. Ela então, ajudou o menino a fazer um prédio que não cai. Ao final, João fez um avião de papel, e colocou-o a voar. A analista, pois, nomeou a angústia do paciente, e começou a estabelecer o vínculo que faria com que, juntos, construíssem algo estável em João – algo em que ele pudesse confiar. Em sessões seguintes, a brincadeira foi a do “Jogo do Mico”, em que a terapeuta fazia barulhinhos, e o paciente repetia – tornou-se uma espécie de trilha sonora, que ambos criavam juntos. Surge então, os primeiros olhares do paciente para a terapeuta, e nas outras sessões, a primeira frase do menino – no jogo de forca, que indicava uma dica para a analista “viver na floresta”. Conclui-se, portanto, que o paciente estava movimentando-se em direção ao mundo – lançando-se para o mundo dos adultos. Com a psicoterapia, João passou a conversar com as pessoas mais velhas (CAMPOS E ARRUDA, 2014).

[..] o esforço terapêutico do psicoterapeuta deve estar voltado para apresentar-se como um objeto atraente e vivo, em sintonia afetiva com o paciente, o que propiciou o estabelecimento e o desenvolvimento do vínculo emocional entre a psicoterapeuta e cada criança. Vínculo este, que permitiu que fosse dada voz às experiências emocionais das crianças, construindo um mundo capaz de ouvi-las em seus anseios mais primitivos e, então, poder traduzir estes sentimentos “sem palavras” em comunicação verbal empática (CAMPOS E ARRUDA, 2014).

Conclui-se que a intervenção psicoterápica, que utilizou-se da comunicação possível – o brincar – possibilitou a formação de palavras e frases dos dois pacientes, isto é, tornou possível a expressão verbal das fantasias, símbolos e pensamentos. Isso ocorreu através do processo vincular e psicoterapêutico, que trabalhou com os conteúdos inconscientes que impediam a fala dessas crianças. A melhora do mutismo seletivo, portanto, ocorreu primeiro dentro do processo e espaço terapêutico, e posteriormente, na vida externa (CAMPOS E ARRUDA, 2014).

2.3.2 Arteterapia

Rocha (2014), afirma que as artes levam ao desenvolvimento das capacidades individuais de cada sujeito, compreendendo que cada criança tem um potencial criativo. A autora revela que, ao desenhar, cada criança dá uma ideia do que quer representar, isto é, coloca em evidência o que mais impressionou. Nesse sentido, quando as crianças são levadas a desenhar, o traço substitui a fala – constitui uma linguagem com singular valor; ou seja, uma linguagem simbólica.

Segundo Carvalho (2011), a arteterapia é considerada um método de tratamento psicológico, em que a relação terapêutica é estabelecida por um sujeito “criador” – o paciente – e o “receptor” – o arte-terapeuta. Souza (2005), esclarece que a terapia pela arte utiliza-se de diferentes técnicas de expressão e criação artísticas, que tem por finalidade ajudar a aliviar o sofrimento do paciente – objetiva a recuperação do paciente.

A arteterapia busca, portanto, estimular o esforço criador, para libertar a criança de inibições e permitir o rompimento das resistências – fazer com que a criança reconheça as suas próprias capacidades, ou seja, produzir sentimentos de maior autoestima, confiança, e bem-estar. Dessa forma, o processo de criação pode ajudar a criança com MS a tornar-se mais consciente dos seus sentimentos, ao invés de recalca-los. O ato criativo pode, ainda, ajudar o paciente a satisfazer as suas emoções – como a agressividade – propiciando uma via sadia e aceitável de lidar com essas emoções (ROCHA, 2014).

Ademais, a arteterapia no tratamento do MS, pode-se mostrar importante, a medida que o ato criativo proporciona um espaço de liberdade – a criança pode fazer uso dos materiais artísticos para explorar a si próprio sem pressão; além de construir um espaço e momento confortável e seguro, com atividades agradáveis e divertidas (SOUZA, 2005).

A expressão é a manifestação individual da vida interior, pelo qual é fundamental facilitar a sua impulsividade expressiva, proporcionando-lhe liberdade para expressar todos os seus anseios, fantasias, propensões, receios, pois sem liberdade, não há expressão. Trazer um acontecimento traumático recalçado a nível consciente, possibilita trabalhar o trauma a nível intelectual e eliminá-lo, utilizando uma via adequada para que tenha um efeito catártico (ROCHA, 2014).

Rocha (2014) relata um estudo de caso de uma criança com MS, em que a intervenção psicoterápica utilizada foi a arteterapia. O objetivo era promover

autonomia, autoestima, e mudança sociais e afetivas na criança. A paciente Ana (nome fictício) tinha 10 anos de idade, era retraída, e não conseguia falar na escola e em outros espaços sociais, desde pequena. Ela apresentava, ademais, outro sintoma: um “tique” de se auto infligir, fazendo ferimento nos dedos. Os profissionais envolvidos no estudo, iniciaram a coleta de dados, a partir de pesquisa documental, fotografias, e entrevistas. A implementação das sessões de arteterapia ocorreram na escola de Ana, em Lisboa, no período de Janeiro a Junho de 2014 – durante seis meses. Ocorreram, pois, vinte sessões.

