



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Patricia Reis Candeias

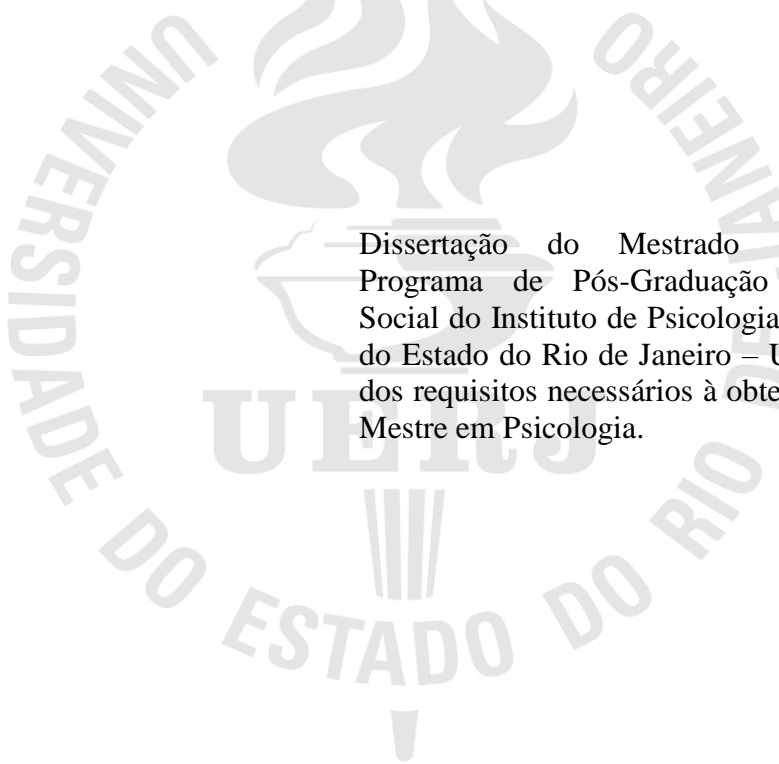
Mutismo Seletivo e Escola: um estudo descritivo e teórico

Rio de Janeiro

2018

Patricia Reis Candeias

Mutismo Seletivo e Escola: um estudo descritivo e teórico



Dissertação do Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Angela Donato Oliva

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C216 Candeias, Patricia Reis.
Mutismo Seletivo e Escola: um estudo descritivo e teórico / Patricia Reis
Candeias. – 2018.
107 f.

Orientadora: Angela Donato Oliva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia

1. Psicologia Social – Teses. 2. Mutismo seletivo – Teses. 3. Escola – Teses.
I. Oliva, Angela Donato. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia. III. Título.

es CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Patricia Reis Candeias

Mutismo Seletivo e Escola: um estudo descritivo e teórico

Dissertação do Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 21 de agosto de 2018.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Angela Donato Oliva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Ana Claudia Azevedo Peixoto

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

Prof^ª. Dr^ª. Karla da Costa Seabra

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Raphael, por todo momento que passou ao meu lado me incentivando e apoiando. Obrigada por me motivar a concluir mais essa etapa na minha vida, pela paciência com as minhas horas dedicadas à pesquisa e por sempre acreditar em mim.

À minha grande amiga Karla, porque sem seus conselhos, orientações e parceria não conseguiria concluir este trabalho. Obrigada pela disponibilidade, por estar ao meu lado e pelo carinho. Meu agradecimento para sempre.

À minha mãe, que está sempre ao meu lado me iluminando e me guiando pelos caminhos mais incríveis nesta vida. Obrigada por me ensinar a lutar e a não desistir.

Ao meu pai, que sempre será meu eterno mentor e minha fonte inesgotável de inspiração.

À Professora Angela, pelas orientações, apoio durante os anos de mestrado e por toda compreensão em cada etapa deste processo. Obrigada pelo carinho.

Às alunas Regina e Andrea, cuja ajuda e organização foram essenciais para conclusão deste trabalho. Agradeço imensamente.

Aos meus amigos, que direta ou indiretamente me ajudaram a seguir em frente, arriscar, tentar e não desistir, acreditando sempre no melhor que posso dar.

RESUMO

CANDEIAS, P. R. **Mutismo Seletivo e Escola**: um estudo descritivo e teórico. 2018. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O Mutismo Seletivo é um transtorno ainda pouco conhecido pelos educadores, psicólogos escolares e pela população em geral, o que torna o seu diagnóstico, na maioria das vezes, tardio. O Mutismo Seletivo foi, recentemente, classificado como um Transtorno de Ansiedade e acomete principalmente crianças de 2 a 5 anos, se caracterizando pela falta de comunicação oral em locais determinados, na maioria das vezes, na escola. Este trabalho apresenta uma Revisão Integrativa da Literatura do Mutismo Seletivo no últimos 5 anos e, baseando-se no relato de caso que instigou esta pesquisa, um segundo estudo foi realizado para descrever, em uma amostra no Rio de Janeiro, o que educadores, psicólogos, pais e população em geral conhecem sobre o transtorno.

Palavras-chave: Mutismo Seletivo. Revisão Integrativa. Estudo Descritivo

ABSTRACT

CANDEIAS, P. R. Selective Mutism and School: a descriptive and theoretical study. 2018. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Selective Mutism is a disorder still almost unknown by educators, school psychologists and the general population, which makes its diagnosis, in most cases, late. Selective Mutism was recently classified as an Anxiety Disorder and affects mainly children from 2 to 5 years old, characterized by the lack of oral communication in certain places, most often in school. This paper presents an Integrative Review of Selective Mutism Literature in the last 5 years and, based on the case report that instigated this research, a second study was conducted to describe, in a sample in Rio de Janeiro, what educators, psychologists, parents and the general population know about the disorder.

Keywords: Selective Mutism. Integrative Review. Descriptive Study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados em relação aos critérios de inclusão e exclusão (os critérios de exclusão determinaram o número de artigos selecionados nesta pesquisa).	42
Figura 2 - Idade dos participantes	51
Figura 3 - Gênero dos participantes	52
Figura 4 - Escolaridade dos participantes	52
Figura 5 - Profissão dos participantes	52
Figura 6 - Local de trabalho dos participantes	53
Figura 7 - Trabalha com crianças até 8 anos?	53
Figura 8 - Tempo de trabalho com as crianças	53
Figura 9 - Pergunta sobre conhecimento de MS	56
Figura 10 - Pergunta sobre definição de MS	58
Figura 11 - Pergunta sobre desenvolvimento do MS	62
Figura 12 - Pergunta sobre casos de MS nas escolas trabalhadas	63
Figura 13 - Preocupação com a timidez	64
Figura 14 - Preocupação com agressividade	64
Figura 15 - Preferência do perfil da criança para convivência por 10 minutos	66
Figura 16 - Preferência do perfil da criança para convivência por 30 minutos	66
Figura 17 - Preferência do perfil da criança para convivência por 4 horas	67
Figura 18 - Preferência do perfil da criança para convivência por 1 dia	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Textos Selecionados para Revisão Integrativa da Literatura do Transtorno de Mutismo Seletivo.....	43
Tabela 2 - Quadro de Categorias comuns identificadas nos artigos	48
Tabela 3 - Dados Socioeconômicos dos psicólogos escolares.....	104
Tabela 4 - Dados Socioeconômicos da população geral.....	105
Tabela 5 - Dados Socioeconômicos da população geral.....	106
Tabela 6 - Dados Socioeconômicos dos pais de crianças até 8 anos	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG	Agorafobia
CBC	Conjoint Behavioral Consultation
DSM5	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5. ^a edição
EAI	Equipe de Apoio à Instrução
FE	Fobia específica
FS	Fobia Social
IC	inibição comportamental
MS	Mutismo Seletivo
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TAS	Transtorno de ansiedade social
TP	Transtorno de pânico
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TESC	Treinamento da Efetividade Social para Crianças

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
	INTRODUÇÃO	14
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1.1	Identificação do Mutismo Seletivo	17
1.2	Herança Genética e temperamento da criança	18
1.3	Interações Familiares	22
1.4	Contextos Sociais: o papel da escola	23
1.4.1	<u>O temperamento da criança com MS na escola</u>	25
2	A REGULAÇÃO EMOCIONAL NAS CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO	29
2.1	O Desenvolvimento das emoções nas crianças	29
2.2	A Regulação emocional em crianças com Mutismo Seletivo	31
2.3	Protocolo de tratamento de acordo com a TCC	33
3	OBJETIVOS	39
3.1	Objetivo Geral	39
3.2	Objetivos Específicos	39
4	MÉTODO	40
4.1	Estudos 1: Revisão Integrativa da Literatura do Mutismo Seletivo (2011 - 2016)	40
4.1.1	<u>Identificação do tema e definição dos descritores</u>	40
4.1.2	<u>Busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão</u>	41
4.1.3	<u>Identificação dos estudos selecionados</u>	43
4.1.4	<u>Análise e interpretação dos resultados</u>	48
4.1.5	<u>Resultados e discussão de resultados</u>	48
4.1.6	<u>Conclusão</u>	50
4.2	Estudo 2:	50
4.2.1	<u>Apresentação do estudo</u>	50
4.2.2	<u>Participantes</u>	51
4.2.2.1	Perfil dos participantes	51
4.2.3	<u>Instrumentos</u>	54
4.2.4	<u>Procedimento</u>	54
4.2.5	<u>Resultados e Discussão de resultados</u>	55

CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A - Síntese dos estudos selecionados para a revisão integrativa da literatura.....	78
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.....	93
APÊNDICE C - Questionários	94
APÊNDICE D - Perguntas e público-alvo	100
APÊNDICE E - Dados Socioeconômicos	102
APÊNDICE F - Tabelas socioeconômicas	104

APRESENTAÇÃO

Sou psicóloga clínica e escolar há 8 anos e sempre atuei dentro das escolas e em atendimentos psicoterápicos em consultórios. Durante o meu percurso, pude vivenciar o desenvolvimento emocional e comportamental de muitas crianças e foi o atravessamento do olhar clínico que despertou meu interesse sobre o caso de uma menina de 3 anos com o diagnóstico de Mutismo Seletivo, cuja descoberta, tratamento e superação do caso aconteceu de forma multidisciplinar e dentro do ambiente escolar.

Para apresentar este caso, busquei o olhar de todos os envolvidos: Psicóloga escolar, psicóloga clínica e a mãe da criança em questão. O caso dessa criança, de três anos, diagnosticada com o MS e as intervenções de educadores, pais e profissionais clínicos no tratamento, contribuiu para a reflexão e escolha do tema deste estudo.

Antes do diagnóstico, a criança já apresentava os sintomas do transtorno dentro do ambiente escolar e não verbalizava neste espaço. Demonstrava muita ansiedade e timidez que traziam prejuízos à sua interação social e ao desenvolvimento pedagógico, uma vez que não oralizava suas respostas durante as atividades propostas. No entanto, sem ter um histórico que justificasse uma intervenção específica, a criança seguiu por alguns meses já com o transtorno instalado e sem o tratamento devido.

Em relação ao histórico da criança fora da escola, ela não apresentava qualquer comportamento que justificasse os sintomas apresentados. Em encontro com a mãe, ela explica que “dentro de casa, ela falava, brincava e era falante até demais. Falava pelos cotovelos”. No entanto, a família já observava que ela apresentava características tímidas anteriores, como por exemplo, falar em tom baixo com a professora; no elevador ou em outros ambientes sociais e se esconder atrás dos pais. Ela entrou na escola aos dois anos falando, mas sempre demonstrando timidez. Ao iniciar o ano seguinte com uma nova equipe de educadores, cessou a fala. O mesmo ocorreu em outros ambientes semelhantes a sala de aula, como em grupos de crianças da Igreja.

A escola percebeu alguns sintomas do Transtorno desde o primeiro ano escolar, quando a criança tinha dois anos. Nessa época, já apresentava comportamentos tímidos. Segundo a psicóloga da escola, ela adotava um comportamento muito introspectivo, com características ansiosas e tímidas. Dentro do ambiente escolar, interagiu com todos, desde crianças à educadores, participava das atividades propostas e passou a demonstrar prazer ao chegar à escola, mas preferia adotar uma conduta mais observadora do que interativa. No

segundo ano escolar, ela começou a não falar com as crianças e educadores, mas permanecia participando das propostas e sem dificuldades para entrar no ambiente.

Em relação ao diagnóstico da criança em questão, os pais começaram a ter estranhamento em relação ao comportamento relatado pela escola e começaram a buscar informações sobre um transtorno que se assemelhasse às características do que sua filha estava passando, antes mesmo de procurar um profissional. Foi quando chegaram ao Mutismo

Seletivo e logo buscaram uma psicóloga clínica com formação em Terapia Cognitivo-Comportamental para avaliar sua filha.

A escola não percebeu sinais que pudessem antecipar a busca pelo acompanhamento psicológico ou que justificassem uma intervenção multidisciplinar. Normalmente, a escola aguarda alguns meses antes de encaminhar a criança para um tratamento, uma vez que é necessária a observação e a certeza de que alguns comportamentos desregulados e disfuncionais se instalaram. Se a conduta persistir, a criança é encaminhada a um profissional específico. Neste caso, a mãe se informou antes sobre o transtorno e já buscou ajuda, mostrando-se bastante focada nas mudanças de comportamento da filha, o que é essencial e integra o trabalho de parceria com a escola.

Em relação ao conhecimento do educador sobre o MS, a escola afirmou que, a equipe escolar (direção, coordenação, psicólogos e professores) não sabia o que era o Mutismo Seletivo até esse caso aparecer e precisaram estudar sobre o tema.

Com relação à adaptação dos estímulos sociais na escola durante o tratamento da criança com a psicóloga clínica, podemos perceber que a escola se propôs a modificar o espaço social da criança para ajudar no envolvimento dela com os demais e promover a segurança que favorecesse a sua verbalização novamente: modificou a composição da sala, a organização das atividades, quem falava primeiro na rodinha da turma, possibilitava que ela falasse no ouvido das crianças e professores e não alto em roda, entre outras estratégias. A escola fez parceria com a psicóloga clínica e todas as orientações dadas pela profissional foram acatadas. A própria família reconheceu que a escola procurou mudar a proposta às necessidades da criança e isso foi essencial para a superação do transtorno.

O quadro foi superado em menos de um ano e a psicóloga clínica, que a atendia, reforçou a importância da parceria da escola na determinação de um tratamento curto e assertivo. A escola se mostrou disponível e aberta às orientações, ofereceu o espaço para ida semanal do terapeuta para realização das exposições e reuniões periódicas para discussão do caso em conjunto com a professora e psicóloga escolar. Além disso, a escola usou pequenos grupos em sala de acordo com a afinidade da criança para aumentar a frequência de fala e

exposição de ideias num grupo onde a ansiedade estaria mais reduzida. Foi adotada a estratégia do uso de teatro de fantoche em que a criança não aparecia e, portanto, poderia sentir uma "permissão" diferenciada para falar no ouvido da professora, o que ajudou muito o processo de recuperação.

Essa experiência trouxe a reflexão de que seria importante a capacitação dos educadores para um olhar de auxílio e uma rapidez no tratamento de qualquer criança com Mutismo. Desta forma surgiu o interesse em entender o papel do educador no processo de identificação precoce do MS e no conhecimento dos profissionais e da população sobre o Transtorno. E é nesta direção que apresento esse trabalho.

INTRODUÇÃO

Kussmaul, um médico alemão, descreveu em 1877 o primeiro caso de mutismo seletivo relatado na literatura. Alguns pacientes não falavam em algumas situações, mesmo apresentando habilidade linguística. Inicialmente esses sintomas foram denominados de afasia voluntária (Kron, Weckstein, Wrigth, 1999). Posteriormente o psiquiatra Morris Tramer, em 1934, usou o termo mutismo eletivo para descrever os pacientes que selecionavam pessoas e lugares para não falar (Krolian, 1999). Esse termo só mudou para seletivo na publicação do DSM –IV (APA, 1994), enfatizando que o transtorno é seletivo de acordo com o contexto social.

Atualmente o Mutismo Seletivo (MS) é definido como um transtorno de ansiedade, no qual a criança não consegue utilizar a oralidade para se comunicar em ambientes específicos. (Murriss et al., 2016).

O MS é um transtorno que leva a criança a não verbalizar em determinado ambiente, principalmente na escola, com pessoas que não sejam do seu convívio regular. Crianças diagnosticadas com esse transtorno se comunicam e falam normalmente em casa, podendo ou não apresentar prejuízo intelectual ou no desenvolvimento da sua linguagem oral. (Murriss et al., 2016).

As crianças com MS apresentam padrões variados de comunicação não-verbal, como gestos, balançar a cabeça e apontar. (Mitchell et al., 2013). A sala de aula é o lugar onde se percebe melhor o mutismo instalado, já que a criança conversa em casa, na presença dos cuidadores. (Shriver et al., 2011)

A última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) especifica que a ausência seletiva de fala deve estar presente por pelo menos um mês para que se diagnostique a criança com Mutismo Seletivo. E para que o diagnóstico seja preciso, é importante avaliar se há interferência no cotidiano da criança, ou seja, se a ausência de fala impede a criança de se desenvolver bem na escola ou interagir socialmente. (Murriss et al., 2016)

Shriver et al. apresentou em seu trabalho pesquisas recentes que sugerem a ligação entre MS e transtorno de ansiedade, o que é confirmado na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que incluiu o MS como variante de Transtornos de Ansiedade (F94.0). A explicação mais comum é que crianças com MS estão socialmente ansiosas e, portanto, não falam em ambientes sociais (Young et al., 2012).

Várias características comuns entre Fobia Social (FS) e MS suportam a conceituação de que os dois transtornos estão relacionados, ou mesmo, sugestões de que o MS seria um desenvolvimento variante da Fobia Social (Young et al., 2012). Essa discussão será apresentada com mais detalhes neste trabalho

Como não existem muitas pesquisas acerca desse transtorno no Brasil, o quadro pode demorar a ser percebido pela família, assim como diagnosticado e acompanhado por psicólogos e uma equipe especializada. É comum que os pais não percebam os sinais de MS e demorem a procurar ajuda, permitindo que o transtorno se instale por meses ou anos supondo que o motivo para a mudez seja apenas uma timidez comum (Mitchell et al., 2013)

O comportamento da criança torna-se mais enraizado sem intervenção e, visando prevenir os possíveis impactos negativos do Mutismo Seletivo na educação da criança e no seu funcionamento social, é importante uma intervenção precoce. Assim, evita-se que o sintoma torne-se intratável. Trata-se de um transtorno crônico que pode levar a criança a dificuldades graves no aspecto social. (Mitchell et al., 2013)

Como o MS se apresenta de inúmeras formas, uma avaliação multimodal se torna essencial a fim de entender o histórico da criança e informações sobre seu desenvolvimento. Portanto, informações dos pais e professores sobre possíveis atrasos de linguagem ou dificuldades da criança juntamente com a observação da mesma no ambiente escolar, podem determinar os fatores que precipitam o silêncio da criança. (Mitchell et al., 2013)

As pesquisas (Leonard e Topol, 1993; Haney, Sanders, Sewell, White e Williamson, 1977; Cook, Littmann, Wright, 1985;) indicam desde a década de 1970 que os tratamentos comportamentais, principalmente a Terapia Comportamental-Cognitiva (TCC) são as intervenções apropriadas para o tratamento do Mutismo Seletivo (Kehle et al., 2012).

Para que a criança seja encaminhada para o tratamento correto, o conhecimento do educador (e outras pessoas envolvidas no cotidiano da criança) sobre o transtorno é fundamental, uma vez que a maioria dos casos ocorre apenas no ambiente escolar. No entanto, devido à raridade deste transtorno, esses indivíduos podem não estar familiarizados com os sintomas tampouco com o tratamento adequado para o MS e, assim, as medidas não são tomadas imediatamente e a criança pode ficar desassistida por muito tempo sem a intervenção necessária. (Kehle et al., 2012).

Dado que os professores são frequentemente os primeiros profissionais a notar sintomas de MS nas crianças, eles podem desempenhar um papel crucial na identificação e encaminhamento da criança para um diagnóstico precoce do MS. (Martinez et al., 2015)

Esta pesquisa se propõe a apresentar o Transtorno de Mutismo Seletivo através da Revisão Integrativa da Literatura e analisar o conhecimento de educadores, psicólogos e da população geral do Rio de Janeiro sobre o Mutismo Seletivo, através de entrevistas. Através deste material, pode-se identificar o conhecimento da população sobre o Mutismo Seletivo e gerar discussões sobre a necessidade de maior atenção e divulgação deste transtorno nos ambientes escolares do Rio de Janeiro.

Desta forma temos como definição do problema de pesquisa: O que os professores, psicólogos escolares, pais e a população em geral sabem sobre o Transtorno de Mutismo Seletivo? E a hipótese que norteou esse trabalho foi que o Mutismo Seletivo é um transtorno pouco conhecido nas escolas, nas famílias e na população em geral, sendo assim, muitas crianças com as características do MS ficam desassistidas por isso.

Pretende-se também, com essa pesquisa, contribuir futuramente com material de estudo para professores e psicólogos escolares.

Perguntas da pesquisa:

Estudo 1: Qual a contribuição teórica trazida pelos artigos científicos sobre o Mutismo Seletivo nos últimos cinco anos?

Estudo 2: Qual é o conhecimento de psicólogos, educadores e da população em geral sobre o Mutismo Seletivo?

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Estudo 1 deste trabalho (apresentado no capítulo 4), uma revisão Integrativa da Literatura do MS foi realizada compondo a fundamentação teórica a seguir. Os estudos de Peixoto e de outros autores como Hua & Major (2016), Conn et al. (2014), Muris & Ollendick (2015), Keeton et al (2012) nos apontam três grandes pilares para a pesquisa do MS: herança genética e temperamento da criança, interações familiares e contextos sociais (papel da escola). Estas três possíveis causas do MS serão divididas neste primeiro capítulo, juntamente com as demais categorizações importantes para este estudo.

1.1 Identificação do Mutismo Seletivo

O Mutismo Seletivo é um transtorno em que o indivíduo deixa de falar em situações específicas, principalmente sociais, embora verbalize normalmente em outros locais. A manifestação ocorre, principalmente, quando a criança inicia a escolaridade (Hua & Major, 2016). O MS resulta em um comprometimento social e pode ter efeitos significativos no desenvolvimento emocional e acadêmico da criança (Hua & Major, 2016).

Os indivíduos diagnosticados com MS podem usar meios gestuais ou não verbais de comunicação, como grunhir ou apontar, e também podem demonstrar uma vontade inesperada de participar de eventos sociais quando a fala não é requisitada. (Conn et al., 2014)

No ano de 2014, o transtorno foi enquadrado como um Transtorno de Ansiedade e não mais Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência como na antiga versão do DSM IV.

Alguns critérios precisam ser avaliados para que se classifique a criança com um quadro de mutismo seletivo. Na edição do DSM-V (APA, 2014)¹, as características que qualificam o transtorno aparecem organizadas como:

- A. Fracasso persistente em falar em situações sociais específicas (nas quais existe a expectativa para falar, por exemplo, na escola), apesar de falar em outras situações.
- B. A perturbação interfere na realização educacional ou ocupacional ou na comunicação social.

¹ DSM- V: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quinta Edição é publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. É uma classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos, baseados em grupos de critérios com características definidas.

- C. A duração da perturbação é de no mínimo 1 mês (não limitada ao primeiro mês de escolarização). É aparentemente raro, sendo encontrado em menos de 1% dos indivíduos vistos em contextos de saúde mental. O Mutismo Seletivo é ligeiramente mais comum no sexo feminino.
- D. O fracasso em falar não se deve a uma falta de conhecimento ou desconforto com a linguagem falada exigida pela situação social.
- E. O Mutismo Seletivo deve ser diferenciado das perturbações da fala, melhor explicadas por um Transtorno da Comunicação, como Transtorno Fonológico, Transtorno da Linguagem Expressiva ou Transtorno Misto da Linguagem Receptivo Expressiva ou Tartamudez, nem ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico.

Embora relatos clínicos sugiram que muitas crianças possam superar o quadro do MS, seu curso é ainda indefinido assim como as sequelas sociais que permanecem nos indivíduos. Em alguns casos, particularmente em indivíduos com transtorno de ansiedade social, o mutismo seletivo pode desaparecer, mas os sintomas do transtorno de ansiedade social permanecem. (APA, 2014)

1.2 Herança Genética e temperamento da criança

A psicopatologia dos pais tem sido investigada em estudos controlados de MS. Em um estudo de acompanhamento, 60% das mães e 87,5% dos pais foram classificados clinicamente com problemas psiquiátricos, pois apresentavam depressão, irritabilidade, transtorno de personalidade, alcoolismo, abstinência e timidez. Investigando o contexto da criança, alguns relatos de caso revelam situações conflituosas entre os pais de crianças com MS, com um comportamento materno do tipo superprotetor e o pai com um comportamento ausente. (Alyanak et al, 2013)

Alguns estudos apontam a ideia de que os fatores de risco temperamentais ainda estão em estudo, mas estima-se que a inibição comportamental² assim como a história de timidez, isolamento ou ansiedade dos pais podem desempenhar um papel importante (APA, 2014).

