

TRANSTORNO DO MUTISMO SELETIVO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A RECUSA DA FALA

Cheila Dionisio de Mello¹
Sirlei Aparecida Barreto Braga²
Orientadora: Prof^a. Me Líliam Maria Born Martinelli³

RESUMO

Este artigo trata de um transtorno pouco conhecido, presente em crianças principalmente em idade escolar, comprometendo o seu desempenho nos contextos sociais e escolares: o mutismo seletivo. Neste estudo, tem-se por objetivo identificar as dificuldades de aprendizagem e socialização de uma criança com mutismo seletivo, a fim de apresentar propostas de intervenções diversificadas capazes de auxiliar na superação deste transtorno. A pesquisa estará pautada por uma rica revisão bibliográfica, elaborada através de leituras e análises a partir de livros, artigos científicos, teses e dissertações de alguns autores que discutem o tema, buscando o levantamento de dados e estratégias que auxiliem no desenvolvimento de crianças com o transtorno do mutismo seletivo.

Palavras-chave: Mutismo Seletivo, Ansiedade e Fobia Social, Propostas de Intervenção.

ABSTRACT

This article deals with a little known disorder, present in children mainly of school age, compromising their performance in social and school contexts: selective mutism. The objective of this study is to identify the learning and socialization difficulties of a child with selective mutism, in order to present proposals for diversified interventions capable of helping to overcome this disorder. The research will be based on a rich bibliographical review, elaborated through readings and analyzes from books, scientific articles, theses and dissertations of some authors that discuss the theme, seeking the collection of data and strategies that help in the development of children with the Selective mutism disorder.

Keywords: Selective Mutism, Anxiety and Social Phobia, Intervention Proposals.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de entender melhor sobre o transtorno do mutismo seletivo (F94.0), suas características, causas e consequências para o desenvolvimento social e na aprendizagem da criança assim diagnosticada. A

¹ Pedagoga do Colégio Militar de Curitiba. Formada em Pedagogia pelo IFPR, Palmas – PR, pós graduada em Neuropsicopedagogia e Educação Especial Inclusiva pelo CENSUPEG, Palmas – PR, e em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela Faculdade Santa Cruz, Curitiba - PR. Email: falarcomcheila@hotmail.com.

² Formada em Pedagogia pela Faculdade União Dinâmica Cataratas, Foz do Iguaçu - PR. Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela Faculdade Santa Cruz, Curitiba - PR. Email: sirlei.barretobraga@hotmail.com.

³ Professora das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. Licenciada em Ciências. Bacharel e Licenciada em Química. Mestre em Educação pela PUCPR. Doutoranda em Educação pela PUCPR.

pesquisa tem caráter exploratório e descritivo, pautada em uma rica revisão bibliográfica, através de leituras e análises de livros, artigos científicos, teses e dissertações de alguns autores que discutem o tema, buscando o levantamento de dados e estratégias que auxiliem no desenvolvimento de crianças com o transtorno do mutismo seletivo.

Observa-se que as escolas estão muito preocupadas com os alunos tidos como indisciplinados, hiperativos em sala de aula, pois tomam toda a atenção dos professores e dos colegas e, em muitos casos, interferem no bom rendimento da turma. Em contrapartida, os alunos tidos como quietos, tímidos, retraídos e com bom comportamento, acabam passando despercebidos, aos olhos dos professores, assim como as dificuldades que possam estar enfrentando, e fazendo com que não consigam se comunicar. Desta forma, cabe aos profissionais da educação, principalmente ao professor da sala de aula, lançar seu olhar clínico sobre todos os alunos, tendo a sensibilidade de perceber que este simples silêncio manifestado pela criança, possa estar escondendo o transtorno do mutismo seletivo.

Destaca-se que ainda são raros os estudos referentes a este transtorno, o que dificulta encontrar profissionais especializados para o diagnóstico e tratamento do mesmo. Em função disso, ressalta-se aqui, as principais obras utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa: Baldaçara (2015); Cabalo e Simon (2010); Campos e Arruda (2014); DSM-IV-TR (2002); Peixoto e Campos (2013); Ribeiro (2012); Serretti e Costa-Júnior (2010); Vieira (2015); Ximenes e Ballone (2009); Souza e Lambach (2013); Whitbourne e Halgin (2015); Meldau (2009), entre outras.

O transtorno do mutismo seletivo manifesta-se em situações em que a criança se nega a comunicar-se oralmente em ambientes sociais, principalmente em locais públicos, e com pessoas que não fazem parte de sua intimidade. Entretanto, vale destacar que a criança é capaz de falar, mas recusa-se em determinadas situações (PEIXOTO E CAMPOS, 2013).

O mesmo autor ainda afirma que o transtorno do mutismo seletivo encontra-se ligado a fatores emocionais e que geralmente é diagnosticado no período em que a criança inicia a fase escolar, sendo taxada como tímida e retraída. Muitas vezes, ela passa por despercebida pela escola por ser uma criança muito quieta e sofre muito com as consequências e dificuldades do transtorno.

Desta forma, objetiva-se compreender os obstáculos impostos pelo transtorno do mutismo seletivo, e como a família, os professores e psicopedagogos podem auxiliar essa criança para que consiga se expressar oralmente com seus colegas e demais pessoas que não fazem parte de sua intimidade, assim como, desenvolver propostas ludopedagógicas capazes de auxiliar a criança a superar o mutismo seletivo.

A presente pesquisa está organizada em três tópicos, que visam um melhor detalhamento e tratamento das informações sobre o transtorno do mutismo seletivo. No primeiro tópico, busca-se a definição do mutismo seletivo, com base em autores da área. Trata ainda, de apontar as estreitas relações entre o mutismo seletivo, a ansiedade e a fobia social. O segundo tópico relata as dificuldades de uma criança com mutismo seletivo no processo de socialização e aprendizagem. O terceiro e último tópico apresenta as possíveis propostas de intervenção capazes de auxiliar a criança a superar o mutismo seletivo. E, por último, são apontadas algumas conclusões resultantes da análise da pesquisa feita. Não se pretende esgotar a discussão sobre a problemática levantada e sim, contribuir na superação deste transtorno que tanto prejudica o desenvolvimento geral das crianças por ele acometidas.

2. DEFININDO O MUTISMO SELETIVO

Sabe-se que a comunicação verbal é muito importante para o início do processo de socialização das crianças na escola com seus colegas e professora. Deve-se levar em consideração que a timidez é um fator normal no desenvolvimento das crianças frente às novas experiências da vida.

Nas salas de aula, é muito comum se encontrar crianças bastante agitadas, muitas vezes tidas como hiperativas, indisciplinadas, e estas por sua vez tomam toda a atenção e preocupação dos professores e toda a equipe pedagógica da escola.

De maneira menos frequente, os alunos tidos como “disciplinados” são observados e destacados em sala de aula, por estarem exercendo seu papel de aluno dentro das normas já estabelecidas, sem fugir s regras. Desta forma, torna-se mais difícil para o professor perceber se há alguma dificuldade com o aluno quieto.

De acordo com Peixoto e Campos (2013, s.p), pode-se afirmar que no cotidiano escolar ocorre “... um excesso de atenção ao aluno indisciplinado, ao passo que muitas vezes o aluno que possui bom rendimento e comportamento mais contido, pode ficar no plano da invisibilidade”. Assim, crianças muito tímidas, retraídas, pouco

atuantes em sala de aula, geralmente passam despercebidas, aos olhos dos professores, assim como as suas dificuldades.

