

## Mutismo seletivo: Considerações sobre o transtorno de recusa da fala

Selective mutism: Considerations about speech refusal disorder

Mutismo selectivo: Consideraciones sobre el trastorno por rechazo del habla

Recebido: 20/05/2021 | Revisado: 28/05/2021 | Aceito: 07/06/2021 | Publicado: 21/06/2021

**Adriana Vidotti Lopez Lucas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0079-7446>

Universidade Anhanguera de São Paulo, Brasil

E-mail: [avidotti@msn.com](mailto:avidotti@msn.com)

**Nielce Meneguelo Lobo da Costa**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4391-9730>

Universidade Anhanguera de São Paulo, Brasil

E-mail: [nielce.lobo@anhanguera.com](mailto:nielce.lobo@anhanguera.com)

### Resumo

O Mutismo Seletivo é um transtorno de ansiedade que se caracteriza pela recusa da criança em falar em determinados locais, principalmente na escola. O objetivo deste estudo é identificar os fatores associados ao Mutismo Seletivo, suas alterações comportamentais e as dificuldades no desenvolvimento escolar. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa, qualitativa de caráter exploratório, em bases de dados eletrônicas como PUBMED, SCIELO, LILACS e ISI WEB OF SCIENCE. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a outubro de 2020, seguida de uma avaliação minuciosa dos estudos encontrados, que abrangeu uma leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. A amostra final desta revisão foi composta por 15 estudos científicos, elegidos pelos critérios de inclusão antecipadamente determinados. Por meio deste estudo, foi possível observar como as perturbações relacionadas ao mutismo seletivo interferem na realização educacional, profissional ou na comunicação social, fracassando falar na presença de estranhos. Verificou-se que dentre os prejuízos que este transtorno causa na criança, interfere principalmente na realização educacional, na comunicação social e no futuro em sua vida profissional. A análise desenvolvida permitiu concluir que o final do silêncio na criança com MS desejado por pais, família, profissionais do ensino e da saúde, não acabará de um dia para o outro, será uma longa caminhada, lenta e sinuosa com progressos e recuos, porém com a participação, esforço, colaboração e diálogo de todos os intervenientes haverá uma maior e mais rápida possibilidade de sucesso no enfrentamento ao MS.

**Palavras-chave:** Fobia social; Mutismo; Ansiedade.

### Abstract

Selective Mutism is an anxiety disorder that is characterized by the child's refusal to speak in certain places, especially at school. The aim of this study is to identify the factors associated with Selective Mutism, its behavioral changes, and difficulties in school development. To this end, an integrative, qualitative, exploratory literature review was carried out in electronic databases such as PUBMED, SCIELO, LILACS and ISI WEB OF SCIENCE. Data collection took place from September to October 2020, followed by a thorough evaluation of the studies found, which included an exploratory, selective, analytical, and interpretive reading. The final sample of this review was composed of 15 scientific studies, chosen by the inclusion criteria determined in advance. Through this study, it was possible to observe how the disturbances related to selective mutism interfere in educational or professional achievement or in social communication, presenting failure to speak in the presence of strangers. It was found that among the losses that this disorder causes in the child, it interferes mainly in the educational achievement (or in the future professional) or in the social communication. From the work developed, the idea arose that the end of silence in children with MS desired by parents, family, education, and health professionals, will not end overnight, it will be a long, slow and winding journey with progress and setbacks however, with the participation, effort, collaboration and dialogue of all stakeholders there will be a greater and faster chance of success in confronting the Ministry of Health.

**Keywords:** Social phobia; Mutism; Anxiety.

### Resumen

El mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la negativa del niño a hablar en determinados lugares, especialmente en la escuela. El objetivo de este estudio es identificar los factores asociados al Mutismo Selectivo, sus cambios de comportamiento y las dificultades en el desarrollo escolar. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica exploratoria, integradora y cualitativa en bases de datos electrónicas como PUBMED, SCIELO, LILACS e ISI WEB OF SCIENCE. La recolección de datos se llevó a cabo de septiembre a octubre de 2020, seguida de una evaluación exhaustiva de los estudios encontrados, que incluyó una lectura exploratoria, selectiva, analítica e interpretativa. La muestra final de esta revisión estuvo compuesta por 15 estudios científicos, elegidos por los criterios

de inclusión determinados de antemano. A través de este estudio, fue posible observar cómo las perturbaciones relacionadas con el mutismo selectivo interfieren en el logro educativo o profesional o en la comunicación social, presentando incapacidad para hablar en presencia de extraños. Se encontró que entre las pérdidas que este trastorno provoca en el niño, interfiere principalmente en el logro educativo (o en el futuro profesional) o en la comunicación social. Del trabajo desarrollado surgió la idea de que el fin del silencio en los niños con EM deseado por los padres, la familia, la educación y los profesionales de la salud, no terminará de la noche a la mañana, será un viaje largo, lento y tortuoso con avances y retrocesos, sin embargo, con la participación, el esfuerzo, la colaboración y el diálogo de todos los interesados habrá una mayor y más rápida posibilidad de éxito en el enfrentamiento del Ministerio de Salud.

**Palabras clave:** Fobia social; Mutismo; Ansiedad.

## 1. Introdução

A aprendizagem é um processo de interação dinâmica que a criança vivencia durante o processo educativo e o convívio social (Tabile & Jacometo, 2017), pode ser definida como modificações constantes do comportamento em relação ao meio, permitindo a adaptação dos organismos através dos fatores genéticos e ambientais.

Vários transtornos podem impactar no processo da aprendizagem e memorização, dentre estes, podemos observar os transtornos da ansiedade, considerado uma das psicopatias mais comuns no período infantil. Esta psicopatologia está associada negativamente ao desenvolvimento escolar e pessoal, suas manifestações podem passar pela infância, adolescência e atingir a fase adulta. Se não forem diagnosticadas e tratadas, podem tornar-se fatores de risco para o surgimento de patologias como depressão, transtornos do humor, transtornos de conduta e sentimentos que podem levar a tentativas ao suicídio (Bartholomeu et al., 2018).

Esta psicopatologia pode ocorrer associada a outros problemas, segundo preconiza Ford et al (1998 *apud* Figueiras, 2017, p. 06), como "a enurese, défices de atenção, hiperatividade, comportamento desafiante/oposicional, problemas de humor, fobia social, ataques de pânico, comportamentos obsessivo-compulsivos, reações de stress pós-traumático e dificuldades de ajustamento". A preocupação com o Mutismo Seletivo está na limitação do desenvolvimento e a forma como esta perturbação condiciona a qualidade de vida da criança, nomeadamente no que concerne ao rendimento escolar, que, em situações futuras, poderá levar a dificuldades no desempenho laboral, ou ainda na capacidade de comunicação social (APA, 2014).

Assim, a questão norteadora da pesquisa foi: Quais são os fatores associados ao Mutismo Seletivo, as alterações comportamentais e dificuldades enfrentadas no âmbito escolar.

A fim de responder à questão estabeleceu-se o seguinte objetivo geral: Identificar, por meio de uma revisão integrativa de literatura, os fatores associados ao Mutismo Seletivo, suas alterações comportamentais e dificuldades no desenvolvimento escolar.

Para tal, os objetivos específicos foram: 1) Levantar informações sobre o Mutismo seletivo na literatura científica; 2) Analisar a relação entre a ansiedade e o mutismo seletivo em crianças; 3) Elaborar um manual informativo, em forma de cartilha, contendo as informações básicas sobre o MS, para servir de orientação a professores e pais.