Para ‘medir’ os resultados, isto é, averiguar as evoluções de Ana ao longo do tratamento, a terapeuta realizava entrevistas com profissionais da escola, antes e depois de um mês de intervenção. Na Figura 19, Figura 20, Figura 21, Figura 22, Figura 23, e Figura 24, consta a descrição das atividades, observações e resultados das sessões de arteterapia que ocorrem ao longo de cada mês (ROCHA, 2014).

Figura 19 – Intervenção em Janeiro

Materiais	Registo das Observações	Atitudes/ Comportamentos	Comunicação
Lápis de cera Lápis de cor Marcadores Papel de cenário Folha de papel A3	Balança as pernas Cruza as pernas Coça a cabeça Observa o espaço circundante Olha frequentemente para o observador Arranja a fita do cabelo Sorri Parte lápis de cera Repara no ruído produzido pela pressão imprimida nos lápis de cera Organiza os materiais Movimenta-se na cadeira Inclina a cabeça sobre a mesa Preocupação em limpar a mesa Troca regularmente os materiais Fixa o olhar no desenho Realiza as atividades sentada e/ou em pé Vira a folha quando termina o trabalho	Curiosidade Espanto Preocupação Cooperação Interesse Atenção Hesitação Aceitação Alegria Ansiedade Agitação Inquietação	Comunicação oral inexistente Comunicação através do gesto

Fonte: Rocha (2014)

Figura 20 – Intervenção em Fevereiro

Materiais	Registo das Observações	Atitudes/ Comportamentos	Comunicação
Lápis de cor Marcadores Folha de papel branco A3	Debruça-se sobre a mesa Mexe na cabeça Coça a cabeça Oscila as pernas Olha frequentemente para o observador Sorri e dá gargalhadas Desconforto e hesitação perante um imprevisto Fixa o olhar no material Organiza os materiais Surpreendida com a música ambiente Movimenta o corpo Limpa os dedos Concentra-se na folha Preocupa-se com os traços marcados na mesa Realiza as atividades sentada e/ou pé Vira a folha quando termina o trabalho	Interesse Empenhamento Indecisão Preocupação Curiosidade Admiração Satisfação Surpresa Ansiedade Desconforto Desconcentração	Comunicação oral inexistente Comunicação através do gesto

Fonte: Rocha (2014)

Figura 21 – Intervenção em Março

Materiais	Registo das Observações	Atitudes/ Comportamentos	Comunicação
Digitinta Purpurinas Pincéis Rolos Escova de dentes Pincel da barba Folha de Papel Branco A3	Observa o material Sorri e dá gargalhadas Lava as mãos Pinta as palmas das mãos Explora o material Olha fixamente para o seu rosto refletido no espelho Fixa o olhar na paleta de cores Olha para o desenho e para as mãos Mexe livremente na digitinta Olha para o observador	Participante Satisfeita Fascínio Entusiasmo Realizada Preocupada Curiosa Animada	Comunicação oral inexistente Comunicação através do gesto

Fonte: Rocha (2014)

Figura 22 – Intervenção em Abril

Materiais	Registo das Observações	Atitudes/ Comportamentos	Comunicação
Carvão Folha de Papel Branco A3	Fica admirada com o carvão Evidencia atrapalhação quando o carvão parte Fixa o olhar nos dedos pretos Sorri e dá gargalhadas Repara no ruído produzido pelo carvão Imprime uma força maior com o carvão ao desenhar Desenha transpondo os limites das folhas O corpo movimenta-se Lava as mãos frequentemente Olha para o observador, abraça-o e mostra vontade em dizer algo mas não consegue Evidencia alegria Gosta de apreciar os trabalhos finais, salta	Espanto Indecisão Atrapalhação Colaborante Observadora Felicidade	Comunicação oral inexistente Comunicação através do gesto

Fonte: Rocha (2014)

Figura 23 – Intervenção em Maio

Materiais	Registo das Observações	Atitudes/ Comportamentos	Comunicação
Cartolina Branca Revistas Papel de Cenário Cola Marcadores Carvão Digitinta	Salta, ri, dá gargalhadas Gosta de observar o seu rosto refletido no espelho Pinta livremente Explora os materiais Comtempla as “obras” terminadas Procura a interação física com o observador Apresenta vontade de falar mas não consegue Demonstra felicidade na execução dos trabalhos Realização das atividades com o papel de cenário preso na parede	Empenhamento Vontade de experimentar Entusiasmo Euforia Afetividade Fascínio Espanto Colaborativa	Comunicação oral inexistente Comunicação através do gesto

Fonte: Rocha (2014)