Todo o exposto acima faz referência ao nosso objetivo com este trabalho que é o de trazer a tona uma discussão referente a um transtorno de fundo emocional, pouco conhecido e denominado como mutismo seletivo.

Com base, no DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o Mutismo Seletivo é:

...um transtorno psicológico caracterizado pela recusa em falar em determinadas situações, mas em que o indivíduo consegue falar em outras. Geralmente envolve crianças tímidas, introvertidas e ansiosas que falam apenas com algum ou ambos ou com outras crianças e animais, mas não falam com adultos (como professores, médicos, dentistas, ou outros familiares e desconhecidos). A frequência não varia muito com o gênero, mas é mais comum em meninas. (DSM-IV-TR, 2002, p. 148)

Este comportamento reprimido, inicialmente percebido pela família, ou pelos professores, como uma timidez, pode esconder um grande sofrimento vivido pela criança ao se deparar com situações e/ou pessoas que não fazem parte de seu ambiente familiar. Infelizmente o mutismo seletivo não é atual, ao contrário, trata-se de um transtorno pouco conhecido e discutido, mas que acomete muitas crianças desde muito tempo.

Neste sentido, valer a pena considerar Viana, Beidel, & Rabian (2009), citados por Campos e Arruda (2014), que trazem a tona um breve histórico sobre o mutismo seletivo. Tais autores destacam que a primeira descrição do mutismo seletivo, foi construída em 1877, pelo médico Adolf Kussmaul, que denominava por afasia voluntária e apontava que a criança não falava em determinadas situações por vontade própria. Em 1934, o psiquiatra suíço Moritz Tramer desenvolveu o termo mutismo eletivo, no qual acreditava que a criança elegia o momento de ficar quieta. Já em 2002, surgem classificações mais recentes, como o DSM-IV-TR, em que o termo eletivo foi substituído por seletivo, justamente para evitar o equívoco de se pensar que este comportamento da criança, de se calar em determinadas situações, seja voluntário ou opcional da mesma. No mesmo documento, o mutismo seletivo, passa a ser classificado como um transtorno de ansiedade e de fobia social.

O mutismo seletivo é tido como um transtorno especificamente de crianças pequenas, aproximadamente entre 3 a 8 anos, variando de acordo com alguns autores citados neste trabalho. Mas, costuma ter início, ou ser percebido como transtorno, no

período em que a criança inicia sua vida escolar, quando aparece com maior frequência e compromete o desenvolvimento social e escolar da criança.

Este transtorno apresenta muitas características específicas, como mostram Peixoto e Campos (2013). Observa-se uma incapacidade da criança para falar com algumas pessoas e em determinados locais, como festas, rua, médico e principalmente na escola, sendo este o local em que se espera que a criança se desenvolva e se expresse oralmente. Torna-se imprescindível, destacar que esta criança apresenta capacidades linguísticas, grande concentração e compreensão, e é capaz de se comunicar com pessoas que se sintam seguras. Geralmente, elas apresentam uma inteligência acima da média para a sua idade.

Serretti e Costa-Júnior (2010) *apud* Peixoto (2006), apontam com base em um “Estudo desenvolvido por Hayden (1980)”, para quatro subtipos de Mutismo Seletivo, assim classificados:

- a) mutismo simbiótico, caracterizado por uma relação simbiótica com aquele(a) que cuida dele(a) e por uma relação negativista e manipuladora controlando os adultos em volta dele(a);
- b) mutismo com fobia para falar, caracterizado por um medo de escutar sua própria voz, acompanhado de comportamento obsessivo-compulsivo;
- c) mutismo reativo, caracterizado por timidez, retraimento e depressão, que aparentemente parece ser resultado de algum evento traumático na vida da criança;
- d) mutismo passivo-agressivo, caracterizado por um uso hostil do silêncio como se fosse uma arma (SERRETTI E COSTA-JÚNIOR 2010, p. 144, *apud* PEIXOTO, 2006, p. 24).

O DSM-IV-TR (2002) destaca que:

As características associadas ao mutismo seletivo podem incluir excessiva timidez, medo de passar vergonha, isolamento e retraimento social, dependência, traços compulsivos, negativismo, acessos de raiva ou comportamento controlador ou opositivo, particularmente em casa. Pode haver grave comprometimento do funcionamento social e escolar (DSM-IV-TR, 2002, p. 148).

As características que se associam ao mutismo seletivo podem agravar o desenvolvimento tanto social como escolar da criança, como nos mostra o documento acima citado. Cabe então, destacar as possíveis causas deste transtorno, enfatizando que ainda não se tem uma definição específica sobre sua origem.

As causas do mutismo seletivo são variadas, mas o que se pode afirmar é que este transtorno “é entendido como o resultado de conflitos psíquicos não resolvidos, no qual a criança atribui um significado inconsciente para o ato de falar” (YANOF, 1996, *apud* CAMPOS E ARRUDA, 2014, p. 18). Assim, é importante destacar, que a

criança não deixa de falar por opção, mas porque não se sente segura para se comunicar em determinados espaços e situações.

Peixoto e Campos (2013) apontam que as causas do mutismo seletivo podem ser classificadas em três pilares, assim descritas:

- Herança genética: grande parte das crianças com este transtorno apresentam uma predisposição genética, com histórico de problemas emocionais e de ansiedade exacerbada.
- Traços de temperamento: vergonha, timidez, preocupações excessivas, isolamento social, medo apego e negativismo.
- Interações familiares: relações simbióticas, dependentes e controladoras entre mãe e filho, mães passivas ou superprotetoras.

Os autores utilizados nesta pesquisa, ainda apontam outras causas possíveis do desenvolvimento do mutismo seletivo, em geral ligados a algum trauma, como: morte, início escolar, sequestro, violência. Levando em consideração as variadas causas deste transtorno, fez-se necessário pensar o diagnóstico, como fundamental, para que um tratamento precoce e adequado seja desenvolvido e a criança possa ter uma vida social normal.

Segundo observações clínicas, a incidência do mutismo seletivo, é cada vez maior no Brasil, entretanto a prevalência é de 1 em cada 1.000 crianças, ou seja, pode ser encontrado em menos de 1% da população. A maioria das crianças, não recebe o diagnóstico precoce, pois muitas vezes, os pais acreditam que a ausência da fala se deve simplesmente à timidez, mas com o tempo eles percebem que não é somente uma dificuldade de comunicação. (DSM-IV-TR, 2002, p.149)

Em alguns casos, quando não diagnosticado e tratado, o mutismo seletivo, pode se tornar crônico. Embora a perturbação em geral dure apenas alguns meses, às vezes pode persistir por vários anos, tornando-se uma fobia social grave na adolescência. (DSM-IV-TR, 2002).

O DSM-IV-TR (2002) traz um quadro de critérios diagnósticos para mutismo seletivo (DSM-IV-TR, 2002, p.149):

- 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.

Tendo como base os critérios do DSM-IV-TR (2002), para o diagnóstico do mutismo seletivo, percebe-se que estes, são essencialmente baseados na história de vida da criança, e podem ser materializados, em observações e registros dos seus comportamentos em momentos verbais e comunicativos com pessoas de dentro ou de fora do seu círculo de confiança.

