

UFRRJ

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

Programa Borboleta: Psicoeducação para Pais e Cuidadores de Crianças com Mutismo Seletivo

Francilene Rosa Torraca

2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PROGRAMA BORBOLETA: PSICOEDUCAÇÃO PARA PAIS E CUIDA-
DORES DE CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO**

FRANCILENE ROSA TORRACA

Sob a orientação da professora
Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração em Intervenção Terapêutica.

Seropédica, RJ
Abril de 2024

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T688p Torraca, Francilene , 1974-
PROGRAMA BORBOLETA: PSICOEDUCAÇÃO PARA PAIS E
CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO /
Francilene Torraca. - Rio de Janeiro, 2024.
145 f.

Orientador: Ana Claudia de Azevedo Peixoto.
Tese(Doutorado). -- Universidade Federal Rural do Rio
de Janeiro, PPGPSI, 2024.

1. Mutismo Seletivo. 2. TCC. 3. Psicoeducação. 4.
Orientação Parental. 5. Ansiedade Infantil. I. de
Azevedo Peixoto, Ana Claudia , 1973-, orient. II
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. PPGPSI
III. Título.


**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO
DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FRANCILENE ROSA TORRACA


Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 03/05/2024


Membros da banca:

 Documento assinado digitalmente
ANA CLAUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO
Data: 08/05/2024 14:32:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (Orientadora,
Presidente da banca)
UFRRJ

 Documento assinado digitalmente
CRISTIANE MOREIRA DA SILVA
Data: 11/05/2024 11:59:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Cristiane Moreira da Silva UCP

 Documento assinado digitalmente
KARLA DA COSTA SEABRA
Data: 09/05/2024 17:40:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Karla da Costa Seabra UERJ

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha amada, Anna Clara, que me impulsiona todos os dias na realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Um sonho realizado! Consegui chegar até aqui e, como sempre digo, nós não construímos nada sozinhos. Lembro-me até hoje de minha ida a uma palestra em que conheceria minha orientadora e solicitaria a supervisão de meu primeiro caso de mutismo seletivo. Dra. Ana Claudia me atendeu no final da palestra e ali, anos atrás, iniciamos nossa caminhada.

Agradeço a ela por ter estado durante esses anos me supervisionando e por me permitir ser orientada por ela no mestrado. Foi o momento mais desafiador da minha vida, devido a inúmeros problemas pessoais e desafios profissionais. Obrigada, Ana, por ter segurado a minha mão. Você é uma inspiração diária na minha vida. Deus abençoe seus dias nessa terra.

Obrigada à professora Patrícia Maria de Azevedo Pacheco, que esteve na minha banca de qualificação. À minha banca atual, professoras Karla Seabra e Cristiane Moreira da Silva, por terem aceitado o convite de estar comigo nesse momento tão importante.

Agradeço à equipe do Levica. Vocês são potentes e é uma honra estar junto com vocês.

Agradeço a Ana Carolina Fagundes e Laís Dias, minhas estagiárias no início desse projeto. Participaram desta pesquisa, sendo meu apoio e suporte, efetivamente pro ativas, assertivas e disponíveis. Vocês, hoje, são psicólogas formadas e atuantes. Tenho a honra de tê-las por perto. Obrigada por estarem comigo e terem sido ombro para minhas lágrimas, em muitos momentos. Faz muita diferença na vida ter tanta potência ao lado. Kelly não participou diretamente da pesquisa, mas foi apoio na minha clínica, para que eu pudesse em inúmeros momentos me dedicar a pesquisa. Bárbara chegou há pouco tempo na equipe e também contribuiu demais na finalização desse projeto. Obrigada, meninas. Vocês são incríveis.

Agradeço à vereadora Tânia Bastos e equipe por terem me recebido com carinho e escutado minhas solicitações. Mais que isso, nós aprovamos três leis que dão visibilidade ao mutismo seletivo e estamos em busca da execução delas.

Agradeço a Lise Orti e Kelson Yoshioka, profissionais que se tornaram amigos. Presen-tes que o MS me trouxe. Vocês são seres humanos especiais.

Agradeço a Luiny Medeiros e Andrea Stamford, colegas de trabalho que se tornaram amigas queridas. Trilharam comigo esse caminho de conhecimento e militância do mutismo seletivo. Obrigada pelo projeto lindo que nós realizamos juntas, o livro de orientação sobre o mutismo seletivo. Vocês são muito especiais para mim.

Agradeço às famílias que confiaram no meu trabalho. Hoje nós somos uma rede de compartilhamento e informação sobre o mutismo seletivo. Vocês são importantes demais nessa caminhada de disseminação sobre o mutismo seletivo e foram inspiração para a criação desse programa.

Agradeço aos meus pais por terem estado comigo em todo tempo, dando-me suporte para estudar e sendo presentes na vida do meu bem mais precioso, minha filha Anna Clara. Em inúmeras noites e ausências pude contar com vocês dando cobertura para que eu conseguisse chagar até aqui.

Agradeço a Anna Clara, minha filha amada, por existir e ser minha força para o enfrentamento de tantos desafios que a vida tem me colocado.

Ao meu Deus, por sempre realizar meus sonhos e me dar forças para eu seguir em frente.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001 ”

BIOGRAFIA

Sempre sonhei em contribuir com o bem estar das pessoas e colaborar com o desenvolvimento humano. Minha trajetória acadêmica, voltada para a vontade de ensinar, iniciou-se no curso de formação de professores, no qual tive acesso, pela primeira vez, aos encantos do prazer de ensinar. Acabei minha formação de professores com 17 anos e logo fiz vestibular para Psicologia. Minha ideia e vontade sempre foram tornar-me uma profissional que oferecesse às pessoas escuta e acolhimento. Iniciei meu Bacharelado na Faculdade Humanidades Pedro II (FAHUPE) e, logo de início, encantei-me com a Psicologia Escolar. A FAHUPE passou por intervenção no MEC e os estudantes tiveram que ser distribuídos por várias faculdades no Rio de Janeiro. Eu fui realocada para a Universidade Celso Lisboa, onde finalizei minha formação em Psicologia em 1999.

No ano 2000, encantada pelas questões que inviabilizavam o aprendizado, cursei Psicopedagogia Clínica e Institucional. Trabalhei por anos em consultório tratando crianças com dificuldades para aprender, visitando escolas, dando palestras para equipes e pais. Anos depois, escolhi a Pedagogia como minha segunda graduação, devido à demanda de pacientes por avaliação nas dificuldades de aprendizagem. Com tantos diagnósticos errados e intervenções equivocadas, optei pela especialização em avaliação neuropsicológica, que foi de suma importância no desenvolvimento do meu trabalho. Com minha paixão por ensinar cada vez mais forte, passei a ministrar aulas com a temática de transtornos de aprendizagem e ansiedade infantil.

No Setor de Perícias Judiciais do Estado do Rio de Janeiro (SEJUD), comecei a fazer perícias a pedido dos juízes para ajudá-los a elucidar dúvidas sobre a saúde mental das partes necessárias. Esse trabalho ampliou muito meu conhecimento, porque passei a avaliar, em neuropsicologia, outros transtornos, fragilidades emocionais e colaborar para uma sentença mais verdadeira. Trabalhei com casos de vara de família, casos trabalhistas, como assédio moral, síndromes depressivas e ansiosas, burnout, violência infantil e com mulheres, bullying, entre outros.

Em 2019, iniciei minha carreira de escritora, lançando, em 2020, em coautoria, o livro *Mapeamento Comportamental 2*, sobre depressão – uma doença silenciosa nas organizações. Minha atuação clínica hoje é em consultório próprio, no bairro da Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro, através da abordagem clínica da terapia cognitivo-comportamental e sistêmica.

Minha história com o mutismo seletivo começou há 4 anos, quando tive a oportunidade de assumir um caso clínico de uma criança de 3 anos com esse transtorno e fui buscar fontes de conhecimento para o atendimento clínico. Percebi que havia pouca literatura e poucos profissionais devidamente habilitados e com as técnicas corretas de intervenção. Tive então a oportunidade de conhecer a dra. Ana Cláudia Peixoto de Azevedo, com quem pude aprender sobre as técnicas e ferramentas clínicas específicas. Juntas, tivemos um excelente resultado e hoje, a paciente, já de alta, rendeu-me inspiração para escrever um livro sobre o mutismo seletivo.

O livro, lançado em 2021, em parceria com a dra. Natasha Ganem, médica psiquiatra, conta toda a trajetória do tratamento. Em 2021, ainda em parceria com ela e mais outras duas colegas psicólogas, Luiny Medeiros e Andréa Stamford, lançamos o livro *Mutismo seletivo: Orientação para Pais, Terapeutas, Educadores e Curiosos*. Neste livro, abordamos os transtornos de ansiedade na infância e as técnicas de tratamento utilizadas no mutismo seletivo.

Em 2020, devido à grande procura por informações em minhas redes sociais sobre o mutismo seletivo, decidi lançar um projeto voluntário de psicoeducação para pais de todo Brasil que quisessem receber orientação e informação sobre o assunto. A primeira edição foi um sucesso com 58 famílias cadastradas. No final de 2020, devido à importância que este grupo passou a ter na vida das famílias com filhos mutistas, junto com a dra. Natasha Ganem, abrimos uma organização não-governamental (ONG), a Associação Brasileira de Mutismo Seletivo e

Ansiedade Infantil (ABRAMUTE), com o objetivo de dar visibilidade ao mutismo seletivo, transtorno negligenciado na infância. Nós entendíamos que era preciso trabalhar na conscientização pública.