## 2. Metodologia

Este estudo classifica-se como qualitativo, devido às técnicas de obtenção das informações, visando descrições, relações e explicações estatísticas, ou seja, pesquisas que procuram explorar as relações existentes entre as causas e efeitos do MS. De acordo com Gil (2008), a pesquisa qualitativa visa a captação de características fundamentais, os significados, as concordâncias e convergências dos conteúdos encontrados.

Caracteriza-se ainda como exploratório por permitir ao investigador aumentar sua experiência em relação a determinado problema (Marconi; Lakatos, 2010). Para Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa exploratória tem a finalidade de proporcionar mais informações sobre o assunto que se investiga, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilita a delimitação do tema da pesquisa; orienta a fixação dos objetivos ou descobre um novo tipo de enfoque para o assunto.

Para alcançar os objetivos propostos da presente pesquisa, realizou-se uma Revisão de Literatura do tipo Integrativa, de caráter exploratório qualitativo, que permite uma síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões sobre o tema abordado. Para esta revisão, foram consultados e utilizados artigos indexados em bases de dados como Pubmed, Scielo, Lilacs, Isi, Web of Science e Google *Scholar*. A revisão consiste em um mapeamento sobre o que já foi escrito a respeito do tema e/ou problema da pesquisa. Segundo Marconi e Lakatos (2010), sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. A revisão abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, artigos científicos impressos ou eletrônicos, material cartográfico e até meios de comunicação oral: programas de rádio, gravações, audiovisuais, filmes e programas de televisão.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a outubro de 2020, seguida de uma avaliação minuciosa dos estudos encontrados, que abrangeu uma leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. Buscou-se trabalhar com autores conceituados no âmbito da referida pesquisa como: Araújo & Hanemman (2011), Figueiras (2017), Pires et al. (2017), Tabile (2017), Viana et al. (2019), Peixoto & Campos (2013), Mello (2017) e outros.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos em inglês, português e espanhol, que retratassem o mutismo seletivo em adolescentes e crianças em período escolar; Estudos abordando as patologias Ansiedade e Mutismo seletivo, definidas pelos critérios da DSM-IV; Estudos abordando diagnóstico e tratamento para o mutismo seletivo em crianças; Estudos abordando o mutismo seletivo em crianças e adolescentes no período escolar. Foram excluídos desta revisão, os artigos que não abordavam as patologias da Ansiedade e Mutismo seletivo ou que não relacionassem crianças e adolescentes no período escolar.

Inicialmente, foram identificados 602 estudos para esta revisão usando os descritores indicados acima. Aplicou-se os operadores booleanos: OR e AND e então foram selecionados 65 estudos para a leitura crítica na íntegra. Posteriormente, foram eliminados 50 estudos devido a duplicidade ou por não responderem as questões norteadoras do estudo. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 15 estudos eleitos, os quais atendiam às exigências desta análise, assim, a amostra final desta revisão foi composta por esses 15 estudos científicos.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se em Polit, Beck, Hungler (2004) & Lo Biondo-Wood, Haber (2001). A análise foi descritiva, permitindo observar, contar, descrever e classificar os dados, com o objetivo de agrupar os principais resultados da pesquisa sobre a temática explorada na revisão.

### **3. Resultados e Discussão**

A seguir apresentam-se os quinze estudos selecionados organizados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Síntese de estudos incluídos na revisão integrativa.

TEMA DO ESTUDO	AUTOR/ ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Reflexões da mediação escolar para uma criança com mutismo seletivo.	Pires et al. (2017)	Relatar as características de uma criança com Mutismo Seletivo (MS) no ambiente escolar revisado sob a perspectiva interacionista.	A mediação do professor permite que o aluno desenvolva suas habilidades comunicativas quando são utilizadas abordagens que dão ênfase à compreensão do sujeito, respeitando os seus limites e identificado estratégias para estimular as competências linguísticas, cognitivas e sociais.
Selective mutism: a review and integration of the last 15 years.	Viana et al. (2019)	Resumir baseado na literatura aspectos do MS, incluindo fenomenologia, avaliação e tratamento, com os principais objetivos de esclarecer sua apresentação clínica, oferecendo uma compreensão teórica do MS, a partir de uma perspectiva de psicopatologia do desenvolvimento e destacando lacunas de pesquisa e prática que pode existir.	Relata-se associação significativa entre MS e transtornos de ansiedade em geral e fobia social em particular. Acredita-se até que o MS deve ser considerado um sintoma extremo de crianças com fobia social em vez de um transtorno autônomo.
Selective mutism: phenomenological characteristics.	Ford et al. (1998)	Examinar as características fenomenológicas do mutismo seletivo.	O ambiente (casa, escola, comunidade) afetou a taxa de ocorrência de comportamentos de fala muda e variantes. A evidência apoiou uma ligação entre MS e ansiedade social ou fobia.
A follow-up study of 45 patients with elective mutismo.	Remschmidt et al. (2001)	Analisar através de exame psicopatológico padronizado 45 pacientes com MS.	Constatou-se uma alta carga de psicopatologia individual e familiar era característica dos pacientes. O transtorno começou já aos 3 a 4 anos e a idade de encaminhamento foi em média de 8 anos. Em 16 de 41 pacientes (39%), uma remissão completa pode ser observada. Todos os outros pacientes ainda revelaram alguns problemas de comunicação. Os pacientes anteriormente mudos se autodenominavam menos independentes, menos motivados em relação ao desempenho escolar, menos autoconfiantes e menos maduros e saudáveis em comparação a um grupo de referência normal. Um resultado ruim poderia ser melhor previsto pela variável "mutismo dentro da família central" no momento do encaminhamento.
Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions.	Giddan et al. (1997)	Apresentar os antecedentes históricos do tratamento do mutismo seletivo e os sintomas diagnósticos atuais do mutismo seletivo e, em seguida, elaborar com um estudo de caso que ilustra os resultados do tratamento multidisciplinar bem-sucedido de uma criança seletivamente muda.	Os investigadores dinâmicos defendem que o MS é uma manifestação de conflitos internos não resolvidos. Por exemplo, uma criança que está fixa na fase oral e anal e como deseja castigar os pais opta por não falar em determinadas situações, podendo também manter um segredo familiar.
A brief review of selective mutism literature	Krysanski (2003)	Analisar as origens e as causas do MS.	Mesmo sendo desconhecida sua etiologia, estudos estabelecem possível associação com transtorno fóbico, de ansiedade.
Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification.	Anstendig (1999)	Compreender etiologias temperamentais, ambientais e biológicas.	Estudos acreditam que a disfunção familiar advém de dois fatores: o medo da criança de revelar inadvertidamente segredos familiares e o silêncio ser como uma oposição ao comportamento da mãe que age sempre com extrema proteção, havendo dominação, restrição, medo e desconfiança, dificuldades de linguagem ou quebra na prática da aprendizagem num pai ou nos dois.
Elective mutism as a variant of social phobia.	Black; Uhde (1992)	Examinar a relação entre as síndromes de mutismo eletivo e fobia social.	O mutismo eletivo pode ser uma manifestação de fobia social, em vez de uma síndrome diagnóstica separada, e pode ser tratada farmacologicamente.