O Mutismo Seletivo, caracterizado pelo fracasso persistente da criança em manifestar-se oralmente em ambientes e situações sociais, traz em sua bagagem, inúmeras consequências que podem, quando não tratadas, agravar o quadro. É importante salientar, que estas crianças são plenamente capazes de falar quando não se encontram em situações que produzem a ansiedade social. Desta forma, se torna importante observar em que momentos esta ansiedade social acontece, se ocorre apenas na interação com adultos ou também na presença com grupos de iguais.

É comum as crianças com transtorno de mutismo seletivo receberem um diagnóstico adicional de outro transtorno de ansiedade e ou fobia social. Desta forma, cabe ressaltar as relações e comorbidades do mutismo com o transtorno de ansiedade e fobia social.

2.1 RELAÇÕES ENTRE MUTISMO SELETIVO, ANSIEDADE E FOBIA SOCIAL.

“A ansiedade manifesta é o fator impeditivo para o ato de falar” (VIEIRA, 2015, p. 2). Sabe-se que falar, balbuciar, são características natas das crianças em seu desenvolvimento normal, pois as mesmas adoram interagir, cantar, conversar, e quando isto não acontece, devem ser observadas atentamente, pois algo pode estar errado. Quando a criança se sente ansiosa, embora já tenha desenvolvido suas habilidades de fala, muitas vezes, ainda não possui capacidade suficiente para se expressar de forma espontânea, fazendo com que permaneça sem se comunicar oralmente em contextos sociais, por um longo período de tempo. (VIEIRA, 2015).

Sendo a ansiedade motivo de grandes dificuldades e angústias na criança, muitas vezes ao ponto de limita-la a desenvolver certas atitudes como, por exemplo, a comunicação em ambientes sociais, torna-se necessário discorrer sobre as causas

mais frequentes de ansiedade nas crianças. Vieira (2015, p. 2), em relação às causas expõe:

...predisposição genética, que se manifesta às vezes sem causa aparente; padrão de reação aprendido que leva a criança a ver o mundo como algo amedrontador; sensação de desamparo causada pelo sentimento de desproteção diante de situações perigosas ou sentida como difíceis para se lidar; antecipação de fracasso ante algo com o que talvez não consiga lidar; agressividade ou hostilidade reprimida com relação a alguma figura representativa na vida da criança: pais, irmãos, professores, colegas, etc. (VIEIRA, 2015, p. 2).

Diante disso, percebe-se que há uma estreita relação comportamental nas características apresentadas pelos indivíduos com mutismo seletivo e/ou ansiedade ou fobia social. Desse modo, o mutismo seletivo pode ser caracterizado como uma consequência, um sintoma, gerado por problemas na interação familiar, produzindo uma ansiedade depositada pela família na criança, como apontam os autores Serretti e Costa-Júnior (2010). É sabido, ao se tratar da etiologia do mutismo seletivo, que o mesmo, pode ter (existindo ainda, uma série de outros fatores incluindo características orgânicas e ambientais) suas origens ligadas a contextos familiares e situações traumáticas, que foram vividas pela criança, podendo estas, ser de ordem psicológica ou física. Em pesquisas realizadas pelos autores acima citados, percebe-se de forma clara que as interações familiares são a base para a construção do caráter, da personalidade de cada sujeito, neste caso da criança observa-se que:

Em relação ao contexto familiar, Kolvin e Fundudis (1981) reportaram que mais da metade de crianças com mutismo seletivo possuem combinações com patologia paterna/materna e discordância entre os pais. Estudos indicam que o histórico familiar e os comportamentos de ansiedade dessas crianças apontam para preocupações excessivas, problemas de separação, relação de dependência entre mãe e filho/a, além de superproteção materna, na qual a relação entre mãe/pai e filho/a era considerada como fechada, dependente e controladora. Nestes estudos as mães são descritas como solitárias, deprimidas, hostis na relação com o marido, passivas, socialmente isoladas e desconfiadas em relação a pessoas fora de seu ambiente familiar próximo (PEIXOTO, 2006, *apud* SERRETTI E COSTA-JÚNIOR 2010, p. 145).

Em complemento ao exposto acima, Anstending (1999) *apud* Ribeiro (2012, 14) indica que “Kristensen (2000) também descreveu a relação estreita que existe entre mutismo seletivo e transtornos de ansiedade demonstrando a presença de fobia social”. Ou seja, a criança no ambiente do núcleo familiar apresenta um quadro tido como normal e em situações sociais um comportamento de recuo, devido a sua ansiedade exagerada, a tal ponto que impossibilita a criança de manifestar-se oralmente, sentindo-se reprimida e recuando-se socialmente.

Embora alguns autores tenham pensado o Mutismo Seletivo como uma fobia específica da fala, os estudos recentes nos remetem a relação deste, com a ansiedade social. Carbone, Schmidt, Cunningham, McHolm, St Pierre and Boyle (2010) *apud* Ribeiro (2012, p. 15) nos mostram que “encontraram provas de que o mutismo seletivo é uma desordem de ansiedade, mas com déficit específico ao nível da funcionalidade social e da ansiedade social”.

Com base nos estudos de Fong e Garralda (2005) *apud* Ribeiro (2012), entende-se que no período de 11 aos 15 anos, normalmente se iniciam as desordens de ansiedade social, em função do período da adolescência, marcado por muitas transformações de caráter físico e emocional que invadem a cabeça da criança, agora identificada como adolescente. Com base nesta afirmação, entende-se que em idades mais precoces o mutismo seletivo pode não estar associado a uma forma de ansiedade social, mas este pode desencadear em comorbidade quando não diagnosticado e tratado corretamente. Pode-se concluir então, que o mutismo seletivo, como forma de ansiedade social, acontece mais tarde, na fase da adolescência.

Sendo o Mutismo Seletivo relacionado a questões como ansiedade e fobia social, cabe aqui caracterizar estes termos. Whitbourne e Halgin (2015, p. 192) em relação à ansiedade social, dizem que:

A característica do transtorno de ansiedade social é um medo acentuado, ou intenso, de ansiedade em situações sociais nas quais o indivíduo pode ser examinado pelos outros. Algumas pessoas com transtorno de ansiedade social vivenciam seus sintomas apenas quando estão em uma situação de desempenho. Porém, em outras, o transtorno também pode ocorrer em contextos sociais comuns. Basicamente, a ansiedade que a pessoa vivencia é centralizada em um desejo de evitar humilhação ou constrangimento... O DSM 5 introduziu este como um novo termo diagnóstico, mas ainda inclui fobia social entre parênteses para associa-lo ao diagnóstico anterior no DSM-IV-TR.

Tendo entendido o conceito de ansiedade social, acima citado, pode-se relacionar com o que aponta Black & Uhde (1992) *apud* Ribeiro (2012, p. 18), ao afirmar que “a ansiedade social é transmitida familiarmente para a criança e é meramente um sintoma expressivo de fobia social”. Muitas crianças com mutismo seletivo também apresentam traços comportamentais como a timidez, preocupações com o recuo social, o medo, o apego e o negativismo. Estas características são semelhantes ao comportamento apresentado pela criança com mutismo seletivo, isto justifica a razão de muitos autores acreditarem que o mutismo seja visto como um sintoma de ansiedade.

Em relação ao conceito de fobia social, Ribeiro (2012, p. 18), define como “um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa se sente exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação dos outros”. Ou seja, a pessoa tem medo de passar por alguma situação de constrangimento ou humilhação por consequência de sua ansiedade.