Figura 24 – Intervenção em Junho

Materiais	Registo das Observações	Atitudes/ Comportamentos	Comunicação
Folha de Papel de Cenário Cartolina Branca Pincéis Rolos Escova de dentes Pincel da Barba Marcadores	Observa o espaço circundante Repara no material que tem à disposição Movimenta-se livremente Explora espontaneamente os materiais Gosta de sentir a textura dos materiais Manipula naturalmente pincéis, rolos, marcadores... Sorri e solta gargalhadas Mostra afetividade pelo observador Procura interação física com o observador As “obras” feitas são desenhos não figurativos	Entusiasmo Exploração Alegria Fascínio Solta gargalhadas Concentração Participativa	Comunicação oral inexistente Comunicação através do gesto

Fonte: Rocha (2014)

A partir das figuras acima – dos registos mensais – é possível observar que nas fases iniciais Ana estava ansiosa e nervosa durante as sessões de arteterapia. Com o passar do tempo, a paciente começou a ganhar confiança, segurança e entusiasmo – começou a libertar-se artisticamente. Ana foi realizando os trabalhos com a sua criatividade e imaginação, e foi alterando a sua maneira de estar e de se relacionar com o espaço do ateliê. Essa mudança também foi percebida na sala de aula e na escola; onde a criança demonstrava mais conforto e menos sinais de preocupação e ansiedade. Constatou-se, portanto, que a arteterapia – que fez Ana libertar-se artisticamente – permitiu que a paciente extravasasse no papel as suas emoções; de modo a canalizar fortes sentimentos interiores. Ao final, Ana havia conseguido superar a sua insegurança, e abstrair-se de preocupações e inibições – a paciente sentia-se mais feliz e liberta; apesar de continuar sem falar (ROCHA, 2014).

A educação criadora torna a criança mais segura de si, mais autoconfiante, mais forte, mais resistente a situações adversas, mais capazes de vencer os obstáculos que a sociedade diariamente lhe apresenta (STERN, 1974).

2.6 TERAPIA FAMILIAR

Conforme Ribeiro (2013), a Terapia Sistêmica Familiar é uma forma de terapia que envolve a família da criança, porque compreende que a família representa o maior – e o primeiro – componente social da mesma. Assim, não só a criança é submetida a seções de análise, mas também todo o seu contexto familiar (GALVÃO E DOURADO, 2014).

Rocha (2014), afirma que a Terapia Sistêmica Familiar objetiva abranger a família como unidade, no lugar da criança individualmente. Assim, propõe-se modificar a comunicação e os modelos de interação dentro da unidade familiar da criança com MS. Esta intervenção psicoterápica, ademais, visa identificar e solucionar os conflitos dos pares da família. Algumas formas de trabalhar nessa modalidade psicoterapêutica incluem atividades dinâmicas, jogos, e teatros, que são utilizados para facilitar a comunicação (MELLO E BRAGA, 2016).

Mello e Braga (2016), acrescentam que, a terapia familiar, leva em consideração a influência que a família exerce sobre a criança. Nesse sentido, compreende-se que as relações entre pais e crianças não saudáveis, podem gerar ansiedade nos filhos. Por isso, o alvo teria de ser a família e não apenas a criança, de forma isolada.

O Mutismo Seletivo (MS), portanto, pode aqui ser entendido como uma dificuldade da criança que origina-se no núcleo familiar; isto é, nas questões vivenciadas pela criança com seus pares. O terapeuta, com o olhar sobre o relacionamento familiar, visa realçar a independência da criança e diminuir a orientação – dependência – da mãe ou de outros familiares; até alcançar a superação do MS. É necessário observar a interação da criança com sua família em diferentes momentos e contextos (MELLO E BRAGA, 2016).

Depara-se, muitas vezes, com comportamentos de super-proteção dos cuidadores da criança com MS – atuando como reforçador do mutismo seletivo. Nesse aspecto, observa-se que os familiares acabam respondendo pela criança, e acreditam que estão ajudando ao fazê-lo. É preciso apoio familiar para transmitir segurança e cuidado para a criança, de modo a estimular que a criança faça e se desenvolva por si só (GALVÃO E DOURADO, 2014).

Conclui-se que as relações familiares dizem muito sobre o indivíduo. Desta forma a terapia familiar, torna-se uma importante aliada ao tratamento

do mutismo seletivo, por tratar de conhecer e se for o caso propor modificações dos comportamentos e atitudes de todos os membros da família, com um único intuito de auxiliar a criança na promoção do seu bem estar (MELLO E BRAGA, 2016).

Apesar da literatura mencionar a terapia familiar como forma de intervenção psicoterápica no tratamento do mutismo seletivo, não foram encontradas publicações de estudos de casos.

5 DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo a compreensão – aprofundada – a despeito do Transtorno do Mutismo Seletivo (MS), e a investigação das intervenções psicoterápicas consideradas para o tratamento. Propôs-se, ademais, descrever e analisar as intervenções já realizadas – e publicadas – para observar eventuais resultados.