Selective mutism: Practice and intervention strategies for children	Hung et al. (2012)	Apresentar a revisão de literatura sobre tratamentos para mutismo seletivo e um estudo de caso.	Verificou-se que a terapia cognitivo comportamental se mostra como a mais usada e, é a intervenção mais promissora com os efeitos mais positivos, superando inclusive o uso dos fármacos.
Habilidades sociais e educação: O desafio do mutismo seletivo em sala de aula	Peixoto; Campos (2013)	Trazer à tona uma discussão sobre um transtorno pouco conhecido no meio escolar: o mutismo seletivo.	A terapia mais indicada para o tratamento do mutismo é a cognitivo-comportamental, pois combina técnicas que vão auxiliar a criança a manifestar a fala e desenvolver habilidades sociais importantes nessa fase da vida. O tratamento precisa envolver a família da criança, a escola que ele estuda e o próprio paciente.
Transtorno do mutismo seletivo: algumas considerações sobre a recusa da fala.	Mello (2017)	Identificar as dificuldades de aprendizagem e socialização de uma criança com mutismo seletivo, a fim de apresentar propostas de intervenções capazes de auxiliar na superação deste transtorno.	Desenvolver um tratamento para alguém que sofre de mutismo seletivo consiste em um olhar amplo e abrangente da compreensão do ser humano, além de um diagnóstico preciso, para que seja possível dar início a um tratamento eficaz.
O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/ Atividade Lúdica - na perspectiva de profissionais ligados à Educação.	Ribeiro (2012)	Estabelecer relações entre o uso da ludoterapia ou de atividades lúdicas e o fim do silêncio ansiado por pais, familiares, amigos, professores e terapeutas.	A ludoterapia e a ludoterapia comportamental foram analisadas tendo-se confirmado a sua importância nas diferentes fases do transtorno do Mutismo Seletivo, do diagnóstico ao tratamento.
Mutismo Seletivo: Prevalência, Características Associadas e Tratamento Cognitivo-Comportamental.	Peixoto (2006)	Obter informações e aprofundar o conhecimento sobre o transtorno denominado MS.	As técnicas de modelagem e stimulus fading, se mostraram eficazes no desenvolvimento da fala por parte da criança. O teste Wilcoxon mostrou que a frequência da fala aumentou significativamente com amigos da escola e na interação com os professores.
Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo.	Campos; Arruda (2014)	Discutir de forma teórica-clínica em que o brincar serve como meio de expressão e de comunicação na psicoterapia psicanalítica de uma menina de nove anos e de um menino de sete anos de idade, ambos com mutismo seletivo, atendidos duas vezes por semana em um hospital público.	Demonstrou-se que brincar permitiu o acesso e o trabalho do mundo interno das crianças, possibilitando que começassem a verbalizar e a produzir representações simbólicas.
Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?	Chavira et al. (2007)	Examinar a história de transtornos psiquiátricos ao longo da vida nos pais de crianças com MS em comparação com pais de crianças em um grupo de controle.	Esses resultados apoiam achados não controlados anteriores de uma relação familiar entre fobia social generalizada e MS.

Fonte: Autores.

De acordo com os resultados levantados, inicialmente, pôde-se investigar o MS, abordando a descrição do seu conceito, sua relação com a ansiedade e sua interferência com o processo de aprendizagem em crianças que cursam a Educação Básica nos Anos Iniciais e Anos Finais do Ensino Fundamental.

Os resultados da revisão integrativa são apresentados a seguir, organizados em temas, quais sejam: Fatores Associados ao Transtorno do Mutismo Seletivo; Mutismo seletivo e o desenvolvimento escolar; Mutismo como fator prejudicial da socialização em sala de aula; Padrões de comportamento do mutismo seletivo em crianças; Relação entre ansiedade e o mutismo seletivo em crianças; MS como consequência e/ou fator de agravo da ansiedade e da fobia social; Alguns fatores relevantes de âmbito escolar; Medidas específicas para estimular a fala; Medidas e orientações para a escola; Medidas específicas para estimular a comunicação/interação; Proposta de trabalho em conscientização do mutismo seletivo para docentes.

### 3.1 Fatores Associados ao Transtorno do Mutismo Seletivo

O MS tende a ser mais comum no gênero feminino do que no masculino, atingindo 1% dos indivíduos. Normalmente ocorre entre os 4 e os 5 anos de idade, mas o diagnóstico só é confirmado quando a criança entra para a escola. O fato de não ser diagnosticado antecipadamente e em ambiente familiar, torna o MS um comportamento desconhecido aos professores e auxiliares da escola, adiando a referência para os serviços de saúde. Estes atrasos poderão trazer implicações na avaliação e no tratamento, daí ser muito importante fazer-se, o mais rapidamente possível, uma observação clínica para se planejar uma intervenção (Viana et al., 2009). A visão etiológica do MS tem-se alterado ao longo das últimas décadas. As mais antigas conceptualizações associavam o MS a fatores de trauma, eventos traumáticos ou até à disfunção familiar. Atualmente existem alguns fatores associados ao MS – comportamento inibitório, Vulnerabilidade Genética/Familiar e Vulnerabilidade do Ambiente - e estes têm variado ao longo do tempo. O comportamento inibitório definido como uma tendência habitual em demonstrar um medo persistente em comunicar e evitar confrontos com pessoas familiares e desconhecidas, é um dos principais fatores de manutenção do MS. Estudos demonstram que crianças com este comportamento têm dificuldades em responder a novas situações e as mudanças. São descritas como tendo um historial de timidez ou um temperamento mais lento envolvendo a fobia social (Ford et al., 1998).

O MS pode manifestar-se de diversas formas nas diferentes etapas do desenvolvimento da criança, e normalmente acontece pela entrada da pré-escola quando as crianças demonstram dificuldades em expressar-se verbalmente na presença de pessoas desconhecidas. A ocorrência do MS e da ansiedade no meio familiar sugere uma possível vulnerabilidade genética/familiar. Em estudo realizado por Remschmidt et al. (2001) em uma amostra de 45 crianças com MS, concluíram que 9% dos pais, 18% das mães e 18% dos irmãos apresentavam histórico de MS e que 51% dos pais e 44% das mães mostraram sinais de extrema resistência.

Recentemente, alguns estudos têm demonstrado pequenas mudanças na visão etiológica do MS, na medida em que se está a dar menos ênfase aos fatores psicodinâmicos. Os investigadores dinâmicos defendem que o MS é uma manifestação de conflitos internos não resolvidos. Por exemplo, uma criança que está fixa na fase oral e anal e como deseja castigar os pais opta por não falar em determinadas situações. Poderá também manter um segredo familiar, deslocando a raiva para um dos pais ou revertendo para um etapa não-verbal do seu desenvolvimento (Giddan et al., 1997).

Segundo os investigadores dinâmicos, o mutismo é uma forma de lidar com a raiva/ansiedade ou com o objetivo de punir os pais. Apesar da hipótese psicodinâmica ainda estar em estudo, os tratamentos cognitivo-comportamentais têm ganho cada vez mais notoriedade do que os métodos tradicionais. Os investigadores comportamentalistas defendem que o MS é uma longa série de padrões de reforço mal adaptativos ou uma resposta aprendida em que a recusa em não comunicar é uma forma de manipular o ambiente (Krysanski, 2003).

O MS existe pela interação entre a criança e o ambiente, sendo esse comportamento visto pelos comportamentalistas como adaptativo e não patológico. Algumas crianças ansiosas tendem a não interagir com outras o que acaba por ter influência nas suas aptidões sociais quando confrontadas com determinadas situações. Sendo as crianças com MS tímidas, evitam confrontos sociais quando se sentem desconfortáveis verbalmente. Sem o uso da comunicação, as relações interpessoais são limitadas levando a que a criança esteja sempre desconfiada relativamente às pessoas que a rodeiam (Anstendig, 1999).