Desta forma, percebe-se que os termos ansiedade e fobia social estão estreitamente interligados entre si e com as características do Mutismo Seletivo. Pode-se dizer que as crianças com este transtorno sofrem de altos níveis de ansiedade social e de timidez, manifestando com frequência sintomas de fobia social em comorbidade. Para tanto, “a duração dos sintomas é essencial para distinguir entre uma disfunção psicológica e uma timidez transitória”. (RIBEIRO, 2012, p.19)

Com base no exposto acima, torna-se clara a relação característica, ao mesmo tempo concomitante e potencializadora, entre mutismo seletivo, ansiedade e fobia social. Sendo estes transtornos, extremamente prejudiciais ao desenvolvimento saudável da criança/adolescente, é possível e provável que sejam as causas de dificuldades nas questões de relacionamento social e na construção do processo de aprendizagem da criança. Este será o tema tratado no tópico seguinte.

3. DIFICULDADES DE UMA CRIANÇA COM MUTISMO SELETIVO NO PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO E APRENDIZAGEM

A recusa da criança em não falar em ambientes fora do seu contexto familiar, com base em Serretti e Costa-Júnior (2010, p. 143) “deve interferir diretamente no funcionamento educacional, ocupacional ou na comunicação social e o “não falar” pode ser uma forma de comportamento operante possivelmente relacionado a situações estressoras”. Desta forma, pode-se concluir que o mutismo seletivo, consequência de uma situação anterior, traz prejuízos em todas as esferas do meio social, cognitivo e emocional da criança.

Ribeiro (2012) 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. “A timidez, o temperamento inibido, a ansiedade

e o isolamento social, bem como comportamentos compulsivos, baixa autoestima e déficit cognitivo, podem ser associados” (RIBEIRO 2012, p. 15).

Tendo percebido que a timidez é uma característica marcante do mutismo seletivo, cabe aos pais ficarem atentos aos sinais que são manifestados pela criança para perceber até aonde é uma simples timidez, ao passo que possa estar além disso. Elisa Neiva Vieira (s/d), Psicóloga Clínica, que atende a crianças com mutismo seletivo, afirma que quando os pais estão realmente sintonizados com as necessidades emocionais de seus filhos eles acabam percebendo que algo está além de uma tristeza, de uma depressão ou de uma timidez.

Cabe então, destacar a diferença entre timidez e mutismo:

A timidez traz um desconforto, inibição em situações sociais que podem interferir na realização de objetivos, desejos, mas que são superadas gradualmente. A criança tímida pode ter um núcleo social reduzido, poucos contatos, mas é uma criança que se comunica verbalmente, se faz compreender e não se compromete integralmente. A criança com mutismo seletivo se isola, não se comunica, sussurra com os pais na frente de estranhos, não solicita os professores para ir ao banheiro, por exemplo, se coloca em isolamento e risco social. (VIEIRA, s/d, s/p)

Então, pode-se entender que a timidez cria uma certa resistência na interação social, mas que normalmente e comumente é superada pelo indivíduo, que necessita interagir com o outro diariamente. Já o mutismo seletivo, entendido como um transtorno, não é capaz de proporcionar uma inter-relação social, fazendo com que as pessoas se isolem cada vez mais.

Desde os tempos bíblicos, quando se lê no livro de Gênesis, “não é bom que o homem esteja só...”, entende-se que o homem é um ser social, “fadado” a viver em coletividade, sendo interdependente das relações sociais e dos benefícios que delas surgem, como segurança, desenvolvimento, educação, aprendizagem, ofícios, etc. A comunicação ou o saber se comunicar e se expressar é fundamental para o sucesso das relações interpessoais e do bom convívio social. Desse sucesso surgiram as cidades e nações, religiões e exércitos, escolas e hospitais. A falta de comunicação e interação de um ser humano pode provocar um isolamento social e, conseqüentemente, uma regressão, falta de senso coletivo e até mesmo doenças psicológicas. Vários ramos da ciência concordam que parte do sucesso do desenvolvimento humano é graças a sua capacidade de viver em coletividade e interagir socialmente. De uma maneira geral, até mesmo a genética humana deseja uma relação social, quando os hormônios provocam a busca de um parceiro ideal e a

construção de uma família. Assim como expõe o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais:

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 (DSM-IV-TR, 2002, p. 196).

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.

Desta forma, pode-se dizer que as relações sociais são as maiores dificuldades causadas pelo mutismo seletivo, a criança demonstra grandes dificuldades em estabelecer qualquer tipo de contato social fora de seu núcleo familiar, ficando imóvel, sem expressão e sem iniciativa, ou seja, seu meio social se finda em sua família e em alguns casos, de menor gravidade do mutismo, consegue relacionar-se com alguns familiares mais próximos (avós, tios, primos) ou alguma colega de sala de aula. É conveniente destacar, que a família deve ter alguns cuidados referentes a uma possível superproteção, tornando a criança dependente do adulto, com pouco desenvolvimento de hábitos de autonomia pessoal e de comportamentos responsáveis.

Com base em Ximenes e Ballone (2009), vale destacar acima de tudo, que a criança com mutismo seletivo, apresenta grandes habilidades, geralmente possuiu uma inteligência e percepção acima da média, são bastante atenciosos e curiosos, também devido a serem calmos, atentos a tudo ao seu redor, tem uma grande poder de concentração, além de terem um bom sentido do que é justo, correto e incorreto. Capazes de se destacar, em outras áreas que os tidos como “normais” apresentem suas limitações.

Sendo a família o primeiro ambiente social da criança, esta torna-se uma fonte de segurança e aconchego para ela, responsável pela construção de sua personalidade. Assim ao ser diagnosticado o mutismo, cabe à família, procurar o quanto antes ajuda para que se inicie um processo de intervenção, pois desta forma

evita-se que o problema se prolongue no tempo e se agrave, “evitando assim o insucesso escolar, a discriminação escolar e social”. (RIBEIRO, 2012, p. 21).

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) 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, p. 277) aponta que “em geral, o Mutismo seletivo 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 e caprichosas. O que ocorre é que nos momentos em que devem expressar toda a sua bagagem, todo seu conhecimento as mesmas travam e não conseguem expor o que sabem. Em alguns casos o mutismo seletivo, e suas terríveis consequências acometem as crianças de tal modo que as mesmas sentem-se inseguras e desconfortáveis em se expressar, ainda que tenham capacidade cognitiva, intelectual para que o façam, pois ainda que nos casos de mutismo seletivo a criança tenha sua função de linguagem, desenvolvimento e potencial intelectual intactos, elas podem apresentar baixos desempenhos nas performances escolares. (PEIXOTO, 2006 SERRETTI, *apud* e COSTA-JUNIOR, 2010, p. 144).

Pode-se entender então, que o que acaba por prejudicar o 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* Nowakowsk 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”.

Baseando-se no exposto pelos autores aqui citados, destaca-se que um aspecto muito negativo em relação à criança com mutismo seletivo é a acomodação entorno das suas dificuldades. O aluno deixa de fazer certas atividades escolares

porque não fala, deixando de ir ao quadro, não participando de atividades com perguntas orais, os colegas se tornam “intérpretes” do mudo seletivo, que responde apenas mediante gestos. Desta forma, diminuem-se cada vez mais as situações em que é necessária a comunicação oral por parte da criança, não se quer dizer com isso, que o aluno deve ser cobrado a todo momento para que fale, mas também não deve ser esquecido na sala de aula.