O Mutismo Seletivo corresponde a uma incapacidade persistente da criança falar em determinados contextos sociais, enquanto ela é capaz de falar em outras situações. Por ser uma perturbação que gera muita ansiedade na criança, é caracterizada como um transtorno de ansiedade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). O ambiente escolar é frequentemente o contexto do qual a criança se mostra incapaz de verbalizar, e o ambiente familiar é o momento do qual a criança utiliza a comunicação oral (FIGUEIRAS, 2017). Em 1992 o MS foi incluído, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na categoria dos Transtornos do Comportamento Social, com características de seletividade – de origem emocional – da fala. Foi reconhecido que a patologia originava-se na primeira infância, com sintomas de ansiedade, retraimento, hipersensibilidade e negativismo (FILIPE, 2019).

A etiologia do MS é controversa – a teoria etiológica que lidera é aquela que enfatiza o papel de múltiplos fatores, como genéticos, comportamentais, psicodinâmicos e familiares. Os estudos epidemiológicos revelam uma prevalência entre 0,3 e 1% – a depender da população e dos critérios de investigação. A maioria dos casos (79%) encontra-se no início da pré-escola (TURKIEWICZ, CASTRO, MORIKAWA, COSTA, & ASBAHR, 2008). O *Selective Mutism Questionnaire* (SMQ) – “Questionário de mutismo seletivo” é o instrumento mais utilizado para o diagnóstico do transtorno. O *School Speech Questionnaire* (SSQ) – “Questionário de Fala Escolar”; e o *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV): Parents Interview Schedule* – “Entrevista para o Diagnóstico de Transtornos de Ansiedade em Crianças – Versão dos Pais”, também são ferramentas diagnósticas (OLIVARES, OLIVARES, ALCÁZAR, 2019).

A ausência da fala das crianças com MS traz prejuízos no funcionamento social e acadêmico – desde de dificuldades sociais no grupo de pares, reprovação escolar, e relações intrafamiliares agravadas. A comorbidade entre MS e transtorno

de ansiedade social é alta (HENKIN E BAR-HAIM, 2015). Outros transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), e transtorno do pânico, ocorrem com mais frequência em crianças com MS (ROZENEK, ORLOF, NOWICKA, WILCZYNSKA, & WASZKIEWICZ, 2019). A persistência do MS é variável – existem casos de “superação”, mas também evidências de casos com permanência de sintomas de perturbação de ansiedade social (FILIPE, 2019). O prognóstico torna-se mais favorável quando o MS é diagnosticado e tratado precocemente (MURIS, HENDRIKS & BOT, 2016).

Já com relação as estratégias interventivas, deparou-se com proposições variadas – diferentes abordagens psicológicas e psicoterápicas. Uma delas refere-se a Terapia Comportamental, que compreende o mutismo seletivo como uma resposta aprendida. Isso porque a teoria comportamentalista – o behaviorismo radical – tem como pressuposto que todo o comportamento é adquirido por processos de aprendizagem – mediado pelo contexto do qual o sujeito está inserido (MELLO E BRAGA, 2016). Nesse sentido, a conceitualização comportamental do MS, atribui que a expectativa colocada sobre a criança para falar corresponde a um estímulo gerador de ansiedade, e a resposta da criança é a evitação dessa ansiedade – a ausência da fala – que, por sua vez, tem como consequência a sensação de alívio. Sendo assim, a resposta de não falar é negativamente reforçada (LUCAS E DIAS, 2019). Estudos mais acurados do Behaviorismo Radical esclarecem que o mutismo seletivo, não é apenas um comportamento de evitação controlado por estímulos discriminativos aversivos, mas é um comportamento que produz ganhos secundários e, por isso, é também positivamente reforçado (ROCHA, 2014).

Deste modo, a intervenção psicoterápica dessa abordagem, consiste em mudar o ambiente da criança com MS (MELLO E BRAGA, 2016). Inicia-se o tratamento por meio de uma análise funcional do caso, com o objetivo de identificar a função do comportamento de não falar (ROCHA, 2014). Essa análise é realizada através das variáveis ambientais – das contingências – e dos relatos verbais da criança (BANACO, 1999). Em seguida, utiliza-se técnicas comportamentais para intervir nas contingências que mantém o comportamento da criança com MS. Dentre elas, são investidas estratégias de modelagem – reforçamento diferencial – modelação, e controle por regras (NICO, 2001). Os estudos que mostram intervenções comportamentais nos transtornos de ansiedade, recaem sobre a técnica de exposição com prevenção de respostas (EPR) – exposição gradual a

estímulos aversivos. Além disso, as intervenções dedicam-se em instalar respostas alternativas às respostas ansiosas, para extinguir o comportamento de não falar da criança com MS – o que pode ser feito a partir de um treino de habilidades sociais (LÓPEZ, 2019). Oliváres, Olivarés e Alcázar (2019) demonstram um caso de MS em que métodos comportamentais, como exposição, modelação, reforçamento diferencial – com reforço positivo e reforço social – e desvanecimento, foram utilizados; obtendo bons resultados. Existem muitos estudos de caso de MS que são tratados com técnicas comportamentais; porém combinadas com técnicas cognitivas, seguindo os pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Portanto, conclui-se que a Terapia Comportamental, que fundamenta-se no behaviorismo radical, tem uma presença cada vez menor na prática clínica; sendo comumente substituída pela TCC.