Black & Uhde (1992) no seu estudo concluíram que os sintomas da ansiedade social são comuns em crianças com MS sendo este visto como uma variante da fobia social em vez de um distúrbio psiquiátrico. Devido a esse medo extremo, os autores defendem que a incapacidade da criança comunicar em situações sociais representa a mais negra variante da ansiedade social e da inibição do discurso. Quando o MS é detectado tardiamente, pode ter consequências graves para a criança levando ao desenvolvimento de outros transtornos comórbidos de ansiedade, como por exemplo, a fobia social, isto traz consequências negativas para o desenvolvimento da criança, necessitando de acompanhamento psicoterápico, de modo a compreender aspetos



mais internos. Estas terapias normalmente envolvem atividades como arte, ludoterapia, de modo a que a criança consiga, de alguma forma, expressar não verbalmente, aquilo que sente ao terapeuta (Hung et al., 2012).

Como observado, não são muitos os estudos sobre o transtorno do mutismo seletivo. Os instrumentos utilizados em pesquisas para a avaliação dos transtornos psiquiátricos, nem sempre contribui para o diagnóstico efetivo do Mutismo seletivo. Vários trabalhos analisados, apresentam diferenças e oscilações entre os dados sobre o MS e seu diagnóstico, talvez estas diferenças estejam ligadas aos diferentes critérios utilizados para o diagnóstico do MS (DSM-IV, DSM-III-R, DSM-III, CID-10), bem como diferentes instrumentos para a avaliação (SCAN, SCID, MINI, CIDI, DAWBA, ESA-Q, NIMHDIS, NIAAA) e suas diferentes versões (Amorim, 2000). Os fatores socioculturais dos locais de realização dos estudos podem explicar as diferenças apresentadas nos diferentes trabalhos. Estes aspectos podem ajudar a esclarecer diferenças encontradas nos diferentes estudos sobre o MS (sexo, faixa etária, baixo nível socioeconômico, pais separados etc.). O mutismo seletivo pode se manifestar pela primeira vez quando a criança é exposta a situações de grande desconforto para ela, ou seja, crianças que passam por situações de estresse.

O Transtorno de Ansiedade Social é classificado como um dos três problemas mais comuns no que se refere a saúde mental no mundo contemporâneo, podendo inclusive atingir o grau de patologia, quando passa a interferir de forma acentuada na rotina dos indivíduos, gerando um comprometimento negativo na vida pessoal, social e profissional. (Souza; Santos & Teixeira, 2020)

A literatura científica aponta que o mutismo seletivo apresenta maior prevalência em crianças em período escolar, relacionado ao estado de ansiedade (Peixoto & Campos, 2013). O estado ansioso para a criança pode estar associado a um maior prejuízo das capacidades cognitivas, dificultando a atenção e o desempenho escolar. A ansiedade faz parte de todas as etapas do desenvolvimento do ciclo de vida, desta forma, se faz necessária a identificação do quadro ansioso e suas complicações nas crianças e jovens em período escolar. Estudos realizados por Martins et al. (2016) envolvendo 6 países Europeus, demonstrou que os transtornos da ansiedade são mais prevalentes dentre os transtornos mentais (12,6%/ano), apresentando as fobias específicas como as mais prevalentes (7,7%), seguidas pelo transtorno de ansiedade generalizada (2,8%), fobia social (2,4%), transtorno de pânico (2,1%), estresse pós-traumático (1,9%) e agorafobia (0,9%), apresentando-se com maior incidência no sexo feminino.

O referido transtorno da ansiedade apresenta-se como um importante problema a ser enfrentado, devido sua relação com prejuízos ao aprendizado e à saúde em curto e médio prazo se não forem tratados adequadamente (Peixoto; Campos, 2013). De acordo com os estudos de Mello (2017), podemos observar a falta de conhecimento por parte dos profissionais da educação, os quais apresentam diferentes motivos para esta deficiência, um dos quais refere-se a sua formação deficiente. Em geral, a identificação do mutismo seletivo é negligenciada por diversos fatores. Assim, surge a necessidade da realização de um material de apoio aos professores e pais de alunos, com o intuito de identificar o MS ainda em sua fase precoce e a busca por orientação especializada. Este material de suporte, compreende uma cartilha ilustrada com as informações e orientações relacionado ao contexto desta patologia.

### **3.2 Mutismo Seletivo e o desenvolvimento escolar**

Segundo Mello (2017), o MS costuma ter início, ou ser percebido como transtorno, no momento em que a criança começa sua vida escolar, em que surge com maior frequência e compromete o desenvolvimento social e escolar da criança, na faixa dos três a oito anos. E conforme a autora os sintomas podem agravar, pois o mutista terá a necessidade de interagir socialmente num ambiente que até então lhe é desconhecido. Neste momento ela pode manifestar: recusa em ir para escola, dificuldades em deixar os pais, choro e gritos, desejo de fuga da escola, queixas de dor de barriga ou cabeça, inquietação,

perturbações de sono e irritabilidade. Conforme Ribeiro (2013) e Mello (2017), é importante o aconchego da família e a paciência e trabalho em parceria de ambas as partes, escola, professores e família.

O transtorno da ansiedade é uma relação de impotência, de conflito, caracterizado por processos neurofisiológicos entre a pessoa e o ambiente ameaçador. Ela é desencadeada quando um indivíduo confrontado com uma dada situação ou evento não é capaz de responder as demandas do meio ambiente e sente uma ameaça à sua existência ou valores essenciais. (Lima et.al. 2020)

De acordo com Coll et al. (2004), todos esses fatores de alguma maneira estão relacionados à separação drástica do cuidador da criança, ou a exposição da criança a uma situação que a impacta negativamente e faz com que ela tenha a sua manifestação verbal comprometida. A sala de aula deve ser também, espaço de alegria, convivência e inclusão, como no caso do Mutismo Seletivo, para que os alunos possam conviver, desenvolvendo sentimentos sadios em relação ao “outro”, a si mesmo, e em relação ao conhecimento (Peixoto, 2006).

É importante considerar e conhecer a deficiência, o transtorno do aluno, para que se possa ressaltar que são pessoas com talentos e potencialidades, desejos e dificuldades, para propiciarmos oportunidades de acesso para conhecer, conviver, apoiar, ensinar, acreditar neles próprios. (Figueiras, 2017).

### **3.3 Mutismo como fator prejudicial da socialização em sala de aula**

A recusa em falar não pode ser explicada por desconhecimento da linguagem, desordem de comunicação, distúrbio invasivo do desenvolvimento ou quaisquer outros distúrbios psiquiátricos. (Campos & Arruda, 2014).

Estudos apontam para múltiplas hipóteses acerca da etiologia do transtorno e, nesse sentido, fatores como aspectos biológicos e hereditários, comportamento ansioso ou, ainda, a ansiedade social são apontados como possíveis desencadeantes. Algumas comorbidades psiquiátricas também têm sido encontradas em crianças portadoras do mutismo seletivo, como transtorno obsessivo-compulsivo, depressão maior, transtorno opositivo desafiador, transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, enurese e encoprese (Araújo & Shinohara, 2002).

A criança que tem frequente recusa em falar fora do ambiente familiar, pode ter uma grave interferência em todos os contextos sociais e assim desencadear situações de estresse que é caracterizado pelo transtorno do MS.

Ribeiro (2012, p.15) nos mostra que são muitas as características negativas, visíveis na criança com mutismo seletivo, dentre elas destaca-se a dificuldade em manterem contato visual e expressar seus sentimentos, falar de si, expressões vazias, dificilmente sorriem em público, tendem-se a preocupar-se mais com as coisas do que com as pessoas, se movem de forma rígida, podem ser muito sensíveis a ruídos e aos ambientes com muitas pessoas

Como apontam Serretti e Costa-Júnior (2010, p. 153) “Algumas das dificuldades de interação social apresentadas pela criança podem ser definidas como déficit de desempenho”, pois embora haja aquisição dos comportamentos, estes não ocorrem com a frequência esperada diante das exigências do ambiente social. Estas dificuldades apresentadas pela criança estão ligadas a fatores ambientais e pessoais, em problemas de comportamento, falta de bons estímulos e ansiedade interpessoal excessiva.