Em 2022, lancei um curso *on-line*, *Superando o Mutismo Seletivo – Do diagnóstico à Intervenção*, para que profissionais pudessem conhecer e aprender a tratar as crianças com mutismo seletivo, democratizando o conhecimento sobre o tratamento do transtorno com renda direcionada a ONG. Meu trabalho à frente da ONG ABRAMUTE para conscientizar, informar e democratizar informações sobre o transtorno afetou as políticas públicas e gerou 3 leis: 7.506/2022, que inclui o dia Municipal de conscientização do mutismo seletivo no calendário oficial da cidade; 7125/2021, sobre capacitação de profissionais da área da saúde para diagnóstico precoce do mutismo seletivo; e a 7146/2022, que dispõe da promoção de material gráfico e digital sobre identificação e informações sobre o transtorno.

RESUMO

TORRACA, Francilene Rosa. **Programa Borboleta: psicoeducação para pais e cuidadores de crianças com mutismo seletivo**. 2024. 145 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2024.

Este trabalho teve por objetivo a criação de um programa, em formato *on-line*, para psicoeducar pais e cuidadores de crianças com mutismo seletivo, através da orientação e manejo de técnicas e estratégias que auxiliam a condução do tratamento. Mutismo Seletivo é um transtorno de ansiedade social, considerado raro, que se caracteriza pela ausência da fala em situações sociais específicas. Esse fracasso da fala não se relaciona à falta de conhecimento ou desconforto com a linguagem e, por isso, deve ser diferenciado das perturbações da fala. No tratamento do mutismo seletivo, os cuidadores assumem um papel crucial no processo de intervenção, atuando como co-terapeutas e modelos influenciadores dos novos comportamentos que serão exibidos por elas. Pais de crianças mutistas costumam apresentar um papel reforçador no comportamento mudo, e por este e outros comportamentos, a intervenção junto aos pais, psicoeducando-os, é de suma importância na intervenção do mutismo seletivo em crianças. Para dar conta do objetivo deste trabalho, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre o tema, seguindo as seguintes questões norteadoras: a) existe algum programa de Psicoeducação em grupo com pais de crianças com mutismo seletivo e, se sim, como ele se estrutura?; b) como pode ser o trabalho com a família de crianças diagnosticadas com mutismo seletivo para atuar com protagonismo positivo em seu tratamento?; c) a ansiedade social e a inibição comportamental são preditores do mutismo seletivo e qual a relação entre eles? Avaliou-se o funcionamento de 68 crianças com mutismo seletivo até 12 anos de idade e as características de 23 pais de crianças com mutismo seletivo. A amostra desta pesquisa foi constituída por conveniência, recrutadas por meio da plataforma online da Associação Brasileira de Mutismo Seletivo e Ansiedade Infantil. Foi realizado um estudo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. Como principais resultados na avaliação das crianças, houve a identificação da prevalência dos transtornos internalizantes; foi possível observar características associadas ao mutismo seletivo – que incluem não apenas aquelas baseadas na ansiedade, mas também em características temperamentais, como timidez, negativismo; problemas sociais, como isolamento e retraimento; e características de oposição, tais como acessos de raiva. Outro resultado importante foi a prevalência de problemas atentos nas crianças. Em relação a avaliação dos pais, ficou evidente a manifestação de comportamentos internalizantes com traços de depressão e ansiedade em maior número, assim como comportamentos de evitação. Ao final, foi possível a estruturação do programa de psicoeducação, composto por 08 encontros de 90 minutos, que visa fornecer psicoeducação aos pais sobre o mutismo seletivo, incluindo como gerenciá-lo em situações cotidianas, como lidar com comentários negativos de outras pessoas, como reagir quando o filho começa a falar e como dar apoio ao filho quanto a questões do ambiente escolar.

Palavras-chave: Mutismo Seletivo. Tratamento Cognitivo-comportamental. Psicoeducação.

ABSTRACT

TORRACA, Francilene Rosa. **Elaboration of the Butterfly Program: psychoeducation for parents and caregivers of children with selective mutism**. 2024. 145 p. Dissertation (Master in Psychology). Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2024.

This project aimed to create a program, in an online format, to psychoeducate parents and caregivers of children with selective mutism, through guidance and management of techniques and strategies that help conduct treatment. Selective Mutism is a social anxiety disorder, considered rare, which is characterized by the absence of speech in specific social situations. This speech failure is not related to a lack of knowledge or discomfort with language and, therefore, must be differentiated from speech disorders. In the treatment of selective mutism, caregivers play a crucial role in the intervention process, acting as co-therapists and influencing models of the new behaviors that will be exhibited by them. Parents of mutistic children usually play a reinforcing role in mute behavior, and for this and other behaviors, intervention with parents, psychoeducating them, is of utmost importance in the intervention of Selective Mutism in children. To achieve this objective, an integrative review of the literature on the topic was carried out, following the following guiding questions: “Is there a group psychoeducation program with parents of children with selective mutism? How is it structured? How can we work with families of children diagnosed with selective mutism to play a positive role in their treatment? Are social anxiety and behavioral inhibition predictors of selective mutism and what is the relationship between them?”; the functioning of 68 children with MS up to 12 years of age was evaluated; and the characteristics of 23 parents of children with selective mutism. The sample for this research was constituted by convenience, recruited through the online platform of the Brazilian Association of Selective Mutism and Childhood Anxiety. An exploratory study was carried out, with a quantitative-qualitative approach. The main results in the assessment of children were the identification of the prevalence of internalizing disorders; it was possible to observe characteristics associated with MS - which include not only those based on anxiety, but also temperamental characteristics, such as shyness, negativism; social problems such as isolation and withdrawal; and oppositional characteristics, such as temper tantrums. Another important result was the prevalence of attention problems in children. In relation to the parents' assessment, the manifestation of internalizing behaviors with traces of depression and anxiety in greater numbers, as well as avoidance behaviors, was evident. In the end, it was possible to structure the psychoeducation program, consisting of 8 90-minute meetings, which aims to provide psychoeducation to parents about selective mutism: how to manage it in everyday situations, how to deal with negative comments from other people, how to react when your child starts talking and how to support your child regarding issues involving the school environment.

Keywords: Selective Mutism. Cognitive-behavioral treatment. Psychoeducation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS	Ansiedade Social
ABRAMUTE	Associação Brasileira de Mutismo Seletivo e Ansiedade Infantil
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i> (Inventário comportamental da criança e do adolescente)
CDI	Interação Dirigida pela Criança
FAHUPE	Faculdade Humanidades Pedro II
IC	Inibição Comportamental
MEC	Ministério da Educação
MS	Mutismo Seletivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PCIT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Terapia de Interação Pai-Filho
PCIT-SM	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Terapia de Interação Pai-Filho para o Mutismo Seletivo
RIBI	<i>Retrospective Infant Behavioral Inhibition Scale</i>
SEJUD	Setor de Perícias Judiciais do Estado do Rio de Janeiro
SPAIC-C	<i>Social Phobia and Fear Inventory for Children</i>
SMQ	Questionário de Mutismo Seletivo
TA	Transtorno de Ansiedade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
VDI	Interação Verbal Direcionada
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Etapas da RI
Figura 2	Fluxograma da Seleção das Referências
Figura 3	Anos dos Artigos Incluídos
Figura 4	Países dos Artigos Seleccionados
Figura 5	Gráfico dos Recursos Utilizados
Gráfico 1	Faixa Limitrofe
Gráfico 2	Faixa Clínica
Gráfico 3	Faixa Limítrofe para síndromes no CBCL
Gráfico 4	Faixa Limítrofe para síndromes TRF
Gráfico 5	Faixa Clínica para síndromes CBCL
Gráfico 6	Faixa Clínica para síndromes TRF
Gráfico 7	Competência Social CBCL
Gráfico 8	Competência Social TRF, Faixa Limítrofe
Gráfico 9	Competência Social CBCL, Faixa Clínica
Gráfico 10	Competência Social TRF
Gráfico 11	CBCL – Transtornos Internalizantes e Externalizantes
Gráfico 12	TRF - Transtornos Internalizantes e Externalizantes
Gráfico 13	Faixa Limítrofe ASR e Clínica do comportamento dos Pais
Gráfico 14	Faixa Clínica do ASR
Gráfico 15	Estilos Parentais
Gráfico 16	Referente à Tabela 8 - BAI
Tabela 1	Artigos Seleccionados para Análise e Categorização na RI
Tabela 2	Dados descritivos dos Problemas de Comportamento das crianças, CBCL e TRF (n=23)
Tabela 3	Síndromes em crianças de acordo com o DSM-V, CBCL e TRF (n=23)
Tabela 4	Competência Social CBCL e do TRF
Tabela 5	Transtornos Internalizantes e Externalizantes CBCL, meninos (n=8), meninas (n=15) e TRF, meninos (n=8), meninas (n=14)
Tabela 6	Problemas de Comportamento dos pais, ASR (n=45)
Tabela 7	Números absolutos e relativos das faixas dos Estilos Parentais, IEP (n=45)
Tabela 8	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), n=45
Tabela 9	Correlações entre variáveis dos pais (n=45)
Tabela 10	Correlações entre os fatores da CBCL (n=23)
Tabela 11	Correlações entre os fatores da TRF (n=23)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REVISÃO DE LITERATURA	13
1.1 Características de Crianças com MS	14
1.1.1 Inibição comportamental (IC)	14
1.1.2 Ansiedade social	15
1.2. A Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento do Mutismo Seletivo	16
1.3 A Psicoeducação no Tratamento do Mutismo Seletivo	16
1.4 Revisão Integrativa da Literatura sobre MS	19
1.4.1. Definição do tema	19
1.4.2 Busca nas bases de dados	20
1.4.3 Descrição da revisão integrativa da literatura	20
1.4.4 Categorização dos estudos	22
1.5 Análise e Interpretação do Papel da Rede Familiar na Intervenção Terapêutica	38
1.5.1 Ansiedade Social como comorbidade	40
1.5.2 IC como fator de risco para o MS e AS	41
2 MATERIAL E MÉTODOS	42
2.1. Tipo de Pesquisa	42
2.2 Local da Pesquisa	42
2.3 Participantes da Pesquisa	42
2.4 Instrumentos utilizados	43
2.5 Análise e Verificação dos Dados	45
2.6 Procedimentos	46
2.7 Questões Éticas Envolvidas na Pesquisa	47
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
3.1 Participantes	48
3.2 Avaliação das Crianças	48
3.3 Avaliação dos Pais	58
3.4 Apresentação do Programa Borboleta	66
3.5 Os encontros do Programa	67
3.5.1 Encontro 1	67
3.5.2 Encontro 2	76
3.5.3 Encontro 3	81
3.5.4 Encontro 4	91
3.5.5 Encontro 5	97
3.5.6 Encontro 6	108
3.5.7 Encontro 7	114
3.5.8 Encontro 8	116
CONCLUSÕES	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
APÊNDICE A: Formulário de Inscrição para a pesquisa (ABRAMUTE)	138