A TCC, portanto, além de basear-se na teoria comportamental, inclui teorias cognitivas no tratamento do MS. Esta abordagem entende que o comportamento não é só determinado pelas variáveis ambientais, como também por sentimentos e pensamentos individuais. Por isso, pressupõe que o MS ocorre em função de percepções distorcidas da criança (FIGUEIRAS, 2017). A investigação vai além de uma análise funcional do comportamento do mutista, pois também considera a conceitualização cognitiva do caso. Assim, a intervenção psicoterápica da TCC objetiva desenvolver as habilidades cognitivas e comportamentais da criança com MS (FILIPE, 2019). As técnicas utilizadas para atingir esses objetivos são: psicoeducacional; treino de relaxamento muscular progressivo; treino de habilidades sociais – modelagem e modelação; exposição imaginária e ao vivo (EPR) ou dessensibilização sistemática; vídeo de feedback; e reestruturação cognitiva (LEVITAN, 2011).

Alguns autores, como Figueiras (2017), Peixoto, Caroli e Mariama (2017), Melo (2016), e Filipe (2019), relatam estudos de casos com crianças com MS, em que o tratamento foi desenvolvido com base na TCC – envolvendo os métodos acima mencionados. Em todas as descrições, identificou-se que as intervenções alcançaram resultados positivos; isto é, observou-se evoluções das crianças, com melhoras na percepção de si mesma (autoestima) e na comunicação oral nos diferentes contextos. É possível concluir, portanto, que a TCC tem se mostrado muito eficaz no tratamento do MS.

Por sua vez, a Terapia Psicodinâmica acredita que o MS está relacionado a um trauma emocional ou a conflitos inconscientes não resolvidos (RIBEIRO, 2013). Compreende-se que a partir da resolução desse conflito, o comportamento de não falar deixará de existir. A função da terapia psicodinâmica com crianças com MS, portanto, é a de ajudá-las a trazer à tona os conteúdos reprimidos, e isso é feito através de jogos – ludoterapia – e da arte – arterapia (MELLO E BRAGA, 2016). O objetivo do tratamento é entender o significado simbólico do silêncio da criança com MS – interpretar as angústias comunicadas não verbalmente. Pressupõe-se que o MS está ligado ao esforço para manter controle sobre sentimentos agressivos (CAMPOS E ARRUDA, 2014). A intervenção psicoterápica envolve, principalmente, a ludoterapia, por ser a forma da criança expressar os seus conflitos – há uma projeção de sentimentos e emoções nos brinquedos. O jogo ou a brincadeira, possuem um sentido, revelando a situação interna da criança (RIBEIRO, 2013).

Para a criança com MS a ludoterapia possibilita, através do brincar, uma relação afetiva – um vínculo de confiança – entre paciente e terapeuta; constituindo o ponto central da intervenção. É essa relação de afetividade que é considerada a via pela qual a criança consegue traduzir seus sentimentos em palavras; isto é, por meio da transferência (MELLO E BRAGA, 2016). Foram descritos e analisados os estudos de casos realizados por Pokorski (2018) e por Campos e Arruda (2014), que trataram crianças com MS a partir da ludoterapia, e verificou-se que o brincar permitiu a expressão das fantasias da criança, e com um processo vincular e psicoterapêutico, foi possível a expressão verbal das crianças. As intervenções, portanto, tiveram ótimos resultados.

A arterapia, pois, é uma estratégia terapêutica que visa, por meio de um processo de criação, ajudar a criança a expressar os conteúdos – conflitos – inconscientes. Essa terapia, ademais, utiliza o ato criativo para a criança com MS satisfazer emoções, como a agressividade, de forma sadia – resolvendo conflitos psíquicos através da sublimação (ROCHA, 2014). Foi investigado um estudo de caso desenvolvido por Rocha (2014), em que a arterapia foi instrumento para tratar uma criança com MS. Apesar de identificar evoluções na postura e no comportamento da criança ao longo das intervenções – como mais segurança e confiança – não houve mudança com relação a ausência da fala. O estudo mostrou que a criança conseguiu canalizar emoções reprimidas através da arte, porém não foi suficiente para resolver o conflito atrelado ao MS.

Por fim, a Terapia Familiar, que fundamenta-se no conceito de família como unidade – da qual a criança faz parte – tem o MS como uma dificuldade não apenas da criança, mas da família. Dessa forma, o MS origina-se no núcleo familiar, e a família deve ser o objeto de intervenção. Analisa-se as interações da criança com seus pares, para intervir e solucionar eventuais conflitos, ou relações disfuncionais (MEELO E BRAGA, 2016). Nenhum estudo de caso de MS tratado pela terapia familiar foi encontrado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno complexo, que pode ser causado por fatores com características orgânicas e ambientais – multifatorial – que dificulta ou impede o desenvolvimento de interações sociais de crianças (RIBEIRO, 2013). No Brasil os estudos sobre o tema são raros, e há poucos profissionais especializados no assunto – tornando mais difícil o diagnóstico e o tratamento precoce (LUCAS E DIAS, 2019).