O DSM-IV-TR destaca que:

Em contextos escolares, essas crianças podem sofrer prejuízo acadêmico, porque com frequência não se comunicam com os professores no que se refere às suas necessidades acadêmicas ou pessoais (p. ex, não compreendo uma tarefa de classe, não pedindo para ir ao banheiro). (DSM-IV-TR, 2002, p. 196).

Cabe aos professores, ao 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. Afinal, como já foi citado, anteriormente, a única dificuldade da criança é em relação à comunicação oral, sendo que em grande parte dos casos, o cognitivo da criança encontra-se completamente conservado. 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. 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.

4. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO CAPAZES DE AUXILIAR A CRIANÇA A SUPERAR O MUTISMO SELETIVO

De acordo, com as obras e autores pesquisados, observou-se que não existem orientações específicas para o tratamento do mutismo seletivo, pois, trata-se de um transtorno pouco conhecido, o que dificulta não só o diagnóstico, mas também a definição de estratégias para um tratamento. Porém, entende-se que uma proposta de intervenção é necessária e essencial no tratamento deste transtorno causador de tanta angústia e sofrimento na criança. Destaca-se ainda que muitos profissionais (professores, psicopedagogos, psicólogos, psiquiatra, psicoterapeuta), vêm

desenvolvendo estratégias diversificadas, com intuito de contribuir, auxiliar na superação deste transtorno.

É preciso fortalecer a estrutura de personalidade da criança com mutismo seletivo, desenvolvendo e/ou melhorando suas condições pessoais, familiares e sociais, adotando medidas específicas relacionadas com as dificuldades de comunicação oral da criança nas situações e contextos sociais concretos, com o objetivo de minimizar as dificuldades. Desta forma, torna-se extremamente importante que se desenvolvam propostas com objetivo fim de tornar a criança capaz de interagir verbalmente de forma espontânea com adultos e crianças, na escola e no entorno social e familiar (XIMENES e BALLONE, 2009).

É comum que os pais só levem para o tratamento após meses ou anos de mudez, achando que esse tipo de comportamento é normal, e isso faz com que a criança seja muito prejudicada, como notas baixas, *bullying*, brigas, ou levem a pedido da professora ou da psicóloga escolar. Desta forma, cabe ressaltar os alternativos métodos de tratamento que podem ser utilizadas para tratar o transtorno de mutismo seletivo e suas possíveis comorbidades.

Weininger (1987), citado por Campos e Arruda (2014, s.p.) destaca que:

...o tratamento mais efetivo é a psicoterapia individual com ênfase na compreensão empática da criança e na atenção à família e aos educadores. O foco principal do tratamento está na compreensão do significado do silêncio da criança, ao invés do estímulo a falar, considerando que o problema está relacionado a um esforço para manter o controle sobre os sentimentos agressivos, havendo inabilidade em expressar dependência e desejo de proximidade. Assim o silêncio funcionaria como uma maneira de manter a integridade egóica e, portanto, não se deve ter como objetivo que a criança fale, pois isso poderia reduzir suas defesas egóicas e colocar em risco sua estrutura. Weininger (1987) defende que se crie um vínculo seguro para ajudar a diminuir a ansiedade por meio da interpretação, abrindo, assim, caminho para o diálogo.

Desta forma, entende-se que a psicoterapia e as terapias abaixo listadas, são importantes métodos no tratamento do mutismo seletivo. Já a psicofarmacologia é muito restrita, sendo indicada apenas em casos em que o transtorno se manifesta em comorbidade a outros problemas emocionais que afetem o bem estar da criança.

Família, escola, psicólogo e terapeuta (quando for o caso) devem se unir, buscando elaborar estratégias, intervenções que visem melhorar as condições da criança, maximizando a capacidade de se socializar e manifestar a fala. Felizmente, muitas e variadas estratégias alternativas surgiram atualmente, com o intuito de auxiliar na superação do mutismo seletivo, e incluem estratégias comportamentais,

terapias individuais de diferentes formas, terapias familiares, terapias do discurso, entre outras. “Apesar de existirem diversas abordagens, a maioria das estratégias de tratamento não foi formalmente avaliada. Até à data, abordagens ao nível comportamental e ao nível cognitivo-comportamental parecem ser as mais promissoras”. (RIBEIRO, 2012, p. 25).

Em relação ao tratamento do mutismo seletivo, Santos (2005) *apud* Ribeiro, 2012, p. 25, considera que:

...é necessário mostrar à criança que se acredita na sua capacidade de comunicar e, se necessário, promover outras formas de interação e de comunicação que podem incluir registos escritos e/ou desenhos, dramatizações, entre outros. À criança deve ser proporcionada a hipótese de falar ou não e o tempo que ela necessita para o fazer.

Desse modo, apresenta-se um conjunto de ideias a respeito das principais estratégias utilizadas como recurso no tratamento do mutismo seletivo, destacando a importância de se manter ajustadas ao longo de todo o processo de tratamento, a constância e o rigor. É importante que se evite a tendência natural à acomodação no nível alcançado, tanto das crianças como da família ou terapeuta. Isso independe do método de tratamento adotado pela família, todos devem seguir as mesmas exigências, para se garantir o êxito no processo de superação do mutismo seletivo.

Cabe ainda, ressaltar que até então, não foram encontrados registros de um tratamento específico para o mutismo seletivo. O que se tem, são relatos de experiências realizadas utilizando-se várias estratégias alternativas, como formas possíveis de se obter sucesso no tratamento. Deste modo, apresenta-se a seguir algumas das principais estratégias utilizadas.

4.1 TERAPIA COMPORTAMENTAL

A terapia comportamental concentra-se em fatores presentes e na relação entre a pessoa e o meio, com o objetivo fim de induzir o indivíduo a promover mudanças para superar as suas dificuldades, neste caso a superação do mutismo seletivo. Ou seja, como expõe Ribeiro (2012), este tratamento consiste numa mudança do ambiente, treinando sistematicamente novos comportamentos, e também identificando os fatores que mantêm o comportamento de evitação⁴. Ao se partir do

⁴ Evitamento; ação de evitar, de se esquivar de algo ou alguém desagradável. Dicionário Online de Português. Disponível em <http://www.dicio.com.br/evitacao/>. Acesso em 15/01/2016.

princípio de que o mutismo seletivo está associado à ansiedade, relacionar o tratamento à teoria comportamental, faz todo sentido e tem sido amplamente usada.

Leonard e Topol (1993) referem que o MS é visto como uma resposta apreendida que é reforçada. Esta ideia foi, também, referida por Omdal & Gallaway (2008), que advoga que a criança desenvolve uma identidade social de ser seletivamente muda e o seu comportamento é reforçado se não for desafiada a mudar (RIBEIRO, 2012, p. 17).

Desse modo e com base nas ideias de Ribeiro (2012), pode-se afirmar que a terapia comportamental é um processo de aprendizagem sobre si mesmo e como desenvolver novos comportamentos, sendo assim o comportamento de um indivíduo é resultado de uma aprendizagem, seja ela positiva ou não.