APÊNDICE B: Questionário de Mutismo Seletivo	139
APÊNDICE C	141
APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido	142
ANEXO A: BAI: Inventário de Ansiedade de Beck	145

INTRODUÇÃO

O mutismo seletivo (MS) foi definido no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) como transtorno de ansiedade social (APA, 2014). Seus sintomas mais comuns são ausência da fala em situações sociais específicas (ainda que consiga verbalizar em outras circunstâncias), perturbação que influencia no aspecto educacional, ocupacional ou na comunicação social, perturbação no intervalo mínimo menor que trinta dias, fracasso da fala não relacionado à falta de conhecimento ou desconforto com a linguagem. Portanto, deve ser diferenciado das perturbações da fala.

O DSM-5 especifica critérios para o diagnóstico do MS, contudo Peixoto (2006) pontua que ainda é bastante complexo avaliar um quadro que especifique esse transtorno, tornando o diagnóstico muito difícil para os profissionais e familiares, diante de algumas formas de manifestação do transtorno.

É um transtorno raro, com prevalência encontrada em menos de 1% da população, com incidência maior no sexo feminino, com idade de manifestação maior a partir dos três anos de idade, fase do início da vida escolar (APA, 2014; BLACK; UHDE, 1992; REMSCHMIDT et al., 2001; PEIXOTO, 2006). Pais têm um papel reforçador sobre a timidez, muitas vezes originada no comportamento mudo. O reforço aparece no momento que a criança não fala e seus pais resgatam seus filhos, com a justificativa de que são tímidos e inibidos e devido à falta de informação sobre o transtorno, aumentam a evitação social fazendo disso uma rotina.

As características associadas ao MS incluem timidez excessiva, medo das situações sociais, retraimento social e isolamento, dependência afetiva, traços compulsivos, negativismo, birras ou comportamentos de oposição e de controle, principalmente em casa. Pode-se encontrar nessas crianças prejuízos nas atividades sociais e no contexto escolar, uma postura congelada ou rígida, a ausência de humor e atitudes inflexíveis. Para Peixoto (2006), estas crianças, apesar de terem a linguagem normal, podem, ocasionalmente, apresentar déficits na comunicação.

A característica proeminente do MS é que crianças com essa condição não iniciam a fala ou não respondem quando falam com pessoas em situações específicas (na escola ou quando encontram adultos e/ou crianças desconhecidas), ao passo que são perfeitamente capazes de falar em casa com seus pais e irmãos (MURIS; OLLENDICK, 2021).

A maioria dos pesquisadores acredita que a etiologia do transtorno tem fundo genético, aspectos temperamentais, ambientais, parentais, biológicos, socioculturais, interpessoais e relacionados com a ansiedade (DIAZ; ATIENZA, 2001; PEIXOTO, 2006). As crianças fazem espelhamento comportamental e os pais assumem um papel crucial na promoção da educação da criança, sendo os modelos e os maiores influenciadores do comportamento exibido por ela, nomeadamente, o comportamento social e a fala (MURIS; OLLENDICK, 2021). É muito comum que os pais, ao verem os filhos ficando ansiosos quando questionados por outras pessoas, respondam por ela, aliviando sua ansiedade, mas reforçando o comportamento de evitamento da fala (LEWIS-MORRARTY et al., 2012). Por esse e outros comportamentos, a intervenção junto dos pais, psicoeducando, é de suma importância na intervenção do MS.

Sobre o tratamento, a Terapia cognitivo-comportamental mostrou-se eficaz na eliciação da fala com o terapeuta e amigos na escola, bem como na frequência da fala com os amigos e professores da escola no Brasil e em outros países (PEIXOTO, 2006). Contudo, ainda existe uma escassez de trabalhos baseados em evidências sobre o MS, seja com as crianças ou seus pais ou cuidadores.

O DSM-5 especifica que a ausência seletiva da fala deve estar presente por pelo menos 1 mês. A maior parte dos estudos sobre a estimativa de prevalência do MS tem ocorrido dentro das clínicas e centros de saúde ou tratamentos (APA, 2014). Somente um pequeno número de pesquisas tem utilizado amostras escolares para estudo do MS (CLINE; BALDWIN, 2004;

PEIXOTO, 2006). O MS gera consequências psicológicas e sociais severas, caso não haja tratamento precoce desde a infância, incluindo prejuízos nas relações interpessoais, no desempenho acadêmico do indivíduo, na carreira profissional e evolução do quadro de ansiedade (APA, 2014; BLACK; UHDE, 1992; PEIXOTO, 2006).

Danos como esses acabam ocasionando uma necessidade de atendimentos psicoterapêuticos e avaliações psiquiátricas não tardias, porém a pequena quantidade de profissionais capacitados na área e a escassez de dados na literatura nacional que abordam a patologia limitam a reversão do transtorno em muitas crianças, ocasionando sua progressão até a fase adulta, podendo ativar uma fobia social grave na fase da adolescência e vida adulta. Estudos pontuam que a ideia de que os fatores de risco temperamentais ainda estão em pesquisa, mas pesquisadores têm trazido em seus últimos estudos que a inibição comportamental, a timidez excessiva, o isolamento, além da ansiedade não tratada de seus pais podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento do MS (CANDEIAS, 2018).

Para Filipe (2019), o traço de inibição comportamental (medo e evitação de situações desconhecidas) está normalmente associado a um fator de risco aumentado de, mais tarde, apresentar ansiedade (HIRSHFELD-BECKER et al., 2007). Observou-se em estudos a associação entre MS e IC por Gensthaler et al. (2016). O MS continua sendo de fato um dos problemas mais desconcertantes e desafiadores da atualidade (BERGMAN; PIACENTINI; COHAN; CHAVIRA; STEIN, 2006). Apesar da investigação crescente e dos resultados bem-sucedidos com diferentes intervenções (BERGMAN et al., 2013; MITCHELL; KRATOCHWILL, 2013; OERBECK et al., 2015), a pesquisa na área do MS continua em expansão constante e é necessária para encontrar a melhor forma de ajudar estas crianças.

Em função de não existirem muitas pesquisas acerca deste transtorno no Brasil, o comportamento mudo no contexto social demora para ser percebido pela família e, por consequência, o reconhecimento do diagnóstico pelos profissionais e equipe especializada. Desta forma, o transtorno se instala por meses e até anos, normalizando o retraimento e a evitação da fala como uma timidez comum (MITCHELL; KRATOCHWILL, 2013; CANDEIAS, 2018).

Dessa forma, este trabalho assume o objetivo principal de criar um programa para psicoeducar pais e cuidadores de crianças com MS, com orientação de técnicas e estratégias, em formato *on-line*, mas que possa ser utilizado em formato presencial. Especificamente, pretende-se, ainda, avaliar o nível de ansiedade, depressão e estilo parentais dos pais de crianças com MS, avaliar problemas emocionais, de ansiedade e de comportamento de crianças com MS e compreender o funcionamento familiar, o perfil dos pais/cuidadores, características das crianças e problemas emocionais de ambos.

Para avaliar-se o funcionamento dos pais de crianças com MS, as seguintes questões são norteadoras: a) existe algum programa de Psicoeducação em grupo com pais de crianças com mutismo seletivo e, se sim, como ele se estrutura?; b) como pode ser o trabalho com a família de crianças diagnosticadas com mutismo seletivo para atuar com protagonismo positivo em seu tratamento?; c) ansiedade social e a inibição comportamental são preditores do mutismo seletivo e qual a relação entre eles?