As diferentes abordagens psicológicas compreendem e intervêm de forma própria – a despeito de suas fundamentações teóricas – no transtorno em questão. Os estudos que acompanharam e trataram crianças com MS, através da terapia comportamental, da terapia cognitivo-comportamental, e da terapia psicodinâmica, comprovaram a eficácia da intervenção. O tratamento pela arteterapia, analisado a partir de estudo de caso publicado na literatura, foi o único que não demonstrou a superação do MS; e a terapia familiar não foi colocada em prática, no transtorno do MS, por pesquisadores dispostos a investigar e acompanhar casos.

Em uma meta-análise, verificou-se que 78% dos casos demonstraram que uma abordagem comportamental apresenta uma influência significativa no processo comunicativo e, por isso, é tida como a estratégia de maior efeito na intervenção clínica de crianças com mutismo seletivo (PIRES, PALIOT, ALVES, SILVA & ENÉAS, 2017). As técnicas cognitivas-comportamentais são as que vêm demonstrando maior efetividade na alteração do comportamento de crianças com mutismo seletivo (FILIPE, 2019).

As pesquisas encontradas sobre o MS – os casos descritos neste trabalho – em sua maioria utilizaram-se da terapia cognitivo-comportamental (TCC); ao todo, foram quatro casos. Apenas um estudo com intervenção exclusivamente comportamental foi encontrado; e três estudos envolvendo a terapia psicodinâmica – sendo dois de intervenção com ludoterapia, e um com arteterapia. Isso demonstra que a TCC é a abordagem mais investida no tratamento do MS – com bons resultados.

No entanto, a fim de conclusão, é preciso salientar que a TCC é a intervenção psicoterápica que é mais facilmente mensurada e, por isso, é a mais utilizada em pesquisa. As outras propostas psicoterápicas são, pois, mais complexas para serem apresentadas em investigações científicas – elas envolvem fatores de difícil avaliação e comprovação.

REFERÊNCIAS

ALYANAK, Behiye; KILINÇASLAN, Ayse; HARMANCI, Halime S.; DERMIKAYA, Sevcan K.; YURTBAY, Tulin; VEHID, Hayriye E. **Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism**. Journal of Anxiety Disorders, vol. 27, issue 1, 9-15, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618512001156>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

ANDERSSON, C.; THOMSEN, P. **Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases**. Nordic Journal of Psychiatry, 52(3), 231-238, 1998.

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5**. Artmed Editora, 2014.

BALDAÇARRA, L. **Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

BANACO, Roberto A. **O acesso a eventos encobertos na prática clínica: um fim ou um meio?** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, vol. 1, n.2, 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000200004>. Acesso em: 27. Maio. 2020.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERGMAN, Lindsey; KELLER, Melody L.; PIACENTINI, John; BERGMAN, Andrea J. **The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire**. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(2), 456-464, 2008. Disponível em: <<https://www.selectivemutism.org/wp-content/uploads/2019/07/The-Development-and-Psychometric-Properties-of-the-Selective-Mutism-Questionnaire.pdf>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

BERGMAN, R. L. **Treatment for children with selective mutism: an integrative behavioral approach**. New York: Oxford University Press, 2013.

BERGMAN, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. **Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study**. Behavior Research and Therapy, 51, 680-689. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.003, 2013.

BRITTO, Ilma A. G. S.; RODRIGUES, I. S.; ALVES, Sheila, L.; QUINTA, Talva L. S. **Análise Funcional de Comportamentos Verbais Inapropriados de um Esquizofrênico**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 26, n.1, pp. 139-144, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a16v26n1.pdf>>. Acesso em: 27. Maio.2020.

CABALLO, Vicente E. SIMON, Miguel Angel. **Manual de Psicologia Clínica Infantil e Adolescente: transtorno específico**. São Paulo: Santos, 2010.

CABALLO, Vicente E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Ed. Santos, 2002.

CAMPOS, Lia K. S.; ARRUDA, Sérgio, L. S. **Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo**. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, vol. 5, nº 2. Londrina, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000200003>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

COHAN, S. L.; CHAVIRA, D. A.; SHIPON-BLUM, E.; HITCHCOCK, C.; ROESCH, S. C.; STEIN, M. B. **Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile 31 analysis**. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 37(4), 770-784, 2008.

CARVALHO, A. **Dando Forma e Cor ao Mundo Interno: Desenho e Pintura em Arte-Terapia**, *Arte Viva*, 2, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, 2011.

FIGUEIRAS, Ana Sofia N. **Fatores de Eficácia na Intervenção Clínica no Mutismo Seletivo: Estudo de Caso**. Universidade do Minho, Portugal, 2017. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/48304?mode=full>>. Acesso em: 08. Mar.2020.