A inibição social por parte dos pais pode servir como fator determinante do mutismo seletivo em crianças. Além do mais, os pais de crianças com mutismo seletivo foram descritos

² Descrito pela primeira vez por Jeffrey Alan Gray (psicólogo inglês) e seu grupo de pesquisadores em 1982, o sistema de inibição comportamental é composto por estruturas cerebrais que seriam ativadas por estímulos condicionados provocando a inibição do comportamento, como situações de: punição, frustração, novidade e perigo.

como superprotetores ou mais controladores do que os pais de crianças com outros transtornos de ansiedade ou nenhum transtorno. (Muris & Ollendick, 2015) Devido à sobreposição significativa entre mutismo seletivo e transtorno de ansiedade social, pode haver fatores genéticos compartilhados por ambos. (Muris & Ollendick, 2015)

A inibição comportamental é caracterizada por timidez, apreensão e abstinência. Uma relação clara entre inibição de comportamento (IC) e FS foi estabelecida empiricamente em um estudo, onde as crianças classificadas com IC aos 21 meses e 31 meses foram significativamente mais propensas a ter diagnóstico de FS com 13 anos de idade (61%) em comparação com aquelas que não tinham sido classificadas como IC (27%). Outro estudo descobriu que 17% das crianças de 2, 4 e 6 anos classificadas com IC também preenchiam os critérios para FS, enquanto que não havia relação entre IC e outro Transtorno de ansiedade ou humor. A associação entre IC e MS é mais especulativa e baseia-se em características compartilhadas, tais como relutância em falar, timidez na vida, personalidade lenta e dificuldade em responder a situações novas e lidar com transições. (Keeton et al, 2012)

Para o MS, as estimativas são geralmente mais baixas do que as da Fobia Social. A FS tem a segunda maior prevalência ao longo da vida de transtornos de ansiedade após fobia específica. (Keeton et al., 2012) Usando amostras de adolescentes americanas e alemãs, os dados estimam a prevalência ao longo da vida de FS em 8,6% e 7,3%, respectivamente. Nos centros de tratamento, a prevalência de MS é de 0,11% a 0,5%. (Keeton et al., 2012)

A maioria das crianças com diagnóstico de mutismo seletivo revela uma predisposição genética a sintomas de ansiedade, que é agravada por algumas situações que ocorrem em sua vida cotidiana interpretadas e sentidas, pela criança, como hostis ou de grande stress. (Keeton et al, 2012)

A ansiedade sob a forma de timidez e retraimento social é relatado em crianças com MS. Além disso, 70% das famílias de primeiro grau de crianças com MS relatam ansiedade social e 37% relatam Mutismo Seletivo. Atrasos na fala e problemas na comunicação também forma relatados em 30% e 50% dos casos clinicamente acompanhados, respectivamente. Estudos revelam que 90% das crianças com MS adotam comportamento negativo e manipulador diante de uma situação que gere angustia ou ansiedade. (Alyanak et al, 2013)

Há evidências que sugerem que, além dos sintomas de MS surgirem como um meio de evitar ansiedade em situações sociais, surgem também no contexto de deficiências de comunicação. Por exemplo, até 50% das crianças diagnosticadas com MS também têm como comorbidade atrasos de comunicação incluindo atraso na fala, problemas de articulação e problemas de linguagem expressiva e/ou receptiva. (Conn et al, 2014)

Em contraste com a definição do MS no DSM-5, uma comprovação que tem se mostrado na literatura recente é a alta taxa de crianças com Mutismo Seletivo em ambientes familiares bilíngues, principalmente em famílias imigrantes. Uma taxa de prevalência de 2,2% foi encontrada entre as crianças imigrantes em estudos israelenses e, em países como a Suíça e a Alemanha, taxas de 28% foram encontradas entre imigrantes. (Hua & Major, 2016)

O mutismo seletivo é um transtorno relativamente raro e não foi incluído como categoria diagnóstica em estudos epidemiológicos de prevalência dos transtornos na infância. Prevalências pontuais usando várias amostras em clínicas ou escolas variam entre 0,03 e 1%, dependendo do contexto (por exemplo, clínica *versus* escola *versus* população em geral) e da idade dos indivíduos na amostra. (APA, 2014)

Em outros estudos, como de Mitchell (2013) e Kehle et al. (2012) aponta-se que esse transtorno afetaria mais meninas e é ainda considerado raro, atingindo 0.47% a 0.76% em taxas de prevalência. No entanto, importante ressaltar que ele se apresenta ligeiramente mais comum do que a taxa de autismo e pode afetar os alunos no seu ajustamento dentro da escola.

O DSM V (APA, 2014) nos aponta que as características associadas ao Mutismo Seletivo podem incluir timidez excessiva, medo de constrangimentos, isolamento e retraimento sociais, apego, traços compulsivos, negativismo, ataques de birra ou comportamento opositor leve. Embora as crianças com esse transtorno em geral tenham habilidades de linguagem normais, às vezes pode haver um transtorno da comunicação associado, embora nenhuma associação particular com um transtorno da comunicação específico tenha sido identificada. (APA, 2014)

As crianças com mutismo seletivo podem ter dificuldades sutis de linguagem receptiva comparadas com seus pares, embora ainda esteja dentro da variação normal. Mesmo quando esses transtornos estão presentes, também está presente a ansiedade. (APA, 2014)

Silva & Ribeiro (2015) nos mostram 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 a se preocupar 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 (Silva & Ribeiro, 2015)

Kehle et al. (2012), também mostra, em seus estudos, que as características comuns associadas ao MS. Além disso, a enurese diurna e o vômito intencional também têm sido associados ao transtorno.

Visto que o MS é um transtorno com avaliações empíricas limitadas em grande escala, os pesquisadores não definiram as possíveis causas para o comportamento mudo (Klein et al., 2013). O que complica mais o quadro é a não padronização do comportamento mudo, pois algumas crianças podem nunca falar fora de casa, enquanto outros falam só com algumas pessoas, outros sussurram e, em alguns casos, crianças com esse diagnóstico, já falaram com pessoas que não são de seu convívio. (Klein et al., 2013)

Comparando o MS com a Fobia Social, percebemos que a ansiedade presente nos dois transtornos tem suas semelhanças. Segundo o DSM V, indivíduos com Fobia Social podem desenvolver medos e ansiedades sobre uma ou mais situações sociais sem que tenham controle sobre elas. (Hua & Major, 2016)

Quando algumas ações do dia-a-dia se tornam comprometidas, como conhecer novas pessoas, comer sendo observado por outros ou dar um discurso, podemos perceber que existe uma possível fobia social a ser diagnosticada nesta criança. Para o diagnóstico de Fobia social, a situação precisará envolver interação de pares (não só interação com adultos) e a ansiedade será expressada através de choros, birras, congelamento da ação, apego e falha ao falar. (Hua & Major, 2016)

Temperamento da criança, fatores familiares e ambientais contribuem para o início e manutenção da FS e MS. A FS é um transtorno que ocorre principalmente na adolescência e se caracteriza como medo persistente e alta angústia diante de situações sociais. Já o Mutismo Seletivo é um transtorno que aparece na infância e, normalmente, no período escolar, se caracterizando como a falha ao se comunicar de forma oral em situações específicas ou com pessoas desconhecidas. Apesar da diferença de idade, a criança com MS normalmente tem o diagnóstico de FS também. (Keeton et al, 2012)

Ambos transtornos de FS e MS tendem a se manifestar gradualmente, muitas vezes presentes no início como inibição comportamental e executar um curso estável antes do diagnóstico (por vezes tardio) de MS. Métodos úteis para o diagnóstico inicial e

monitoramento contínuo de FS e MS incluem entrevistas de diagnóstico padronizadas, questionários aos pais e intervenções/métodos fisiológicos e comportamentais. (Keeton et al, 2012)

Ambos FS e MS estão associados com sintomas de transtornos de ansiedade em crianças. A FS se correlaciona com: Agorafobia, 32,4%, Transtorno de ansiedade

generalizada (TAG), 32%; Transtorno de ansiedade de separação (TAS), 27,4% ; Transtorno de pânico, 27,2%; Transtorno de estresse pós-traumático, 24,4% e Fobia específica (FE), 21,5%. Como 97% a 100% das crianças com MS também têm diagnóstico de FS, o MS frequentemente ocorre com: TAS, 31,5%; FE, 13%; TAG, 13% e elevadas taxas de timidez e sintomas somáticos. (Keeton et al, 2012)

A conceituação clínica do MS tem sido debatida historicamente, com evidências apontando em parte para perfis de comportamento ansiosos e opositores. As crianças com MS apresentam níveis altos de ansiedade. Os pais às vezes relatam comportamentos de oposição em seus filhos com MS, incluindo teimosia, irritabilidade, debates excessivos, descumprimentos e birras. (Diliberto et al, 2016)

1.3 Interações Familiares

Como as crianças com MS desenvolvem o transtorno muito cedo, alguns estudos buscaram mostrar como o papel dos pais influencia no comportamento da criança. Há evidências de que o comportamento do cuidador pode desempenhar um papel no desenvolvimento e manutenção da MS. Os pais podem permitir a fuga ou a evitação de falar em situações que provocam ansiedade, aumentando a probabilidade de uma criança não falar através de reforço negativo. Por estas razões, a parentalidade pode desempenhar um papel importante na ajuda às crianças com MS e pode ser alvo de intervenções. (Ale et al., 2013). Em relação ao contexto familiar, Serreti (2010) cita os estudos de Kolvin e Fundudis (1981) onde mais da metade de crianças com MS apresentaram 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.

As crianças com MS apresentam um comprometimento na comunicação verbal, limitações na interação social e dificuldades escolares. Apesar do MS não estar associado a um prejuízo intelectual, algumas crianças podem ser consideradas atrasadas ou com habilidades reduzidas na decodificação de palavras e leitura oral, uma vez que não respondem aos questionamentos de sala de aula para avaliação do conhecimento. (Mitchell et al., 2013)

Os professores são profissionais que podem ajudar na avaliação e intervenção de crianças com MS, dado o contexto em que esse transtorno ocorre pela primeira vez e é mais frequente, como apresentado no tópico a seguir. Os pesquisadores recomendaram que vários informantes (pais e professores) sejam usados na avaliação e no diagnóstico de todos os transtornos de internalização da criança. Mais recentemente, os pesquisadores começaram a empregar medidas mais objetivas (psicofisiológicas) na avaliação da ansiedade em crianças com MS, como nos estudos de Young, Bunnell & Beidel, em 2012, na esperança de reduzir o viés do avaliador na avaliação dos transtornos de internalização.

Sendo assim, sabemos que os pais podem ser alvos do tratamento de crianças com MS através da modificação de algumas condutas parentais e, também, colocando em prática algumas estratégias para superação do quadro, como nos aponta Peixoto (2013). Contudo, neste trabalho, daremos enfoque no papel da escola como importante para o tratamento de MS, em intervenções multidisciplinares, como apresentado a seguir.

1.4 Contextos Sociais: o papel da escola

É neste pilar do estudo que reiteramos a importância da escola para esta pesquisa, uma vez que ele se apresenta como um contexto social específico onde o MS se desenvolve com maior frequência, de acordo com os artigos apresentados a seguir. Destacamos o papel da escola para pensarmos em uma atuação direta para um diagnóstico precoce, prevenção e tratamento do MS.

Em nossa sociedade, a escola e a família são as duas instituições responsáveis pela formação do ser humano. A primeira forma de socialização ocorre em casa e é chamada de socialização informal, onde as figuras de autoridade serão sempre os cuidadores da criança e onde é estabelecida uma relação assimétrica de poder (os pais criam as regras e as crianças obedecem). A Educação formal é proporcionada pela escola, na esfera pública. (Oliveira e Bagarollo, 2016)

Na escola, se faz a passagem da vida privada para a vida pública, onde as crianças passam a ocupar um lugar entre vários e aprendem a conviver com as pessoas dentro de suas diversidades. No âmbito escolar, a criança experimenta a vida em sociedade, o que significa reconhecer o sentimento dos outros, coordenar pontos de vista distintos e lidar com os conflitos de forma não violenta, percebendo que as regras de um grupo servem para estabelecer a boa convivência entre os integrantes. (Oliveira e Bagarollo, 2016)

Para pensarmos no papel da escola na formação social da criança, precisamos nos atentar aos educadores e suas práticas educacionais. O papel do professor vai além do mero transmissor de conhecimentos, pois ele se desdobra em muitas funções que precisam ser readaptadas e transformadas de acordo com a necessidade de cada criança. Oliveira & Bhagorollo (2016), citam Vygostky: “o educador é o organizador do ambiente social”. É no espaço entre o desenvolvimento real e o desenvolvimento potencial³ que o educador precisa elaborar estratégias pedagógicas e sociais específicas para cada criança. (Oliveira e Bagarollo, 2016)

Há professores que reconhecem a importância de estimular comportamentos socialmente habilidosos no ambiente escolar, mas apresentam dificuldades de promover ambientes que favorecem esse aprendizado social. Entende-se que é papel do professor organizar o ambiente social escolar para que cada criança desenvolva suas potencialidades e descubra novas formas de expressão e interação. (Del Prette & Del Prette, 2015)

É o professor, na escola, que se apresenta como facilitador de interações sociais saudáveis entre as crianças e realiza mediações diante de situações não produtivas ou funcionais na relação entre pares. O educador pode apresentar habilidades como autocontrole e expressividade (reconhecer, nomear emoções e falar sobre elas, lidar com sentimentos negativos e frustrações); habilidade de civilidade (expressão de comportamentos de regras mínimas estabelecidas pela cultura); empatia (expressar, observar, demonstrar e reconhecer sentimentos); assertividade (enfrentar situações, e se comportar de forma apropriada em relação aos sentimentos); fazer amizade (iniciar e manter conversação, realizar elogios e perguntas); e solucionar problemas (saber reconhecer, identificar, escolher e avaliar os problemas e os processos de decisões), além de determinar, junto com o grupo, as regras para um bom convívio, estimulando comportamentos positivos. (Del Prette & Del Prette, 2015)

Para que essas habilidades sejam construídas no ambiente escolar, há a necessidade de investimento na formação dos professores para o aprimoramento de suas habilidades interpessoais que poderão auxiliar em melhores interações entre as crianças, promovendo o desenvolvimento social e aprendizagem dos alunos.

Nesse contexto, pode-se pensar a necessidade de promover uma capacitação com professores sobre habilidades interpessoais, pois estes não têm tal conteúdo em sua formação

³ O desenvolvimento real é o nível de desenvolvimento determinado pela capacidade que uma pessoa tem de solucionar sozinho as atividades que lhe são apresentadas. O desenvolvimento Potencial é determinado pela capacidade que uma pessoa tem para resolver as atividades propostas por uma pessoa mais experiente. inicial. Essa formação se faz necessária uma vez que o professor é importante mediador entre a aprendizagem e o desenvolvimento de seu aluno e para tanto, precisam realizar transformações em suas práticas baseados em discussões com aparato científico. (RosinPinola & Del Prette, 2014).

Em relação às consequências funcionais do MS, sabe-se, segundo o DSM V, que o mutismo seletivo pode resultar em prejuízo social, uma vez que as crianças podem ficar ansiosas frente à necessidade de interação social e se recusar a se aproximar dos outros em brincadeiras ou atividades. Há um prejuízo das crianças com MS, também, na relação delas com os professores, resultando em possíveis atrasos acadêmicos. Em certos casos, o mutismo seletivo pode servir como estratégia compensatória para reduzir o aumento da ansiedade em encontros sociais. (Muris & Ollendick, 2015)

Os professores como agentes desse novo contexto podem auxiliar as crianças a entenderem valores, normas, regras e padrões comportamentais, no entanto, práticas inadequadas podem influenciar no surgimento de possíveis déficits que podem levar a criança a ter pouca adaptabilidade social. Nesse sentido, torna-se essencial que o professor tenha um bom relacionamento com seu aluno para poder promover maior competência social, realizar mediação das relações, expressar rejeição ou aceitação dos comportamentos emitidos e oferecer modelos adequados de interações sociais, educativas e de desenvolvimento. (RosinPinola & Del Prette, 2014).

1.4.1 O temperamento da criança com MS na escola

Desde a Grécia Antiga, várias teorias foram levantadas afim de explicar os estados de saúde e doença do homem, o que instigou os estudos sobre o temperamento. Essa investigação exerceu forte influência em teóricos da Alemanha, Estados Unidos, França, Itália e Polônia, principalmente nas teorias de temperamento de estudiosos alemães como Immanuel Kant e Wilhelm Wundt. (Ito & Guzzo, 2002)

Através destes teóricos, percebeu-se que as diferenças no comportamento poderiam ser explicadas por mecanismos fisiológicos e bioquímicos. Nesta perspectiva, a estrutura do temperamento seria descrita a partir de seis traços: ativação, perseveração, sensibilidade sensorial, reatividade emocional, resistência e atividade. (Ito & Guzzo, 2002)

De acordo com Linhares et al (2013), que cita o trabalho de Rothbart & Bates (2006), o temperamento consiste em diferenças individuais baseado na autorregulação emocional incluindo fatores como afeto, atividade e atenção. Em relação aos traços do temperamento da criança com MS, como dito anteriormente, encontram-se características como vergonha, timidez, preocupações excessivas, evitação social, medo, apego e negativismo. (Peixoto, 2013)

As pessoas tímidas acreditam ter menos habilidades sociais e evitam situações onde precisem se expor. A timidez faz com que as pessoas falem menos e dêem menos sua opinião, tornando-se um fator de limitação na interação social. Os tímidos têm problemas de concentração porque ficam muito preocupados com eles mesmos, com a possível projeção de uma imagem ruim para os outros. (Silva & Ribeiro, 2015)

Existe uma prevalência de crianças que apresentam timidez quando seus pais também apresentam esse comportamento em meio social e o desenvolvimento dessas habilidades sociais educativas dos pais pode ajudar na prevenção de problemas de comportamento das crianças, já que os problemas de comportamento estão direta e/ou indiretamente relacionados ao repertório comportamental dos pais. Partindo dos incentivos sociais vivenciados em casa, podemos pensar, também, no desenvolvimento dessas habilidades na escola. No ambiente escolar há a necessidade de incentivo dos educadores para o desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis e funcionais. No entanto, as principais dificuldades das crianças observadas pelos educadores não passam pela timidez, e sim pra desatenção, indisciplina e agressividade. (Barbosa, 2015)

Pode-se considerar que essas dificuldades estão relacionadas a déficits em habilidades sociais. Alguns estudos envolvendo entrevistas com professores apontam aspectos negativos, sobretudo com relação a determinados comportamentos infantis, como a falta de participação em sala, a agressividade e a agitação, além da relação com as próprias famílias das crianças, que foram descritas como conflituosas e pouco participativas. (Del Prette & Del Prette, 2015). Fica evidente, portanto, que a criança tímida não se configura como um problema para os professores ou fonte de preocupação, visto que, normalmente, adota uma postura introspectiva e quieta, buscando não ser percebida ou exposta em grupo, o que não gera desconforto no ambiente escolar. A criança tímida acaba assumindo uma postura confortável para o professor. (Barbosa, 2015)

O aluno disciplinado costuma receber menos atenção do educador por atender ao que é esperado pelas regras da escola e não atrapalhar o grupo. Muitas vezes, o comportamento não funcional do aluno disciplinado pode passar despercebido e não ser identificado como um problema, afinal, a criança não está atrapalhando o professor. (Peixoto, 2013)

Contudo, a criança tímida precisa ser acompanhada e os cuidados relativos à escola e família devem ser iniciados desde a infância, para que não a prejudique no futuro, pois o comportamento tímido pode causar baixa autoestima, instabilidade emocional, dificuldades de relacionamento, medo, privações, dificuldades na aprendizagem e um desenvolvimento

emocional não saudável, podendo levar a criança a um quadro psicopatológico. (Barbosa, 2015)

A timidez excessiva, mesmo sendo discreta e silenciosa, pode ser trabalhada quando percebida através de brincadeiras. O brincar permite que as limitações e privações possam ser expostas e elaboradas de forma sutil e, assim, contribuir para o desenvolvimento emocional da criança. (Barbosa, 2015)

O fato de a criança ser tímida pode influenciar as suas relações sociais, pois ela isolase muitas vezes do grupo, não sendo convidada a participar das atividades. Esta timidez pode tornar-se uma preocupação, e o adulto poderá ser chamado para intervir, ajudando estas crianças a interagirem umas com as outras, tentando perceber quais as capacidades que lhe faltam para não ter essa confiança. (Silva & Ribeiro, 2015)

Na escola, assim como no ambiente familiar, pode-se trabalhar a autoconfiança de uma criança, basta que as atividades sejam direcionadas com o intuito de conscientizar a criança de suas potencialidades, promovendo um ambiente onde ela possa se expressar e perceber que é capaz de enfrentar novidades e desafios. (Silva & Ribeiro, 2015)

Os educadores e instituições têm capacidade para realizar esse trabalho e precisam estar atentos aos males que causam a timidez. É importante ressaltar que a timidez é um mal que atua em silêncio e que atinge grande parte da população mundial. (Silva & Ribeiro, 2015)

Em um estudo empírico, pode-se comprovar que mais da metade dos entrevistados ressaltaram que são tímidos ou apresentam traços de timidez. Os resultados desta pesquisa serviram como base para a escola participante e a conscientização dos educadores sobre seu papel na formação social de cada criança. (Silva & Ribeiro, 2015)

De acordo com o Instituto Helena Antipoff⁴, as crianças com MS não estão enquadradas como crianças com necessidades especiais já que não possuem deficiência física ou intelectual. A nova Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (2007) passou a considerar, como alunos com necessidades educacionais especiais (NEE), aqueles com deficiências, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, articulando a educação especial ao ensino regular e orientando o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos também nesse contexto.

As crianças com MS necessitam do olhar da Instituição para serem percebidas e acolhidas, uma vez que a cobrança pedagógica através de relato verbal pode significar um sofrimento para a criança com MS. Sendo assim, mesmo que as crianças com MS não se

⁴ Instituto Helena Antipoff é o centro de referência em Educação Especial no Rio de Janeiro e tem como objetivo a formação continuada em Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva

enquadrem na nova Política Nacional de Educação Especial, devem ser amparadas pela Declaração de Salamanca (1994) que trouxe, como principais diretrizes para construção de uma escola inclusiva, algumas ideias, como:

Toda criança tem direito à educação e deve ter a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem; Toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas; Os sistemas educacionais devem ser reorganizados e os programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de considerar a diversidade de tais características e necessidades; os alunos com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, a qual deve acomodá-los dentro de uma pedagogia centrada na criança; As escolas regulares com orientação inclusiva constituem os meios mais capazes de combater atitudes discriminatórias, criando comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando a educação para todos. (Rosin-Pinola & Del Prette, 2014).

As crianças tímidas não são amparadas, portanto, pela Política Nacional de Educação Especial tampouco pelos olhares preocupados dos educadores sobre o desenvolvimento emocional e social saudável dessas crianças (que podem desenvolver um quadro de Mutismo Seletivo). Essa lacuna de ajuda que deveria partir das Instituições e da família, como parceiras na formação da criança, ocorre, entretanto, pela falta de conhecimento sobre o transtorno e não por negligência. (Ponzurick, 2012).

2 A REGULAÇÃO EMOCIONAL NAS CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO

Regulação refere-se aos comportamentos e estratégias individuais usadas para monitorar, avaliar e influenciar as experiências e, também, desenvolver experiências de autoconsciência percebendo a avaliação dos outros sobre ela. Relações amorosas, parentalidade competente e laços estreitos (apego) com os pais prevê melhores resultados no desenvolvimento das competências socioemocionais a longo prazo. (Harkness, Super & Mavdridis , n.d.)

A criança com o diagnóstico de Mutismo Seletivo pode apresentar estratégias, mesmo que evitativas e não funcionais, para enfrentar diversas situações sociais e regular suas emoções. O desenvolvimento emocional dessas crianças está, por isso, prejudicado? A criança com MS não consegue se regular emocionalmente diante de situações que provocam ansiedade, vergonha ou medo?

2.1 O Desenvolvimento das emoções nas crianças

Como já dito, as crianças e adolescentes com MS e TAS, quando estão submetidas a situações que desencadeiam estes sintomas/emoções com maior intensidade, apresentam: recusa do contato visual (evitação do contato olho a olho ou declínio da cabeça), evitam que seu rosto fique à mostra, podem responder eventualmente as perguntas com gestos (considerados respostas não verbais) e, corporalmente, são crianças desprovidas de energia.

(Caballo, 2014)

As emoções humanas são processos indispensáveis e primordiais para o funcionamento do homem em uma sociedade. O desenvolvimento das emoções acontece desde o nascimento e vai se ampliando ao longo do crescimento da criança. (Amaral, 2014) Em idade pré-escolar, torna-se fundamental para a criança a sua ampliação, pois este contexto envolve situações sociais e emocionais complexas que exigem o desenvolvimento destas competências. (Amaral, 2014) Entre dois e cinco anos, a criança desenvolve a fala, o pensamento, a coordenação motora (como pular e correr) e aprende a brincar entre pares. Toda essa proficiência faz com que as crianças estejam hoje emocionalmente mais desenvolvidas do que antes. (Amaral, 2014) De forma intrapessoal, as crianças diferem suas habilidades de acordo com a idade, desenvolvendo sentimentos mais complexos como empatia, culpa, vergonha, entre outros. De forma interpessoal, podemos dizer que a socialização contribui para uma diferença nas competências emocionais de cada criança.