1 REVISÃO DE LITERATURA

O DSM-V traz um quadro de critérios diagnósticos para mutismo seletivo:

A. Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas (nas quais existem expectativas para falar, p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações. **B.** A perturbação interfere na realização educacional ou ocupacional ou na comunicação social. **C.** Duração mínima de 1 mês (não limitada ao primeiro mês na escola). **D.** O fracasso para falar não se deve a um desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido pela situação social. **E.** A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (p. ex. transtorno da fluência com início na infância), nem ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. (APA, 2014, p. 195)

Peixoto (2006), Candeias (2018) e Santos, Souza e Moraes (2020) consideram que crianças com MS manifestam parâmetros diagnósticos similares àqueles presentes em casos de fobia social, sobretudo quando se trata dos seguintes sintomas: ausência de falar em público, em interações sociais específicas, em iniciar e manter conversas, dentre outros.

O DSM-5 utiliza alguns critérios com finalidade diagnóstica no mutismo seletivo: incapacidade continuada de falar em circunstâncias sociais específicas em que costuma haver uma determinada expectativa para que a fala aconteça, mas mesmo assim o indivíduo recua; quando a perturbação interfere nas atividades da vida cotidiana; duração mínima da perturbação de 30 dias; quando o baixo desempenho escolar não se relaciona ao não-conhecimento ou não-entendimento do idioma trabalhado em sala de aula; perturbação não associada a transtorno da comunicação tampouco a transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou semelhante.

Em seu domicílio, com a presença de parentes próximos, as falas de crianças com MS acontecem naturalmente, assim como a comunicação não verbal, com grunhidos, escritas e desenhos. Entretanto, isto não ocorre em várias situações fora do ambiente doméstico, mesmo na presença de amigos próximos, o que culmina progressivamente em prejuízos, sobretudo educacionais, dificultando, por exemplo, a avaliação das habilidades de leitura (APA, 2014).

A prevalência do mutismo seletivo varia entre 0,03% e 1% da população, não havendo distinção entre sexo ou etnia, e em maior proporção de casos em crianças. Caracteriza-se, assim, como uma patologia rara (OERBECK et al., 2011). Levitan *et al.* (2012) e Peixoto (2006) consideram a prevalência entre 0,3% e 1,9%, maior do que a supracitada, o que não obsta de ainda ser patologia de rara ocorrência.

Algumas pesquisas evidenciam que o mutismo seletivo pode ser mascarado com baixas prevalências, pois nem sempre as famílias conseguem entender ou acompanhar as crianças a profissionais para conclusão do diagnóstico. Os casos de mutismo por vezes são encarados como fase pelos familiares e, portanto, algo temporário (HUNG; SPENCER; DRONAMRAJU, 2012). Para Filipe (2019), a sobreposição diagnóstica do MS a uma série de outras perturbações psiquiátricas na infância acaba por dificultar o diagnóstico.

Peixoto (2006) verificou fatores relacionados ao diagnóstico de Mutismo Seletivo, dentre eles as características dos pais, quando estes, muitas vezes, reforçam o comportamento não-verbal, podendo tratar-se de pais superprotetores e controladores, de questões emocionais, ou histórico de outros transtornos de ansiedade na família.

Peixoto, Caroli e Mariama (2017) explicam que os pais são os primeiros modelos de comportamentos sociais dos filhos, ou seja, eles são as variáveis ambientais que influenciam no

comportamento na infância. As crianças tendem a imitar o comportamento de seus pais, e comportamentos e habilidades sociais desajustados podem gerar problemas na adaptação social da criança.

Para as autoras, pais muito ansiosos, fóbicos ou tímidos transmitem e ensinam esse tipo de ação, e o estilo parental (reforço negativo, superproteção e autoritarismo) deles pode ser um fator de risco para o desenvolvimento do MS, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento do transtorno (PEIXOTO; CAROLI; MARIAMA, 2017).

1.1 Características de Crianças com MS

Duas características principais costumam estar presentes em crianças com MS: inibição comportamental e ansiedade social.

1.1.1 Inibição comportamental (IC)

A IC é uma parte da natureza humana que reage diante de objetos, pessoas ou situações desconhecidas de modo tímido, podendo se tratar da ausência completa de interação, com respostas com medo, exclusão e isolamento. Esse processo se inicia na infância e pode ir até a fase adulta (VREEKE *et al.*, 2012).

De acordo com Fox *et al.* (2005), alguns bebês já nascem com predisposição de cunho biológico para o retraimento social. O fato se ativa ou se atualiza notoriamente frente a contextos em que a interatividade é necessária, além da evidência da presença de fatores relacionais e grupais específicos. O itinerário de desenvolvimento do recuo social é delineado por um conjunto de combinações entre os diferentes níveis de complexidade social.

Fox *et al.* (2005) explica que a IC do bebê quando interage com o comportamento parental de caráter ansioso, com características demasiadamente solícitas e intrusivas, desde os primeiros meses de vida, corrobora para uma atitude comportamental infantil cheia de suspeitas, desconfianças e receios, especialmente nos dois primeiros anos da infância. Nesse ciclo, crianças passam a expressar de modo continuado as formas de inibição, aliadas a um comportamento assustado e de marcante desconfiança, sempre que se depara com situações novas, sendo caracterizadas por adultos como tímidas – estes que, na ocasião, reagem com ainda mais ações de superproteção e evitam expor a criança a situações com as quais é complexo lidar (LOUKAS, 2009).

Crianças consideradas tímidas, que não são postas para enfrentar os primeiros desafios da vida social, sofrem perdas no desenvolvimento de aptidões pró-sociais na infância. Isso pode, inclusive, desembocar em condições favoráveis a quadros de solidão, além de dificuldades interativas e comunicativas. Podem, ainda, coadunar com negligenciamento, exclusão ou mesmo rejeição pelo grupo (BOLVIN; HYMEL; BUKOWSKI, 1995).

Algumas pesquisas demonstram que os pais de crianças com IC têm menos chances de reconhecer problemas relacionados à ansiedade como algo mais grave e muitas vezes acreditam que a ansiedade desaparecerá espontaneamente com a idade (CARPENTER *et al.*, 2018).

Dessa forma, profissionais da psicologia podem ser importantes não apenas na atenção direta a IC, mas também prestando informações valiosas para professores e família. Isto é, colaborando na identificação de sinais e sintomas, estabelecendo os cuidados básicos iniciais, informando quais crianças têm mais propensão à ansiedade ou depressão e reconhecendo o que nos comportamentos dos pais pode agravar ou melhorar o quadro (RUBIN *et al.*, 2006).

Em relação aos contextos, as maiores apostas continuam sendo de que a escola é particularmente um local estressante para crianças inibidas (COPLAN *et al.*, 2015), o que significa que elas se envolvem e participam menos em atividades sociais, podendo ter dificuldade em se

adaptar a longo prazo. Por isso, é necessário a detecção precoce da inibição comportamental desde a infância. Considerando que esse quadro disfuncional é sensível à influência de variáveis contextuais, a fase pré-escolar tem sido proposta como a idade crucial para avaliar esse construto (ORDÓÑEZ-ORTEGA *et al.*, 2013).

1.1.2 Ansiedade Social

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um dado alarmante sobre o Brasil, pontuando o país é o mais ansioso do mundo. Segundo a OMS, a incidência em crianças é preocupante. Estima-se que o distúrbio de ansiedade afeta em torno de 1% a 3% da população entre 0 e 17 anos, o que equivale a 8 milhões de crianças e adolescentes (WHO, 2021).

O Transtorno de Ansiedade na infância é um dos quadros mais comuns entre crianças, atualmente. Entre as causas está a vida corrida dos pais e, com isso, a inevitável separação que ocorre cada dia mais cedo para o ingresso das crianças na pré-escola, fazendo com que passem por uma mudança brusca na rotina, o que elas não têm maturidade para entender por serem muito pequenas. Além disso, o professor, ao receber essa criança na escola, pode gerar ainda mais insegurança e medo, o que pode perdurar por toda a vida escolar da criança. Segundo Caires *et al.* (2010), em artigo publicado pela *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, o Transtorno da Ansiedade encontra-se entre as doenças psiquiátricas mais diagnosticadas entre as crianças, perdendo apenas para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e de conduta. Cerca de 10% das crianças sofrem de algum transtorno ansioso, sendo os mais frequentes o Transtorno de Ansiedade de Separação, que atinge cerca de 4%, o Transtorno de Ansiedade Excessiva (TAG), que atinge de 2,7% a 4,6%, e fobias específicas, que acometem de 2,4% a 3,3%. Geralmente, os transtornos variam de acordo com a idade das crianças (AS-BAHR *et al.*, 2008). Os pais veem os medos irracionais dos filhos e as crises ansiosas e não sabem como ajudar; assim, o aluno fica sozinho nessa jornada de enfrentamento do transtorno.

Entre os transtornos de ansiedade, encontra-se o transtorno de ansiedade social, ou fobia social, apresentado no DSM-5 como medo e ansiedade excessivos que persistem diante das situações sociais, nas quais o indivíduo se vê exposto a desconhecidos, podendo ser observado ou avaliado, ou ainda sujeito a situações de desempenho (APA, 2014). O transtorno de ansiedade social geralmente está associado às habilidades sociais por ter relação direta com as dificuldades de interação social. Com frequência, encontram-se déficits no repertório dessas habilidades com sintomas ou correlatos de transtornos psicológicos comumente constituídos por dificuldades interpessoais já na infância (SOUZA, 2017).