Serretti e Costa-Junior (2010), em pesquisas baseadas nos estudos norte-americanos, também apontam a terapia comportamental como a mais efetiva para o tratamento de crianças com mutismo seletivo, os autores exemplificam quatro modelos comuns de se trabalhar a terapia. Observe:

Kratochiwill et al. (2002) descrevem quatro modelos comuns de terapia comportamental tradicionalmente utilizados para o tratamento de MS e outras queixas: 1) modelo baseado em técnicas para dessensibilização sistemática: exposição gradual para reduzir a ansiedade enquanto um estado de relaxamento é introduzido; 2) o modelo que aplica análise comportamental: aprendizagem baseada em princípios de condicionamento operante (reforço positivo, extinção e punição); 3) modelo baseado na teoria de aprendizagem social, utilizado para desenvolver habilidades sociais e comportamento adaptativo; 4) modelo fundamentado na utilização da terapia cognitivo-comportamental, que tem por objetivo modificar o comportamento da criança através dos sentimentos e das cognições.

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”. Desta forma, as mudanças comportamentais, ocorrerão por meio da aprendizagem e pela experimentação, promovida através da psicoterapia, das atividades lúdicas trabalhadas no processo de intervenção com a criança (SERRETTI e COSTA-JUNIOR, 2010, p. 146).

Tendo ciência que a terapia comportamental não é a única possibilidade de intervenção no tratamento do mutismo seletivo, e levando em consideração que este transtorno se manifesta principalmente em crianças e adolescentes, convém aqui ressaltar o ato de brincar, assim como a utilização de brinquedos e jogos, no

desenvolvimento da ludoterapia, uma técnica de intervenção desenvolvida através de atividades lúdicas.

4.2 TERAPIA LUDOPEDAGÓGICA / LUDOTERAPIA

De acordo com os dados históricos, apontados por Ribeiro (2012), em sua dissertação a ludoterapia tem origem em fundamentos teóricos que marcaram o aparecimento e a evolução da interpretação do jogo, sendo iniciada com Freud e sua teoria psicanalista. Posteriormente, o trabalho de Melanie Klein dá continuidade ao trabalho de Freud no que diz respeito ao significado simbólico dos jogos. A autora psicanalista “advoga que o brincar é o modo de expressão da criança, o jogo tem sempre uma finalidade e um sentido e todo o jogo revela a situação interna infantil” (RIBEIRO, 2012, p. 28). Desta forma, pode-se afirmar que, ao brincar, a criança revela simbolicamente, o que não expressa oralmente, pois ela projeta no brinquedo, seus sentimentos e emoções, ou seja, toda brincadeira tem um sentido e um significado, que dependem exclusivamente do contexto, da idade, das emoções da criança na atividade naquele determina do momento.

Em relação à conceitualização do termo terapia ludopedagógica / ludoterapia, pode-se afirmar que:

A ludoterapia é a psicoterapia adaptada ao tratamento infantil. De acordo com Pregolato (2006), o objetivo desta modalidade de análise é ajudar a criança, através da brincadeira, a expressar com maior facilidade os seus conflitos e dificuldades, ajudando-a a conseguir uma melhor integração e adaptação social, tanto no âmbito da família como da sociedade em geral. (RIBEIRO, 2012, p. 33).

Acredita-se, que atividades ludopedagógicas são essenciais na busca do tratamento da criança com mutismo seletivo, pois dessa forma o profissional da educação, por meio de atividades mais atrativas, buscará uma maior proximidade com a criança, fazendo com que ela se sinta segura e confiante. Entende-se que, depois do contexto familiar, o âmbito escolar é o local adequado para a criança se socializar, onde irá experimentar uma diversidade de interações afetivas, para que desenvolva suas habilidades cognitivas e comportamentais e sinta-se segura para se expressar oralmente.

O desenvolvimento de atividades dinâmicas que despertem o interesse das crianças torna-se essencial para que a mesma possa se envolver na atividade de forma tranquila e agradável e aos poucos vá se sentindo mais confiante e pertencente aquele espaço, ao passo que se torne para ela, um ambiente “familiar”. Desta forma,

concorda-se com Ribeiro (2012, p. 33), em relação às atividades lúdicas ao apontar que:

...o que importa não é apenas o produto da atividade, mas a própria ação, o momento vivido. Possibilita, a quem a vivencia, momentos de encontro consigo e com o outro, momentos de fantasia e de realidade, de criação de significados e de percepção, momentos de autoconhecimento e conhecimento do outro, entre outros.

Com base em Campos e Arruda (2014, p.16), "... admite-se que a criança se exprime brincando, o que constitui um discurso tão analisável quanto aquele composto por palavras...". No artigo dos autores citados, é apresentado um estudo de dois casos, de crianças com mutismo seletivo, onde a terapeuta desenvolveu suas sessões, pautada em jogos de sua caixa lúdica, sentando e brincando junto com as crianças, deixando-as livres a fazerem suas escolhas até sentirem-se confiantes e evoluírem no tratamento. Ao final das sessões, o sucesso foi considerável, ambas as crianças, conseguiram pronunciar suas primeiras palavras e frases.

Vygotsky (1991) *apud* Ribeiro (2012, p. 29) afirma que:

... a brincadeira, mesmo sendo livre e não estruturada, possui regras, que conduzem o comportamento da criança e daí que o brincar seja essencial para o desenvolvimento da criança, pois os processos de simbolização e de representação levam-na ao pensamento abstrato.

Desta forma, associa-se a citação de Vygotsky, ao que muito bem destaca Winnicott (1971, p. 63) *apud* Campos e Arruda (2014, p.17), dizendo que "o brincar é universal e próprio da saúde, facilita o crescimento, conduz aos relacionamentos grupais e pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia." Brincar é um ato natural da criança, e muito contribui ao seu desenvolvimento, crescimento e aprendizagem.

Segundo Serretti e Costa-Junior (2010, p. 159) *apud* Friedmann (2006), "no ato de brincar, a criança troca, socializa, coopera e compete, ganha e perde, emociona-se, erra e acerta, aprende". Assim, as brincadeiras funcionam como um contexto de interação que visam modelar novos repertórios de interação, mesmo inicialmente, sem a presença de comunicação verbal, mas que posteriormente pode vir a fluir naturalmente.

Sendo o brincar essencial para um desenvolvimento infantil saudável, cabe ao terapeuta no processo de intervenção do tratamento do mutismo seletivo, desenvolver com a criança um clima de confiabilidade e de segurança um no outro, sendo ambos igualmente importantes na relação. Isso contribuirá para que o tratamento

ludoterapêutico tenha significado para a criança e se de forma produtiva para o terapeuta, trazendo resultados positivos para a superação do transtorno.

Pode-se dizer que o papel do terapeuta é o de sustentar este brincar da criança, no espaço e tempo construídos transferencialmente, mantendo sempre seu olhar clínico aos movimentos e expressões representados pela criança, como afirma Winnicott (1975, p.59) *apud* Campos e Arruda (2014, p.18), quando afirma que:

...a psicoterapia é feita a partir da sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta, e trata-se de duas pessoas que brincam juntas. O brincar é por si mesmo uma terapia e pode até prescindir da interpretação verbal.

Sendo o brincar, um ato espontâneo da criança, pode-se pensar que a ludoterapia oferece um ambiente seguro para ela, “sem pressão para a fala, permitindo que a criança possa vir a comunicar de uma forma confortável”. (BALDWIN E CLINE, 1991, *apud* RIBEIRO, 2012, p.33).

Ribeiro (2012, p. 34) em sua tese de Mestrado, sintetiza de forma muito significativa, a importância da ludoterapia, quando expõe que:

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 os instrumentos psicológicos e o próprio ludodiagnóstico de uma forma flexível. (RIBEIRO, 2012, p. 34).