(Amaral, 2014) O modelo parental, as orientações e reações emocionais dos cuidadores com as crianças pequenas, também contribuem para construção de um padrão de expressão, compreensão e regulação das emoções e a forma como as crianças lidam com elas. (Amaral, 2014)

Durante o crescimento da criança, ela vai desenvolvendo sua capacidade de compreensão emocional e, por consequência, sua inteligência emocional, criando estratégias para identificar suas emoções e como elas refletem em seus comportamentos, tornando-se capaz de regulá-las. (Amaral, 2014)

As emoções não são, todavia, apresentadas com as mesmas características. Todas as emoções têm valências com intensidades diferentes, essas valências podem ser positivas ou negativas. A vergonha, por exemplo, tende a ter um caráter mais social e se caracteriza por uma avaliação negativa da própria pessoa, chamando atenção para as falhas do próprio indivíduo e possíveis modos de evoluir. Esta emoção pode assumir função relevante no papel da regulação emocional, uma vez que tende a promover conformidade social e aceitação de padrões e normas. (Amaral, 2014) Se por um lado, a vergonha (uma emoção que aparece como característica do transtorno de Mutismo Seletivo) poderia promover uma aceitação maior das responsabilidades pelos atos pessoais, por outro, poderia fazer emergir na criança a busca incansável de seguir padrões pré-estabelecidos e a consequente frustração por não atingi-los da mesma forma que outra criança. (Harkness, Super & Mavdridis , n.d.)

Por volta do segundo e terceiro ano de vida, a emergência das emoções tendem a facilitar o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e uma melhor adaptação da criança no seu meio. Como ela ainda não tem maturidade emocional suficiente para lidar com todas as situações complexas inerentes aos relacionamentos humanos, a presença do adulto se faz fundamental. Quanto mais situações são vividas pela criança e os sentimentos auto avaliativos postos em prática, melhor será a ligação dela com seus sentimentos, comportamentos e, conseqüentemente, com suas ações. (Melo, 2005)

Investigações e estudos sobre regulação emocional vêm avançando para nos depararmos com problemas de externalização e internalização associados às dificuldades de regulação emocional. As perturbações de externalização incluem agressividade, alteração de comportamento, hiperatividade e comportamentos desafiadores. Já as perturbações de nível interno incluem sintomatologia depressiva, ansiosa e de somatização. As conseqüências destas perturbações para o envolvimento social dessas crianças são mais que conhecidas e envolvem desde sentimentos de inadequação social até a rejeição dos pares. (Melo, 2005)

A manutenção de estados emocionais negativos continuados, associada a algumas formas de psicopatologia infantil, como o Transtorno de Mutismo Seletivo, por exemplo, pode influenciar também nas dificuldades de uma regulação emocional ou no desenvolvimento de padrões atípicos de regulação, como discutiremos a seguir. (Amaral, 2014)

Sabe-se que variáveis como o controle inibitório e a regulação da atenção parecem moderar a relação entre vários fatores de risco e o ajustamento positivo ou problemático. Nas crianças com padrão de vinculação desorganizado o papel das emoções parece bastante evidente no desenvolvimento de psicopatologia. Os estudos nos apontam que estas crianças parecem se desorganizar nas suas emoções e apresentar prejuízos de cunho emocional, cognitivo e/ou comportamental, o que eleva o risco para o desenvolvimento de sérias perturbações futuras. (Amaral, 2014)

2.2 A Regulação emocional em crianças com Mutismo Seletivo

A regulação emocional de uma criança com Mutismo Seletivo irá envolver o enfrentamento de algumas situações específicas regadas por ansiedade, medo e vergonha. Segundo Pires (2014), a emoção da ansiedade envolve avaliação, sensação, intencionalidade (um objeto), “sentimento”, comportamento motor e, na maioria dos casos, um componente interpessoal. Assim, pensando em uma criança com diagnóstico de MS, podemos visualizar que, na situação em ela sentiu-se ansiosa, estaria experimentando: a sensação de preocupação por talvez não concluir ou não saber uma atividade (avaliação), o ritmo cardíaco acelerado (sensação), concentração em sua competência (intencionalidade), sentimentos, por vezes ruins, em relação à vida (sentimento), inquietação física ou isolamento (comportamento motor) e/ou a evitação de falar com os demais em uma determinada situação (interpessoal).

A regulação emocional vai depender do contexto e da situação, como qualquer enfrentamento. A regulação emocional não será problemática ou adaptativa sem envolver a pessoa em seu contexto.

A adaptação é a implementação de estratégias de enfrentamento adaptativas que incrementam o reconhecimento e processamento de reações úteis que estimulam, tanto a longo quanto a curto prazo, um funcionamento mais produtivo, definido por metas e propósitos valorizados pelo indivíduo. (Pires, 2014)

Folkman e Lazarus (1985) identificaram oito estratégias para lidar com as emoções:

confrontação (p. ex., assertividade), distanciamento, autocontrole, busca de apoio social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução planejada dos problemas e reavaliação positiva. Quando a criança consegue lidar com as experiências estará enfrentando o que sente diante delas e regulando suas emoções.

Uma criança com MS não deixa de interagir com os amigos ou adultos em um ambiente escolar, por exemplo. Interage através de gestos, expressões e participando fisicamente de atividades. No entanto, sua adaptação à situação não se faz da melhor forma, uma vez que adota uma conduta evitativa, comportamento mudo e supressão de sentimentos.

Nos estudos de Pires (2014), verificou-se a importância dada pelas pesquisas em relação ao processamento das emoções e regulação em diversos transtornos. Em seu artigo, Pires (2014) afirma que a regulação emocional também está envolvida no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). O TAG é agora considerado um transtorno marcado principalmente por excesso de preocupação e crescente excitação fisiológica (APA, 2014). Descobriu-se que a esquiva emocional é um componente central na ativação e perpetuação da preocupação em pessoas com transtornos de ansiedade.

Pires (2014) também cita o estudo de Gross de 1998, onde ele afirma existirem diferentes estratégias para a regulação das emoções. Os indivíduos que adotam a supressão emocional (uma forma de esquiva emocional) em certas situações podem estar lidando com elas de forma menos adaptativa. Seria o caso das crianças com Mutismo Seletivo, uma vez que diminuem ou anulam a expressão comportamental de emoções negativas e positivas. As investigações empíricas acerca da natureza funcional destas estratégias têm fornecido evidências da supressão como uma estratégia não adaptativa e que pode ser um fator de risco para o aumento de dificuldades emocionais.

Os estudos sobre Mutismo Seletivo apontados no capítulo 1 dessa pesquisa revelam que as crianças apresentam dificuldade de regulação da frustração diante de situações sociais e apresentam emoções e comportamentos marcantes como: vergonha e dificuldade em iniciar interação social, pouca expressividade emocional e comportamento mudo como forma de evitação de contato e possível tentativa de diminuir a sensação corporal sentida pela ansiedade (taquicardia, sudorese, tremores, dores de garganta, entre outros).

No entanto, por mais evidenciado que esteja a dificuldade da criança com MS em regular suas emoções e enfrentá-las de modo eficaz, não se pode esquecer que a regulação emocional pode incluir estratégias adaptativas à situação enfrentada ou estratégia problemática, ou seja, que não se mostra funcional na interação social da criança, mas regula

sua emoção. Temos por exemplo, a supressão da emoção como estratégia regulatória. (Pires, 2014).

A supressão emocional pode resultar em menor eficácia comunicativa, como acontece com a criança com MS. O que não sabemos é o que vem primeiro: a criança com MS suprime seus sentimentos e emoções porque desenvolveu o transtorno, ou já suprimia antes e isso foi uma das causas do desenvolvimento do transtorno? E mesmo com essa informação, a regulação emocional dessas crianças está acontecendo por meio do comportamento mudo, mesmo que não seja uma estratégia social funcional.

Diante disso, podemos perceber que a criança com MS precisa de estímulos e modelo para verbalização das suas emoções e, conseqüentemente, melhor regulação das mesmas para que se apresentem de forma funcional em suas vidas e não utilizem mais regulações problemáticas como formas de enfrentamento.

De acordo com Pires (2014), o conhecimento emocional infantil caracteriza-se pelo desenvolvimento da capacidade da criança reconhecer e compreender de forma correta os seus sinais emocionais, no sentido de aprender a geri-los de forma eficaz. Sendo assim, este capítulo corrobora com a intenção desta pesquisa em abordar a discussão de uma intervenção precoce para o Mutismo Seletivo a fim de possibilitar o desenvolvimento saudável das suas emoções.

2.3 Protocolo de tratamento de acordo com a TCC

Normalmente, as crianças apresentam maior facilidade de desenvolvimento da linguagem quando estão interagindo com outros em ambientes sociais. No entanto, para algumas crianças, a interação pode assustar e essa “retirada da zona de conforto” acaba sendo um dos elementos para o desenvolvimento do MS. Essa condição pode durar anos e ser prejudicial à vida da criança. Para uma intervenção precoce, se faz necessária uma modificação no olhar clínico dos pediatras, que normalmente descartam o perfil tímido como algo preocupante. (Hua & Major, 2016)

Os tratamentos psicossociais e farmacológicos mostraram eficácia no tratamento de ansiedade pediátrica. Os tratamentos se tornam limitados devido a variação de idade e ansiedade que encontramos no MS se comparado a FS. Atualmente, novos estudos têm apresentado intervenção psicossociais inovadas e com melhor eficácia no tratamento. (Hua & Major, 2016).

A FS e o MS conferem risco para outros transtornos ou incapacidade social contínua na vida da criança, e os resultados mais favoráveis podem estar associados à idade jovem e à baixa gravidade dos sintomas. (Keeton et al, 2012) Os tratamentos psicossociais que são considerados "provavelmente eficazes" para FS incluem Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)⁵ individual e envolvendo os pais e Treinamento da Efetividade Social para Crianças (TESC)⁶. (Keeton et al, 2012)

De todas as intervenções psicossociais, cognitivas e comportamentais, a Terapia cognitiva-comportamental⁷ é a que apresenta maior evidência de benefício para a superação do quadro de Mutismo Seletivo. (Hua & Major, 2016)

Um estudo, envolvendo 21 crianças com MS, foram submetidas a 24 semanas de estudos controlados denominada Terapia Comportamental Integrada para Mutismo Seletivo. No final do programa, 67% das crianças que receberam o tratamento terapêutico já não atendiam mais aos critérios do MS enquanto todos do grupo controle ainda apresentavam as principais características. (Hua & Major, 2016)

As abordagens de tratamento baseadas em evidências para a FS e o MS envolvem estratégias comportamentais, cognitivas e farmacológicas. Em relação ao tratamento farmacológico, há benefício no uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina, pois são considerados medicamentos de primeira linha para os jovens com sintomas de ansiedade moderada ou grave. (Keeton et al, 2012)

O tratamento para o Mutismo Seletivo envolve normalmente intervenções comportamentais e farmacológicas. Observações comportamentais são normalmente guiadas por informações trazidas de questionários e entrevistas com os responsáveis da criança. Existem diversos procedimentos para avaliar o MS, incluindo o uso de questionários específicos para entrevista com os pais e observações estruturadas em diversos ambientes como sala de aula, play e casa. (Shriver et al, 2011)

Embora haja poucas informações sobre o uso desses medicamentos para o MS, alguns dados sugerem que ele pode ser benéfico. Em um estudo aberto de 9 semanas de fluoxetina entre 21 crianças (dose final média de 28,1 mg), 76% das crianças fora diagnosticadas com melhora no quadro clínico geral. (Hua & Major, 2016)

⁵ A TCC (Terapia Comportamental-cognitiva) é um tratamento estruturado a curto prazo visando modificações no padrão do pensamento e comportamento das pessoas.

⁶ O Treinamento da Efetividade Social para Crianças se baseia em técnicas eficazes para aumentar o desempenho de habilidades sociais específicas em jovens que apresentam uma gama de emoções desreguladas, problemas comportamentais e de desenvolvimento

⁷ A Terapia Cognitiva Comportamental é uma abordagem que é mais específica, breve e focada no problema atual do paciente. Também conhecida como TCC, ela explica que o que nos afeta não são os acontecimentos e sim a forma que interpretamos.

Métodos observacionais comumente usados de avaliação comportamental incluem tarefas de competência social e tarefas de avaliação comportamental. As tarefas de competência social avaliam comportamentos de habilidades sociais dentro de várias interações entre a criança e um parceiro da mesma idade. As tarefas de avaliação comportamental avaliam a ansiedade relacionada com a observação dos comportamentos em ambientes laboratoriais ou naturalistas. (Keeton et al, 2012)

Os dados meta-analíticos sugerem que a TCC para jovens com transtornos de ansiedade incluindo FS tem maior efeito que outros tratamentos. Na ausência de ensaios randomizados e controlados para o tratamento psicossocial de MS, estratégias cognitivas e comportamentais são consideradas de primeira linha. (Keeton et al, 2012)

Vários estudos recentes apontam tratamentos efetivos para o MS. Um estudo envolvendo 24 crianças com MS mostrou que as crianças que receberam tratamento psicossocial apresentaram aumento da fala significativamente se comparado ao grupo controle. Os investigadores notaram uma grande mudança também em crianças menores através de uma intervenção precoce. (Hua & Major, 2016)

Os estudos acima incorporaram abordagens semelhantes incluindo psicoeducação, forte envolvimento dos pais, professores e psicólogo da criança. As crianças foram verbalizando gradativamente com as outras pessoas, passando sempre pela pessoa de referência que fazia a "ponte" entre eles. (Hua & Major, 2016)

Uma pesquisa foi realizada com 33 crianças com MS em relação à sua condição incluindo papel do médico e os cuidados primários. Nessa, 70% dos participantes nunca foram diagnosticados ou encaminhados para avaliação posterior pelo médico, mesmo sem ter verbalizado nada durante as consultas. (Hua & Major, 2016)

Verificou-se que o tratamento mais eficaz para controlar o Mutismo Seletivo baseia-se em teorias comportamentais ou cognitivas-comportamentais. Essas intervenções incluem métodos como o gerenciamento de contingências, desvanecimento de estímulo e automodelagem de áudio e vídeo. (Kehle, 2012)

Os métodos multimodais investigam as condições ambientais da criança afim de identificar os elementos que possam interferir no comportamento da sua fala e propiciar o MS. Apesar da possível demora no resultado das intervenções, é indispensável que o passo-a-passo do tratamento seja seguido, pois necessita da participação de todos os envolvidos e de uma intervenção que respeite o ritmo da criança. (Mitchell et al., 2013).

Apesar da falta de informações acerca do protocolo Conjoint Behavioral Consultation (CBC), este instrumento tem se mostrado promissor para o tratamento de MS. CBC é um

formulário de consulta comportamental tradicional defendido por Bergan e Kratochwill, em 1990. É considerado um modelo indireto de prestação de serviços para pais, professores e outros profissionais da equipe escolar, onde todos estariam dispostos a implementar estratégias que atendessem as necessidades da criança. São estratégias que incluem: identificação e análise do problema, implementação e avaliação do tratamento. (Mitchell et al., 2013).

Para o tratamento de MS, Mitchell et al (2013) propuseram um pacote de tratamento psicossocial e sua eficácia em crianças com MS foi avaliada, utilizando o CBC. O resultado foi positivo para as crianças participantes deste estudo. De acordo com os autores, a taxa de resposta das crianças foi diminuindo com o passar das sessões, o que pode ser devido ao nível de exigência e cobrança para o aumento da fala. (Mitchell et al., 2013).

Durante os estímulos, o pai da criança entrou em sala e o professor foi se aproximando da mesa onde estavam gradativamente. Aos poucos, através da junção de uma pessoa de referência onde não há associação de ansiedade para criança e outra pessoa que acionaria sua ansiedade, a criança foi verbalizando mais. (Mitchell et al., 2013).

Contudo, não há conclusões neste estudo sobre a diminuição efetiva desta ansiedade. Todos os pais relataram que o tratamento foi eficaz e aceitável para o MS. Pais e professores da criança indicaram que seu discurso na escola aumentou desde o início do tratamento. E, após 4 meses do término do tratamento, os pais de todas as crianças apontaram melhorias na verbalização das crianças no ambiente escolar. (Mitchell et al., 2013).

A análise do estudo de Mitchell et al. (2013), identifica as implicações para a prática de consultores escolares e outros profissionais na escola utilizando os métodos implementados nas crianças. Embora o CBC não seja um modelo de prestação de serviços no tratamento do MS, ele contribuiu para promover a ligação entre os dois maiores campos de relações da criança (escola e família).

De fato, a participação de pais e professores que serviram de agentes de intervenção complementar, trabalhando em conjunto, foram cruciais para os resultados positivos observados. Uma das principais contribuições das pesquisas citadas neste capítulo é o método de pesquisa na avaliação do MS, utilizando protocolos como o CBC e métodos de tratamento baseados na TCC como gerenciamento de contingências, desvanecimento de estímulo e auto modelagem de áudio e vídeo, como nos apontam os estudos de Kehle (2012). Esses instrumentos podem ser replicados por consultores escolares e se tornarem procedimentos viáveis para a superação do quadro de Mutismo Seletivo.

Peixoto (2013) nos aponta, em seu trabalho, algumas estratégias para os pais que possuem um filho com o transtorno, como:

a) A criança não deve ser forçada a falar; b) Os pais devem elaborar inicialmente formas alternativas de comunicação através de símbolos, gestos ou cartões; c) Não devem permitir que outras pessoas respondam pelo filho (a); d) Devem solicitar gradualmente a exposição oral da criança; e) Precisam reforçar a criança todas as vezes que houver um aumento no comportamento verbal da criança. O tipo de reforço precisa ser de preferência da criança (elogios, abraços, doces preferidos...); f) Precisam encorajá-las sempre que possível, fazer pequenas solicitações ou cumprimentos a pessoas estranhas. Ex. ir comprar pão, comprar jornal...; g) Devem evitar que seu filho seja o centro das atenções; h) É desejável identificarem a compatibilidade com algum amigo para jogar e brincar com a criança algumas vezes dentro e fora de casa; i) Devem utilizar a dessensibilização sistemática. Por exemplo, usar um reforço quando a criança sussurrar uma palavra e gradualmente aumentar a exposição até a criança dizer uma palavra em volume normal para algum estranho; j) É oportuno planejarem passeios em família fora de casa.

Os objetivos terapêuticos deverão ser trabalhados clinicamente ou no espaço escolar com técnicas como exposição gradual, desvanecimento do estímulo, reforçamento positivo e desenvolvimento das habilidades sociais. (Peixoto, 2013). Para isso, o terapeuta precisa

Eliciar interação verbal com o próprio terapeuta, com outras crianças e adultos; Estimular o comportamento verbal na escola; Aumentar o tempo do comportamento verbal; Diminuir a ansiedade social frente a situações de interação sociais corriqueiras; Auxiliar as crianças a acalmar seus sintomas angustiantes; Capacitá-las com habilidades de enfrentamento e autocontrole em situações antigênicas, e de adaptação às novas situações e diminuir comportamentos de apatia e isolamento. (Peixoto, 2013)

Ainda com apoio no artigo de Peixoto (2013), ela nos aponta estratégias para serem utilizadas no ambiente escolar diretamente e, com isso, auxiliar o tratamento do MS. Os procedimentos incluem:

a) Permitir que a criança se comunique não-verbalmente no início, para depois utilizar a comunicação oral; b) Não permitir que outros amigos respondam pelo aluno; c) Solicitar gradualmente a exposição oral da criança; d) Se possível colocar as mesas em forma de grupos; e) Reforçar positivamente interações sociais faladas ou não; f) O tipo de reforço precisa ser significativo para a criança (elogios escritos ou verbais); g) Reforçar qualquer tentativa de enfrentamento de situações interpessoais e ir ampliando progressivamente as exigências; h) Encorajá-las sempre que possível, fazer pequenas solicitações ou cumprimentos a pessoas estranhas (exemplo: pegar ou entregar material fora de sala); i) Os professores devem sempre que possível tentar iniciar conversas fora da presença de outros alunos, devem tentar também, não colocar a criança como sendo o centro das atenções, pois isso aumenta a ansiedade da criança; j) Não devem estabelecer comparações com outros companheiros; k) Não devem permitir que os demais colegas os insultem, intimidem ou riem dele (a); l) Devem estimular e envolver os colegas para que o ajudem e para que participem nas sessões de intervenção; m) O aluno não deve ter métodos de avaliação diferente da turma. (Peixoto, 2013)

De acordo com as estratégias apontadas por Peixoto (2013), as sessões terapêuticas deverão ser estruturadas seguindo as orientações acima e contemplar um olhar multidisciplinar de tratamento.

Os estudos epidemiológicos de Muris et al. (2016) indicam que a idade média de início do MS é geralmente antes dos 5 anos de idade, mas podem passar despercebidos até que as crianças ingressem na escola pela primeira vez. Em pesquisas em que as crianças com MS são acompanhadas por um período de tempo mais longo mostrou que o transtorno tem uma duração média de 8 anos, após o qual o sintoma-chave (ou seja, a ausência de fala em situações específicas) normalmente desaparece.

De acordo com Peixoto (2013) e Muris et al. (2016), as estratégias de atuação precisam ser implementadas, de forma rápida e assertiva, por todos os envolvidos no tratamento da criança (pais, escola e psicólogos), entendendo que a duração do transtorno pode ser longa.

Através da Revisão Integrativa da Literatura do MS nos últimos cinco anos, foi possível descrever os principais pilares nos artigos selecionados. Entendemos que o MS é um Transtorno com características possivelmente hereditárias e cuja dinâmica familiar com ações parentais superprotetoras poderia promover um ambiente propício para o desenvolvimento do transtorno nesta criança. O estudo sobre o papel da escola na formação social e emocional da criança e a conexão entre escola e família se tornaram o foco nesta pesquisa culminando no Estudo 2.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Colaborar com a investigação sobre o Mutismo Seletivo em uma Revisão Integrativa da Literatura assim como contribuir para a identificação da importância do papel da escola no diagnóstico e tratamento de crianças com MS.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar os aspectos que tem sido abordados sobre o Mutismo Seletivo nos artigos científicos nos últimos cinco anos (2011-2016) em artigos publicados na língua portuguesa e inglesa nas bases eletrônicas PubMed, Capes e Medline.

Levantar, nas bases eletrônicas de dados, identificadas acima, os artigos científicos que tratam da relação entre o Mutismo Seletivo e o papel da escola.

Descrever, em uma amostra de educadores do Rio de Janeiro, o que eles conhecem sobre o Transtorno de Mutismo Seletivo.

Descrever, em uma amostra de psicólogos escolares do Rio de Janeiro, o que eles conhecem sobre o Transtorno de Mutismo Seletivo.

Descrever, em uma amostra de pais do Rio de Janeiro, o que eles conhecem sobre o Transtorno de Mutismo Seletivo.

Descrever, em uma amostra da população geral do Rio de Janeiro, o que eles conhecem sobre o Transtorno de Mutismo Seletivo.

4 MÉTODO

Para atender aos objetivos específicos, foram realizados dois estudos, sendo o primeiro, uma revisão integrativa da literatura e o segundo a aplicação de questionários à educadores, psicólogos, pais e população em geral, todos residentes na Cidade do Rio de Janeiro, sobre o que pensam e sabem acerca do MS.

Todos os procedimentos éticos, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando aos participantes sobre o objetivo da pesquisa e como ela seria realizada, foram respeitados (apêndice B)

4.1 Estudos 1: Revisão Integrativa da Literatura do Mutismo Seletivo (2011 - 2016)

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões e que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, além de combinar dados da literatura teórica e empírica. O propósito de uma revisão integrativa pode ser: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências ou análise de problemas metodológicos. (Tavares, M. 2010). O propósito desta revisão integrativa é a revisão de evidências.

Segundo Tavares et al. (2010), o propósito geral de uma revisão integrativa da Literatura de pesquisa é agrupar o conhecimento sobre um tema específico e ajudar na elaboração de estudos significativos por outros pesquisadores.

4.1.1 Identificação do tema e definição dos descritores

Através de uma revisão dos artigos publicados nos últimos 5 anos (baseando-se no ano inicial deste trabalho) foram utilizadas as bases eletrônicas de dados como os periódicos do Portal CAPES, que nos possibilita o acesso à mais de 37 mil publicações periódicas, internacionais e nacionais, do Portal PubMed, que compreende mais de 26 milhões de citações de literatura biomédica e do MEDLINE, periódicos de ciências da vida, encontramos pesquisas recentes sobre o Mutismo Seletivo, que muito contribuiriam para esta pesquisa.

Para a assertividade do tema, foram utilizadas as palavras-chave: “selective mutism”, “selective mutism school”, “Mutism” e “Mutismo Seletivo”, para uma busca mais específica.

Os artigos precisariam conter essas palavras, mas não necessariamente nesta ordem.