A família deve assumir papéis importantes, evitando a superproteção e a dependência da criança mutista, afetando desta forma o seu desempenho. Quando a criança inicia a vida escolar, os sintomas do mutismo seletivo podem se agravar, pois ela terá a necessidade de interagir socialmente num ambiente que até então lhe é desconhecido.

Segundo Ribeiro (2012, p. 21) neste momento ela pode manifestar: “recusa em ir para escola, dificuldades em deixar os pais, choro e gritos, desejo de fuga da escola, queixas de dor de barriga ou cabeça, inquietação, perturbações de sono e irritabilidade”. Torna-se essencial, o aconchego da família e a paciência e trabalho em parceria de ambas as partes, escola professores e família. Baldaçara (2015) aponta que, em geral, o MS não está associado a dificuldades de aprendizagem. O autor aponta que a criança com este transtorno, apesar de apresentar muitas dificuldades de caráter emocional e psicológico, na



maioria dos casos não apresenta dificuldades nas questões específicas de aprendizagem, leitura, escrita, interpretação e conhecimento lógico.

O desempenho cognitivo, na maioria dos casos não é afetado. Ao contrário, é comum se deparar com crianças diagnosticadas com mutismo, que são extremamente inteligentes (Mello, 2017). “O que ocorre é que nos momentos em que devem expressar toda a sua bagagem, todo seu conhecimento elas travam e não conseguem expor o que sabem”. (Peixoto, 2006 Serretti, *apud* Costa-Junior, 2010, p.144).

Pode-se entender que o fator prejudicial ao desempenho e a avaliação da aprendizagem da criança com mutismo seletivo na escola, é a sua dificuldade de comunicação oral. Ribeiro (2012, p.20) *apud* Nowakowak et. al. (2009) justifica o menor desempenho da criança com mutismo seletivo, tanto na comunicação como na matemática, exclusivamente devido “à sua não participação na aula”. Cabe aos professores, conhecerem o transtorno do mutismo seletivo, desenvolverem um modo de trabalho em sala de aula que valorize todo potencial que a criança traz, sem gerar expectativas negativas com relação a possível evolução e normalização da fala da criança com mutismo seletivo.

Atualmente, quando o diagnóstico do mutismo seletivo é realizado, já se pode contar com várias propostas de intervenção, que visam auxiliar a criança a superar este transtorno (Coll et al., 2004). Deve-se levar em consideração, que estas propostas de superação do mutismo seletivo, devem ser pensadas e desenvolvidas de acordo com a necessidade e aceitação da criança.

### **3.4 Padrões de comportamento do Mutismo Seletivo em crianças**

Indivíduos com este distúrbio conseguem falar e compreender a linguagem, mas o fazem somente em situações escolhidas por eles. Em outras áreas de aprendizagem e comportamento, a criança costuma se desenvolver normalmente.

A ausência da fala também pode apontar a presença de transtorno de comunicação, envolvendo tartamudez, dificuldade auditiva, transtorno de aprendizagem, transtorno de adaptação ou de separação, depressão nervosa, autismo ou transtorno de ansiedade. Também pode estar ligado a um trauma psicológico (Black & Uhde, 1992).

Além da recusa em falar em certas situações sociais, as crianças com mutismo seletivo apresentam: dificuldade em manter contato visual; não costumam sorrir em público ou permanecem com expressões vazias; movimentam-se de forma rígida; não são capazes de lidar com situações nas quais deveriam falar normalmente, como saudações, despedida ou agradecimentos; tendem a ter uma preocupação mais exagerada com as coisas quando em comparação com a população em geral; costumam ser mais sensíveis ao ruído e a locais lotados; apresentam dificuldade em falar sobre si ou expressar sentimentos (Peixoto & Campos, 2013).

Contudo, também apresentam alguns pontos positivos, como a maior sensibilidade aos pensamentos e emoções alheias e inteligência e percepção superior aos demais. Para ser diagnosticado como mutismo seletivo, o quadro tem que persistir por pelo menos um mês, sem contar o primeiro mês de escolarização, uma vez que nessa época as crianças costumam ficar mais tímidas e evitam interagir com o professor (Pires et al., 2017).

De acordo com Figueiras (2017), a idade média para o diagnóstico do mutismo seletivo, tem ocorrido entre 3 a 7 anos de idade. Segundo Tancer (1992), a taxa mais alta na idade de manifestação do MS tende a ocorrer em jardim de infância e início do ensino fundamental, momento em que as crianças estão aproximadamente entre cinco e sete anos de idade.

O mutismo seletivo apresenta uma prevalência sobre o gênero, apresentando taxa de sempre maior para o sexo feminino em relação ao sexo masculino, dados observados dados apresentados em diversos trabalhos que indicam a presença desta patologia em uma relação de 2:1 (Black & Uhde, 1992).

Cunningham et. al. (2004) realizaram um estudo para avaliar a adaptação emocional e comportamental das crianças com MS, bem como outras variáveis, e registraram idades menores, em relação a outros estudos. Discutindo esse fato, fizeram

algumas proposições que considero extremamente relevantes para o momento educacional e familiar em que vive a sociedade atual. A sociedade moderna, por necessidades da mãe ou por pressão familiar, torna a entrada das crianças na creche ou escola cada vez mais precoce. É fato que algumas escolas estimulam um processo de alfabetização antes de as crianças apresentarem maturidade cognitiva e até mesmo física para tal. Acredita-se que essa contingência possa ser uma das variáveis que influencia a manifestação cada vez mais cedo dos sintomas de ansiedade em crianças que já estão predispostas.

Kristensen e Torgersen (2001) mostrou que, dos dez itens vencedores ou mais importantes no CBCL, sete itens estavam incluídos na escala de retraimento e ansiedade/depressão e os três itens restantes estavam inseridos na escala de ansiedade social. Os três itens de externalização que mais pesaram na caracterização do grupo foram: “mal-humorado ou irritado”, “grita muito” e “facilmente enciumado”. Na escala de problemas de atenção, os três itens vencedores foram: “tem uma atitude mais jovem que a da sua idade”, “nervoso ou tenso”, “não consegue se concentrar e fica pensando por muito tempo”. Problemas de pensamento foram: “fica olhando para o nada”, “certos pensamentos obsessivos e comportamento estranho”.

### **3.5 Relação entre a ansiedade e o Mutismo Seletivo em crianças**

De acordo com a definição fisiológica, a ansiedade é um estágio de funcionamento cerebral no qual ocorre a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, causando efeitos indesejáveis como taquicardia, palidez, insônia, tremor, aumento da frequência respiratória, tensão muscular, tontura, distúrbios gastrointestinais entre outros. (Lima, et.al. 2020)

Crianças tímidas podem se sentir desconfortáveis ao falar em público, mas crianças com Mutismo Seletivo se sentem horrorizadas (Mello, 2017). Assim, enquanto uma criança tímida pode lentamente ganhar confiança e se sentir à vontade com desconhecidos, outra com o transtorno tem mais dificuldade em fazer o mesmo. As duas situações podem ser enfrentadas com encorajamento, conhecimento e suporte das pessoas envolvidas, porém o Mutismo Seletivo exige maior cuidado e atenção e tende a ser mais efetivo mediante a orientações de profissionais. Entender que o transtorno é uma fobia, por exemplo, é o primeiro passo para proporcionar auxílio à criança. Vale ressaltar que crianças tímidas, se submetidas a ridicularização ou pressão para falar antes da hora, também podem desenvolver MS (Peixoto & Campos, 2013).

O Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade infantil complexo que se caracteriza pela dificuldade de um indivíduo se comunicar verbalmente em determinadas situações sociais. Apesar de parecer com um comportamento de timidez, tal transtorno envolve muito mais do que apenas não se sentir à vontade em falar com pessoas e não representa uma recusa intencional de articular palavras. Os sintomas e as condições coexistentes podem variar de acordo com a singularidade de cada um, mas tendem a gerar sofrimento ao indivíduo e aqueles à sua volta. Apesar de poder ser percebido ainda na infância, o MS pode se estender pela adolescência e pela vida adulta sem ser de fato diagnosticado (Ribeiro, 2013).

É possível perceber a criança em uma situação assim por meio de mudanças de expressão facial e corporal. A comunicação é então quase que inexistente, reduzida a sussurros, frases curtas e gestos. Outro exemplo é o da criança que consegue estar entre amigos se comunicando de forma descontraída, mas que se torna muda quando um adulto se aproxima. Por se assemelhar a um comportamento de quietude, aqueles que não convivem frequentemente com pessoas com MS não tem a mesma facilidade de identificar essas mudanças como os que possuem proximidade, como normalmente é o caso dos familiares (Krysanski, 2003).

Opções de tratamento existem e podem ser muito efetivos, principalmente quando abrangem acompanhamento profissional multidisciplinar e o apoio da família. De acordo com Figueiras (2017), a característica essencial para um diagnóstico do transtorno está na variação do comportamento do indivíduo, tendo que em certas situações, a comunicação verbal é rara ou escassa e, em outras, a fala é desinibida e espontânea. Essa oscilação está fortemente vinculada à percepção da presença de determinadas pessoas. Além disso, nenhum caso de Mutismo Seletivo se expressa da mesma maneira que outro.

O MS, até o momento, parece ter origem multifatorial. Acredita-se que a influência dos fatores ambientais e situações interpessoais sejam de grande peso para o desenvolvimento do mutismo seletivo. Ele pode ser deflagrado por uma experiência negativa pela qual a criança passou – uma violência física ou verbal, ou uma grande decepção.

A genética também tem um peso importante: estatísticas mostram que muitas crianças afetadas pelo transtorno têm um parente próximo com histórico de transtornos emocionais e a patologia é mais encontrada nos filhos de pais tímidos ou distantes (Viana et al., 2009).

Apesar dos sintomas poderem ser observados em torno dos 3 anos de idade, início do mutismo seletivo é mais bem caracterizado antes dos 5 anos de idade, mas a perturbação pode não receber atenção devida até a entrada na escola, quando existe aumento nas solicitações, como a leitura em voz alta, por exemplo (Ford et al., 1998 & Viana et al., 2019).

A persistência do transtorno em idades maiores é variável. Embora relatos clínicos sugiram que muitas crianças superam o mutismo seletivo, em alguns casos, o mutismo seletivo será substituído por transtorno de ansiedade social (Ford et al., 1998). A própria personalidade da criança pode favorecer aparecimento do transtorno. As crianças com temperamento mais tímido ou com inibição comportamental podem ser mais propensas ao desenvolvimento desse quadro, assim como também parece haver uma importância na história parental de timidez, isolamento e ansiedade social. Devido à sobreposição significativa entre mutismo seletivo e transtorno de ansiedade social, pode haver fatores genéticos compartilhados por ambos (Renschmidt et al., (2001).

A influência do comportamento dos pais nos relacionamentos com outras pessoas, bem como suas alterações de humor podem dar à criança impressões problemáticas sobre o relacionamento humano, gerando certa ansiedade fóbica social Renschmidt et al., (2001).

Assim, a inibição social como hábito e costume por parte dos pais pode servir como modelo para a reticência social e o mutismo seletivo em crianças. Os pais de crianças com mutismo seletivo foram também descritos como sendo superprotetores ou mais controladores do que os pais de crianças sem nenhum transtorno ansioso (Ford et al., 1998).

Em geral, o mutismo seletivo não está associado com a dificuldade de aprendizagem, conseqüentemente, programas de instrução especial devem ser considerados cautelosamente. Por outro lado, no país não há nenhum programa de instrução especial nas escolas públicas disponíveis para estas crianças. Quando indicados, programas individuais precisariam ser projetados individualmente.

### **3.6 MS como consequência e/ou fator de agravo da ansiedade e da fobia**

O MS é um comportamento caracterizado por uma dificuldade constante em comunicar em determinadas situações nas quais é esperável que exista comunicação, nomeadamente em situações sociais (escola, com os colegas). Este comportamento ocorre frequentemente no início da pré-escolaridade e envolve pessoas desconhecidas à criança, causando-lhe menor rendimento escolar, originando-lhe ansiedade e dificuldades de ajustamento. Para ser feito um diagnóstico, a ausência da fala deverá ocorrer durante mais de um mês, excluindo-se o primeiro mês de entrada na escola, onde a criança está a adaptar a um conjunto de novos contextos – professores, auxiliares, ambiente e comportamentos (Vieira, 2015).

O MS não ocorre quando a ausência de comunicação advém da falta de conhecimento, do desconforto com a língua exigida em situações sociais, ou quando a perturbação tem como origem numa perturbação da fala. Em vez de comunicarem verbalmente, as crianças utilizam outras formas tais como gesticular, apontar, puxar, empurrar ou expressões monossilábicas. Algumas das características principais poderão incluir medo excessivo de serem ouvidas e/ou vistas a comunicar em público e em determinadas situações, isolamento social, medo da humilhação social, traços compulsivos, negativismo, temperamento e comportamento obsessivo ou controlado (Krysanski, 2003).

Estudos afirmam que a disfunção familiar advém de dois fatores: o medo da criança de revelar inadvertidamente segredos familiares e o silêncio ser como uma oposição ao comportamento da mãe que age sempre com extrema proteção. Este sistema adotado pela família e a falha nas suas relações poderá ser um dos fatores ligados ao MS dado que essas famílias são caracterizadas principalmente pela sua extrema proteção, dominação restrição, medo e desconfiança, dificuldades de linguagem ou quebra na prática da aprendizagem num pai ou nos dois. As famílias das crianças com ansiedade e com MS têm sido vistas com pouco envolvimento social comparado com famílias de crianças sem diagnóstico (Chavira et al., 2007).

Apesar de não haver diferenças no estilo parental de famílias de crianças com e sem diagnóstico, as interações dos pais com os filhos com MS foram significativamente mais controladas do que as interações familiares com os filhos ansiosos ou sem diagnóstico. Uma grande tendência que contribui para o MS são os comportamentos de habituação (Black & Uhde, 1992). Estes comportamentos caracterizam-se na tentativa de os pais adivinharem as respostas da criança, em vez de ficarem à espera de uma resposta verbal, assumindo que a criança nunca irá responder sozinha o que lhe retira possíveis práticas de desenvolvimento das suas capacidades de comunicação em ambientes sociais.

O comportamento de outros indivíduos no ambiente de conforto da criança poderá contribuir para um silêncio num futuro processo de reintegração. Quando a criança é confrontada com uma situação de ansiedade, a sua forma de evitar/escapar é agarrar-se a esse silêncio levando muitas vezes a lacunas no discurso. Quando isso acontece, deixa de haver interação entre um adulto e a criança o que leva a menos oportunidades de desenvolvimento social e ao aumento da lacuna do discurso (Vieira, 2015).