A característica marcante deste transtorno é o medo ou ansiedade em excesso, cuja ocorrência pode estar associada a circunstâncias de iminência de interação social ou demonstração de desempenho diante de outras pessoas. Nesse caso, a preocupação do indivíduo é de que, ao ser detectada sua crise de ansiedade nesse meio interativo, possa ser avaliado negativamente (WHO, 2021). O medo, nesse caso, é sobre a possibilidade de constrangimento diante das pessoas com as quais interage, e não especificamente da situação de crise de ansiedade. Portanto, em circunstâncias sociais que denotam relevância para esses indivíduos, eles podem apresentar uma tendência a evitar a participação no local, ou, caso se faça presente, experimentar medo ou ansiedade (WHO, 2021).

A ansiedade social também pode aparecer após uma experiência estressante, ou que tenha gerado algum tipo de humilhação. Em alguns casos, ela não se desencadeia instantaneamente e evolui gradualmente após aquela determinada circunstância (APA, 2014). Nessas circunstâncias, os sintomas físicos costumam ser intensos e se relacionam com aparente irritabilidade, sintomas de insônia, dores de cabeça, diarreia, sensação de ausência de controle e comportamentos de evitação (NAUE; WELTER, 2017).

Peixoto (2006) realizou um estudo com uma amostra brasileira, e crianças com MS apresentaram critérios diagnósticos para fobia social, corroborando a relação entre o MS e a fobia social, especificamente na manifestação dos sintomas da dificuldade de falar em público, nas interações sociais específicas na escola, ao se iniciarem e se manterem conversas, na participação de atividades em pequenos grupos, ao se falar com autoridades, ir ao banheiro, frequentar festas, tirar fotos, etc.

1.2. A Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento do Mutismo Seletivo

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma psicoterapia colaborativa e psicoeducativa voltada para a reestruturação cognitiva, trabalhando com crenças existentes no padrão de pensamento do indivíduo e pensamentos recorrentes e disfuncionais. Disso, entende-se que a interpretação de cada indivíduo sobre uma determinada circunstância ou fato poderá lhe causar diferentes reações emocionais e comportamentais (BECK, 2013).

Os autores Muris e Ollendick (2021) investigaram as abordagens psicológicas que foram usadas como tratamentos para crianças com MS, em diferentes estudos realizados entre 1980 e 2015, e concluíram que as intervenções de TCC para o mutismo seletivo sempre foram as mais populares e, durante a última década, quase não foi encontrado um estudo de intervenção que não incluísse estratégias como reforço, exposição e reestruturação cognitiva (MURIS; OLLENDICK, 2021).

Muris e Ollendick (2021) explicam que a literatura científica, ao reconhecer o Mutismo Seletivo como um problema que envolve medo e ansiedade, apontam a TCC como a intervenção mais viável para crianças com esse transtorno. Utilizam-se as mesmas técnicas e intervenções que constituem a TCC para outros transtornos de ansiedade, como a psicoeducação, treinamento fisiológico, treinamento comportamental, treinamento cognitivo, e treinamento dos pais.

Para Peixoto (2006), a TCC mostrou-se eficaz na eliciação da fala, bem como na frequência da fala. Para eficácia do processo terapêutico, a criança e os pais devem estar devidamente orientados em tudo o que diz respeito ao tratamento e sobre a importância da participação familiar durante os encaminhamentos, situando-se sobre o diagnóstico, sintomas e prognóstico, e adaptando-se a novas necessidades e possibilidades terapêuticas (ANTONIUTTI *et al.*, 2019).

Segundo Peixoto (2006), a avaliação que é feita dessas famílias com crianças mutistas mostra que elas têm pouca confiança na sociedade e isolam-se de todas as formas de contato externo. Outros autores comentam haver, ainda, falta de comunicação entre os familiares. A piora do quadro exige a necessidade de a criança precisar dar um passo para fora desse sistema mais fechado. Diante disso, com as crianças aliançadas ao padrão familiar comportamental de não interação, abrem-se condições para o aparecimento do MS.

Segundo Nogueira *et al.* (2017), a psicoeducação é uma importante técnica da Terapia Cognitivo-Comportamental, pois é um procedimento imprescindível que orienta o paciente e família sobre os aspectos do funcionamento do transtorno mental, incluindo seu diagnóstico, sintomas e o próprio tratamento, com o objetivo de melhorar a sua adesão a este. Dentro da TCC, entende-se que quanto mais um paciente tem conhecimento sobre o seu problema, melhor ele consegue se responsabilizar por si e, consequentemente, pelo tratamento.

1.3 A Psicoeducação no Tratamento do Mutismo Seletivo

A psicoeducação é uma importante técnica de intervenção psicoterapêutica que visa orientar o paciente sobre o seu funcionamento, facilitando o processo de mudanças comporta-

mentais, sociais e emocionais necessárias para o tratamento (LEMES; NETO, 2017). Essa estratégia possui um caráter educativo, possibilitando que uma pessoa desenvolva consciência e formas adaptativas para lidar com mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, promovendo prevenção, promoção e educação em saúde.

A TCC se dispõe, através da psicoeducação, a propor e desenvolver estratégias e intervenções que visem a ensinar aos pacientes habilidades. O desenvolvimento dessas competências permite-lhes identificar e monitorar pensamentos, emoções e comportamentos, para posteriormente, avaliar, verificar e testar a relação entre eles e suas distorções, tornando-os mais realistas (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019).

A conscientização a respeito de seu funcionamento cognitivo, emocional e comportamental proporciona o engajamento e participação ativa no tratamento, gerando mudanças, dentre as quais o desenvolvimento de um repertório de estratégias para lidar com o transtorno e problemas que possam ocorrer. Carvalho, Malagris e Rangé (2019) pontuam que a psicoeducação é realizada ao longo de toda a psicoterapia e pode interferir no sucesso do tratamento, aumentar a confiança do paciente e familiares no processo terapêutico e aumentar sua motivação para o tratamento.

Essas orientações podem variar em relação ao formato e método, dependendo das demandas e metas, através de atividades durante o atendimento, ou com tarefas de casa, utilizando materiais como cartilhas, livros, artigos, filmes, de acordo com gostos e interesses das pessoas a serem psicoeducadas (NOGUEIRA *et al*, 2017).

Na infância, a psicoeducação tem enfoques distintos que são interdependentes: a intervenção realizada diretamente com a criança e a intervenção realizada com a família, em que a orientação de pais é vista como um aspecto importante do tratamento infantil. Portanto, prioriza-se a orientação de pais na psicoeducação objetivando-se oferecer informações em relação ao transtorno do filho e os fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental (BEIDEL; TURNER, 1998).

Berge *et al.* (2010) apontam que o comportamento das crianças melhora como resultado do treinamento dos pais para gerenciar comportamentalmente e se comunicar de forma mais eficaz com seus filhos. A psicoeducação dos pais fornece informações precisas e apresenta aos pais estratégias terapêuticas eficazes auxiliando na melhora dos sintomas, aspectos educacionais e aspectos sociais desses indivíduos. É perceptível no trabalho clínico que o conhecimento obtido pelos pais beneficia eles próprios e, indiretamente, as crianças que vivenciam o transtorno, fortalecendo o engajamento e satisfação dos pais. O conhecimento fornecido a estes é uma maneira de corrigir comportamentos desadaptativos de seus filhos.

Compreendendo que com esse procedimento pretende-se educar paciente e familiares para que um repertório de habilidades de enfrentamento seja adquirido, tratando-se de crianças, o envolvimento dos pais no processo é indispensável. No caso do MS, os comportamentos dos pais reforçam ou desencorajam os sintomas das crianças. O tratamento deve se concentrar no funcionamento familiar como fator de proteção contra o desenvolvimento ou manutenção de sintomas, bem como na psicoeducação parental e em estratégias parentais eficazes para modelar comportamentos apropriados para lidar com a ansiedade. Deve-se investigar e reconhecer crenças e expectativas dos pais em relação ao seu próprio comportamento e ao dos filhos, investigando com um olhar atento a compreensão que eles têm dos problemas apresentados pelos filhos, questionando explicações e sentimentos associados.

Mães e pais possuem um papel fundamental no desenvolvimento de seus filhos. Harison (2021) explica que os comportamentos dos pais influenciam a apresentação da sintomatologia e a gravidade em crianças com MS. Devido à poucas informações sobre o MS, os pais podem reforçar involuntariamente os comportamentos silenciosos de seus filhos em ambientes

desconhecidos, respondendo de forma inadequada aos comportamentos não verbais das crianças (ALYANAK *et al.*, 2013). Isto pode influenciar o comportamento que os pais usam para encorajar ou desencorajar uma criança a verbalizar. Por isso, quando uma criança é diagnosticada com MS, é de extrema importância que os pais ajustem seus comportamentos em relação aos filhos (HARRISON, 2021).

Cuevas-Cancino e Moreno-Pérez (2017) relatam que a psicoeducação em intervenção em grupo pode proporcionar redes de apoio, contribui para novas formas de enxergar as situações e acrescenta aquisição de habilidades.