4.1.2 Busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão

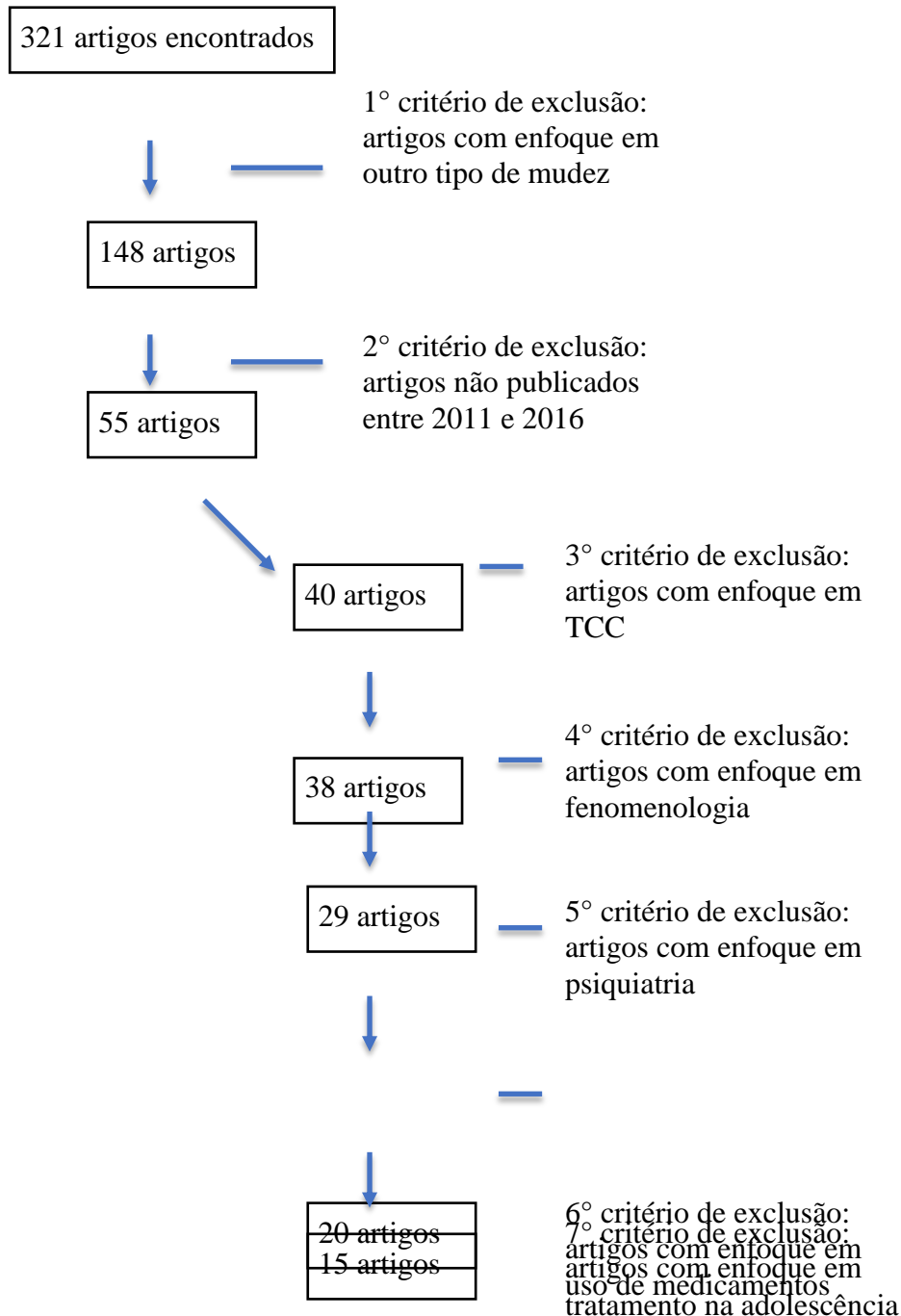
Critérios de inclusão: artigos completos que incluam temas como ansiedade, criança, infância, escola, capacitação de educadores, fobia e intervenção em casos de Mutismo Seletivo.

Critérios de exclusão: artigos incompletos, artigos que não foram publicados entre 2011 e 2016, que apenas descrevam o tratamento com terapia cognitiva-comportamental (TCC), outro tipo de mudez diferente do MS, fenomenologia, psiquiatria, uso de medicamentos e tratamento na adolescência.

Os artigos precisam conter as palavras “Selective Mutism”, “Selective Mutism School”, “Mutism”, ou “Mutismo Seletivo”, para artigos em Português. Só serão incluídos artigos dos últimos 5 anos contando o início da pesquisa (2011 - 2016).

Os critérios de exclusão foram identificados a partir da leitura do resumo e introdução dos artigos encontrados. A representação da busca e os resultados obtidos encontram-se abaixo no fluxograma:

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados em relação aos critérios de inclusão e exclusão (os critérios de exclusão determinaram o número de artigos selecionados nesta pesquisa).



Foram 321 artigos encontrados, 55 selecionados a partir do critério de exclusão da data de publicação do trabalho e coerência com o tema (Transtorno de Mutismo Seletivo).

Dentro destes, apenas 15 se enquadraram nos critérios exclusão.

4.1.3 Identificação dos estudos selecionados

Para organização da leitura do resumo dos artigos, palavras-chave e título das publicações, foi utilizado o quadro, que separa a procedência, título do artigo, autores, periódicos, considerações/temática de cada artigo, tipo de estudo, número de participantes e instrumentos.

Foram 321 artigos visualizados no Portal Capes e PubMed, sendo que todos os artigos encontrados no PubMed eram acessados também pelo Portal Capes. Dos 321 artigos encontrados utilizando as palavras-chaves, apenas 15 artigos foram selecionados para esta Revisão Integrativa da Literatura. A seleção ocorreu com base nos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Abaixo encontra-se uma tabela com os dados dos 15 artigos selecionados e no Apêndice A uma síntese dos mesmos.

Tabela 1 - Textos Selecionados para Revisão Integrativa da Literatura do Transtorno de Mutismo Seletivo

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódicos	Critérios de inclusão e exclusão	Tipos de estudo	Instrumentos	Número de participantes
Portal CAPES	<u>Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism</u>	Shriver, Mark D. ; Segool , Natasha ; Gortmaker, Valerie	Education and Treatment of Children, 2011, Vol.34(3), p.389-410	Apresentação de novas diretrizes para o tratamento de Mutismo Seletivo através da observação de dois casos	Estudo de caso	Observação em vídeo	2 crianças em idade pré escolar

Portal CAPES e PUBMED	Social Phobia and Selective Mutism	Keeton, Courtney P. ; Crosby Budinger, Meghan	Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, July 2012, Vol.21(3), pp.621-641	Fobia social (FS) e mutismo seletivo (MS) são transtornos de ansiedade relacionados caracterizados por sofrimento e disfunção em situações sociais.	Exploratória	Entrevistas e observação	
Portal CAPES e PUBMED	Selective mutism	Hua, Alexandra ; Major, Nili	Current opinion in pediatrics, February 2016, Vol.28(1), pp.114-20	Essa revisão é um resumo da compreensão atual sobre mutismo seletivo contando com o diagnóstico, epidemiologia, causa, prognóstico e tratamento.	Bibliográfica		
Portal CAPES	Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds	Muris, Peter ; Hendriks, Eline ; Bot, Suili	Child Psychiatry & Human Development, 2016, Vol.47(1), pp.94-101	Relação entre Mutismo Seletivo e Fobia Social.	Exploratória	Questionário	57 crianças entre 3 e 6 anos e seus pais

Portal CAPES e PUBMED	Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism	Alyanak, Behiye ; Kılınçaslan, Ayşe ; Harmancı, Halime Sözen ; Demirkaya, Sevcan Karakoç ; Yurtbay, Tülin ; Vehid, Hayriye Ertem	Journal of Anxiety Disorders, January 2013, Vol.27(1), pp.9-15	O presente estudo investiga os problemas emocionais e comportamentais em crianças com mutismo seletivo, juntamente com o ajuste psicológico e as atitudes parentais.	Exploratória	Entrevistas, escalas psicológicas, avaliação psiquiátrica, áudios da criança	58 crianças entre 3 e 15 anos e seus pais.
Portal CAPES e PUBMED	Evaluation of Children With Selective Mutism and Social Phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal	Young, Brennan J ; Bunnell, Brian E ; Beidel, Deborah C	Behavior Modification, 2012, Vol.36(4), pp.525-544	Estudo para compreensão da relação entre MS e FS.	Exploratória	Entrevistas e escalas psicológicas	35 crianças entre 5 e 12 anos e seus pais
Portal CAPES	Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism	Diliberto, Rachele A. ; Kearney, Christopher A.	Journal of Communication Disorders, January-February 2016, Vol.59, pp.16-23	As características comportamentais foram examinadas em uma amostra clínica de 57 jovens formalmente diagnosticados com mutismo seletivo.	Exploratória	Escalas psicológicas	57 jovens com diagnóstico de MS

Portal CAPES	P-260 - Selective mutism: a successful case report	Barros, I.L. ; Lima, P.M.D.D. S. ; Abramovitch, S.	European Psychiatry, 2012, Vol.27, pp.1-1	Este é um relato de caso sobre uma abordagem multidisciplinar em um menino que parou de falar com 3 anos e voltou a falar com 8 anos, após 1 ano de tratamento.	Estudo de Caso longitudinal	Acompanhamento dos prontuários de atendimentos	1 criança
Portal CAPES	Assessing Spoken Language Competence in Children with Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters	Klein, Evelyn R. ; Armstrong, Sharon Lee ; Shipon - Blum, Elisa	Communication Disorders Quarterly, 2013, Vol.34(3), p.184-195	O objetivo deste estudo foi obter avaliações válidas da linguagem receptiva e expressiva	Exploratória	Escalas psicológicas	33 crianças entre 5 e 12 anos e seus pais
Portal CAPES	Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and treatment of an African American Preschool Boy	Conn, Bridgid M ; Coyne, Lisa W	Clinical Case Studies, 2014, Vol.13(6), pp.487-500	Este é um estudo de caso de um garoto pré-escolar afro-americano onde se destaca a avaliação e tratamento em um ambiente pré-escolar.	Estudo de caso	Entrevistas com pais e professores, testes psicológicos e observação na escola.	1 criança
Portal CAPES	Two Cases of Early Childhood Selective Mutism	Ale, Chelsea M ; Mann, Angela ; Menzel, Jessie ; Storch, Eric A ; Lewin, Adam B	Clinical Case Studies, 2013, Vol.12(4), pp.278-290	Este artigo apresenta dois casos de MS na primeira infância, mostrando o tratamento individualizado das crianças para sua reintegração social.	Estudo de caso	Entrevistas e questionários.	Duas crianças de 5 anos e seus pais

Portal CAPES e PUBME D	Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5	Muris, Peter ; Ollendick, Thomas	Clinical Child and Family Psychology Review, 2015, Vol.18(2), pp.151-169	Alguns pontos críticos são levantados no que diz respeito à classificação de MS como um transtorno de ansiedade	Bibliográfica		
Portal CAPES e PUBME D	The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders	Martinez, Yvonne J ; Tannock, Rosemary ; Manassis, Katharina ; Garland, E. Jane ; Clark, Sandra ; Mcinnes, Alison	Canadian Journal of School Psychology, 2015, Vol.30(2), pp.83-101	A avaliação do MS não envolve relatos do professor, mesmo que a maioria dos casos ocorra na escola. O estudo aponta os problemas de diagnóstico e tratamento.	Exploratório	Entrevistas e escalas psicológicas	29 crianças entre 6 e 11 anos
Portal CAPES	Augmented Self-Modeling as an Intervention for Selective Mutism	Kehle, Thomas J. ; Bray, Melissa A. ; Byer - Alcorace, Gabriel F. ; Theodore, Lea A. ; Kovac, Lisa M.	Psychology in the Schools, 2012, Vol.49(1), p.93-103	O tratamento de auto-modelagem aumentada tem sido relativamente bem sucedido na promoção da diminuição rápida do MS e das características associadas	Bibliográfica		

Portal CAPES	Treatment of Selective Mutism: Applications in the Clinic and School through Conjoint Consultation	Mitchell, Angela D. ; Kratochwill, Thomas R.	Journal of Educational & Psychological Consultation, 2013, Vol.23(1), p.36-62	Tratamento psicossocial envolvendo	Estudo de caso	Entrevistas, escalas psicológicas, protocolos	4 crianças, seus pais e professores
Portal CAPES e PUBMED	Selective Mutism: A Team Approach to Assessment and Treatment in the School Setting	Ponzurick, Joan M.	Journal of School Nursing, 2012, Vol.28(1), p.31-37	Este artigo discute uma abordagem de equipe para a avaliação e tratamento de MS e o papel da enfermeira escolar no tratamento.	Exploratório	Entrevistas e observação	Equipe escolar (professor, diretor, enfermeira...)

4.1.4 Análise e interpretação dos resultados

Segundo Tavares, M. (2010), a redução dos dados na revisão integrativa da literatura envolve a determinação de um sistema de classificação geral para o gerenciamento das diversas metodologias. Em seu trabalho, Tavares aponta a importância da divisão dos artigos em subgrupos para facilitar a análise. A categorização pode-se basear no tipo de incidência, cronologia ou uma classificação conceitual pré-determinada.

A análise apresentada a seguir segue um agrupamento pelas categorias comuns identificadas nos artigos.

Tabela 2 - Quadro de Categorias comuns identificadas nos artigos

1.1 Identificação do Mutismo Seletivo

1.2 Herança Genética e Temperamento

1.3 Interações familiares

1.4 Contextos Sociais (o papel da escola)

4.1.5 Resultados e discussão de resultados

Através dos artigos dos autores analisados nesta pesquisa, pode-se observar a incidência de informações que nos apontam para: identificação do MS, herança genética e temperamento, interações familiares e contextos sociais (o papel da escola), que constituíram as categorias deste estudo.

Através da análise desse material, pode-se entender que indivíduos com Mutismo Seletivo são plenamente capazes de falar em algumas situações, mas falham em situações sociais selecionadas. Geralmente ocorre quando a criança começa a frequentar a escola e é suficientemente grave pelo possível prejuízo no seu funcionamento acadêmico e social. (Kehle et al., 2012)

Estima-se que a inibição comportamental, ou seja, aumento do nível de vigilância e atenção frente às situações de possível perigo, punição ou frustração, atrelada à fatores temperamentais, como timidez ou ansiedade no histórico dos pais, podem desempenhar um papel importante para se entender as possíveis causas do MS nas crianças. (APA, 2014). Conhecer o histórico familiar dessa criança pode nos ajudar a traçar uma atuação direta envolvendo a mudança de conduta dos pais, como nos aponta Peixoto (2013).

Entender os fatores genéticos envolvidos na instalação desse transtorno nos leva, também, a valorização da proposta de Mitchell et al. (2013) em seus estudos. O autor afirma que a utilização do protocolo da Conjoint Behavioral Consultation (CBC) foi eficaz para a identificação e análise do problema, implementação e avaliação do tratamento, envolvendo os pais e a escola em um tratamento multimodal do MS, com resultados positivos.

A participação de pais e professores é demonstrada nos estudos como importante e diferencial para uma intervenção precoce em crianças com o quadro de MS. Peixoto (2013) , levanta diversas estratégias para que pais, educadores e psicólogos possam seguir um protocolo baseado em técnicas da TCC e reforço de condutas estimulantes para crianças com MS.

A Revisão da Literatura nos permitiu integrar as categorias identificadas nos textos e elaborar algumas questões: Uma vez que existem poucos trabalhos publicados sobre MS e escola, é possível que os educadores e psicólogos escolares não estejam conscientes da definição, diagnóstico, tratamento e possíveis sequelas do MS? Se os estudos nos evidenciam que o melhor tratamento para o MS são as técnicas da TCC em um trabalho multidisciplinar, as equipes escolares, pais e população em geral deveriam estar conscientes da importância da escola para o tratamento?

Diante destes questionamentos, um segundo estudo foi elaborado na tentativa de compreender o conhecimento de uma amostra de pais, psicólogos escolares, educadores e população em geral sobre o MS.

4.1.6 Conclusão

Ao concluir este estudo, pode-se afirmar que são muitas as limitações das crianças, acometidas pelo mutismo seletivo, que vão além da impossibilidade de falar. A timidez extrema que esse transtorno produz, impede a criança de expressar seus sentimentos, em muitos momentos, e a sua regulação emocional se torna problemática e não funcional.

O MS é um transtorno grave que, se não for tratado rapidamente, poderá se tornar crônico. O tratamento mais eficaz para o MS é através de técnicas da TCC envolvendo pais, escola e psicólogo.

4.2 **Estudo 2:**

Questionário para educadores, psicólogos escolares, pais e público em geral sobre Mutismo Seletivo

4.2.1 Apresentação do estudo

O estudo 2 foi organizado a partir da análise dos estudos de autores citados neste trabalho que nos apontam a importância do conhecimento prévio da escola, pais e cuidadores sobre o MS para um diagnóstico assertivo e precoce. Ponzurick (2012) enfatiza que os parceiros na formação social e emocional da criança (pais e escola) são alheios às características do MS e, por isso, não se preocupam quando os primeiros sintomas aparecem. Contudo, não seria por falta de cuidado e sim de conhecimento.

Com o intuito de corroborar com esses autores e analisar a real falta de conhecimento de educadores, psicólogos escolares, pais e público em geral, algumas perguntas foram elaboradas, como mostra a tabela abaixo e, a partir deste instrumento, entrevistas diretas foram preparadas para cada público deste estudo (Apêndice D).

Os critérios foram organizados baseando-se na prevalência do MS em crianças e diferentes populações, que possuem ou não contato direto com crianças, das quais pretende-se

analisar o nível de conhecimento sobre o transtorno. A amostra foi selecionada respeitando esses critérios.

4.2.2 Participantes

Participaram desta pesquisa 9 psicólogos escolares de crianças até 8 anos, 15 pessoas da população em geral, 15 educadores de crianças até 8 anos e 15 pais de crianças até 8 anos. Um questionário socioeconômico foi elaborado (Apêndice E e F) e os dados coletados que se apresentam a seguir.

4.2.2.1 Perfil dos participantes

Na amostra selecionada buscou-se saber o sexo dos participantes (93% feminino e 7% masculino), escolaridade (2% ensino fundamental, 29% ensino médio, 27% ensino superior, 10% superior incompleto, 25% pós-graduação e 6% pós-graduação incompleta), profissão (27% professor, 18% psicólogo, 5% nutricionista, 11% auxiliar de creche, 4% estudante, 5% babá, 29% outros), idade (11% entre 20 e 25 anos, 15% entre 25 e 30 anos, 13% entre 30 e 35 anos, 26% entre 35 e 40 anos e 35% com mais de 40 anos), local de trabalho (20% creche, 24% Educação Infantil, 9% em casa, 13% consultório, 7% empresa privada, 28% outros), trabalho com crianças de até 8 anos (56% sim e 44% não), tempo de trabalho com as crianças (6% menos que 1 ano, 36% entre 1 e 3 anos, 18% entre 3 e 5 anos e 39% mais que 5 anos).

Figura 2 - Idade dos participantes

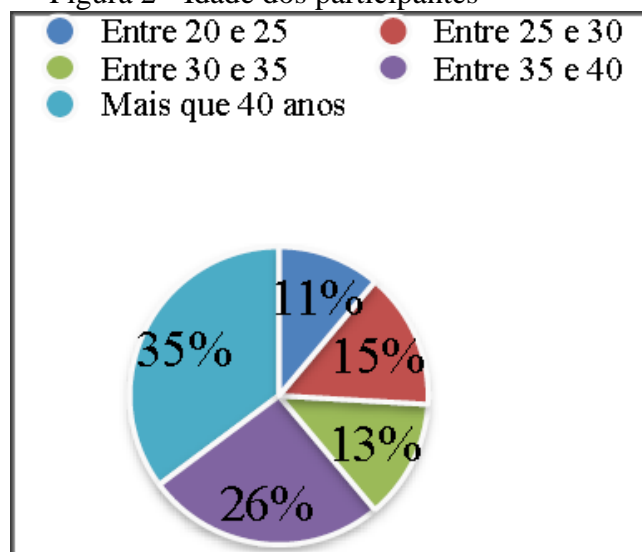


Figura 3 -Gênero dos participantes

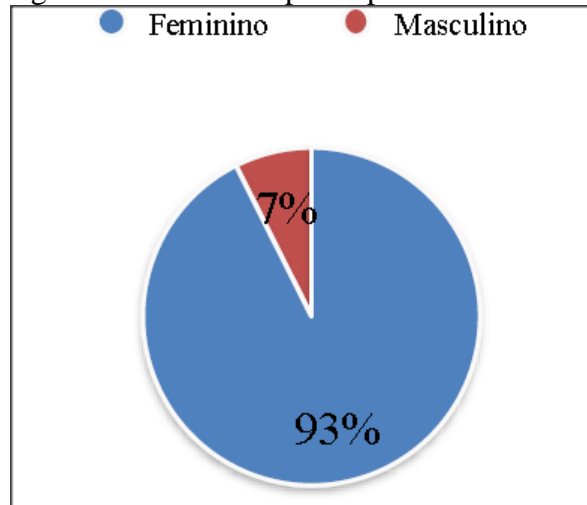


Figura 4 -Escolaridade dos participantes

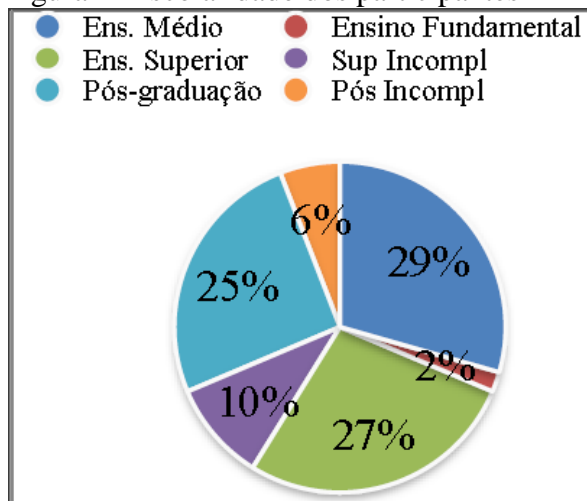


Figura 5 -Profissão dos participantes

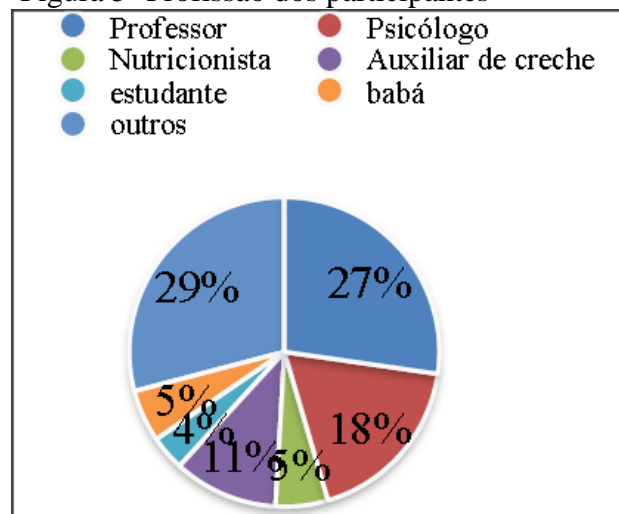


Figura 6 - Local de trabalho dos participantes

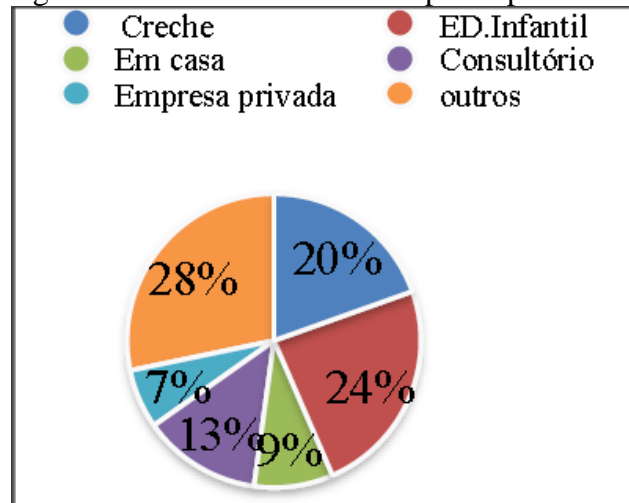


Figura 7 - Trabalha com crianças até 8 anos?

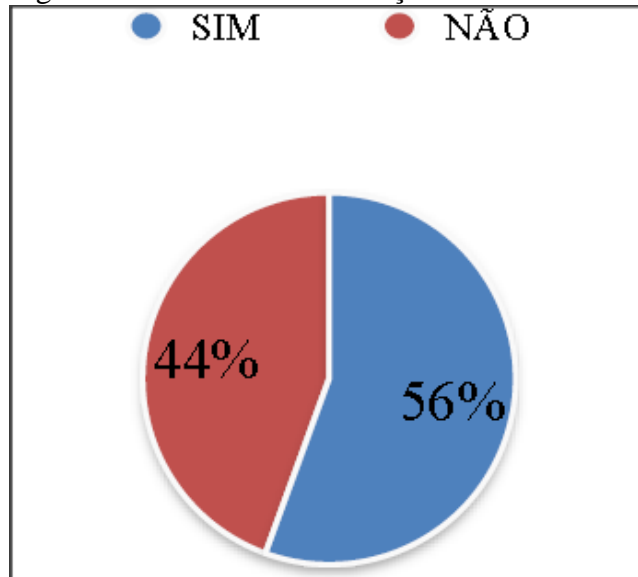
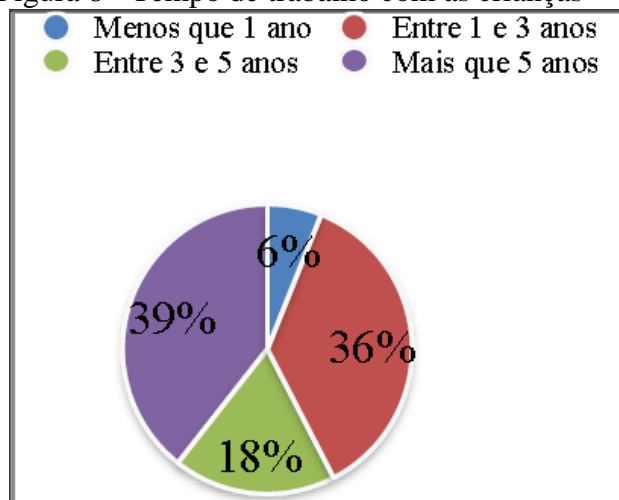


Figura 8 - Tempo de trabalho com as crianças



Vale ressaltar que a amostra desta pesquisa constitui uma amostra por conveniência, ou seja, uma amostra da população que foi acessível para o seguimento deste estudo. Os indivíduos empregados nessa pesquisa foram selecionados pela disponibilidade e não por um critério estatístico. A falta de representatividade impossibilita, portanto, a realização de declarações sobre os resultados sem que isso represente um desvio sistemático em relação à população total. Utilizou-se, também, a técnica de amostragem caracterizada como snowball sampling, onde os participantes convidados (para serem estudados) convidam novos participantes.