FILIPE, Lénia C. M. **Mutismo Seletivo: um Estudo de Caso**. *O Silêncio Nem Sempre é de Ouro*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Fafe, Portugal, 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30366/1/Dissertação_Lénia_Final%20-%201.pdf>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

FITZGERALD, Ó. S.; GAVIRIA, T. O. **El papel de la memoria operativa en las diferencias y trastornos del aprendizaje escolar**. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 63-79, 2013.

GALVÃO, Érica R.S.; DOURADO, Amanda D. **Mutismo seletivo: o silêncio perigoso**. Congresso Nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências, CONAPESC,

2014. Disponível em:
<https://editorarealize.com.br/revistas/conapesc/trabalhos/TRABALHO_EV126_MD1_SA12_ID1430_11072019203447.pdf> . Acesso em: 08. Mar. 2020.

GENSTHALER, Angelika; KHALAF, Sally; LIGGES, Marc; KAESS, Michael; FREITAG, Christine. M.; SCHWENCK, Christina. **Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar.** *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1113-1120, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-016-0835-4>>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

GUEDES, M. L. **O comportamento governado por regras na prática clínica: um início de reflexão.** Em: Banaco, R.A.(Org.) *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista.* São Paulo: Arbytes, vol. 1, 1997.

HENKIN, Yael; BAR-HAIM, Yaim. **An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism.** *Developmental Cognitive Neuroscience*, volume 12, 86-93, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187892931500016X>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

KRISTENSEN, Hanne. **Selective Mutism and Comorbidity With Development Disorder/Delay, Anxiety Disorder, and Elimination Disorder.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 39, issue 2, 249-256, 2000. Disponível em: <[https://jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)66142-6/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(09)66142-6/fulltext)>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

LEVITAN, M. N.; CHAGAS, M. H. N.; CRIPPA, J. A. S.; MANFRO, G.; HETEM, L. A. B.; SALUM, G.; ISOLAN, L.; FERRARI, M. C. F.; NARDI, A. E.; ANDRADA, N. C. **Transtorno de Ansiedade Social: Tratamento.** *Associação Brasileira de Psiquiatria*, 2011. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/transtorno_ansiedade_social_tratamento.pdf>. Acesso em: 22. Maio. 2020.

LÓPEZ, Román. **Mutismo Selectivo.** *Universidade de Ciências Médicas de Granma, Cuba*, 23(4), 1028-4818, 2019. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n4/1028-4818-mmed-23-04-795.pdf>>. Acesso em: 22. Maio. 2020.

LUCAS, Adriana V. L.; DIAS, Marlene A. **Mutismo Seletivo: compreensão e estratégias de enfrentamento.** *Kroton*, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/24238/1/UNIAN%20-%20Adriana%20Vidotti%20Lopez%20Lucas.pdf>>. Acesso em: 22. Maio. 2020.

MANASSIS, K.; TANNOCK, R.; GARLAND, E. J.; MINDE, K.; MCINNES, A.; CLARK, S. **The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(9), 1187-1195, 2007.

MARTINEZ, Yvonne J.; TANNOCK, Rosemary; MANASSIS, Katharina; GARLAND, E. Jane; CLARK, Sandra; MCINNES, Alison. **The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders.** Canadian Journal of School Psychology, 30(2), 2015. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0829573514566377>>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

MATOS, Maria Amélia. **Análise Funcional do Comportamento.** Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v.16, n.3, p. 8-18, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v16n3/a02v16n3.pdf>>. Acesso em: 27. Maio. 2020.

MELO, Sara I. C. **Mutismo Seletivo: Projeto Tagarela.** ISPA, Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/display/80521287>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

MELLO, Cheila D.; BRAGA, Sirlei A. B. **Transtorno do mutismo seletivo: algumas considerações sobre a recusa da fala.** Revista Científica do Colégio Militar de Curitiba – Revista Kur'yt'ba, Vol. 8, n.1, 2016. Disponível em: <<http://revistacientifica.cmc.eb.mil.br/revista/index.php/revista/article/view/83/72>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

MONGA, Suneeta; BENOIT, Diane. **Taming Sneaky Fears: Evidence-Based Treatment for 4 to 7-years-old Children With Selective Mutism and/or Social Anxiety Disorder.** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 56, issue 10, S354-S355, 2017. Disponível em: <[https://jaacap.org/article/S0890-8567\(17\)31089-4/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(17)31089-4/fulltext)>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

MULLIGAN, Christy A.; HALE, James B.; BLUM, Elisa. **Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment.** Journal of Education and Human Development, vol. 4, nº 1, pp. 79-96, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Christy_Mulligan/publication/254668630_Selective_Mutism_Identification_of_Subtypes_and_Influence_on_Treatment/links/575379c308ae10d933744708.pdf>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

MURIS, Peter; HENDRIKS, Eline; BOT, Suili. **Children of a Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3 to 6 Years Old.** Child Psychiatry Hum. Dev., 47:94-101, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10578-015-0547-x.pdf>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

MURIS, P.; OLLENDICK, T. H. **Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5**. Clin Child Fam Psychol Rev, 18(2), 151-169, 2015.