Uma revisão sistemática de literatura de Guisso, Bolze e Viera (2019) sobre práticas e programas de treinamento parental indicou mudanças de comportamento parental e melhora nos comportamentos dos filhos, reduzindo práticas negativas e aumentando as positivas.

Santos e Wachelke efetuaram uma revisão bibliográfica narrativa sobre as habilidades sociais dos pais e os comportamentos dos filhos, concluindo-se que pais habilidosos “[...] influenciam na competência social e acadêmica dos filhos, no comportamento adequado” (SANTOS; WACHELKE, 2019, p. 13). Assim como os programas de treinamento de habilidades sociais e habilidades parentais, que “mostram-se eficazes na melhora do repertório social de pais e filhos, bem como na relação entre eles” (SANTOS; WACHELKE, 2019, p. 1).

Problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes são, em geral, demandas para a realização de treinamento de pais. De forma mais específica, o trabalho da psicoeducação de pais pode ocorrer focado em tipo de sintomas ou diagnósticos, objetivando intervir nas experiências práticas e cotidianas dos cuidadores. Assim, o ideal é que os conhecimentos adquiridos pelos participantes sejam mais aplicáveis na relação entre pais e filhos (CAMINHA; ALMEIDA; SCHERER, 2011).

Compreendendo que com esse procedimento pretende-se educar paciente e familiares para que um repertório de habilidades de enfrentamento seja adquirido, e por tratar-se de crianças, o envolvimento dos pais no processo é indispensável. Veiga (2020) pontua que no tratamento do MS, o desenvolvimento de uma psicoeducação sobre o MS com os pais da paciente e com os profissionais da escola pode ser feito através de textos explicativos, vídeos e literatura específica. Importante ressaltar também a utilização de técnicas que podem favorecer a transferência de conhecimentos e treino de habilidades nos pais para facilitar mudanças nos filhos. É importante explicar e sinalizar os comportamentos, sintomas e os reforçadores que contribuem para o padrão comportamental do transtorno, buscando fornecer aos pais orientações sobre manejos diários, modificação de padrões disfuncionais e orientações sobre a importância do incentivo e participação destes ao longo do tratamento (VEIGA, 2020). Portanto, é crucial compreender os efeitos do reforçamento negativo e positivo, bem como a modelagem parental para auxiliar as famílias a apresentar respostas alternativas a comportamentos não verbais, auxiliando no tratamento e nas mudanças de comportamento e emocional dessas crianças.

Um dos objetivos dos programas de treinamento de pais é melhorar as relações estabelecidas entre pais e filhos, gerando uma infância mais saudável. Assim, busca-se atuar preventivamente, para que o desenvolvimento de problemas psíquicos das crianças e adolescentes seja abrandado quando atingirem a idade adulta. Dessa forma, o treinamento de pais é efetivo para mudança nos comportamentos de crianças e/ou adolescentes, mas também pode ter o intuito de tornar o ambiente familiar mais harmônico e saudável (CAMINHA, 2011). Um dos grandes benefícios da modalidade de treinamento de pais em grupo é atingir um público maior, em menor espaço de tempo e com melhor custo benefício.

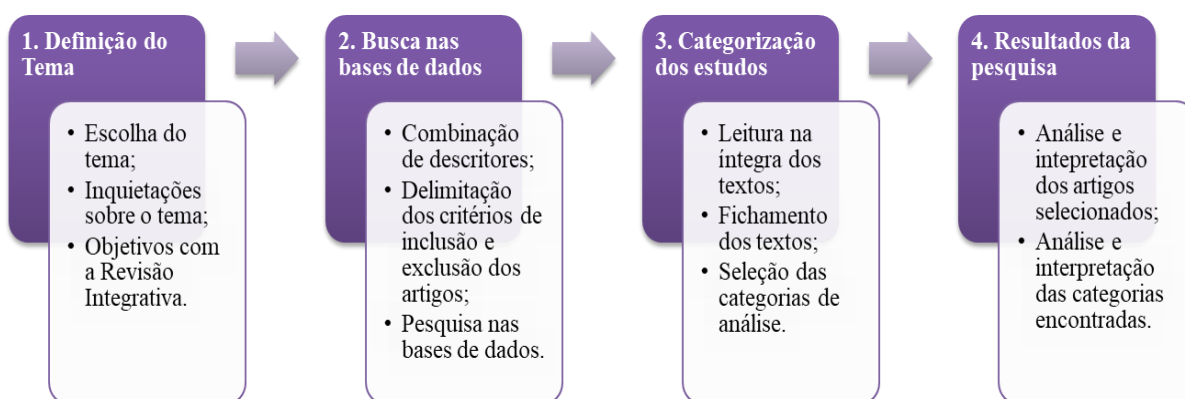
1.4. Revisão Integrativa da Literatura sobre MS

A revisão integrativa da literatura possui caráter exploratório e descritivo, referente aos últimos 20 anos de pesquisa sobre MS. Estrutura-se em seis fases: formulação do problema; coleta dos dados; avaliação dos dados; análise dos resultados; interpretação dos dados e apresentação dos dados. Também foi utilizada a Análise de Bardin para a etapa de análise e interpretação dos dados. Baseando-se nos resultados coletados, este trabalho propõe a criação de um programa de psicoeducação para pais de crianças com MS, com informações sobre o transtorno, como gerenciá-lo no dia a dia, como lidar com comentários negativos das outras pessoas, como alterar seu próprio comportamento para aumentar o nível de confiança da criança, ajudar a reduzir os níveis de ansiedade das crianças e aumentar a comunicação não-verbal e verbal.

A Revisão Integrativa de Literatura (Figura 1) é vista como a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para que se obtenha uma compreensão completa do fenômeno analisado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A finalidade do método é sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão.

Segundo Cooper (1982; 1989), é um método que agrupa os resultados de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. Kirkevold (1995) acrescenta que o propósito da Revisão Integrativa é interconectar elementos isolados de estudos que já existem. Pontua que as Revisões de literatura dão enfoque tanto às descobertas empíricas quanto às estruturas teóricas elaboradas nas pesquisas primárias (KIRKEVOLD, 1995). Devido à acomodação dos pais na manutenção do MS (ROSLIN, 2013) de seus filhos, a interação entre pais e filhos se torna um componente potencialmente importante, ainda pouco pesquisado da intervenção terapêutica para SM.

Figura 1: Etapas da RI



Fonte: Whittemore e Knafl (2005)

1.4.1 Definição do tema

O Mutismo Seletivo é uma patologia rara que afeta menos de 1% da população brasileira e gera consequências emocionais e sociais severas se não tratado precocemente, com pre-

juízos nas relações interpessoais, no desempenho acadêmico do indivíduo, na carreira profissional e evolução do quadro de ansiedade (APA, 2014; BLACK; UHDE, 1992; Peixoto, 2006). O interesse em usar-se a RI se deve ao fato de existirem poucas pesquisas que contemplem esta temática no Brasil, objetivando buscar dados empíricos mais robustos para um melhor embasamento. Há escassez de profissionais e literatura sobre o transtorno; isso impossibilita a reversão do transtorno de forma precoce, perpetuando a sintomatologia até a fase adulta.

Como já exposto, as perguntas norteadoras desta revisão foram: existem trabalhos ou programas de psicoeducação para pais de crianças com MS? Quais técnicas e estratégias utilizadas são utilizadas na psicoeducação direcionado aos pais de crianças com MS para que possam implementar as orientações recebidas em seus filhos?

1.4.2 Busca nas bases de dados

Na pesquisa bibliográfica, inicialmente foram estabelecidos descritores a partir do acrônimo de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e, posteriormente, pesquisados nas bases de dados, sendo elas a Biblioteca Nacional em Saúde (BVS), a Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos Estados Unidos (PubMed) e o Google Acadêmico.

A pesquisa foi realizada entre fevereiro e março de 2022. Foram utilizadas as seguintes combinações: [Mutismo seletivo, ansiedade infantil], [Mutismo seletivo, ansiedade infantil, Terapia comportamental cognitiva], [Mutismo seletivo, ansiedade infantil, Terapia comportamental, Interação pais-filhos], [Mutismo seletivo, ansiedade infantil, Terapia comportamental, Interação pais-filhos, intervenção], [Mutismo seletivo, ansiedade, Terapias Cognitivas], [Mutismo seletivo, ansiedade, Terapias Cognitivas, Interação Pais-Criança, intervenção], [Mutismo seletivo, ansiedade, Psicoterapias Cognitivas, Interação Pais-Criança], [Mutismo seletivo, ansiedade, Psicoterapias Cognitivas, Interação Pais-Criança, intervenção], [Mutismo seletivo, ansiedade, Psicoterapias Cognitivas, Interação Pais-Criança], [Mutismo seletivo, ansiedade, Terapias Comportamentais Cognitivas Relações entre Pais e Filhos, Intervenção], [Mutism and Phobia, Social], [Mutism and Phobia, Social and Cognitive Behavioral Therapy], [Mutism and Phobia, Social and Cognitive Behavioral Therapy and Parent-Child Relations], [Mutism and Phobia, Social and Cognitive Behavioral Therapy and Parent-Child Relations and Mediation Analysis].

A segunda etapa referiu-se à organização dos resultados encontrados, que foram ordenados em uma planilha com as respectivas especificações: “base de dados”, “idioma”, “disponível na íntegra”, “textos que não eram artigos”, “textos repetidos”, “textos descartados por assunto no título”.