Dessa forma, uma amostra exponencial foi selecionada através dessa técnica. Sendo assim, selecionou-se um público onde a maioria das pessoas tem mais que 35 anos, são do sexo feminino, com ensino superior ou pós-graduação, trabalham com crianças e tem mais de 5 anos de experiência neste trabalho. Além disso, há limitações claras nesta pesquisa pelo pequeno público selecionado e pela aplicação do questionário por email (para parte da amostra), o que pode implicar em resultados inconclusivos relativos à veracidade das respostas.

Os participantes também preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e o questionário de perfil social (Apêndice E)

4.2.3 Instrumentos

Foram aplicados questionários (apêndice C) elaborados a partir da Revisão Integrativa da Literatura. Foram elaborados questionários diferenciados para cada tipo de participante das amostras: público geral, pais, educador e psicólogo escolar

4.2.4 Procedimento

Os participantes foram contatados a partir dos contatos pessoais da pesquisadora e em escolas e creches particulares da cidade do Rio de Janeiro. Os questionários e o termo de consentimento foram aplicados nos locais de trabalho ou residência dos participantes e uma parcela da amostra recebeu os questionários por email. O tempo de preenchimento do questionário era livre e eles eram informados que deveriam ler e preencher de acordo com sua experiência prévia sobre o tema. Para execução desta parte do trabalho de pesquisa foram cumpridas etapas de acordo com o roteiro abaixo: estabelecimento do público alvo para pesquisa, elaboração dos questionários, identificação dos possíveis participantes, técnica

snowball sampling. Após consentimento para execução do trabalho de pesquisa, foi realizada a seleção dos participantes para este estudo, aplicação dos questionários, análise descritiva de dados e elaboração de gráficos.

4.2.5 Resultados e Discussão de resultados

Um questionário foi elaborado para os participantes da pesquisa (apêndice C e D) e os resultados foram obtidos através do método de análise descritiva de dados. Para discussão dos resultados, dois juízes ficaram à frente das respostas e as definições, das respostas por extenso, se classificaram como: corretas, parcialmente corretas, incorretas ou inconclusivas. Para comparação entre as respostas obtidas utilizou-se uma resposta padrão retirada do APA (2014) para a segunda e terceira pergunta desta pesquisa:

RESPOSTA DA SEGUNDA PERGUNTA (Qual é a definição do Transtorno de Mutismo

Seletivo?): Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas na qual existe a expectativa para tal (por exemplo, escola), apesar de falar em outras situações. Inicia-se por volta de 5 anos de idade. (APA, 2014)

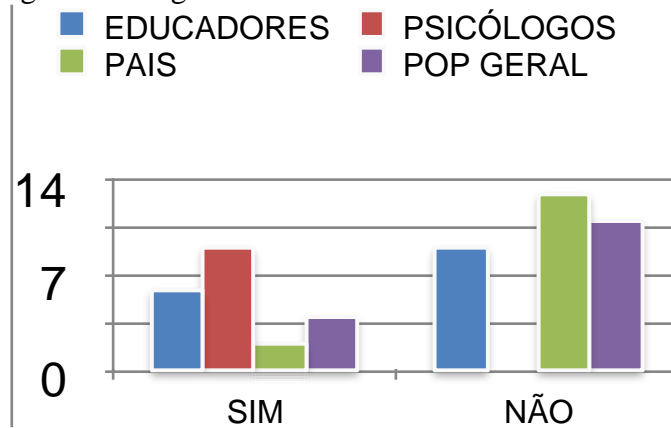
RESPOSTA DA TERCEIRA PERGUNTA (Para você, quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?): Quando o comportamento mudo interfere na realização educacional, profissional ou comunicação oral e se instala por um período mínimo de um mês, não sendo explicado por desconforto com uma língua não materna ou período de adaptação escolar ou transtornos de comunicação. (APA, 2014) A seguir, apresentaremos os resultados e discussões:

PRIMEIRA PERGUNTA: Você já ouviu falar sobre Mutismo Seletivo?

PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

Respostas	SIM	NÃO
Educadores	6	9
Psicólogos escolares	9	0
pais	2	13
População em geral	4	11

Figura 9 - Pergunta sobre conhecimento de MS



Pode-se perceber que, em relação ao conhecimento geral sobre MS, 30 pessoas das 54 entrevistadas não sabem o que é esse transtorno. Dessas 30 pessoas, 13 delas são pais, 11 pessoas da população geral e 9 educadores. Portanto, nesta análise, 55% da amostra não conhece o Mutismo Seletivo.

A pergunta seguinte destinava-se às pessoas que responderam SIM na primeira pergunta. Sendo assim, apresenta-se a seguir a resposta de 6 educadores, 9 psicólogos escolares, 3 pais e 4 pessoas da população em geral.

SEGUNDA PERGUNTA (para os que responderam sim para a primeira pergunta): Qual é a definição do Transtorno de Mutismo Seletivo?

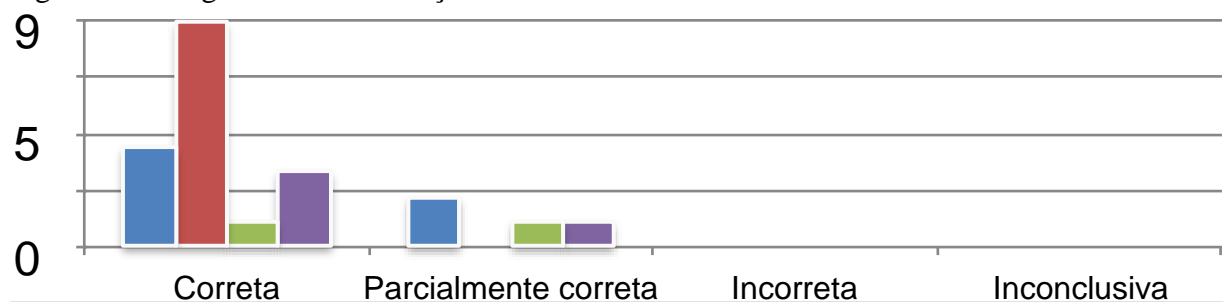
PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

Respostas			
Educadores	Psicólogos escolares	pais	População em geral
PARTICIPANTE 1: É um distúrbio comportamental ligado ao emocional da criança que a faz se comporta de maneira diferente de acordo com o ambiente em que se encontra. Assim, a criança pode ser falante em casa e muda na escola, e vice e versa (correta)	PARTICIPANTE 1: Transtorno em que a criança elege os lugares ou situações onde quer conversar e interagir (correta)	PARTICIPANTE 1: É um distúrbio emocional que afeta o comportamento da criança e ela não fala em determinado ambiente. (correta)	PARTICIPANTE 1: Mais comum em crianças, o mutismo seletivo é o desenvolvimento psicológico comportamental onde a interação não se dá através da comunicação verbal em casos sociais específicos (correta)
PARTICIPANTE 2: É um transtorno, no qual, o desenvolvimento comportamental da criança é afetado devido a timidez, medo, etc. A	PARTICIPANTE 2: Transtorno psicológico caracterizado por uma dificuldade em se comunicar com algumas pessoas, normalmente	PARTICIPANTE 2: Eu entendo que é uma criança que não fala muito em público e nem no convívio familiar se	PARTICIPANTE 2: É um transtorno comportamental no qual a criança não se comunica verbalmente e

criança, às vezes, pode se relacionar muito bem com os pais, mas quando chega na escola é introvertida, por exemplo (parcialmente correta)	com quem a criança não conhece muito, e em determinadas situações sociais, como escola, grupos, etc (correta)	demonstra tímida. (parcialmente correta)	m d e t e r m i n a d o s ambientes, tipo, escola, família, clube ... (correta)
PARTICIPANTE 3: Mutismo seletivo é quando uma criança não consegue fazer uso da sua linguagem oral na presença de pessoas estranhas (correta)	PARTICIPANTE 3: Compreendo mutismo seletivo como um quadro clínico no qual a criança, apesar de não apresentar quaisquer comprometimentos no âmbito do desenvolvimento da linguagem (em termos de produção e compreensão), apresenta comportamentos de evitação comunicativa face a determinados parceiros em situações de interações sociais vivenciadas e em contextos específicos, por ela possivelmente sentidas como passíveis de gerar ansiedade ou desconforto (correta)		PARTICIPANTE 3: O mutismo seletivo acomete as crianças que desenvolvem um transtorno comportamental (parcialmente correta)
PARTICIPANTE 4: Dificuldade da criança em se comunicar verbalmente com as pessoas (parcialmente correta)	PARTICIPANTE 4: São crianças que são capazes de falar, porém quando está em situações sociais específicas em que há uma expectativa de que fale, como por exemplo na escola, ela não fala (correta)		PARTICIPANTE 4: É um transtorno psicológico que compromete a interação verbal da criança em determinados ambientes sociais. (correta)
PARTICIPANTE 5: É um transtorno cuja criança não fala em determinados ambientes Sociais (correta)	PARTICIPANTE 5: É um transtorno no qual a criança deixa de se expressar verbalmente em um certo ambiente, fazendo com que ela		

	tenha prejuízos sociais, pois deixa de interagir com os demais (correta)		
PARTICIPANTE 6: Transtorno que não permite que a criança fale em determinados ambientes, como escolas por exemplo (correta)	PARTICIPANTE 6: Transtorno psicológico onde o indivíduo não consegue se comunicar oralmente em determinados espaços sociais, apesar de não ter nenhuma dificuldade em sua oralização e conseguir, inclusive, fazê-lo em outros locais Por exemplo: não fala na escola , no cursinho,... mas fala normalmente em casa.. (correta)		
	PARTICIPANTE 7: Transtorno psicológico que faz um indivíduo falar em algumas situações(ou locais) e se recusa em outras (correta)		
	PARTICIPANTE 8: Transtorno no qual a criança deixa de se comunicar através da linguagem em algum contexto social. Mais comum no ambiente escolar (correta)		
	PARTICIPANTE 9: Este transtorno ocorre quando o indivíduo se recusa em falar em determinadas circunstâncias. Seleciona ambientes e pessoas para as quais decide não se dirigir. (correta)		

Figura 10 - Pergunta sobre definição de MS



Em relação à definição do Transtorno de Mutismo Seletivo, todos os psicólogos que conhecem o Transtorno, souberam responder corretamente a definição, enquanto dos 6 educadores que dizem saber o que é o MS, quatro souberam defini-lo corretamente e dois responderam de forma parcialmente correta, o que nos aponta para uma quantidade inferior de pessoas que sabem as características do MS. Apenas 1 pessoa da amostra de pais soube definir o MS enquanto a outra pessoa respondeu parcialmente correto. Da população geral que afirma saber o que é MS, 3 souberam responder esta pergunta e definir o MS, enquanto apenas 1 não soube. Sendo assim, 17 pessoas das 54 entrevistadas souberam definir o Mutismo Seletivo corretamente (31% da amostra total).

Para este estudo, se faz importante entender se a população participante entende quando os comportamentos apresentados pela criança são características do MS já instalado. Da mesma forma, a terceira pergunta destinou-se às pessoas que responderam SIM na primeira pergunta.

TERCEIRA PERGUNTA: (para os que responderam sim para a primeira pergunta): Para você, quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

Respostas			
Educadores	Psicólogos escolares	pais	População em geral
PARTICIPANTE 1 - Geralmente a mudança de comportamento na criança acontece após a l g u m t r a u m a , p r i n c i p a l m e n t e relacionada a separação com seu cuidador. Notada a diferença de c o m p o r t a m e n t o e comprovado que é uma escolha da criança o diagnóstico pode ser f e i t o . A s s i m é necessário conversar com a família e fazer u m a a n a m n e s e detalhada do caso para s e c h e g a r a u m a conclusão. Além de um profissional qualificado para tal (correta)	PARTICIPANTE 1 - Em geral identificava esse transtorno quando a criança ingressava na e s c o l a . E l a n ã o c o n v e r s a v a c o m ninguém e ao buscar informações com a família esta afirmava que, em casa, a criança c o n v e r s a v a normalmente (correta)	PARTICIPANTE 1- Quando a criança ficam (s i c) m u d a e m diferentes contextos .As vezes acontece da criança saber falar e mesmo assim prefere f i c a r q u i e t a e m determinados lugares (correta)	PARTICIPANTE 1- Quando a criança não demonstra interesse em desenvolver a fala, podendo exibir um perfil isolado, optando por não se expressar com palavras na escola com professores e colegas, entre amigos, em casa, podendo recorrer a gestos, desenhos e afins, mas em certas ocasiões ou pessoas sente-se a v o n t a d e e m f a l a r (correta)

TERCEIRA PERGUNTA: (para os que responderam sim para a primeira pergunta): Para você, quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

PARTICIPANTE 2 - Na primeira infância (inconclusiva)	PARTICIPANTE 2- Quando ela sabe falar, se comunica com seu (s) cuidador (s), mas tem dificuldade de se comunicar com outras pessoas (parcialmente correta)	PARTICIPANTE 2- Quando percebemos que se isola demais, faz poucas amizades e não gosta de conversar. (incorreta)	PARTICIPANTE 2- Quando tentamos nos comunicar e ela não interage e em outro ambiente se comunica normalmente. Isso pode durar meses. (correta)
PARTICIPANTE 3 - Quando a criança não faz uso da linguagem a t é m e s m o n o s momentos em que precisa pedir ajuda e isso dura um tempo significativo (correta)	PARTICIPANTE 3 - Creio que é quando a criança evita sistemática e continuamente a e s t a b e l e c e r comunicação com determinados parceiros (e em determinados c o n t e x t o s) , diferentemente do que o c o r r e e m o u t r a s situações nas quais estabelece comunicação típica e sem sinais de desconforto (correta)		PARTICIPANTE 3- Q u a n d o e l a t e m dificuldades para se c o m u n i c a r . (parcialmente correta)
PARTICIPANTE 4 - Quando ela não se c o m u n i c a m a i s v e r b a l m e n t e c o m ninguém ou quando se comunica verbalmente apenas com uma pessoa escolhida, ou com a l g u m a s p e s s o a s escolhidas (como a mãe, por exemplo). Q u a n d o t a l c o m p o r t a m e n t o a t r a p a l h a s u a s atividades diárias e o estabelecimento de relações interpessoais e interações (correta)	PARTICIPANTE 4 - Quando a criança não fala com as pessoas no ambiente em que se espera que fale e interaja, e os pais relatam que a criança fala em casa e conversa com outras crianças em casa (correta)		PARTICIPANTE 4- Q u a n d o e l a a g e d i f e r e n t e e m u m determinado ambiente, e e m o u t r o s a g e n o r m a l m e n t e . (parcialmente correta)
PARTICIPANTE 5 - Quando ela não se comunica oralmente (parcialmente correta)	PARTICIPANTE 5 - Quando a característica de não falar em algum lugar específico, como por exemplo a escola, se torna perene (correta)		

TERCEIRA PERGUNTA: (para os que responderam sim para a primeira pergunta): Para você, quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

<p>PARTICIPANTE 6 - Quando ela começa a se comportar com as características deste transtorno (inconclusiva)</p>	<p>PARTICIPANTE 6- Quando ela não se comunica oralmente com seus pares, adultos e crianças, apesar de entender tudo o que lhe é verbalizado e não apresentar nenhuma dificuldade fonológica para a sua verbalização. Outro ponto que chamaria a atenção para o diagnóstico, seria a utilização de um interlocutor específico, escolhido pela criança (a mesma falaria à esta pessoa o que deseja, para que ela se dirigisse ao grupo, à educadora ou a um outro aluno). (correta)</p>		
	<p>PARTICIPANTE 7- Na escola, ela se recusa a falar com amigos ou profissionais demonstra ser tímida,introvertida e ansiosa. _E o relato dos pais diz que fala em casa com eles mas como outras membros da família ou quando está em um evento social não consegue. Percebemos uma seleção ,por parte da criança,com quem e onde ela vai falar (correta)</p>		
	<p>PARTICIPANTE 8- Quando ela apresenta persistência no sintoma por alguns dias (correta)</p>		

TERCEIRA PERGUNTA: (para os que responderam sim para a primeira pergunta): Para você, quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

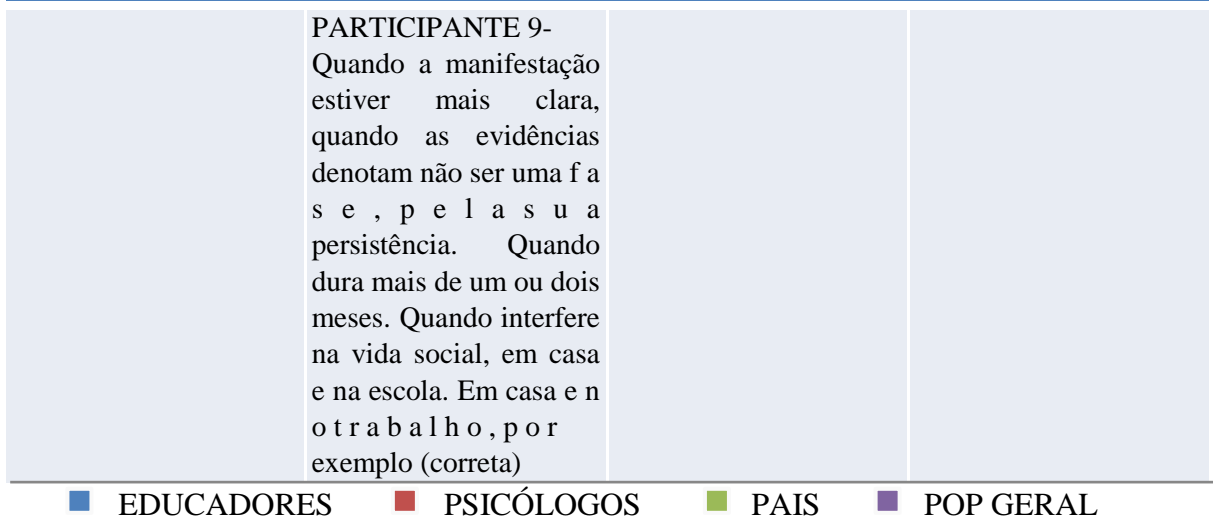
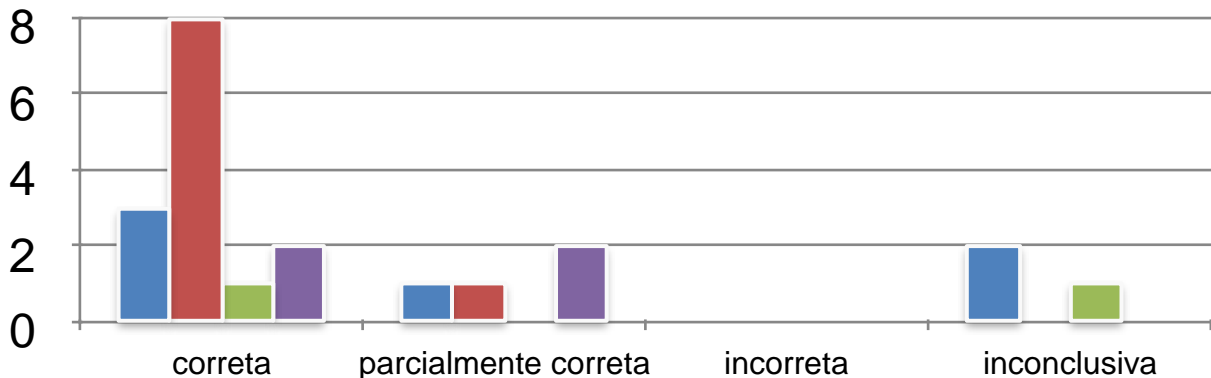


Figura 11 - Pergunta sobre desenvolvimento do MS



Das pessoas que souberam definir o que é o MS no início desta pesquisa, 14 souberam explicar corretamente enquanto 4 explicaram de forma parcialmente correta e 3 pessoas responderam de forma inconclusiva. Esse resultado nos aponta para um conhecimento de 75% do total da amostra, para esta pergunta, em relação ao desenvolvimento do MS nas crianças.

Para identificarmos os casos vivenciados de MS pela amostra selecionada, destinou-se a quarta pergunta para este fim.

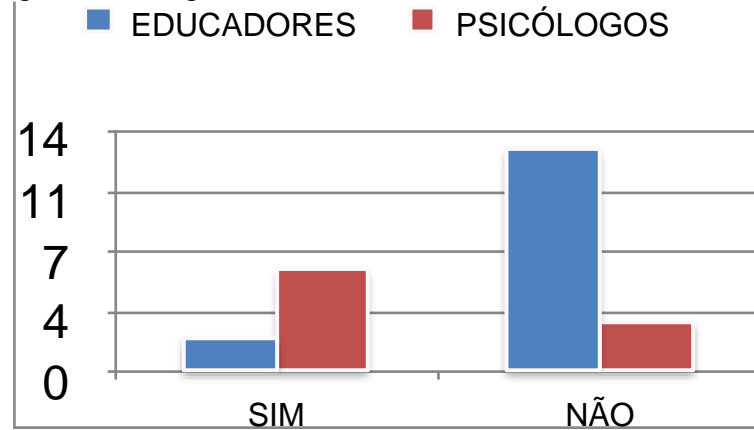
QUARTA PERGUNTA: A escola onde você trabalha ou já trabalhou precisou lidar com

algum caso de Mutismo Seletivo?

PÚBLICO -ALVO: educadores e psicólogos escolares

Respostas	SIM	NÃO
Educadores	2	13
Psicólogos escolares	6	3

Figura 12 - Pergunta sobre casos de MS nas escolas trabalhadas



Dos 15 educadores entrevistados, 2 vivenciaram casos de MS na escola onde trabalharam, enquanto dos 9 psicólogos entrevistados, 6 deles vivenciaram casos dentro do ambiente escolar, o que nos leva a perceber que o índice de casos do MS (ou da ciência sobre casos de MS) é baixo para esta população (33% da amostra de educadores e psicólogos), mas um índice alto se comparado à prevalência do MS nos estudos apresentados neste trabalho.

QUINTA PERGUNTA: O quanto a timidez de uma criança na sua escola é uma preocupação para você, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?

PÚBLICO -ALVO: educadores e psicólogos escolares

Resposta dos educadores:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qt.pes.

1 1 2 4 3 4

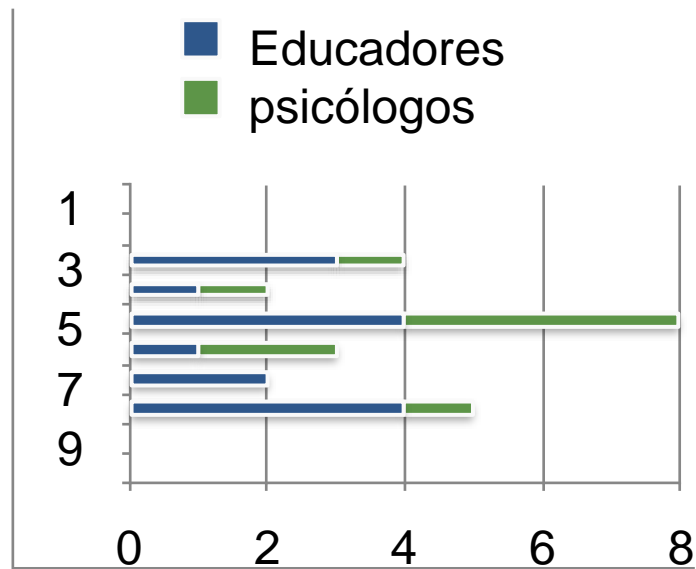
Resposta dos psicólogos escolares:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qt.pes.

1 4 2 1 1

Figura 13 - Preocupação com a timidez



SEXTA PERGUNTA: O quanto uma criança agitada e que fala muito é uma preocupação para você na sua escola, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?

PÚBLICO -ALVO: educadores e psicólogos escolares

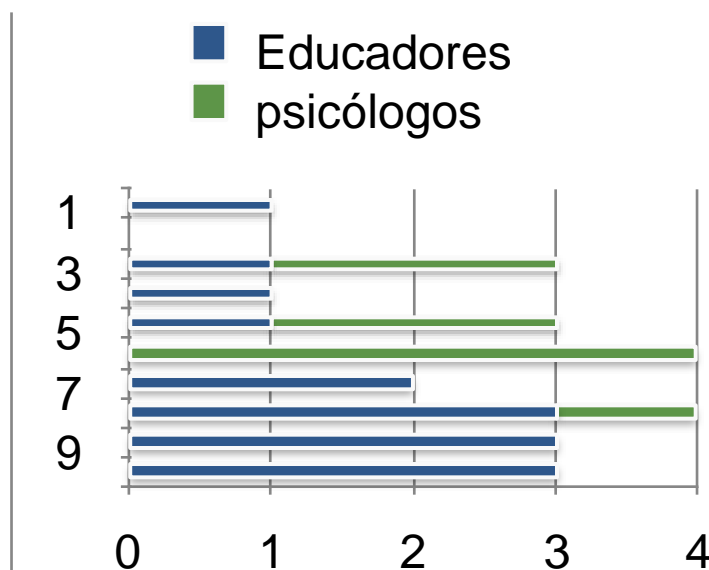
Resposta dos educadores:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qt.	1	1	1	1	2	0	2	2	2	3

Resposta dos psicólogos escolares:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qt. Pessoas	0	0	2	2	4	1	0	0	0	0

Figura 14 - Preocupação com agressividade



Através de uma escala de 1 a 10, os 24 participantes da amostra de educadores e psicólogos escolares responderam a pergunta sobre a preocupação deles em relação à uma criança tímida e em relação à uma criança agitada dentro do ambiente escolar. Para análise desses dados, consideramos as respostas na escala de 1 a 5 como preocupação moderada e as respostas na escala de 6 a 10 como preocupação elevada.