Compreende-se, que o ato de brincar pode resgatar a confiança da criança no mundo e nas pessoas, contribuindo para a sua socialização e interação. Outro aspecto, que faz toda a diferença no tratamento do mutismo seletivo e está pautado na ludoterapia, é a relação afetiva, que deve estar em sintonia entre a criança e o terapeuta, o desenvolvimento deste vínculo é que permite que seja dada voz a criança. É através da relação de afetividade que o ser humano, desenvolve confiança no outro, sentindo-se seguro a ponto de traduzir os sentimentos em palavras.

Levando em consideração a importância da ludoterapia no tratamento do mutismo, não se devem esgotar as possibilidades nesta proposta de intervenção, pois outros métodos alternativos ainda vêm contribuir para que o tratamento seja eficaz. Destacam-se, assim, as propostas de intervenção, baseadas nas teorias e técnicas da psicanálise desenvolvidas inicialmente por Sigmund Freud, com a proposta de intervenção psicodinâmica.

4.3 INTERVENÇÃO PSICODINÂMICA

A chamada intervenção psicodinâmica está baseada nas teorias e técnicas psicanalíticas, provenientes da teoria de investigação de Freud e da sistematização do seu método e apoio de conceitos fundamentais psicanalíticos.

Kotrba (2011) *apud* Ribeiro (2012, p. 26), identificou a intervenção psicodinâmica, como uma das orientações de tratamento ao mutismo seletivo. O autor destaca as seguintes questões em relação ao tratamento:

Envolve interação verbal, jogos ou arte; É dada ênfase à identificação do conflito inconsciente por detrás da ansiedade; Considera que quando o conflito gerador for resolvido, o comportamento deixará de existir; Não há estudos publicados embora estudos de caso tenham demonstrado algum sucesso.

Peixoto (2006) *apud* Ribeiro (2012, p. 25) também destaca a terapia psicodinâmica, como alternativa no tratamento do mutismo seletivo. Afirma que esta intervenção utiliza doutrinas básicas da doutrina psicanalítica, “que envolve o uso de interações verbais, de jogos e de arte terapia para fazer emergir o conflito inconsciente que conduz à identificação do comportamento problema para a posterior minimização ou resolução”.

Observa-se que os terapeutas psicodinâmicos acreditam que muitos problemas vêm de desejos e conflitos. Eles acreditam que os indivíduos não estão cientes dos seus desejos e conflitos, que se tem início, de uma forma geral, na sua própria infância. Desta forma, “o papel destes terapeutas é tentar ajudar a criança a trazer os sentimentos reprimidos à sua consciência”. Portanto, ajudam a criança a entender os seus problemas e a ver como eles estão a afetando a sua vida e as suas relações. (AFONSO, 2009)

Algumas técnicas usadas por estes terapeutas incluem o inconsciente, a interpretação e a livre associação. Destaca-se então, uma breve introdução em relação à definição dos conceitos fundamentais abordados pela teoria psicodinâmica, sendo estes:

O *inconsciente*, existência de processos mentais poderosos que estão aparte da compreensão do indivíduo e que exercem importante influência sobre o consciente (Karon & Widener, 1995); *associação livre*, o paciente deve estar disposto na terapia a dizer aquilo que lhe vier à mente sem qualquer temor ou vergonha sendo o terapeuta responsável por significar tal, ou seja, identificar o conteúdo latente de tal (Eizirk e Hauck, 2008); *resistência*, conjunto de forças existentes no indivíduo que impedem o acesso a informação presente no inconsciente (Karon & Widener, 1995); *repressão*, processo intencional de recusa ao reconhecimento de determinado conteúdo mental pela ansiedade e dor infligidas no indivíduo (Karon & Widener, 1995);

transferência, reedição das relações do passado com o analista, ou seja, o reencenar das relações entre os objetos do mundo interno e o self, o que resulta na maneira deste relacionar com o mundo, e neste caso com o terapeuta; *contra transferência*, repercussão da transferência no mundo interno do analista (Eizirk e Hauck, 2008); *campo analítico*, conjunto global da relação terapêutica cujo entendimento permite a compreensão dos mecanismos psíquicos do doente (Eizirk e Hauck, 2008); *neutralidade*, a analista deve manter-se como uma pessoa o menos real possível na vida do paciente furtando-se a contatos subjetivos. (Eizirik, 1993, citado em Eizirk e Hauck, 2008); *interpretação*, ferramenta principal do terapeuta que lhe permite tornar consciente o inconsciente procurando explicitar o funcionamento psíquico do indivíduo, pela identificação dos processos defensivos, identificação dos conteúdos latentes, e podendo-se centrar na relação do terapeuta com o cliente, assim como na do cliente com os que o rodeiam; tal como é possível centrar-se no presente, como no passado; e ainda estabelecer uma relação entre o funcionamento do paciente e a relação de tal com o passado para perceber o desenvolvimento da sua personalidade. (AFONSO, 2009, p. 10).

Não cabe aqui um maior detalhamento da teoria psicodinâmica devido a sua complexidade. Entretanto, destaca-se a sua significativa importância no tratamento do mutismo seletivo, devido a suas eficazes e comprovadas técnicas psicanalíticas. Convém ainda, analisar aspectos relacionados à relação que se dá no seio familiar, sendo indicada neste caso, a terapia familiar, como uma proposta alternativa, e também concomitante ao se referir ao tratamento do transtorno de mutismo seletivo.

4.4 TERAPIA FAMILIAR

A terapia com a família vem ajudar a identificar e resolver os conflitos do indivíduo e de seus pares. Nesta terapia podem ser utilizadas atividades dinâmicas, jogos, teatro, que podem ser usados para facilitar a comunicação.

A terapia familiar, como o próprio nome diz, envolve os membros da família, uma vez que esta representa o maior e o primeiro componente social da criança. Desta forma, Peixoto, (2006) *apud* Ribeiro (2012, p. 25), afirma que o objetivo da terapia familiar “é envolver a família como unidade, em vez da criança individualmente, proporcionando uma modificação na comunicação e nos modelos de interação dentro da mesma unidade familiar”.

Kotrba (2011) *apud* Ribeiro (2012, p.27), em relação à terapia familiar, afirma que:

- tem em consideração a influência da família na criança;
- uma relação pais-criança não saudável leva a ansiedade;
- o alvo é a família e não só a criança isoladamente;
- o enfoque é dado à modificação dos padrões de comunicação e interação dentro da unidade familiar;
- não há estudos publicados;

· realça a crescente independência da criança e decrescente orientação da mãe;

Como já foi citado anteriormente, muitas dificuldades apresentadas pela criança podem ter suas origens relacionadas ao núcleo familiar e as questões vivenciadas pela criança com seus pais. Assim sendo, também se torna essencial este olhar do terapeuta sobre o relacionamento familiar, tendo em vista exclusivamente, o bem estar da criança na relação e a superação do mutismo seletivo. É preciso observar a criança e sua família em interação. “Não adianta as observarmos em um só momento ou contexto... O meio exerce uma forte influência sobre nossa atuação” (SOUZA e LAMBACH, 2013, p.29).

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. No entanto, esta não é a única terapia indicada, deve-se ainda, analisar a possibilidade e indicação, quando o mutismo seletivo estiver relacionado a outros transtornos de ansiedade, do tratamento psicofarmacológico, como uma alternativa complementar.