Ademais, aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos em idioma português e inglês, publicados nos últimos 20 anos (entre 2002 a 2022), que contemplassem o tema pesquisado e estivessem disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis na íntegra, recorte temporal aquém do desejado, idioma que não seja português e inglês, formato de livro ou tese e exclusão por repetição, por título, por resumo.

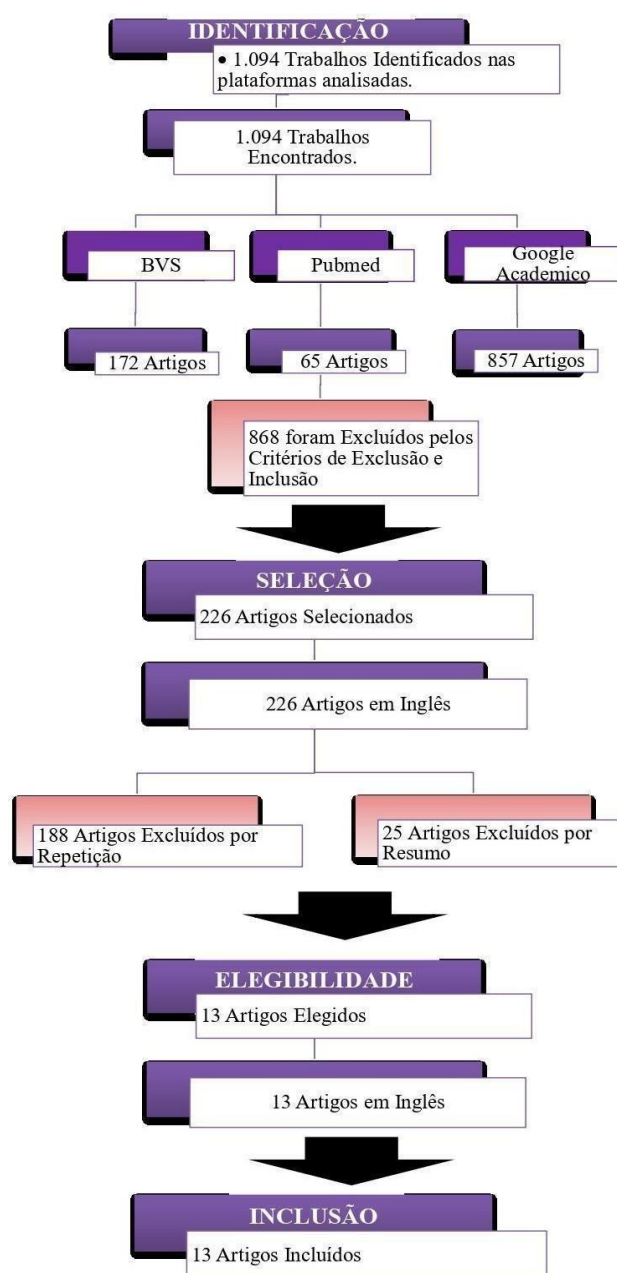
1.4.3 Descrição da revisão integrativa da literatura

No desenvolvimento da Revisão Integrativa foram encontrados 1.094 artigos, distribuídos da seguinte forma: *BVS* (n= 172), *Pubmed* (n= 65) e *Google Acadêmico* (n=857). Cabe salientar que a base de dados do Google Acadêmico é considerada pouco sensível, dessa forma optou-se por realizar um recorte até a página 10 dos resultados.

Das palavras-chave escolhidas, algumas apresentavam poucos resultados, ainda que fossem utilizados sinônimos. Estas palavras-chave foram: [pais-filhos e intervenção], [interação

pais-criança], e [relações entre pais e filhos, intervenção], o que interfere, portanto, na dificuldade de encontrar artigos que estejam dentro dessa temática. Dos 1.094 artigos, apenas 149 dos trabalhos foram eliminados porque não estavam disponíveis na íntegra, 143 foram excluídos pelo tempo de publicação, 36 excluídos por não estarem em português e inglês, 180 excluídos por serem livros ou teses, 360 excluídos por título, 188 excluídos por repetição, 25 excluídos por resumo, restando 13 artigos para análise. Os totais nas bases de dados foram: *BVS* (n=5), *PubMed* (n=4) e *Google Acadêmico* (N=4). A Figura 2 mostra o fluxograma resultante desse processo:

Figura 2: Fluxograma da Seleção das Referências



Fonte: Resultados da pesquisa (2022)

1.4.4. Categorização dos estudos

Na terceira etapa, os artigos foram lidos na íntegra e organizados na Tabela 1. Depois de lidos, estes artigos foram selecionados a partir da menção de um ou mais descritores escolhidos. Para tal, utilizou-se a metodologia da Análise de Conteúdo, conhecida por se tratar de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter por “procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 47). A autora indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A Pré-Análise é a primeira etapa da organização da Análise de Conteúdo. Por meio dela, o processo de organização foi iniciado, com o intuito de sistematizar as ideias preliminares através das etapas: a) início da organização do material, que será utilizado na pesquisa, em que as ideias preliminares são sistematizadas, dividindo-as em quatro outras etapas: a leitura flutuante, escolha dos documentos, reformulações de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores, as quais darão fim à preparação do material como um todo (BARDIN, 2004); b) na etapa seguinte, foi realizada a exploração do material, com a finalidade de categorização e codificação no estudo. Com a descrição analítica pronta, tem-se um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Essa etapa tem relevância porque o objetivo foi possibilitar o incremento das interpretações e inferência. Codificação, classificação e categorização são básicas nessa fase (BARDIN, 2006). Na construção das categorias, é importante o critério exclusividade, a fim de que um elemento não fosse classificado em mais de uma categoria. Na terceira e última etapa foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa tem-se a condensação e o destaque das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais, em que se dá o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006). As categorias de análise estão organizadas e elaboradas com base nas ideias que mais se repetiram.

Dessa forma, as categorias de análises foram nomeadas: a) Importância dos Pais como auxílio/ponte nas intervenções com crianças mutistas; b) Ansiedade social como comorbidade no MS; e c) Inibição comportamental precedendo o MS.

Tabela 1: Artigos Selecionados para Análise e Categorização na RI

Nº	Título	Autores	Ano	Local de Estudo	Objetivos	Método	Recursos Utilizados	Nº da Amostra
1	Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism	ALY ANA K, Behiye et al.	2013	Turquia	Investigar o bem-estar comportamental e emocional de crianças com MS, os níveis de sintomas psicológicos e atitudes parentais de mães e pais.	Entrevistas, exames psiquiátricos, escalas de classificação apropriadas e outras avaliações médicas/cognitivas	Ambos os pais participaram do estudo, e instrumentos padronizados foram usados para a avaliação do comportamento da criança, ajustamento parental e atitudes parentais. A primeira etapa incluiu uma avaliação abrangente baseada em recomendações para avaliação de mutismo seletivo e diagnóstico/acompanhamento de casos por um residente de psiquiatria infantil. Uma entrevista clínica completa com os pais, exame psiquiátrico da criança, as escalas de classificação apropriadas e outras avaliações médicas, cognitivas, de fala e linguagem (por exemplo, teste de audição) foram realizadas quando clinicamente necessário.	Um total de 58 crianças sendo 26 Crianças com MS e 32 crianças grupo controle e os Pais de todas as crianças

2	Assessing Spoken Language and Competence in Children With Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters	KLEIN, E. R.; ARMSTRONG, S. L.; SHIPBLUM, E..	2013	EUA	O objetivo deste estudo foi obter resultados precisos de avaliação da competência de linguagem receptiva e expressiva para vocabulário e discurso conectado em crianças com MS. Outro objetivo deste estudo foi explorar a eficácia de empregar os pais para ajudar a fornecer estímulos de teste para seus filhos	Avaliação através de Testes padronizados	Apresentando um novo método de avaliação das habilidades de linguagem das crianças com MS que emprega a prática aceita de usar testes padronizados e referenciados em normas e usar o próprio pai da criança como apresentador do teste em um esforço para minimizar a provocação da ansiedade.	A amostra foram 33 participantes, com idade entre 5 e 12 anos
---	--	---	------	-----	--	--	---	---

3	Parent-Child Interaction Therapy for Children with Selective Mutism (PCIT-SM)	COTTER, A.; TODD, M.; BRESTAN-KNIGHT, E..	2018	EUA	Descrever o modelo da terapia de interação pais-filhos (PCIT) adaptado para crianças com mutismo seletivo.	No protocolo PCIT adaptado para MS a avaliação orienta o tratamento e os pais de crianças com MS que procuram tratamento passam por procedimentos de avaliação inicial que incorporam entrevistas semiestruturadas, bem como medidas de relato dos pais. Outras informações relevantes podem incluir testes de fala e linguagem, histórico de desenvolvimento e contribui-	O PCIT-SM é um programa de tratamento adaptado que utiliza princípios comportamentais e atividades de exposição para atingir a incapacidade de falar de uma criança. O PCIT utiliza princípios comportamentais que são ensinados aos pais e praticados na interação pais-filhos, o que o torna adequado para interromper o ciclo de reforço negativo que muitas vezes mantém o MS.	s/n
---	---	---	------	-----	--	--	--	-----