Analisando os resultados, pode-se obter a seguinte informação: apenas 6% dos educadores preocupam-se de forma moderada (escala de 1 a 5) com crianças tímidas, enquanto 94% deles preocupam-se de forma elevada (6 a 10). Esses índices foram iguais para psicólogos, indicando uma preocupação elevada com a timidez de uma criança. Em relação ao perfil agitado de uma criança, os resultados foram diferentes, 40% dos educadores preocupam-se de forma moderada (1 a 5), enquanto 60% preocupam-se de forma elevada (6 a 10). Essa diferença também foi observada na amostra de psicólogos, onde 22% deles preocupam-se de forma moderada (1 a 5) com crianças agitadas, enquanto 78% preocupam-se de forma elevada (6 a 10). Estes resultados apontam para uma preocupação maior de educadores e psicólogos com crianças que apresentem o comportamento mais tímido.

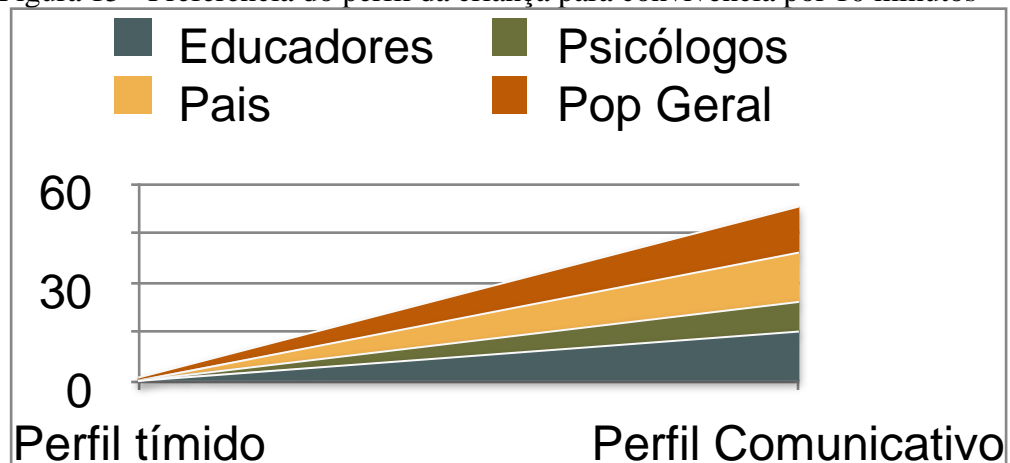
Para uma comparação entre a aceitação do adulto em relação ao perfil tímido x perfil comunicativo de uma criança para uma convivência direta, algumas perguntas foram desenvolvidas diferenciando o tempo de convívio do adulto com a criança. Dessa forma, baseando-se no artigo de Barbosa (2015) buscou-se identificar se o adulto poderia estimular e demonstrar preferência por um comportamento mais tímido nas crianças e, assim, não terem trabalho para discipliná-las.

SÉTIMA PERGUNTA: Se você tivesse que conviver com uma criança por apenas 10 minutos, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?

PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

	Perfil Tímido	Perfil Comunicativo	
Educadores	0	15	
Psicólogos escolares	0	9	
Pais	0	15	
População em geral	1	14	

Figura 15 - Preferência do perfil da criança para convivência por 10 minutos

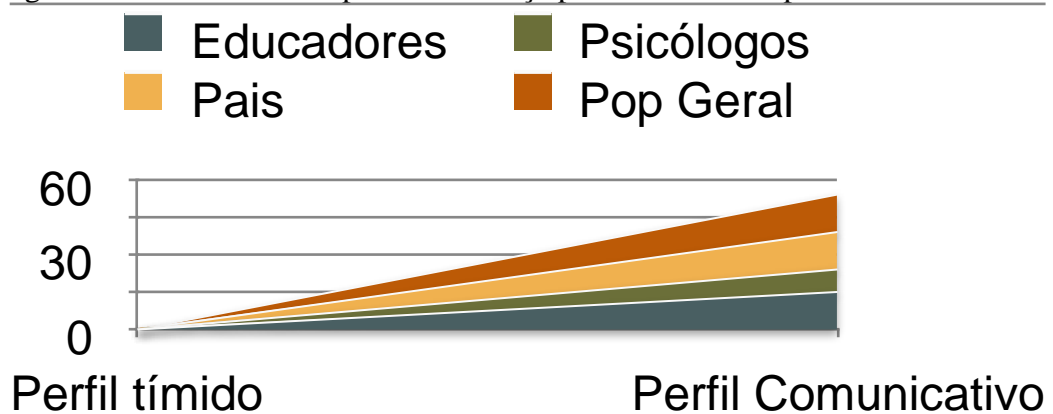


OITAVA PERGUNTA: Se você tivesse que conviver com uma criança por apenas 30 minutos, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?

PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

	Perfil Tímido	Perfil Comunicativo	
Educadores	0	15	
Psicólogos escolares	0	9	
Pais	0	15	
População em geral	1	14	

Figura 16 - Preferência do perfil da criança para convivência por 30 minutos

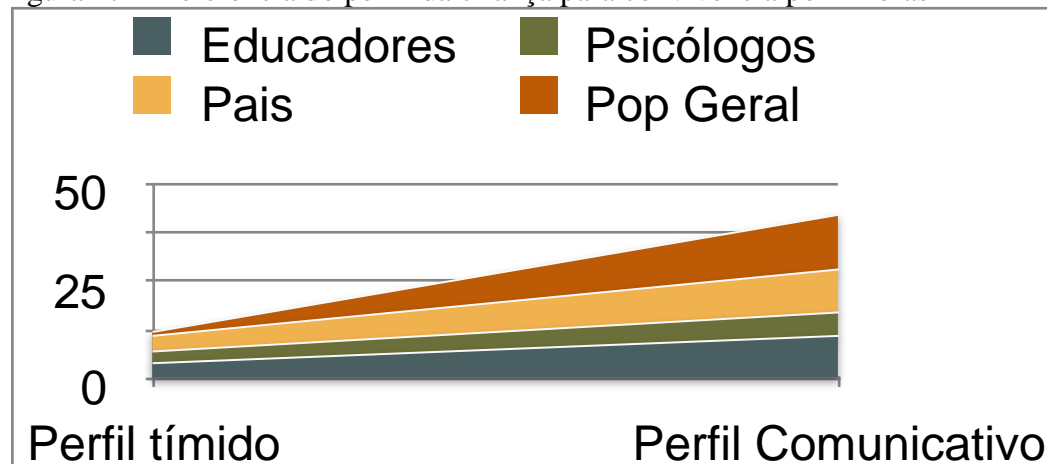


NONA PERGUNTA: Se você tivesse que conviver com uma criança por 4 horas, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?

PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

	Perfil Tímido	Perfil Comunicativo	
Educadores	2	13	
Psicólogos escolares	3	6	
Pais	4	11	
População em geral	0	15	

Figura 17 - Preferência do perfil da criança para convivência por 4 horas

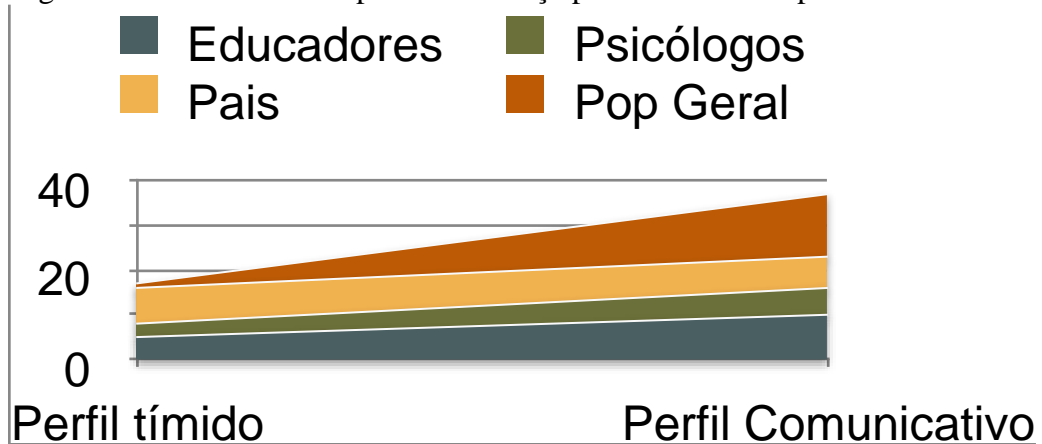


DÉCIMA PERGUNTA: Se você tivesse que conviver com uma criança por 1 dia inteiro, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?

PÚBLICO -ALVO: educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral

	Perfil Tímido	Perfil Comunicativo	
Educadores	5	10	
Psicólogos escolares	3	6	
Pais	4	11	
População em geral	8	7	

Figura 18 - Preferência do perfil da criança para convivência por 1 dia



Em relação ao convívio de apenas 10 minutos ou 30 minutos, 100% da amostra total prefere conviver com crianças que tenham um perfil comunicativo. Esse resultado parece demonstrar que há um incômodo em se conviver com uma criança que não se comunica e uma preferência pelas crianças que se expressam. No entanto, quando questionados sobre 4 horas de convívio com uma criança, 22% dos participantes modificaram sua escolha, apontando preferência por um perfil mais tímido da criança. Em relação a um convívio de 1 dia inteiro com uma criança, a diferença observada foi maior: 31% dos participantes preferem crianças com perfis tímidos. Para entender se esse resultado mostra uma preferência por crianças comunicativas a medida que o tempo varia, foi aplicado o teste não paramétrico Q de Cochran para as 4 amostras selecionadas.

O teste Q de Cochran proporciona uma método de comprovar se três ou mais conjuntos correspondentes de frequência ou proporções diferem entre si significativamente.

Os resultados são apresentados a seguir:

Nº quest	tipo populacao	Convivência por 10 min	Convivência por 30 min	Convivência por 4 h	Convivência por 1 dia	L _i	L _i ²
1	pais	1	1	1	1	4	16
2	pais	1	1	1	1	4	16
3	pais	1	1	1	1	4	16
4	pais	1	1	0	0	2	4
5	pais	1	1	0	0	2	4
6	pais	1	1	1	1	4	16
7	pais	1	1	0	0	2	4
8	pais	1	1	1	1	4	16
9	pais	1	1	1	1	4	16
10	pais	1	1	1	1	4	16
11	pais	1	1	1	1	4	16
12	pais	1	1	1	1	4	16
13	pais	1	1	1	1	4	16
14	pais	1	1	1	1	4	16
15	pais	1	1	0	0	2	4
N= 15		15	15	11	11	52	192
						Q=	12,0
						p-valor	0,007

Rejeito H0

As vezes a propensão por frequência de conviver um pouco mais com os pais, mas não significativamente entre os tempos de convivência.

Nº quest	tipo populacao	Convivência por 10 min	Convivência por 30 min	Convivência por 4 h	Convivência por 1 dia	L _i	L _i ²
16	psicólogo escolar	1	1	1	1	4	16
17	psicólogo escolar	1	1	1	1	4	16
18	psicólogo escolar	1	1	0	0	2	4
19	psicólogo escolar	1	1	1	1	4	16
20	psicólogo escolar	1	1	1	1	4	16
21	psicólogo escolar	1	1	0	0	2	4
22	psicólogo escolar	1	1	0	0	2	4
23	psicólogo escolar	1	1	1	1	4	16
24	psicólogo escolar	1	1	1	1	4	16
N= 9		9	9	6	6	30	108
						Q=	9,0
						p-valor	0,029

Rejeito H0

Nº quest	tipo populacao	Convivência por 10 min	Convivência por 30 min	Convivência por 4 h	Convivência por 1 dia	L _i	L _i ²
25	educador	1	1	1	1	4	16
26	educador	1	1	1	1	4	16
27	educador	1	1	1	1	4	16
28	educador	1	1	1	0	3	9
29	educador	1	1	1	0	3	9
30	educador	1	1	1	0	3	9
31	educador	1	1	1	1	4	16
32	educador	1	1	1	1	4	16
33	educador	1	1	1	1	4	16
34	educador	1	1	1	1	4	16
35	educador	1	1	0	0	2	4
36	educador	1	1	1	1	4	16
37	educador	1	1	1	1	4	16
38	educador	1	1	1	1	4	16
39	educador	1	1	0	0	2	4
N= 15		15	15	13	10	53	195
						Q=	11,8
						p-valor	0,008

Rejeito H0

N° quest	tipo populacao	Convivência por 10 min	Convivência por 30 min	Convivência por 4 h	Convivência por 1 dia	L _i	L _i ²
40	população em geral	1	1	1	0	3	9
41	população em geral	1	1	1	1	4	16
42	população em geral	1	1	1	0	3	9
43	população em geral	1	1	1	1	4	16
44	população em geral	1	1	1	0	3	9
45	população em geral	1	1	1	0	3	9
46	população em geral	1	1	1	1	4	16
47	população em geral	1	1	1	1	4	16
48	população em geral	1	1	1	0	3	9
49	população em geral	0	0	1	1	2	4
50	população em geral	1	1	1	1	4	16
51	população em geral	1	1	1	0	3	9
52	população em geral	1	1	1	0	3	9
53	população em geral	1	1	1	0	3	9
54	população em geral	1	1	1	1	4	16
N= 15		14	14	15	7	50	172
						Q=	17,6
						p-valor	0,0005

Rejeito H0

O teste rejeita a hipótese nula o que significa que mesmo com o aumento do tempo, as pessoas preferem conviver com crianças comunicativas. Através deste teste, pode-se concluir que há preferência por conviver com crianças comunicativas a medida que o tempo varia e que, crianças muito quietas, diferentemente do que se pode imaginar, desperta algum grau de angústia por parte dos profissionais que convivem com ela.

Pode-se especular que a ausência de *feedback* verbal traga algum desconforto, mas como essa criança não "atrapalha" o grupo e como não há recomendação explícita nas escolas de que "não falar" pode ser um problema, os profissionais podem não dar importância a um aspecto que eles percebem e que ficou evidenciado pelas perguntas elaboradas por essa investigação.

CONCLUSÃO

A análise feita no estudo 2 corrobora a hipótese inicial desta pesquisa e os questionamentos levantados no estudo 1. Os resultados nos mostram que, quando na amostra são incluídos todos participantes (15 pessoas da população em geral, 15 pais, e 24 profissionais específicos) mais da metade desconhece o MS. Quando a análise leva em conta os 15 educadores e os 9 psicólogos, registra-se um número significativo que conhece o transtorno e quase todos sabem definir o MS.

Fica evidente, com isso, um descompasso entre o que os profissionais sabem e o que a população em geral conhece sobre o MS. Este trabalho evidenciou uma distância que precisa ser diminuída por meio de informação aos pais e que os profissionais da escola podem oferecer, uma vez que grande parte lida com essa realidade. A criança que se comporta diferentemente em casa e na escola precisa de uma atenção, pois pode estar em uma situação que merece cuidado.

Uma das indagações que os nossos resultados suscita é o motivo do MS ainda ser um transtorno pouco conhecido na população em geral, apesar de tantos canais que veiculam informação e a população em geral ter facilidade de acesso. Esse resultado acende uma luz para que essa lacuna deixe de existir nos próximos anos, sugerindo divulgação maciça através de cursos de extensão sobre dificuldades e transtornos do desenvolvimento infantil em universidades e escolas.

Embora a prevalência indicada pela literatura seja baixa 0,11% e 2,2%, segundo estudo do Hua & Major (2016), neste trabalho, foi encontrado um percentual maior se o cálculo levar em conta os profissionais que trabalham em escolas. Do total desses 24 educadores e psicólogos, oito se depararam com casos de MS, o que daria um percentual de 33%. Uma explicação para esse número maior seria, provavelmente, devido a um viés da amostra (profissionais com tempo elevado de experiência de trabalho com crianças). Esse resultado também poderia explicar a precisão das definições fornecidas por eles no que se refere ao MS.

Um aspecto positivo que esta pesquisa indicou é que os profissionais da amostra em grande parte conhecem e corretamente o que é MS. Isso ficou nítido através das respostas ao questionário. Por outro lado, os resultados apontam para o desconhecimento da população em geral e dos pais sobre esse transtorno. Apesar de ser uma amostra de conveniência e não podermos generalizar, este estudo, de caráter inicial, sugere uma atenção para que o público em geral receba informações sobre o MS. Além disso se faz necessário realizar essa

investigação com um número maior e mais diversificado de participantes para se ter uma ideia dos resultados que seriam obtidos.

Mesmo diante de profissionais capacitados, parece não haver diálogo sobre o MS e possivelmente sobre outros transtornos comuns no desenvolvimento infantil. Profissionais capacitados precisam da informação dos pais sobre como é o comportamento verbal de seu filho em casa. Uma pequena variação de comportamento em diferentes contextos não é preocupante. No entanto, uma diferença radical precisa ser investigada e tratada de maneira adequada.

Entendemos que certo grau de timidez não signifique um quadro problemático. Porém, para que se faça juízo sobre este dado, há necessidade de comunicação sobre a criança entre os pais e os profissionais escolares. Alguns passos, que facilitariam o aproximação de pais e educadores na direção de se conhecer melhor as crianças, seriam turmas com números menores, reuniões escolares frequentes e formulários com informações sobre o temperamento e comportamento da criança. Os estudos de Mitchell et al. (2013), como dito anteriormente, nos mostram a importância da CBC como exemplo de formulário para se alcançar este fim. Com essa informação, conseguiriam identificar quando o comportamento tímido de uma criança se torna preocupante e isso poderá indicar o início do Mutismo Seletivo. Ponzurick (2012) reforça que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado fornecem o amparo necessário às crianças para a superação do quadro de MS e defende a importância de uma equipe multidisciplinar para o diagnóstico correto e tratamento do quadro.

Barbosa (2015) preocupa-se com a criança tímida dentro do ambiente escolar, apontando para um possível esquecimento da criança que não for um “problema” para a escola, não se tornando alvo de preocupação ou estratégias. Investigou-se a preferência da população em relação à convivência com uma criança do perfil comunicativo ou do perfil tímido, enfatizando a verbalização como característica principal dessa categorização. Havia uma possibilidade de valorização da conduta introspectiva da criança em meios sociais e estímulo a um comportamento onde a pouca comunicação é ponto positivo no relacionamento. No entanto, no nosso segundo estudo o resultado mostra que mais da metade das pessoas dessa amostra (e nesse caso estão todos os participantes agrupados, como pais, professores, população em geral e psicólogos) preferem conviver com crianças mais comunicativas.

Na mesma direção, outro levantamento, feito através das respostas ao questionário, nos mostra que os educadores e psicólogos escolares preocupam-se se forma elevada com crianças que apresentam perfis tímidos. Esse resultado nos leva a pensar que a criança menos

comunicativa, mais introspectiva e sem comportamentos desafiadores e agitados possui visibilidade em sala de aula e gera preocupação entre os educadores e equipe escolar. No entanto, cabe pensar quais estratégias estão sendo utilizadas para que as crianças com este perfil sejam estimuladas a utilizar novos potenciais para socialização. Sendo assim, haveria a necessidade de maior capacitação e informação para as equipes escolares em relação às características do MS e o tratamento adequado para que medidas cabíveis sejam adotadas precocemente. Especialmente, ressalta-se aqui, novamente, a necessidade de comunicação entre pais e profissionais da escola sobre como é o comportamento da criança nos dois contextos.

As estratégias para superação do quadro de MS através de técnicas da TCC e uma intervenção multidisciplinar foram apontadas como eficazes nos artigos selecionados no estudo 1 deste trabalho. Neste sentido, se somarmos o que o nosso estudo identificou (sensibilidade de grande parte da amostra quando uma criança apresenta o comportamento mais tímido), poderia ser de grande valia o investimento em informação para a equipe escolar, principalmente em relação às técnicas da TCC.

Peixoto (2013) reforça que não existem muitas pesquisas que estimulem psicólogos, pais e equipe escolar a elaborar estratégias para melhorar a socialização de uma criança no ambiente escolar. Sendo assim, podemos concluir que não se trata apenas de entender o quanto uma amostra de psicólogos escolares, educadores, pais e população em geral conhecem sobre MS, mas saber se a comunicação com os pais sobre o comportamento verbal das crianças nos diferentes contextos (familiar e escolar) está ocorrendo de maneira eficiente. Além disso, pode-se capacitar os profissionais sobre algumas estratégias do protocolo baseado em técnicas da TCC que apresentem melhores resultados para superação do MS. Dessa forma, psicólogos e educadores poderiam programar algumas atividades na escola e orientar os pais em pequenas atividades conjuntas de modo a atenuar índices do MS.

Estima-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para novos estudos sobre o Mutismo Seletivo e o cuidado para que cada criança seja acompanhada por seus cuidadores (dentro e fora do ambiente escolar) de forma particular, minuciosa e criteriosa almejando-se, assim, a diminuição dos quadros de MS ou mesmo orientando os pais para que encaminhem mais precocemente os filhos para tratamento adequado.

Através desta pesquisa novos caminhos poderão ser desdobrados em trabalhos futuros. Um primeiro passo é a efetiva comunicação entre pais e professores sobre o comportamento da criança. E, na sequência, se faz importante investir em divulgação e a elaboração de material educativo sobre MS nas escolas, assim como organização de um

programa de capacitação dos educadores para que consigam identificar comportamentos preocupantes das crianças e realizar encaminhamentos preventivos para profissionais clínicos.

REFERÊNCIAS

Ale, C. M., Mann, A., Menzel, J., Storch, E. A & Lewin, A. B. (2013) *Two Cases of Early Childhood Selective Mutism*. Clinical Case Studies.

Alyanak, B. et al. (2013) *Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism*.

Amaral, S. M. (2014). *Promovendo a regulação emocional em crianças do 1º ciclo do ensino básico: um programa de competências emocionais e sociais. 2º ciclo de estudos em psicologia da educação especialidade em contextos educativos*. Universidade dos aços.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Bagarollo M. F. & De Oliveira E. C. (2016). *A (re) significação “criança que não aprende” : desafios da escola, família e equipe de saúde*.

Barbosa, A. C. V., & Wiezzel, A. C. S. (2015) *Timidez na educação infantil: contribuição por meio lúdico*.

Barros, I. L., Lima, P.M.D.D.S. & Abramovitch, S. (2012) *P-260 - Selective mutism: a successful case report*. European Psychiatry.

Caballo, V. E. (2014). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.

Cook. M. A., Littmann, J. R., Wright, H. H. (1985). Early identification and intervention with children who refuse to speak. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatric*. Vol. 24, Nº 6, pp. 739-746.

Conn, B. M. & Coyne, L. W. (2014). *Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and treatment of an African American Preschool Boy*. Clinical Case Studies.

Da Silva, J. R. & Ribeiro, I. J. L (2015). *A timidez numa perspectiva psicanalítica: avaliando o problema numa escola pública*. Revista Brasileira de Educação e Saúde.

Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2015). *Habilidades Sociais como Preditoras de Problemas de Comportamento em Escolares*.

Diliberto, Rachele A. & Kearney, Christopher A. (2016). *Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism*. Journal of Communication Disorders, January/February.

Folkman, S. & Lazarus R. S. (1985). *If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination*. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Haney, J. N., Sanders, S. H., Sewell, W. R., White, D., Willianson, D. A. (1977a). The treatment of reluctant speech using contingency management procedures. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatric*. Vol. 8, pp. 151-156.

Harkness, S., Super, C. & Mavdridis, C. J. (n.d.) *Parental Ethnotheories about Children´s Socioemotional Development in Socialization of socioemotional functioning*.

Hua, A. & Major, N. (2016). *Selective Mutism*. *Current opinion in pediatrics*.

ITO, Patrícia do Carmo Pereira and GUZZO, Raquel Souza Lobo. Diferenças individuais: temperamento e personalidade; importância da teoria. *Estud. psicol. (Campinas)* [online].

2002, vol.19, n.1, pp.91-100. ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2002000100008>.

Keeton, C. P. & Crosby Budinger, M. (2012). *Social Phobia and Selective Mutism*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.

Kehle, Thomas J., Bray, Melissa A., Byer - Alcorace, Gabriel F., Theodore, Lea A., & Kovac, Lisa M. (2012). *Augmented Self-Modeling as an Intervention for Selective Mutism*.

Psychology in the Schools.

Klein, E. R., Armstrong, S. L. & Shipon-Blum, E. (2013). *Assessing Spoken Language Competence in Children with Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters*.

Krohn, D. D.; Weckstein, S. M.; Wright, H. L. (1999). "Elective mutism". In: Schaefer, C. E. & Sapsaro, S. A. (edt.) *Refusal to speak*. *New Jersey*. Ed. Aronson, pp. 233-264.

Krolian, E. B. (1999). "Speech in silver, but silence is golden: day hospital treatment of two electively mute children". In: Schaefer, C. E. & Sapsaro, S. A. (edt.) *Refusal to speak*. *New Jersey*. Ed. Aronson, pp. 266-295.

Leonard, H. L. & Topol, D. A. (1993) *Elective mutism Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America*, Vol. 2, N°4, pp. 695-707.