4.5 TRATAMENTO PSICOFARMACOLÓGICO

O tratamento psicofarmacológico é raramente usado para superar o mutismo seletivo, uma vez que seu efeito não é devidamente comprovado. Os medicamentos que são utilizados visam o tratamento de determinantes biológicos, ou seja, são basicamente antidepressivos, e ansiolíticos, os quais visam à redução das respostas de ansiedade. (SOUZA e LAMBACH, 2013).

Ribeiro (2012, p. 26), aponta que “a medicação mais usual inclui Prozac (Fluoxetina), e os resultados demonstram que esta substância ajuda a reduzir a ansiedade e a aumentar as interações sociais”. Percebe-se ainda que, as crianças mais jovens respondem melhor a este tratamento.

Vieira (2015, p. 07), aponta ainda, que “os medicamentos são mais eficazes quando combinados com estratégias comportamentais, especialmente para ajudar a criança a manter os ganhos da comunicação ao longo do tempo”. Sendo assim, torna-se essencial que o psicólogo trabalhe em conjunto com terapeuta, ou outro

profissional envolvido no tratamento da criança com mutismo seletivo, para que o processo seja efetivado com sucesso.

Sabe-se que 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. E isso não se faz sozinho. Como muito bem apontam Souza e Lambach (2013, p. 34) os “profissionais precisam unir forças, competências, habilidades e dentro de suas possibilidades, ou seja, o que estiver ao alcance, desenvolver a melhor maneira de devolver a esta criança a possibilidade de estar com o outro de maneira saudável”.

Com base em todo exposto nesta pesquisa, acredita-se que não é possível viver isoladamente. Todos os seres que necessitam da interação com o meio social em que se está inserido, pois é por meio dela que se aprende, se transforma e se dá significado a tudo. Afinal, “ninguém é alguém sozinho, isolado. É na e pela interação que nos constituímos como somos” (SOUZA e LAMBACH, 2013, p. 34). 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. Esta comunicação pode se dar de diversas maneiras, oral, gestual, corporal, o importante é o resultado por ela proporcionado.

Pode-se perceber, mesmo que de forma sucinta, os grandes prejuízos que o mutismo seletivo pode provocar as crianças que são acometidas. O transtorno do mutismo seletivo mostra-se como um transtorno psicológico, relacionado a fatores emocionais, e para tanto, deve ser levado em consideração pela família, ou pela escola, que ao perceber algo diferente do anormal com a criança, deve procurar ajuda e informação, para assim evitar o agravamento do quadro, uma vez que este transtorno apesar de pouco conhecido e discutido, felizmente tem diagnóstico e tratamento.

Faz-se de extrema importância, destacar que a falta de conhecimento acerca do mutismo seletivo, pode se tornar uma séria barreira para o desenvolvimento do diagnóstico e conseqüentemente o tratamento destas crianças. Então, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para que se desperte um olhar mais clínico as crianças tidas como muito quietas, tímidas ou retraídas a fim de promover sempre o bem estar das mesmas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, pode-se afirmar que este estudo de cunho bibliográfico, contribuiu significativamente, para a ampliação do conhecimento sobre o Transtorno do Mutismo Seletivo, seu conceito, diagnóstico, causas, prevalência, tratamento e possíveis consequências no desenvolvimento da criança que o manifesta.

Constatou-se que este transtorno é pouco conhecido e pouco identificado pelos profissionais da educação, assim como pela família, esta última devido à criança comunicar-se normalmente em casa, restringindo-se apenas em ambientes sociais ou na presença de outras pessoas que não da sua família.

Percebeu-se que por se tratar de um transtorno pouco conhecido e discutido no Brasil, também existem poucos estudos, o que dificulta não só o diagnóstico, como também o tratamento. Nas pesquisas aqui realizadas, não foram encontrados registros de um tratamento específico para o mutismo seletivo, o que se tem, são relatos de experiências realizadas utilizando-se várias estratégias alternativas como terapia familiar, terapia comportamental, terapia ludopedagógica, e em alguns casos, intervenções psicofarmacológicas, visando aumentar a confiança e autonomia da criança, ao ponto que se sinta segura em ambientes sociais, sendo capaz de superar as suas dificuldades e expressar-se espontaneamente. Deixa-se claro então que a eficácia no tratamento depende de uma combinação de sucesso de mais de uma estratégia aqui citada.

Para tanto, deseja-se que este estudo desperte o interesse e uma maior atenção dos professores às crianças com dificuldades em se manifestar oralmente em diferentes ambientes sociais, principalmente na escola que, geralmente, costuma ser seu primeiro espaço de interação social, depois da família. Enfatizando os prejuízos causados por este transtorno do mutismo seletivo, principalmente, no que se refere ao o processo do desenvolvimento da aprendizagem escolar, interferindo negativamente na interação desta criança com os colegas, professores, e nas práticas desenvolvidas em sala, dificultando assim o processo de avaliação deste indivíduo.

Espera-se que esta pesquisa, possa contribuir como mais um aporte bibliográfico, fortalecendo o debate, acerca do transtorno do mutismo seletivo aos profissionais da educação, psicólogos, terapeutas, família e a todos os “curiosos” com a causa. É importante que todos estejam sempre atentos às crianças, de olhos bem

abertos aos sinais por elas expressos, sejam estas filhos, alunos, amigos ou conhecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Tiago J. M. **Distúrbio Obsessivo Compulsivo e Tratamento: A Importância da Intervenção Psicodinâmica**. Portal dos Psicólogos. Documento produzido em 28-03-2009. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0131.pdf>. Acesso em 12/02/2016.

BALDAÇARA, Leonardo. **Transtornos Mentais**. 5ª edição. Palmas, TO: Editoração Leonardo Baldaçara; 2015. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=9JKsCQAAQBAJ>. Acesso em 03/10/2015

CABALO, Vicente E. SIMON, Miguel Angel. **Manual de psicologia clinica Infantil e adolescente: transtorno específico**. São Paulo: Santos, 2010.

CAMPOS, Lia K. S.; ARRUDA, Sérgio L. S. **Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 5, n. 2, p. 15-33, dez. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/14993/15895> . Acesso em 14/03/2015.

Dicionário Online de Português. Disponível em <http://www.dicio.com.br/evitacao/>. Acesso em 15/01/2016.

DSM-IV-TR – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução Cláudia Dorneles; 4ª edição revisada. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MELDAU, Débora Carvalho. **Mutismo Seletivo**. *Infoescola*, 2009. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/mutismo-seletivo/> . Acesso em: 14/03/2015.

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.faecet.rj.gov.br/diretorias/arquivos/diretoria-de-educacao-superior/edutec-20132-luciana_campos.pdf. Acesso em: 14/03/2015.

RIBEIRO, Célia M. da S. **Mutismo seletivo e Ludoterapia/Atividade Lúdica** – na perspectiva de profissionais ligados à educação. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de educação especial: Domínio Cognitivo e Motor) – Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2012.

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, 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.

VIEIRA, Elisa Neiva. **Mutismo Seletivo**: O Início de uma Comunicação. Disponível em:

http://www.elisaneivavieira.com.br/ver_mutismo/8/O_Inicio_de_uma_Comunica%C3%A7%C3%A3o.

Acesso em 05/06/2015.

_____. **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, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm. Acesso em: 04/10/2015.

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 13/01/2016.

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 03/10/2015.