NICO, Y. C. **O que é autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B. F. Skinner**. Em: Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P., & Scoz, M. C. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. ESETec Editores Associados, vol. 7., p. 62-70, 2001.

OLIVARES, José; OLIVARES, Pablo J. O.; ALCÁZAR, Ángel R. **Efectividad del tratamiento temprano de niños con mutismo selectivo en los centros educativos**. Universidad de Murcia, España. Terapia Psicológica, 2019, Vol 37, Nº 2, 81-96. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v37n2/0718-4808-terpsicol-37-02-0081.pdf>>. Acesso em> 08. Mar. 2020.

PEIXOTO, A. C. A. **Mutismo seletivo: prevalência, características associadas e tratamento cognitivo comportamental**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

PEIXOTO, Ana C. A.; CAMPOS, Luciana de A. **Habilidades sociais e educação: O desafio do mutismo seletivo em sala de aula**. Edu.Tec - Revista científica digital da FAETEC, v. 2, n. 1, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.faetec.rj.gov.br/diretorias/arquivos/diretoria-de-educacao-superior/edutec-20132-luciana_campos.pdf>. Acesso em: 10. Mar. 2020.

PEIXOTO, Ana Cláudia A.; CAROLI, Andréa L. G.; MARIAMA, Silvia R. **Mutismo seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, vol. 13, nº 1, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100003>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

PIRES, Thereza S. J.; PALITOT, Monica D.; ALVES, Giorvan A. S.; SILVA, Henrique M. L.; ENÉAS, Eduardo L. S. **Reflexões da mediação escolar para uma criança com mutismo seletivo**. Revista Psicopedagogia, vol. 34, nº 104, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09. Mar. 2020

POKORSKI, Maria M. W. F. **Psicanálise: quando o falar é um obstáculo**. Estudos de Psicanálise, nº 50, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

REGRA, J. Em Abreu e Guilhardi (org.) **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**. Ed Roca: São Paulo, 2004.

RIBEIRO, Célia M S. **O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica – na perspectiva de profissionais ligados à educação.** Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal, 2013. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4013/1/CéliaRibeiro.pdf>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

ROCHA, Isabel, C. P. **No silêncio das palavras...O gesto consentido!** Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18959>>. Acesso em: 22. Maio. 2020.

ROZENEK, Emil B.; ORLOF, Wiktor; NOWICKA, Zuzanna M.; WILCZYNSKA, Karolina; WASZKIEWICZ, Napoleon. **Selective Mutism – an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg?** Psychiatria Polska, Nr 141: 1-17, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334779466_Selective_mutism_-_an_overview_of_the_condition_and_etiology_is_the_absence_of_speech_just_the_tip_of_the_iceberg>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

SERRETTI, Amine Nassif M.; COSTA-JÚNIOR, Florêncio M. da. **Mutismo seletivo infantil: avaliação e intervenção em ludoterapia comportamental.** Mimesis, Bauru, v.32, n. 2, p. 141-166, 2010.

SOUZA, A. B. **Psicoterapias Activas (Arte-Terapias).** Lisboa: Livros Horizonte, 2005.

SOUZA, Sophie V.C.; LAMBACH, Priscila. **Mutismo Seletivo: Uma percepção ampliada sobre comunicar-se.** Síndromes – Revista Multidisciplinar do Desenvolvimento Humano, Editora Atlântica. São Paulo/SP, ano 3 n° 1, pag. 26 – pag. 30, 2013.

STERN, Arno. **A Expressão.** Porto: Livraria Civilização, 1974.

TURKIEWICZ, Gizela; CASTRO, Lilian L.; MORIKAWA, Marcia; COSTA, Carolina Z. G.; ASBAHR, Fernando R. **Selective mutism and the anxiety spectrum – a long term case report.** Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 30, nº2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

VIANA, A. G.; BEIDEL, D. C.; RABIAN, B. **Selective mutism: a review and integration of the last 15 years.** Clin Psychol Rev, 29(1), 57-67, 2009.

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia – Perspectivas Clínicas dos Transtornos Psicológicos.** 7ª edição. São Paulo: Artmed, 2015.

Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?isbn=858055487X>>. Acesso em: 10. Mar. 2020.

WINNICOTT, C. **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott.** Porto Alegre: Artmed, 1994.

WONG, Psiscilla. **Selective Mutism. A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment.** US National Library of Medicine, Psychiatry, v. 7(3), 23-31, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861522/>>. Acesso em: 08. Mar. 2020.

XIMENES Bruna A. A.; BALLONE Geraldo J. - **Mutismo Seletivo - A criança que não fala com os outros, só em casa.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/,2009>>. Acesso em: 10. Mar. 2020.

YEGANEH, R.; BEIDEL, D. C.; TURNER, S. M. **Selective mutism: more than social anxiety?** *Depress Anxiety*, 23(3), 117-123, 2006.

ZAMIGNANI, Denis R.; BANACO, Roberto A. **Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade.** *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Vol VII, nº1, 077-092, 2005. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/44/33>>. Acesso em: 22. Maio. 2020.