Linhares, M. B., Dualibe, A. L. & Cassiano, R. G. (2013). *Temperamento de crianças na abordagem de Rothbart: estudo de revisão sistemática*.

Martinez, Yvonne J., Tannock, Rosemary, Manassis, Katharina, Garland, E. Jane, Clark, Sandra & Mcinnes, Alison (2015). *The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders*. *Canadian Journal of School Psychology*.

- Melo, A. I. M. T. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*.
- Mitchell, A. D. & Kratochwill, T. R. (2013). *Treatment of Selective Mutism: Applications in the Clinic and School through Conjoint Consultation*. Journal of Educational & Psychological Consultation.
- Muris, P. & Ollendick, T. (2015) *Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5*. Clinical Child and Family Psychology Review.
- Muris, P., Hendriks, E. & Bot, S. (2016). *Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds*. Child Psychiatry & Human Development.
- Peixoto, A. C. (2013). *Habilidades Sociais e Educação: O desafio do mutismo seletivo em sala de aula*.
- Pires, J. (2014). *Regulação Emocional em Psicoterapia*. Psico USF vol. 19 no 2 Itatiba.
- Ponzurick, Joan M. (2012). *Selective Mutism: A Team Approach to Assessment and Treatment in the School Setting*. Journal of School Nursing.
- Tavares, M., Silva, M. Carvalho, Rachel. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein.
- Rosin-Pinola, A. R. & Del Prete Z. (2014). *Inclusão Escolar, Formação de Professores e a assessoria Baseada em Habilidades sociais Educativas*.
- SERRETTI, A.; COSTA-JÚNIOR, F. (2010) *Mutismo seletivo infantil: avaliação e intervenção em ludoterapia comportamental*.
- Shriver, M. D., Segool, N. & Gortmaker, V. (2011). *Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism*. Education and Treatment of Children.
- Young, Brennan J., Bunnell, Brian E. & Beidel, Deborah C. (2012). *Evaluation of Children With Selective Mutism and Social Phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal*. Behavior Modification.

APÊNDICE A - Síntese dos estudos selecionados para a revisão integrativa da literatura

1.4.1 Treatment of Selective Mutism: Applications in the Clinic and School through Conjoint Consultation (Mitchell, Angela D. ; Kratochwill, Thomas R.). 2013.

O propósito do artigo é avaliar a efetividade de um tratamento psicossocial do Mutismo Seletivo. O estudo envolveu quatro crianças juntamente com seus pais e professores em uma intervenção na abordagem comportamental.

O objetivo do estudo foi implementar um protocolo para o tratamento do MS se baseando nos procedimentos otimizados encontrados na literatura recente sobre avaliação e tratamento do transtorno. Este estudo inclui a apresentação de escalas de avaliação, entrevistas, avaliação analógica das falas/ linguagem da criança e avaliação comportamental, utilizando o CBC como protocolo para o tratamento psicossocial e uma combinação de tratamentos comportamentais. O objetivo específico era descobrir se o tratamento psicossocial foi relevante na modificação do comportamento das crianças com MS; na produção de efeitos na ansiedade das crianças com MS e se os pais e professores classificariam o tratamento como aceitável e eficaz para o MS.

Ocorreu através dos dados obtidos e da observação ao longo das sessões. A confiabilidade do observador para a pesquisa variou de 67% a 100% para cada par de observadores e o percentual de concordância para a criança 1,2,3 e 4 foram respectivamente 100%, 100%, 79% e 75%.

Um pacote de tratamento psicossocial foi avaliado para determinar sua eficácia em crianças com MS, utilizando o CBC em uma estrutura de base múltipla. O resultado foi positivo para as quatro crianças participantes.

1.4.2 Selective mutism (Hua, Alexandra ; Major, Nili). 2016.

Este estudo apresentou a compreensão atual do MS no que diz respeito ao diagnóstico, epidemiologia, prognóstico e tratamento.

Dado os estudos de prevalência e os estudos indicando o tratamento para o MS, fica evidente que o diagnóstico e tratamento precoce traz benefícios à criança. As literaturas confirmam que os sintomas podem se tornar mais difíceis de tratar quanto mais persistirem na criança.

1.4.3 Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds (Muris, Peter ; Hendriks, Eline ; Bot, Suili). 2016

Este estudo explorou o fenômeno do MS em uma amostra de 57 crianças fora do ambiente clínico em idades entre 3 e 6 anos. As crianças realizaram duas tarefas de fala para avaliar a quantidade absoluta de palavras faladas, enquanto os responsáveis completaram questionários para medir o nível de MS nas crianças, a ansiedade social e a ansiedade não-social, bem como o temperamento e comportamento inibitório. Os resultados indicaram que altos níveis de MS relatados pelos pais estavam associados a altos índices de ansiedade social observados através dos sintomas apresentados.

Este estudo examinou as relações entre inibição comportamental e sintomas de ansiedade (social), por um lado, e sintomas de MS, por outro lado, em uma amostra de crianças jovens. Houve a hipótese de que níveis mais elevados de inibição comportamental e sintomas de ansiedade, e sintomas de ansiedade social em particular, seriam acompanhados por níveis mais elevados de MS. Além de uma análise correlacional, também foram realizadas análises de regressão para explorar as relações únicas de inibição comportamental e sintomas de ansiedade (social) com a sintomatologia do MS. Foram 57 crianças (20 meninos e 37 meninas, com média de idade = 4,98 anos, DP = 0,74, faixa 3-6 anos) e seus pais (35 mães, 2 pais e 10 pais, média de idade = 36,26 Anos, DP = 4,38, faixa de 26-57 anos, e idade média dos pais = 39,81 anos, DP = 4,96, faixa de 30-54 anos). A grande maioria das crianças e pais eram caucasianos (95%) e todos eles eram fluentes em holandês. Com base nos níveis educacionais de ambos os pais, o nível socioeconômico da maioria das famílias foi estimado como médio (53%) ou alto (40%).

Além de entrevistas com as crianças, foram aplicados questionários aos pais. A versão curta do Questionário de Inibição Comportamental (BIQ-SF) é um instrumento de relatório de 14 itens para avaliar a inibição comportamental em crianças em idade pré-escolar. Exemplos de itens são: "Meu filho é tímido quando tem o primeiro encontro com novas crianças", "Meu filho fica chateado quando é deixado em situações novas pela primeira vez, por exemplo, na creche" e "Meu filho relata novas situações ou atividades como muito difíceis", que devem ser respondidas em escalas de 6 pontos.

Foram encontrados níveis mais altos de inibição comportamental e ansiedade social em meninas do que em meninos ($t(55) = 2,51$ e $t(52.41) = 2,72$) e correlações significativas entre a idade das crianças e o MS. O estudo mostrou que, com o aumento da idade, as

crianças usaram mais palavras durante o monólogo e entrevistas e tinham níveis mais baixos de MS. Os questionários mostram boa consistência interna, ou seja, todos os alfas de Cronbach variaram entre 0,81 e 0,91.

Três conclusões podem ser extraídas do estudo: primeiro, o temperamento característico da inibição comportamental estava associado a níveis elevados de ansiedade social ($r=0,82$), outros transtornos de ansiedade ($r=0,44$) e Mutismo Seletivo ($r=0,64$). Segundo, como hipótese inicial, os sintomas de ansiedade social estavam mais fortemente associados com o MS e número menor de palavras faladas do que sintomas de ansiedade não-social. Terceiro, foi encontrada uma correlação positiva significativa entre as pontuações do Questionário de Mutismo Seletivo (SMQ) e o número de palavras faladas durante a tarefa ($r=0,35$).

1.4.4 Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism (Shriver, Mark D. ; Segool, Natasha ; Gortmaker, Valerie). 2011.

Casos de crianças com Mutismo Seletivo atravessam, ao menos uma vez, os psicólogos educacionais e/ou os educadores. O Mutismo está ligado diretamente ao desempenho acadêmico, uma vez que esse ambiente exige a oralidade como forma de avaliação. Este estudo foca em observações comportamentais como um dado efetivo para se traçar uma estratégia de tratamento.

Esta pesquisa se baseou em dois principais objetivos: primeiro, identificar os ambientes e situações onde a criança fala e não fala e, segundo, focando em cada ambiente, identificar o que a criança faz para se comunicar. Importante registrar que este trabalho possui uma nota ao final do artigo, sugerindo que os dados coletados e mostrados não sejam utilizados como dados empíricos e sim como demonstração do que poderia acontecer no dia-a-dia das atividades de educadores e psicólogos escolares e os efeitos das intervenções.

Analisando cada caso apresentando, fica evidente a evolução das crianças diante dos estímulos dos educadores e dos pares. No caso 1, a criança voltou a falar em 80% das situações solicitadas e, no caso 2, a criança melhorou sua oralidade com o grupo e com a professora em 54%. Os dados apontam a importância da observação comportamental das crianças como forma de avaliar seu comportamento social e organizar a melhor intervenção para cada uma.

1.4.5 Social Phobia and Selective Mutism (Keeton, Courtney P. ; Crosby Budinger, Meghan). 2012

Este artigo traz uma revisão da literatura sobre dois transtornos (Fobia Social e Mutismo Seletivo) e suas correlações. A Fobia Social (FS) tem seu início, normalmente, na adolescência e o Mutismo Seletivo (MS) normalmente inicia-se antes dos 5 anos de idade. As medidas fisiológicas avaliam o sistema eletrocortical (por exemplo, a reatividade ao cortisol), o sistema cardiovascular (por exemplo, a variabilidade da frequência cardíaca), a atividade eletrodermal (por exemplo, a condutância da pele) e atividade de contração muscular (por exemplo, reflexo auditivo de sobressalto), e fornecem ligações entre atividades reguladoras do sistema nervoso autônomo e respostas comportamentais.

1.4.6 Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism (Alyanak, Behiye ; Kılınçaslan, Ayşe ; Harmancı, Halime Sözen ; Demirkaya, Sevcan Karakoç ; Yurtbay, Tülin ; Vehid, Hayriye Ertem). 2013.

O estudo investiga os problemas emocionais e comportamentais em crianças com Mutismo Seletivo juntamente com crenças parentais de seus cuidadores. Foram 26 crianças com Mutismo Seletivo e 32 crianças do grupo-controle saudáveis e os pais de todas elas. O ajuste parental e os estilos parentais não foram apenas reportados como fatores etimológicos, mas como fatores prognósticos. Remschmidt et al (2001) observou 45 casos clínicos de Mutismo Seletivo por 12 anos. Eles descobriram que o comportamento mudo das crianças precisava ser contextualizado e o conhecimento sobre distúrbios familiares foi importante para definir o prognóstico do tratamento. Há evidências comprovando que as condições familiares desfavoráveis, difíceis e não-cooperativas são predadores de resultados negativos no tratamento da criança.

Foram 58 crianças e pais, sendo 26 crianças com MS (11 meninos e 15 meninas na faixa etária de 5 a 13 anos) e 32 crianças no grupo controle (18 meninos e 14 meninas na faixa etária de 5 a 13 anos). O grupo de pacientes foi constituído por crianças internadas de 2006 a 2010 pelo Departamento de Psiquiatria da Criança e do Adolescente na faculdade de Medicina de Istambul. Os pacientes foram avaliados quanto aos critérios para o diagnóstico de Mutismo Seletivo. Posteriormente, os pais foram convidados a preencher formulários de avaliação sobre os ajustes psicológicos e as atitudes dos pais, entre eles, o CBCL, um questionário de 118 itens que avalia os sintomas comportamentais de uma criança.

De acordo com os dados coletados, as meninas com MS apresentaram maiores psicopatologias se comparado ao grupo de meninos com MS, envolvendo ansiedade, depressão e outros sintomas. A análise sobre a relação do sofrimento das mães e os problemas

comportamentais dos filhos apresentou correlações significativas com externalização ($r=0,42$, $p=0,035$) e internalização ($r=0,71$ e $p<0,001$).

1.4.7 Evaluation of Children With Selective Mutism and Social Phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal (Young, Brennan J ; Bunnell, Brian E ; Beidel, Deborah C). 2012.

Embora as crianças com fobia social (FS) e mutismo seletivo (MS) se apresentem similarmente em um ambiente clínico, permanece obscuro se as crianças com MS são incapazes de falar devido à ansiedade esmagadora, ou se a retenção da fala funciona como um mecanismo de evitação. Participaram do estudo 35 crianças (5-12 anos) com MS ($n = 10$), FS ($n = 11$) ou sem diagnóstico ($n = 14$). As medições incluíram classificações de clínicos, crianças e pais, bem como observações comportamentais e medidas psico-fisiológicas.

O mutismo seletivo (MS) caracteriza-se por uma retenção persistente da comunicação oral, ou uma falha em situações sociais em que a fala é esperada (por exemplo, na escola, entre pares), apesar da criança falar em outras situações (por exemplo, em casa). O MS é diagnosticado quando a recusa em falar interfere na realização educacional e/ou ocupacional ou na comunicação social apropriada.

O presente estudo comparou as respostas psico-fisiológicas de crianças com MS, FS e crianças sem diagnóstico psiquiátrico durante duas tarefas sociais. Todas as crianças e pais foram entrevistados por um clínico. Na maioria dos casos, o clínico entrevistou cada criança e pai separadamente; Entretanto, apenas entrevistas com os pais foram possíveis no caso de crianças do grupo MS. Após completar a entrevista diagnóstica, as crianças participaram de duas tarefas de interação social durante as quais foram avaliadas a atividade eletrodérmica, a pressão arterial e a frequência cardíaca.

As crianças no grupo de MS foram classificadas como tendo sintomas significativamente mais graves de FS do que as crianças no grupo de FS ($p <0,001$). As classificações para o grupo controle não foram atribuídas, uma vez que não preenchiam os critérios para um distúrbio. O grupo controle foi classificado como tendo significativamente melhor desempenho geral quando comparado com crianças nos grupos MS ($p <0,001$) e FS ($p <0,001$), enquanto que estes dois grupos não foram significativamente diferentes. As crianças nos grupos de MS e FS relataram maiores níveis de ansiedade social em comparação com as crianças do grupo controle ($p <0,001$).

1.4.8 Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism (Diliberto, Rachele A. ; Kearney, Christopher A.). 2016.

As características clínicas do MS apontam para crianças com perfis ansiosos e opositores. Para analisar essas hipóteses, as características comportamentais foram examinadas em uma amostra clínica de 57 jovens formalmente diagnosticados com mutismo seletivo e fatores de comportamento ligados à ansiedade e à oposição foram obtidos. O perfil de comportamento ansioso foi associado com sintomas de transtorno de ansiedade social, problemas sociais e comportamentos agressivos, mas não sintomas de Transtorno Opositor Desafiador. Identificar os aspectos específicos desses perfis clínicos pode, portanto, ser útil para os fonoaudiólogos e outros profissionais que normalmente abordam esta população. Identificar os aspectos específicos desses perfis clínicos pode ser útil para os fonoaudiólogos e outros profissionais que normalmente abordam esta população.

Participaram do estudo 57 jovens que receberam tratamento para MS numa instituição universitária especializada para jovens com transtornos de ansiedade. Os participantes, dentre eles 59,6% mulheres, eram europeus americanos (45,6%), hispânicos (21,1%), Multiracial / birracial (12,3%), asiático (10,5%), outro ou não declarado (8,8%) ou afro-americano (1,8%). Os pais eram casados (62,1%), divorciados (17,2%) ou separados (3,4%) e não relatados eram 17,2%. Os diagnósticos de comorbidade da amostra incluíram distúrbio de ansiedade social (82,5%), fobia específica (19,3%), distúrbio de ansiedade de separação (15,8%), transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (15,8%), transtorno de ansiedade generalizada (7,0%) e encoprese 5,3%), Transtorno Opositor e Desafiador (3,5%) e distímia (1,8%).

Foram aplicados questionários para avaliação dos sintomas nas crianças. O CBCL e o ADIS-P, no entanto, foram as únicas medidas comuns a todos os jovens avaliados e diagnosticados com MS. O CBCL foi completado por mães (71,9%), pais (14,0%), ou pais juntos ou desconhecidos (21,1%). As medidas foram administradas por estudantes avançados de doutorado em psicologia após um extenso treinamento de avaliadores.

Os perfis de comportamento ansiosos e opositores foram derivados estatisticamente. Os escores do perfil de comportamento ansioso foram associados a problemas sociais e sintomas de transtorno de ansiedade social, bem como comportamentos agressivos. Os escores de perfil de comportamento opositor foram associados com comportamentos agressivos e sintomas de transtorno opositor desafiador, bem como problemas sociais e inversamente com sintomas de transtorno de ansiedade social. As crianças com um perfil ansioso não exibiram altas taxas indicando uma postura desafiadora ou comportamentos de

oposição. No entanto, algumas pontuações apontam escores de sub-escala de comportamento agressivo.

1.4.9 P-260 - Selective mutism: a successfull case report (Barros, I.L. ; Lima, P.M.D.D.S. ; Abramovitch, S.). 2012.

A característica essencial do Mutismo Selectivo é a falha consistente em falar em situações sociais onde a fala é esperada, apesar da criança ser capaz de falar em situações familiares. A criança geralmente se recusa a falar na escola, mas fala normalmente e sem dificuldade em casa. A maioria dos casos começa na idade pré-escolar e tem curso transitório. As intervenções psicoterapêuticas e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina são considerados tratamentos de primeira e segunda linha, respectivamente.

O objetivo desta pesquisa foi descrever o tratamento bem-sucedido do mutismo seletivo em um menino em idade escolar. Este é um relato de caso sobre uma abordagem multidisciplinar em um menino que parou de falar com a idade de 3, e reiniciou a falar pelo tempo que ele tinha 8 anos de idade, após 1 ano de tratamento.

Resultados: Este estudo mostrou a melhora do paciente após a mudança de uma terapia de grupo para uma combinação de psicoterapia psiquiátrica + individual + tratamento fonoaudiológico + orientação familiar + trabalho educativo (escola). Este caso de mutismo seletivo teve melhores e mais rápidos resultados com um tratamento multidisciplinar do que terapias únicas.

1.4.10 Assessing Spoken Language Competence in Children with Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters (Klein, Evelyn R. ; Armstrong, Sharon Lee ; Shipon - Blum, Elisa). 2013

As crianças com Mutismo Seletivo exibem uma falha ao falar em situações selecionadas apesar de falar quando estão confortáveis. O objetivo deste estudo foi obter avaliações válidas da linguagem receptiva e expressiva em 33 crianças (idades de 5 a 12) com MS. Já que algumas crianças com MS falam com os pais mas não com um profissional, outra finalidade do estudo era explorar a eficácia de empregar pais para entregar estímulos de testes. Os pais receberam treinamento sobre a apresentação do material de um teste padronizado e foram monitorados durante a execução do mesmo por um profissional que marcou e interpretou os resultados. Assim, embora MS seja tipicamente classificado como um

transtorno de ansiedade, um déficit expressivo de linguagem narrativa subjacente foi identificado em 42% das crianças com MS usando este novo procedimento.

O objetivo desta pesquisa é apresentar um novo método de avaliação de habilidades de linguagem das crianças que emprega a prática aceita de usar padronizado, norma-referenciado testes e usando um pai da própria criança como um apresentador de teste em um esforço para minimizar a provocação de ansiedade. O objetivo principal deste estudo foi obter resultados válidos de avaliação do vocabulário receptivo e expressivo e discurso conectado, principalmente a linguagem narrativa, em crianças com MS. Os resultados da avaliação de fala e linguagem padronizados e referenciados por norma podem ajudar a determinar se uma criança tem déficit de fala e / ou linguagem.

Um total de 33 participantes foram recrutados de uma área de Filadélfia que é especializada no tratamento de MS. A amostra de 19 meninas e 14 meninos apresentou idade média de 7,25 anos (DP = 1,58 anos) com 49% aos 5 e 6 anos, 33% aos 7 e 8 anos e 18% aos 9 e aos 12 anos. Quase 70% dos pais relataram ter uma história de ansiedade em sua família imediata. Além disso, 33% das crianças estavam tomando pequenas doses de um inibidor seletivo da recaptção da serotonina para reduzir a ansiedade.

Houve o treinamento dos pais que foram instruídos a ler o protocolo do que “fazer e não fazer”. As medidas de vocabulário precederam as medidas de linguagem narrativa, e dentro de cada uma dessas categorias, os testes receptivos precederam os testes expressivos. Todas as 33 crianças falaram com seus pais durante o teste. Quando as crianças foram convidadas a nomear fotos de um dos testes para o profissional, o número de crianças que responderam verbalmente ao profissional caiu para 20 (61%). Para a compreensão de perguntas sobre histórias, as mesmas 20 crianças (61%) falaram com o profissional. Na proposta de narração oral (TNL-O), 18 dessas 20 crianças (55% do total 33) falaram com o profissional.

Dadas as descobertas deste estudo acerca de uma disparidade entre a competência da oralidade receptiva e expressiva, não se pode supor que todas as crianças com MS tenham capacidade de linguagem expressiva total. Embora pesquisas anteriores tenham revelado deficiências de linguagem sutis em crianças com MS, as medidas utilizadas geralmente incluíram a linguagem receptiva, respostas não-verbais, relatórios parentais e avaliações funcionais que não exigiram fala e, portanto, potencialmente subestimaram a extensão dos prejuízos de linguagem nessas crianças. Esta pesquisa demonstrou a eficácia e o valor de incluir os pais no processo de avaliação da competência comunicativa em crianças com MS.

1.4.11 Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and treatment of an African American Preschool Boy (Conn, Bridgid M ; Coyne, Lisa W). 2014.

Na primeira infância, diagnosticar MS pode ser particularmente desafiador, e a condição muitas vezes não é reconhecida até os anos escolares. Dada a comorbidade potencial dos déficits de ansiedade e comunicação, o tratamento pode ser desafiador e a participação nos programas educacionais da primeira infância permite uma intervenção sensível. Este é um estudo de caso de um garoto afro-americano que destaca os obstáculos e oportunidades únicas de avaliação e tratamento em um ambiente pré-escolar. Além disso, descrevemos uma abordagem comportamental em três etapas para abordar o MS em colaboração com educadores durante um período de 3 meses.

Max era um garoto afro-americano de 3 anos de idade que foi encaminhado para tratamento em uma clínica de pesquisa infantil pela equipe de educação inicial. Por seus professores, Max não tinha falado uma vez nas primeiras 2 semanas de escola. Sua mãe relatou que não demonstrou nenhum discurso atrasado ou problemático em casa. Ele falava principalmente com ela e muito minimamente com seus irmãos. Entretanto, fora de casa e com qualquer outro parente, inclusive seu pai biológico, ele era completamente mudo, comunicando-se apenas não verbalmente (com gestos).

No momento do tratamento, Max estava entrando em seu primeiro ano de pré-escola em uma cidade urbana na região nordeste dos Estados Unidos. Max foi encaminhado para a clínica de pesquisa da primeira infância contratada pela escola para avaliação no início do ano letivo. Seu professor primário relatou preocupação com a equipe de avaliação que, dado seu status não-verbal, Max não seria capaz de aprender efetivamente na sala de aula e poderia desenvolver, também, um atraso na fala. Além disso, temia que sua falta de interação social com seus colegas o impedisse de desenvolver habilidades sociais apropriadas à idade.

A avaliação consistiu de uma entrevista semi-estruturada com os pais, observações em sala de aula, comportamento da criança e medidas de desenvolvimento e consulta do professor. A mãe de Max consentiu em uma observação focada de 2 semanas de Max na sala de aula. No final da avaliação, Max permaneceu completamente não-verbal por mais de um mês. Os resultados das observações focadas indicaram que Max parecia ser um garoto tímido, independente, que exibiu alguma dificuldade de se envolver socialmente com seus pares.

Foram usados os instrumentos de CBCL e Denver II diretamente com os pais. Max passou todas as tarefas para sua faixa etária; no entanto, seus professores notaram que ele não poderia finalizar nenhuma das tarefas verbais propostas já que ele não estava atribuindo

respostas orais à elas. Para perguntas "sim / não", Max indicaria sua resposta acenando ou balançando a cabeça.

Um grupo de habilidades sociais foi realizado uma vez por semana durante meia hora com Max e duas outras crianças que ele conhecia anteriormente da sala de aula. Esses pares foram identificados pelos professores como pares pró-sociais e foram encaminhados ao grupo para apoiar o desenvolvimento de suas próprias habilidades sociais. Os estímulos duraram aproximadamente 3 meses (12 sessões). No final do tratamento, o grupo de habilidades sociais foi reintegrado na sala de aula.

Depois de cerca de um mês, Max indicou não verbalmente, acenando que queria ser o líder de um jogo proposta em sala de aula. Ao longo de dois meses, seu terapeuta gradualmente colocou mais "demandas" em Max para se comunicar verbalmente, a fim de alcançar uma meta desejada, como ter uma volta como líder em um jogo.

A próxima etapa do tratamento foi apoiar Max na generalização de sua comunicação verbal para a sala de aula usando o desvanecimento do estímulo. O desvanecimento do estímulo é a transferência do controle do estímulo através da atenuação do estímulo discriminativo. Pouco tempo depois, Max demonstrou um aumento significativo na comunicação verbal com professores e colegas dentro da sala de aula, estava participativo e, inclusive, cantando canções em sala. O tratamento de Max foi, então, encerrado.

No final do tratamento, Max estava se comunicando verbalmente e de forma frequente na sala de aula. Sua mãe também relatou que Max estava agora conversando com seu pai biológico e seus irmãos em casa. No geral, Max apareceu muito sociável e bem querido por seus colegas de classe. Ele não exibiu a mesma dificuldade sobre as interações sociais que ele tinha mostrado no início do tratamento.