### **3.7 Alguns fatores relevantes de âmbito escolar**

Considerando que o MS é um distúrbio de ansiedade, os tratamentos com maior êxito centram-se em métodos para diminuir a ansiedade, aumentar a autoestima, a confiança e a competência percebida na comunicação em contextos sociais. Nunca se deve colocar a ênfase sobre o objetivo “conseguir que a criança fale”. Muito menos, a meta do tratamento deve ser que a criança fale com o terapeuta (Liberalli et al., 2016).

Os progressos realizados fora do contexto terapêutico (consultório), são muito mais importantes que o facto de que a criança deverá obrigatoriamente falar durante uma sessão terapêutica ou consulta. Como tal, inicialmente, deverão eliminar-se todas as expectativas de verbalização por parte da criança. Quando a ansiedade diminui e a confiança aumenta, normalmente a verbalização surge e ocorre espontaneamente. Se tal não ocorre, mais adiante poder-se-á recorrer-se a outras técnicas que possam estimular esse progresso (Liberalli et al., 2016).

### **3.8 Medidas eficazes para estimular a fala**

Segundo Ribeiro (2013), as estratégias para estimular a fala, em casos de MS, são: Ensinar comportamentos apropriados de interação social não verbal e verbal (como saudar, pedir para jogar, como aproximar-se; Agir como mediador com outras crianças (iniciar um jogo com a criança e colegas para facilitar a interação entre eles); Jogar com a criança e outros colegas a jogos que exijam uma limitada produção verbal (dominós, jogos de cartas, quem é quem); Planificar situações que facilitem a comunicação verbal com outros (convidar criança para casa, fazer recados, compras); Reforçar todas as aproximações verbais e não verbais da criança com outros colegas (comentar com ela como é agradável estar com os outros, ter amigos, convidar amigos para casa); Expandir progressivamente o círculo de amigos com os quais começa a falar (repetir as situações de êxito com frequência e introduzir pouco a pouco as novas relações); Eliminar comentários que façam menção à fala (perguntar se falou na sala de aula, se cantou na música) quando começar a falar; Não lembrar nem antecipar consequências negativas (não ameaçar com possíveis castigos, repetir o ano); Evitar as comparações com outros irmãos, colegas ou outras crianças (assinalar que há outras crianças que falam mais e melhor, que são mais simpáticas); Evitar

comentários que sugiram quando pode começar a falar, quando é o momento apropriado, como pode fazê-lo (indicar o momento próprio para falar ou como o deve fazer); Nunca forçar a criança a falar em situações sociais em que se observe ansiedade excessiva (não insistir que responda à saudação ou perguntas de amigos ou conhecidos).

### **3.9 Medidas e orientações para a escola**

A escola é um dos ambientes em que a criança está cotidianamente boa parte do seu tempo e nela se desenvolve a sociabilidade, principalmente pela exposição de cunho comunicativo. Para crianças mutistas tais situações podem ser assustadoras e causadoras de ansiedade. Pesquisas tais como a de Mello (2017) enfatizam que uma das formas de superar o MS consiste em enfrentar as situações sociais e comunicativas que o provocam. A tarefa fundamental do professor e especialmente o tutor da criança será, por um lado, o de estabelecer uma vinculação afetiva positiva com a criança que propicie segurança suficiente para ela se confrontar com as situações e, por outro lado, planejar e implementar atividades de grupo que exijam uma comunicação verbal (Mello., 2017).

Para Mello (2017), as atividades deverão ser graduadas em função da fala que se solicita na situação comunicativa, tendo para tal que considerar aspectos como o tamanho da frase, a entoação, o número de pessoas presentes e a elaboração do conteúdo. Deve-se realizar medidas para melhorar as características/ competências pessoais e sociais, implementar na dinâmica da aula o desenvolvimento de atividades de grupo (jogo social e trabalho cooperativo).

De acordo com Pires et al. (2017) e Ribeiro (2013), deve-se evitar a superproteção, não fazendo as tarefas que a criança pode fazer, ensinar pequenas tarefas de responsabilidade dentro da sala de aula e na escola ajustadas à idade (fazer recados, distribuir/recolher material, arrumar a mesa, pedir fotocópias à funcionária); aumentar o controle do adulto na interação escolar com o fim de evitar o retraimento do aluno e a existência de tempos em que a atividade depende da sua própria iniciativa; conceber na programação da aula atividades que impliquem o contato físico entre as crianças (dar abraço); criar um clima de segurança, aceitação e confiança na aula favorável à comunicação verbal; introduzir atividades de relação de forma habitual tanto com o aluno como com o grupo; programar tempos de coordenação com todos os técnicos que intervêm na ação educativa do grupo a que pertence a criança; manter uma estreita relação com a família para a passagem de informação e o ajuste de critérios e estratégias a implementar no contexto familiar.

### **3.10 Medidas específicas para estimular a comunicação/interação**

Segundo Ribeiro (2013), para estimular a comunicação/interação, precisa-se implementar e compartilhar momentos de comunicação com o aluno para o desenvolvimento de uma vinculação afetiva e comunicativa; realizar jogos em que o professor participa com o aluno (de movimento, de mímica, verbais, de troca de papéis); planejar e implementar objetos e jogos de preparação da fala que não exijam interação verbal, mas comunicação corporal e produção de sons, como jogos de movimento corporal, jogos de produção de sons corporais e jogos com sons articulados ou não; tomar em atenção, ao planejar as atividades de jogo, do número de participantes, começando com grupos muito reduzidos (2 ou 3) e aumentando progressivamente o número; oferecer ajudas à criança no início da atividade através do colega ou do próprio professor, para o incorporar no grupo e evitar a tendência ao retraimento e a não participar; realizar atividades e jogos de fala, onde a criança não vê a cara enquanto fala (marionetes, falar ao telefone dentro de uma casinha, máscaras, jogos de falar ao ouvido).

É importante que os grupos sejam estabelecidos previamente pelo professor cuidando especialmente da composição dos grupos (inicialmente com os colegas que tem melhor relação). Partir sempre do que a criança é capaz de fazer em cada momento, planejando e levando a termo, sempre de forma progressiva, atividades de maior complexidade. Reforçar sempre qualquer aproximação da criança à resposta exigida. Não manter a aplicação de uma estratégia durante mais que duas semanas, se esta não produzir progressos na criança. Quando tal ocorrer, planejar-se-á outro tipo de estratégias. Ir aumentando a

exigência e as situações de inter-relação comunicativa, evitando assim a acomodação da criança ao contexto e nível alcançado (Liberalli et al., 2016 & Pires et al., 2017).

### **3.11 Proposta de trabalho em conscientização do mutismo seletivo para docentes**

A proposta visa instituir, no calendário oficial das Redes Públicas e Particulares de Educação, “A Semana de Conscientização do Mutismo Seletivo”. O objetivo é criar debates que levem a um conhecimento maior a respeito dos sintomas, das formas de tratamento e das consequências, além de divulgar informações e fornecer uma cartilha demonstrativa de fácil identificação do transtorno.

## **4. Considerações finais**

O presente estudo teve como objetivo identificar, por meio de uma revisão integrativa de literatura, os fatores associados ao Mutismo Seletivo, suas alterações comportamentais e dificuldades no desenvolvimento escolar. E com base em todo exposto, verificou-se que o MS é uma perturbação complexa, muito resistente à terapia, em que se deve atentar a todos os fatores situacionais, contextuais, e particularidades individuais da criança, para que possa ter sucesso no tratamento.

Foi exposto que não é possível viver isoladamente, já que todos os seres necessitam da interação com o meio social em que se está inserido, sendo por meio dela que se aprende, se transforma e se dá significado a tudo. Desta forma, a comunicação, é o meio, o veículo que promove o envolvimento, as trocas de experiências, os aprendizados entre as pessoas, de diferentes ou iguais culturas. Pôde-se perceber, mesmo que de forma sucinta, os grandes prejuízos que o mutismo seletivo pode provocar as crianças que são acometidas. Verificou-se que dentre os prejuízos que este transtorno causa na criança, interfere principalmente na realização educacional (ou futuramente profissional) ou na comunicação social.

Foi visto que as crianças com MS têm a tendência de apresentar problemas no âmbito escolar: problemas de separação, dificuldade em compreender as regras de interação da escola, uso da linguagem de maneira descontextualizada (imaginação, interpretação e inferência) e limitações linguísticas frente a pessoas desconhecidas. As crianças com mutismo seletivo perdem a oportunidade de elaborar a linguagem, logo, a necessidade de estimulação é fundamental para que os elementos exteriores sejam compreendidos pela criança, isto é, perceber a existência de objetos, pessoas e suas respectivas formas, nomes e características.

O Mutismo Seletivo, normalmente se apresenta associado a outros tipos de perturbações como ansiedade, timidez, contato visual mínimo e isolamento social. Crianças portadoras de MS, apresentam padrões de fala variante e comunicação não-verbal, como acenar a cabeça e gesticular. Esta psicopatologia pode ocorrer associada a outros problemas como a micção noturna, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), comportamento desafiante/oposicional, humor variável, fobia social, ataques de pânico, comportamentos obsessivo-compulsivos e dificuldades de ajustamento.

A análise desenvolvida nos permitiu concluir que o final do silêncio na criança com MS desejado por pais, família, profissionais do ensino e da saúde, não acabará de um dia para o outro, será uma longa caminhada, lenta e sinuosa com progressos e recuos porém com a participação, esforço, colaboração e diálogo de todos os intervenientes haverá uma maior e mais rápida possibilidade de sucesso no enfrentamento ao MS. Além disso, uma ignorância ainda frequente acerca do MS e uma escassa difusão desta problemática, apesar de pais e professores/educadores estarem mais atentos, é uma grande barreira à ajuda a crianças com este tipo de transtorno.

Desta forma, este estudo poderá contribuir para futuras investigações, uma vez que apresenta uma síntese de temas, tais como: fatores Associados ao Transtorno do Mutismo Seletivo; o Mutismo seletivo e o desenvolvimento escolar; o Mutismo como fator prejudicial da socialização em sala de aula; os Padrões de comportamento do mutismo seletivo em crianças; a Relação entre ansiedade e o mutismo seletivo em crianças; o MS como consequência e/ou fator de agravo da



ansiedade e da fobia social; fatores relevantes no âmbito escolar; medidas específicas para estimular a fala; medidas e orientações para a escola; medidas específicas para estimular a comunicação/interação e propostas de trabalho de conscientização do mutismo seletivo para docentes e pais. A temática do Mutismo Seletivo, que é um transtorno de ansiedade e acomete crianças, podendo afetar seu desenvolvimento escolar, ainda é pouco investigada e representa um inesgotável centro de interesse de pesquisa para a área de Ensino, Ciências e Saúde, a ser estudado com profundidade e recursos.

## Referências

- American Psychiatric Association (APA) et al. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 22,(3) - 106-115.
- Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 13(4), 417-434.
- Araújo, A.; Hanemman, S. (2011). *Mutismo Seletivo: da Infância à Idade Adulta*.
- Araújo, C. F.; Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, v. 6(1) , 111-114.
- Baldaçara, L. (2015). *Transtornos Mentais*. 5ª edição. Palmas, TO: Editoração Leonardo Baldaçara.
- Bartholomeu, D. et al. (2018). Traços de personalidade, ansiedade e depressão em jogadores de futebol. *Revista brasileira de psicologia do esporte*, v. 3(1) – 05-08.
- Black, B. M. D., Uhde, T. W, M, D. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, v. 31,(6), 1090-1094.
- Campos, L. K. S. & Arruda, S. L. S. (2014). Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 5(2), p. 15-33.
- Chavira, D. A. et al. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 46(11), 1464-1472.
- Coll, C.; Álvaro M. & Jesús P. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação*; Tradução Fátima Murad - 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cunningham, C. E. et al. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 45(8), 1363-1372.
- Figueiras, A. S. N. (2017). *Fatores de Eficácia na Intervenção Clínica no Mutismo Seletivo: Estudo de Caso Tese* (Doutorado em Psicologia) - Universidade do Minho Escola de Psicologia, Lisboa. Portugal, p. 143 a 147.
- Ford, M. A.; Sladeczek, I. E.; Carlson & J.; Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, v. 13, p. 192-227.
- Giddan, J. J. et al.(1997). Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, v. 28(2), 127-133.
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6 ed. São Paulo: Atlas.
- Hung, S.; Spencer & M. S. & Dronamraju, R. (2012). Selective mutism: Practice and intervention strategies for children. *Children & Schools*, v. 34(4), 222-230.
- Kristensen, H. & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 110(4), 48.
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, v. 137, n. 1, p. 29-40.
- Liberalli, R. de C.; Alarcon R. T. & Martins, E. M. (2016). *A Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Mutismo Seletivo*. 2016. Monografia (Especialização em Terapia Comportamen & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Lima, C. et.al., (2020) Bases fisiológicas e medicamentosas do transtorno da ansiedade. *Research, Society and Development*, v. 9(10), 08-10.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2011). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas.
- Mello, C. D. (2017). *Transtorno do mutismo seletivo: algumas considerações sobre a recusa da fala*. In: EDUCERE - Congresso Nacional de Educação, XII., Curitiba, 2017. Anais... Curitiba.
- Nowakowski, M. E et. al (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism. *Infant and Child Development*, 18, 271-290.

- Peixoto, A. C. A. & Campos, L. A. (2013). Habilidades sociais e educação: o desafio do mutismo seletivo em sala de aula. *Revista Científica Digital da Faetec*, v. 2(1), 105-112.
- Peixoto, A. (2006). *Mutismo Seletivo: Prevalência, Características Associadas e Tratamento Cognitivo-Comportamental*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro.
- Pires, T. S. J.; Paliot, M. D. & Alves, G. Â. dos S. (2017). Reflexões da mediação escolar para uma criança com mutismo seletivo. *Rev. Psicopedagogia*, v. 34(104), 180-8.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. D. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª. ed. Novo Hamburgo: Universiade Freevale.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B. et al. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v.251, 284–296.
- Ribeiro, C. (2012). *O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica - na perspectiva de profissionais ligados à Educação*. (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor), Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Santos, R. P.; Santos, M.; Silva, K. A. & Oliveira, S. B. (2013). *Mutismo Seletivo: o silêncio que incomoda em sala de aula*. In: Jornada de Educação, 12ª. (JE) Cáceres/MT: Departamento de Pedagogia – Campus Universitário de Cáceres, Vol. 12.
- Serretti, A. N. M. & Costa-Júnior, F. M. da. (2010). Mutismo seletivo infantil: avaliação e intervenção em ludoterapia comportamental. *Mimesis*, Bauru, v. 32(2), 141-166.
- Souza, M; Santos, D & Vanina, T; (2020) Perfil epidemiológico de estudantes com traços de transtorno de ansiedade social em uma instituição de ensino superior privada *Research, Society and Development*, v. 9(10), 11-14.
- Tabile, A. F. & Jacometo, M. C. D. (2017). Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 34(103), 75-86.
- Viana, A. G.; Beidel, D. C. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Ver*, v. 29(1), 57-67.
- Vieira, E. M. N. de L. (2015). Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: *Congresso Brasileiro E Encontro Paranaense De Psicoterapias Corporais*, XX, 2015. Anais. Curitiba: Centro Reichiano.