1.4.12 Two Cases of Early Childhood Selective Mutism (Ale, Chelsea M ; Mann, Angela ; Menzel, Jessie ; Storch, Eric A ; Lewin, Adam B). 2013.

Mutismo seletivo (MS) é um transtorno altamente prejudicial que pode ocorrer normalmente quando a criança entra na escola. É notável seu impacto no desenvolvimento social e acadêmico da criança e continua sendo uma doença difícil de tratar e há uma pequena base de evidência para o tratamento comportamental. Evidências preliminares sugerem que o tratamento comportamental focado na exposição a interações sociais, desenvolvimento de habilidades sociais e envolvimento de cuidadores em tratamento pode ser promissor. Este artigo apresenta dois casos de MS na primeira infância para demonstrar a importância da

implementação de tratamento sob medida para atender às necessidades individuais de cada família e ajudar as crianças a retomarem o desenvolvimento social saudável.

Este artigo apresenta dois casos de MS com o objetivo de demonstrar complexidades de tratamento e implementação flexível de técnicas comportamentais com crianças pequenas e suas famílias. Brian e Zoe (pseudônimos) são duas crianças americanas americanas de 5 anos que apresentaram seus pais a uma clínica de especialidade de ansiedade hospitalar universitária. No momento da avaliação, nenhuma criança falava fora do lar.

As informações de avaliação de Brian não forneceram nenhuma indicação de humor deprimido, comportamento desatento ou hiperativo, tiques, Transtorno obsessivo-compulsivo, outros transtornos de ansiedade, distúrbio do espectro do autismo ou Transtorno Opositordesafiador.

Com base nas informações obtidas durante a entrevista clínica e revisão de registro, os pais de Zoe descreveram um declínio gradual nos comportamentos de fala de Zoe que começou logo após o nascimento de sua irmã mais nova. No momento em que Zoe apresentou para tratamento, Zoe só falava na proximidade de seus pais em um ambiente privado. Zoe ocasionalmente se comunicava em ambientes públicos, sussurrando diretamente pra seus pais. Estes casos destacam a importância da exposição "in-vivo" para a extinção da ansiedade e habilidades generalizantes. Em ambos, as crianças praticavam a aproximação de novos colegas na clínica ou em ambientes naturalistas como playgrounds ou na escola. As tarefas de exposição in-vivo demonstraram ser superiores aos scripts de exposição imaginária na extinção de medos e na generalização dos ganhos de tratamento. Além disso, estes casos demonstram a importância do envolvimento dos pais no tratamento. Os pais desempenham um papel único no fornecimento de reforço às crianças, mas no caso das crianças com MS, pode ser mais importante expor os pais aos seus filhos para que tolerem os estímulos que geram ansiedade durante as tarefas de exposição.

Os dois casos de Brian e Zoe ilustram a adaptação de princípios comportamentais empiricamente suportados. Entender os princípios subjacentes em programas de recompensa e hierarquias de exposição permite ao terapeuta ensinar os pais a implementar de forma flexível o tratamento fora e além da sessão. Além disso, quando se trabalha com crianças pequenas em particular, é importante adaptar o tratamento às necessidades atuais da criança. Como nesses casos, os terapeutas modificaram os sistemas de recompensa e o nível de dificuldade das exposições para continuar a engajar e motivar os pacientes e as famílias.

1.4.13 Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5 (Muris, Peter ; Ollendick, Thomas). 2015.

O mutismo selectivo (MS) é um distúrbio relativamente raro da infância caracterizado por uma falha consistente em falar em situações específicas (por exemplo, escola ou situações sociais) apesar da criança falar normalmente em outros contextos, como em casa. A última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) lista o MS entre os transtornos de ansiedade. A revisão da literatura nos aponta evidências de que a ansiedade seja proeminente em muitas crianças que sofrem desta condição. Além disso, a pesquisa sobre a etiologia e o tratamento do MS também corrobora a conceituação do MS como um transtorno de ansiedade. Ao mesmo tempo, pontos críticos podem ser levantados sobre a classificação do MS como um transtorno de ansiedade, como é mostrado neste estudo.

Muitas revisões têm aparecido na literatura psicológica que levou à decisão de classificar o MS como um transtorno de ansiedade no DSM-5. O presente artigo centra-se especificamente na relação entre ansiedade e esta condição psiquiátrica.

A edição atual do DSM (isto é, DSM-5) considera MS como um Transtorno de ansiedade (APA 2014). Como ficou claro a partir desta revisão, existem várias razões para justificar este ponto de vista. Em primeiro lugar, a pesquisa mostra que a ansiedade é uma característica proeminente do MS: Crianças com esta condição psiquiátrica exibem sintomas e comportamentos relacionados à ansiedade e muitas vezes cumprem os critérios diagnósticos de um transtorno de ansiedade comórbida. Em segundo lugar, quando se olha para a etiologia do MS, estão envolvidos muitos fatores que também desempenham um papel na origem de outros transtornos de ansiedade na infância (por exemplo, inibição comportamental, controle parental, experiências estressantes). Terceiro, terapias comportamentais e cognitivocomportamentais e farmacoterapia com inibidores de serotonina foram encontrados para ser mais eficaz para o tratamento de crianças com MS, e precisamente, essas abordagens de tratamento também são vistos como as intervenções mais ideais para crianças com transtornos de ansiedade.

A literatura forneceu um apoio claro para um elo entre MS e ansiedade, mas ainda há um debate sobre a natureza precisa dessa relação. Há uma forte tendência na literatura em considerar a MS como uma forma especial de fobia social, com alguns autores argumentando que a condição deve ser vista como um sintoma extremo desse transtorno de ansiedade e outros que propõem que MS é uma variante da fobia social na infância. Bons argumentos podem ser avançados para ambas as posições.

1.4.14 The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders (Martinez, Yvonne J ; Tannock, Rosemary ; Manassis, Katharina ; Garland, E. Jane ; Clark, Sandra ; Mcinnes, Alison). 2015.

O mutismo seletivo (MS) é um transtorno da infância onde a criança apresenta um comportamento de não fala e situações selecionadas onde há expectativa que ela fale. Contudo, a criança não apresenta problemas de comunicação em casa, tampouco qualquer transtorno ligado à comunicação. Tem havido um foco na elucidação das diferenças entre MS e transtorno de ansiedade (TA) na literatura recente. O papel do professor na avaliação de crianças com MS e transtornos de ansiedade, e as direções futuras são discutidos neste estudo. O presente estudo foi parte de uma investigação multi-local mais ampla sobre as habilidades cognitivas e de linguagem em crianças com ansiedade e com MS diagnosticadas em três grandes hospitais urbanos em grandes cidades do Canadá. As crianças com esses diagnósticos encaminhadas para qualquer uma das três clínicas foram recrutadas para participação no estudo. Houve um total de 91 crianças no estudo original. Destas, 33 crianças tinham escores MS válidos. Houve um total de 19 crianças com diagnóstico clínico de MS, conforme determinado pelo diagnóstico clínico, usando o Cronograma de Entrevistas de Transtornos de Ansiedade: Programa de Entrevista com os Pais (ADIS-P, Silverman & Albano, 2004). Dez crianças tiveram o diagnóstico de TA (ou seja, TA social, TA generalizada, fobia específica, TA e separação, etc.) e 4 crianças não atenderam critérios diagnósticos de MS ou TA. Assim, nossas análises incluíram 29 crianças.

Realizou-se um teste t de amostras independentes para investigar se os escores de subescala MS iriam discriminar entre crianças com MS versus TA. As pontuações de subescala de MS entre os dois grupos foram estatisticamente significativas, $t(29) = -3,67$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,33$, em que as crianças com MS apresentaram pontuação significativamente menor na subescala MS comparada com as crianças com TA. As pontuações mais baixas na subescala MS indicam mais dificuldade com os comportamentos de fala.

1.4.15 Augmented Self-Modeling as an Intervention for Selective Mutism (Kehle, Thomas J. ; Bray, Melissa A. ; Byer - Alcorace, Gabriel F. ; Theodore, Lea A. ; Kovac, Lisa M.). 2012.

O tratamento de auto-modelagem aumentado tem sido relativamente bem sucedido na promoção da diminuição rápida do mutismo seletivo e das características associadas. Além disso, é talvez o menos invasivo dos tratamentos usados atualmente. Após a implementação

bem sucedida de um tratamento de auto-modelagem aumentada, estas características associadas são frequentemente substancialmente atenuadas ou eliminadas na sua totalidade. É importante que os pais estejam envolvidos, uma vez que são muitas vezes parte integrante da intervenção. Pode ser incluído, por exemplo, como parte do tratamento, os pais passarem um tempo com o filho em sua sala de aula fora do horário escolar, sozinhos e/ou com um amigo de sua turma.

O gerenciamento de contingência emprega a preparação de uma hierarquia específica de recompensas ou condições que são conhecidas ou previstas para serem favoráveis à criança-alvo e que atuam como reforço quando a criança executa um comportamento-alvo. As condições para essas recompensas tornam-se mais rigorosas à medida que o tratamento progride, exigindo que a criança exiba comportamentos que estão cada vez mais próximos do objetivo final.

As técnicas de desvanecimento de estímulo começam por trabalhar com os alunos num ambiente onde, com um ligeiro impulso, exibem um comportamento alvo, ao passo que mudam gradualmente o ambiente terapêutico e / ou a contingência de reforço para se assemelharem às expectativas do ambiente desejado. A dessensibilização sistemática utiliza, tipicamente, o treinamento de habilidades de relaxamento, juntamente com a exposição gradual aos estímulos que o terapeuta prediz será cada vez mais ansiosa para o cliente, passando ao próximo grau de intensidade à medida que a criança supera a anterior.

A Auto-modelagem tem sido retratada na literatura como uma intervenção particularmente potente para o tratamento de crianças e adultos jovens com mutismo seletivo.

Auto-modelagem, como definida por Dowrick (1999), como um procedimento de intervenção usando a observação de imagens de si mesmo engajados em comportamento adaptativo. Mais comumente, essas imagens são capturadas em vídeo, editadas em vinhetas de 2-4 minutos e revistas repetidamente para aprender habilidades ou se adaptar a ambientes desafiadores. Ocorre em um dos dois formatos: modelagem de áudio, em que a criança cria breves gravações de seu discurso em situações adaptativas e as revê para que a criança possa ouvir como será quando ele puder conversar com outros ou a modelagem em vídeo, em que a criança é realmente filmada produzindo discurso bem-sucedido no ambiente desejado e revêlo várias vezes, vendo-se conversando com êxito com outros.

Em resumo, o mutismo seletivo pode ser uma doença difícil de tratar e para os pais lidarem com seus filhos. Felizmente, existem tratamentos empiricamente baseados, incluindo auto-modelagem, que são eficazes.

1.4.16 Selective Mutism: A Team Approach to Assessment and Treatment in the School Setting. (Ponzurick, Joan M.). 2012.

A enfermeira da escola desempenha um papel fundamental na avaliação e no tratamento do mutismo seletivo (MS), um transtorno raro encontrado em crianças na pré-escola ou início do Ensino Fundamental.

Devido à ansiedade, as crianças com MS não falam em situações desconfortáveis, principalmente no ambiente escolar. O diagnóstico de MS geralmente é atrasado devido à falta de conhecimento e informativo sobre o Transtorno.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado fornecem o amparo necessário às crianças para a superação do quadro de MS. A enfermeira da escola desempenha um papel crítico como membro da Equipe de Apoio à Instrução (EAI). A enfermeira da escola, como ligação em equipe, fornece comunicação entre pais, pessoal da escola e pessoal médico e podem intervir no momento certo. Este artigo discute uma abordagem de equipe para a avaliação e tratamento de MS e o papel do enfermeiro escolar na escola.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa *Mutismo Seletivo e escola: um estudo descritivo e teórico*, conduzida por Patricia Reis Candeias, psicóloga e Mestranda em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Este trabalho está dividido em dois estudos que tem por objetivo oferecer uma revisão da literatura do Transtorno de Mutismo Seletivo e fazer um levantamento do conhecimento dos educadores, psicólogos escolares, pais e população em geral sobre o Transtorno. Você foi selecionado (a) para participar do estudo 2.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada. A realização da entrevista acontecerá por email. O tempo médio para responder as perguntas é de 10 minutos e esta pesquisa acontecerá no 2º semestre de 2017 e será conduzida por Patricia Reis Candeias.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual. O nome dos participantes, escola e da criança, cujo tratamento estará sendo discutido, serão modificados para assegurar o sigilo da participação de todos nesta pesquisa.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e instituições participantes.

Segue o contato do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento:

- 1) Contatos do pesquisador responsável: Patricia Reis Candeias, Psicóloga, Mestranda, email: patriciacandeias@hotmail.com, telefone (21) 99531-9005.
- 2) Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura da pesquisadora:

APÊNDICE C - Questionários



! Questionário sobre Mutismo Seletivo (Educadores)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa Mutismo Seletivo e escola: um estudo descritivo e teórico, que integra a dissertação de mestrado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro de Patricia Reis Candeias.

Leia as perguntas a seguir com atenção e responda verdadeiramente. Você pode tirar dúvidas sobre o questionário a qualquer momento. Você deverá informar seus dados pessoais e responder o questionário a seguir baseado em seu conhecimento prévio.

1) Você já ouviu falar sobre Mutismo Seletivo? () Sim () Não

Em caso afirmativo:

a) Qual a definição que você daria para o Transtorno de Mutismo Seletivo?

Quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

2) A escola onde você trabalha ou já trabalhou precisou lidar com algum caso de Mutismo Seletivo? () Sim () Não

3) O quanto a timidez de uma criança na sua escola é uma preocupação para você, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) O quanto uma criança agitada e que fala muito é uma preocupação para você na sua escola, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 5) Se você tivesse que conviver com uma criança por apenas 10 minutos, o que você iria preferir:
- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)
 - () interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)
- 6) Se você tivesse que conviver com uma criança por 30 minutos, o que você iria preferir:
- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)
 - () interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)
- 7) Se você tivesse que conviver com uma criança por 4 horas, o que você iria preferir:
- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)
 - () interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)
- 8) Se você tivesse que conviver com uma criança por 1 dia inteiro, o que você iria preferir:
- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)
 - () interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)



Questionário sobre Mutismo Seletivo (Psicólogos)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa Mutismo Seletivo e escola: um estudo descritivo e teórico, que integra a dissertação de mestrado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro de Patricia Reis Candeias. Leia as perguntas a seguir com atenção e responda verdadeiramente. Você pode tirar dúvidas sobre o questionário a qualquer momento. Você deverá informar seus dados pessoais e responder o questionário a seguir baseado em seu conhecimento prévio.

Dados Pessoais:

Nome:

Idade:

Tem filhos? Quantos? Idade?

Escolaridade:

Profissão:

Anos de experiência profissional em instituição escolar com crianças até 8 anos:

1) Você já ouviu falar sobre Mutismo Seletivo? () Sim () Não

Em caso afirmativo:

a) Qual a definição que você daria para o Transtorno de Mutismo Seletivo?

b) Quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

2) A escola onde você trabalha ou já trabalhou precisou lidar com algum caso de Mutismo Seletivo? () Sim () Não

3) O quanto a timidez de uma criança na sua escola é uma preocupação para você, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) O quanto uma criança agitada e que fala muito é uma preocupação para você na sua escola, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) Se você tivesse que conviver com uma criança por apenas 10 minutos, o que você iria preferir:

- que ela fosse mais calada (perfil tímido)
- interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

6) Se você tivesse que conviver com uma criança por 30 minutos, o que você iria preferir:

- que ela fosse mais calada (perfil tímido)
- interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

7) Se você tivesse que conviver com uma criança por 4 horas, o que você iria preferir:

- que ela fosse mais calada (perfil tímido)
- interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

8) Se você tivesse que conviver com uma criança por 1 dia inteiro, o que você iria preferir:

- que ela fosse mais calada (perfil tímido)
- interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)



Questionário sobre Mutismo Seletivo (Pais e população geral)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa Mutismo Seletivo e escola: um estudo descritivo e teórico, que integra a dissertação de mestrado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro de Patricia Reis Candeias. Leia as perguntas a seguir com atenção e responda verdadeiramente. Você pode tirar dúvidas sobre o questionário a qualquer momento. Você deverá informar seus dados pessoais e responder o questionário a seguir baseado em seu conhecimento prévio.

Dados Pessoais:

Nome:

Idade:

Tem filhos? Quantos? Idade?

Escolaridade:

Profissão:

1) Você já ouviu falar sobre Mutismo Seletivo? () Sim () Não

Em caso afirmativo:

a) Qual a definição que você daria para o Transtorno de Mutismo Seletivo?

b) Quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?

2) Se você tivesse que conviver com uma criança por apenas 10 minutos, o que você iria preferir:

- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)
 () interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

3) Se você tivesse que conviver com uma criança por 30 minutos, o que você iria preferir:

- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)
 () interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

3) Se você tivesse que conviver com uma criança por 4 horas, o que você iria preferir:

- () que ela fosse mais calada (perfil tímido)

interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

4) Se você tivesse que conviver com uma criança por 1 dia inteiro, o que você iria preferir:

que ela fosse mais calada (perfil tímido)

interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)

APÊNDICE D - Perguntas e público-alvo

Perguntas para pais, educadores, psicólogos e população geral sobre MS

Pergunta	Público-Alvo	Tipo de resposta
Você já ouviu falar sobre Mutismo Seletivo?	Psicólogos escolares, pais, população em geral e educadores de crianças até 8 anos	Sim ou Não
Qual é a definição do Transtorno de Mutismo Seletivo?	População geral, pais, psicólogos escolares e educadores de crianças até 8 anos	Extensa
Para você, quando podemos dizer que uma criança desenvolveu o quadro de Mutismo Seletivo?	População geral, pais, psicólogos escolares e educadores de crianças até 8 anos	Extensa
A escola onde você trabalha ou já trabalhou precisou lidar com algum caso de Mutismo Seletivo?	Psicólogos escolares e educadores de crianças até 8 anos	Sim ou Não
O quanto a timidez de uma criança na sua escola é uma preocupação para você, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?	Somente aos educadores de crianças até 8 anos e psicólogos escolares	Escala de 1 a 10

<p>O quanto uma criança agitada e que fala muito é uma preocupação para você na sua escola, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “nenhuma preocupação” e 10 significa “gera muita preocupação”?</p>	<p>Somente aos educadores de crianças até 8 anos e psicólogos escolares</p>	<p>Escala de 1 a 10</p>
<p>Se você tivesse que conviver com uma criança por apenas 10 minutos, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?</p>	<p>População geral, psicólogos escolares, pais e educadores de crianças até 8 anos</p>	<p>Perfil tímido ou Perfil comunicativo</p>
<p>Se você tivesse que conviver com uma criança por 30 minutos, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?</p>	<p>População geral, psicólogos escolares, pais e educadores de crianças até 8 anos</p>	<p>Perfil tímido ou Perfil comunicativo</p>
<p>Se você tivesse que conviver com uma criança por 4 horas, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?</p>	<p>População geral, psicólogos escolares, pais e educadores de crianças até 8 anos</p>	<p>Perfil tímido ou Perfil comunicativo</p>
<p>Se você tivesse que conviver com uma criança por 1 dia inteiro, o que você iria preferir: que ela fosse mais calada (perfil tímido) ou interagisse muito verbalmente (perfil comunicativo)?</p>	<p>População geral, psicólogos escolares, pais e educadores de crianças até 8 anos</p>	<p>Perfil tímido ou Perfil comunicativo</p>

APÊNDICE E - Dados Socioeconômicos**Dados Socioeconômicos**

1. Qual o seu sexo? () Feminino () Masculino.
2. Idade? _____
3. Qual seu grau de escolaridade?
() não alfabetizado
() ensino fundamental: () completo () incompleto
() ensino médio: () completo () incompleto
() ensino superior: () completo () incompleto
() Pós graduação: () completo () incompleto
4. Qual a sua profissão? _____
5. Você trabalha atualmente?
() Sim Onde? _____
() Não
6. Você trabalha ou já trabalhou com crianças de 0 a 6 anos?
() Sim Local: _____ Período em anos: _____
() Não
7. Qual a renda mensal de sua casa, aproximadamente? (Marque apenas uma resposta)
() Nenhuma renda.
() Até 1 salário mínimo
() De 1 a 3 salários mínimos
() De 3 a 6 salários mínimos
() De 6 a 9 salários mínimos
() De 9 a 12 salários mínimos
() De 12 a 15 salários mínimos
() Mais de 15 salários mínimos
8. Quantos (as) filhos (as) você tem?
() Um (a). Idade: _____
() Dois (duas). Idade: _____

Três. Idade: _____

Quatro ou mais. Idade: _____

Não tenho filhos (as)

APÊNDICE F - Tabelas socioeconômicas

Tabela 3 - Dados Socioeconômicos dos psicólogos escolares

SEXO	ESCOLARIDADE	IDADE	PROFISSÃO	LOCAL DE TRABALHO	TRAB. COM CRIANÇAS ATÉ 8 ANOS	ONDE	QUANTO TEMPO
F	Doutorado	41	psicóloga	Ambulatório de saúde mental	sim	creche	10 anos
F	Pós graduação	28	Psicóloga	consultório	sim	escola	4 anos
F	Pós graduação	34	Psicóloga e orientadora educacional	Associação Educacional G. de Meneses	sim	creche	1 ano
F	doutorado	41	Psicóloga e prof. universitária	IFRJ	sim	Creche/consultório	7anos/9anos
F	Superior completo	47	psicóloga	Creche Studio	sim	creche	20 anos
F	Pós graduação	43	psicóloga	Escola de Edu. Inf/consultório	sim	creche	20 anos
F	Pós graduação	52	psicóloga	creche	sim	creche	6 anos
F	doutorado	42	Psicóloga/ prof. universitária	Creche/ UERJ	sim	creche	21 anos
F	Mestrado	36	Psicóloga	Consultório e escola	sim	Consultório e escola	12 anos/2 anos

Tabela 4 - Dados Socioeconômicos da população geral

SEXO	ESCOLARIDADE	IDADE	PROFISSÃO	LOCAL	TRABALHA COM CRIANÇAS ATÉ 8 ANOS	ONDE	QUANTO TEMPO
F	Ensino médio	20	podóloga		Não		
F	Superior incompleto	54	Professora de ballet	Studio de dança Rosa Rio	sim	Escola de dança	1 ano
F	Ensino médio	36	militar	CEFAP	Não		
F	Ensino médio	48	Téc. enfermagem	UPA	Não		
F	fundamental	23	aposentada		Não		
F	Superior incompleto	26	Analista financeira	Empresa privada	Não		
M	Ensino médio	46	vendedor	loja	Não		
F	Ensino médio	26	babá	Casa de família	Não		
F	mestrado	45	professora	Escola e curso preparatório	Não		
F	Pós incompleta	32	Professora/ artesã	Lojas e feiras	não		
F	Ensino mpedio	23	Gerente comercial	loja	Não		
F	Superior incompleto	29	estudante	Não trabalha	sim	escola	6 meses
F	Pós graduação	62	publicitária	não	não		
M	mestrado	65	engenheiro	aposentado	não		
F	Ensino médio	34	secretária	Consultório médico	Não		

Tabela 5 - Dados Socioeconômicos da população geral

S E X O	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	L O C A L deTRABA LHO	T R A B . C O M C R I A N A T É 6 anos	ONDE	Qt tempo	
F	superior	professora	Creche	sim	creche	4 anos	
F	superior	professora	creche	sim	creche	1 ano	
F	Pós graduação	pedagoga	creche	SIM	V á r i a s creches	16 anos	
F	superior	professora	creche	sim	creche	2 anos e meio	
F	Pós graduação incompleta	professora	N ã o trabalha	sim	escola	1 ano	
F	Pós graduação incompleta	professora	E D I Município RJ	sim	escolas	2anos	
F	superior	professora	E D I município RJ	sim	escolas	5 anos	
F	superior	professora	E D I município do RJ	sim	escola	5 anos	
F	superior	professora	E D I município do RJ	sim	escola	4 anos	
F	superior	professora	E D I município do RJ	sim	escola	2 anos	
F	superior	professora	EDI RJ	sim	escola	8 anos	
F	superior	professora	EDI RJ	sim	escola	4 anos	
F	superior	professora	EDI RJ	Sim	escola	8 anos	
M	superior	Professor	EDI RJ	sim	escola	17 anos	
F	superior	professora	EDI RJ	sim	escola	16 anos	

Tabela 6 - Dados Socioeconômicos dos pais de crianças até 8 anos

SEXO	ESCOLARIDADE	IDADE	PROFISSÃO	LOCAL	TRABALHA COM CRIANÇAS ATÉ 8 ANOS	ONDE	QUANTO TEMPO
M	fundamental	42	motorista	Multi nacional	não		
F	Pós graduação	34	psicóloga	INCA	sim	INCA	3 anos
F	Superior incompleto	32	doceira	Em casa	não		
F	mestrado	50	Nutricionista e militar	Quartel e consultório	não		
F	Superior incompleto	23	Comerciante e babá	Negócio próprio	sim	Em casa	2 anos
F	Ensino médio	38	Auxiliar de creche	escola	sim	EDI	2 anos
F	Ensino médio	38	Auxiliar de creche	EDI	sim	EDI	6anos
F	Ensino médio	23	vendedora	loja	Não		
0	Superior completo	42	artesã	Em casa	Não		
F	Superior comp.	40	comerciante	Loja própria	não		
F	Superior comp.	40	professora	escola	Não		
F	Ensino médio	40	Aux. De produção	fábrica	não		