						ções do professor.		
--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--

	Variations in Parent and Teacher Ratings of Internalizing, Externalizing, Adaptive Skills, and Behavioral Symptoms in Children with Selective Mutism	KLEIN, E. R. et al.	2019	EUA	Investigar a relação entre as percepções de pais e professores sobre crianças com Mutismo Seletivo em escalas de avaliação comportamental e medidas de linguagem.	Testes Padronizados e escalas que foram aplicados nas crianças e nos Pais e professores	As crianças deste estudo foram avaliadas com uma bateria de medidas fonoaudiológicas e avaliações comportamentais.	42 crianças sendo 22 meninos e 20 meninas com idade média de 7 anos
--	--	---------------------	------	-----	---	---	--	---

5	Betrayed by the nervous system: a comparison group study to investigate the 'unsafe world' model of selective mutism	MEL-FSEN, S. et al.	2021	Suíça e Alemanha	Verificar alguns pressupostos do novo modelo do 'mundo inseguro' do mutismo seletivo (MS), examinando se existe uma correlação entre MS, sensibilidade de processamento sensorial e dissociação.	Escalas e testes paramétricos e não paramétricos	Foi empregada uma combinação de administração de correio pessoal e postal. Os pais enviaram os questionários de volta aos investigadores em um envelope auto-endereçado e com postagem paga.	Amostra de 28 crianças e adolescentes com MS, com idade média de 12 anos, e 33 crianças de grupo controle
---	--	---------------------	------	------------------	--	--	--	---

6	Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar	GENSTHALER, A et al.	2016	Alemanha	Comparar retrospectivamente a inibição comportamental infantil como um potencial fator de risco etiológico em crianças e adolescentes com mutismo seletivo (LTSM), fobia social (SP), outras condições internalizantes (INT) e controles saudáveis (GC) por meio de um questionário dos pais.	Escalas e Questionários	Uma entrevista diagnóstica estruturada (Kinder-DIPS) foi realizada com mães de crianças com mutismo seletivo e fobia social além do diagnóstico clínico para garantir diagnósticos corretos atuais e ao longo da vida da criança em relação ao DSM-IV-TR e obter mais informações socioeconômicas e de desenvolvimento. Os pais do INT e GC, respectivamente, preencheram um formulário de triagem sobre SES, fatores de risco de desenvolvimento, bilinguismo e migração. As mães completaram a medida Retrospective Infant Behavioral Inhibition (RIBI).	Crianças de 3 a 18 anos com mutismo seletivo ao longo da vida (n = 109), fobia social (n = 61), comportamento internalizante (n = 46) e controles saudáveis (n = 118) foram avaliados usando o Retrospective Infant Behav questionário de inibição oral (RIBI).
---	---	----------------------	------	----------	---	-------------------------	--	---

7	Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study	POOLE, K. L. et al.	2020	Canadá	Examinar se o Mutismo Seletivo infantil pode ser melhor conceituada como uma variante do TAS caracterizada por níveis mais extremos de ansiedade social.	Questionários, vídeos e escalas padronizadas	Pequenos tubos foram utilizados para recolher as amostras de saliva antes e após procedimentos; questionários referentes ao ajuste socioemocional; medida de autorrelato de ansiedade; tarefa de autoapresentação gravada em vídeo; tarefas não verbais adicionais com o cuidador principal como parte do estudo maior (avaliações acadêmicas, não examinadas aqui).	158 crianças que foram classificadas em três grupos: crianças com MS e que também eram altamente ansiosas socialmente (SM+HSA; n=48), crianças altamente ansiosas socialmente sem MS (HSA; n=48) e crianças controle (n=62).
---	--	---------------------	------	--------	--	--	--	--

8	Psychophysiological mechanisms underlying the failure to speak: a comparison between children with selective mutism and social anxiety disorder on autonomic arousal	VOGEL, F.; SCHWENCK, C.	2021	Alemanha	Investigar os mecanismos psicofisiológicos da falha de fala em crianças com Mutismo Seletivo.	Breve questionário, Escalas de MS, Entrevista clínica presencial e visita na casa para observação comportamental diante de fator estressor	Consultas ocorreram nas residências das famílias, de modo a garantir a aquisição da medida de repouso em ambiente não ameaçador, e facilitar a participação devido à familiaridade do ambiente. Aplicação de eletrodos nas crianças para a realização das medidas fisiológicas, avaliação de nível de ansiedade em um termômetro de ansiedade e avaliar a extensão de sua excitação usando uma escala analógica adaptada da dimensão de excitação do manequim de autoavaliação. Na sequência, um experimentador junto com o cuidador foi para uma sala separada, onde foi realizada uma entrevista clínica estruturada (Kinder-DIPS) com o cuidador. Enquanto isso, o outro experimentador realizou um paradigma de estresse social com a criança sozinha (sem a presença de um cuidador). A criança passou por um protocolo experimental padronizado, consistindo de um paradigma de estresse social verbal e não verbal, com a ordem sendo randomizada.	A pesquisa avaliou um total de 96 crianças [8–12 anos, SM: n=31, TAS: n=32, desenvolvimento típico (DT): n=33]
9	Group therapy for selective mutism - A parents' and children's treatment group	SHARKEY, L. et al.	2008	Irlanda	Avaliar a viabilidade e eficácia da terapia de grupo para crianças com mutismo seletivo e seus pais.	Escalas e Questionários	Todas as crianças foram avaliadas pré e pós-grupo usando uma série de escalas de avaliação do clínico, dos pais e da criança.	5 crianças com idade média de 6 anos

10	Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism	CA-TCHPOLE, R. et al.	2019	Canadá	Avaliar uma nova terapia para crianças com mutismo seletivo (SM) que combina princípios da Terapia de Interação Pai-Filho e técnicas comportamentais	Escalas, questionários e 16 semanas de terapia em ambulatório	Avaliações foram realizadas no momento do encaminhamento, pré-tratamento, pós-tratamento, 3 meses de acompanhamento e 1 ano de acompanhamento	54 crianças
----	--	-----------------------	------	--------	--	---	---	-------------

1 1	Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis	DRIESSEN, J. et al.	2019	Países Baixos, África do Sul e EUA.	Avaliar a conceituação atual do mutismo seletivo (MS) como um transtorno de ansiedade no DSM-5 usando uma abordagem meta-analítica e fornecer uma estimativa geral da taxa de prevalência de transtornos de ansiedade comórbidos em crianças com Mutismo Seletivo com base em dados meta-analíticos.	Uma revisão sistemática foi realizada para identificar todos os estudos empíricos referentes ao tema Mutismo Seletivo. 22 estudos	As bases de dados digitais: Web of Science, PubMed, PsycINFO, Embase e Picarta foram utilizadas até março de 2019 usando a seguinte consulta de pesquisa: '[elective OR selective AND mutism]'.	S/N
--------	--	---------------------	------	-------------------------------------	--	---	---	-----

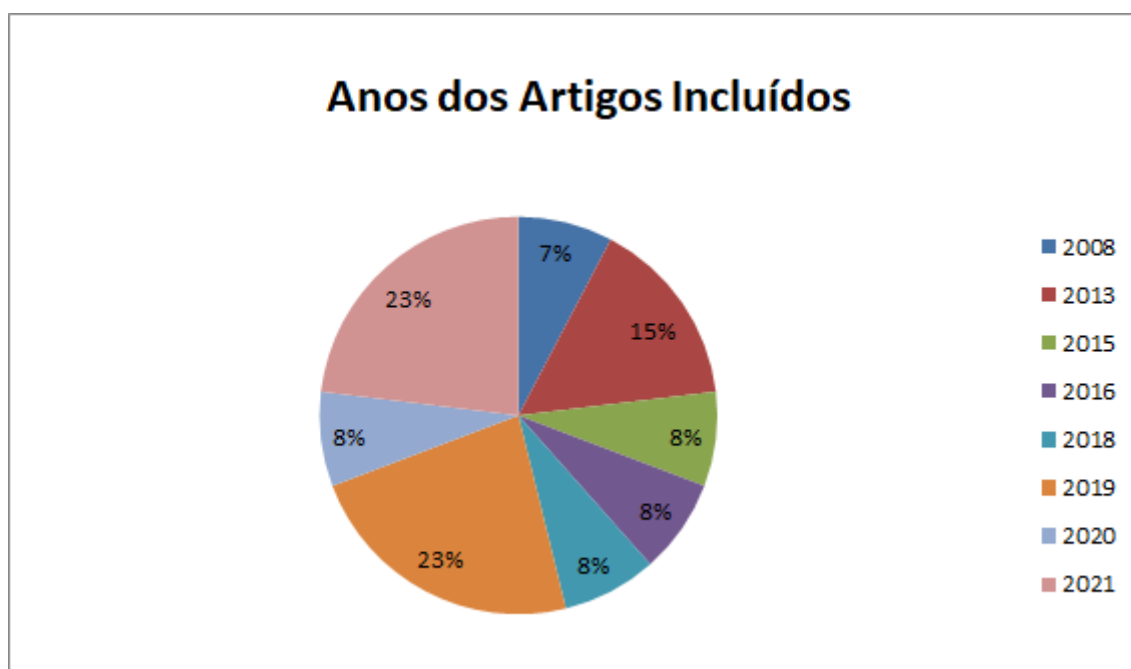
1 2	Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds	MURIS, P.; HENDRIKS, E.; BOT, S..	2015	Países Baixos e África do Sul.	Examinar as relações entre inibição comportamental e sintomas de ansiedade (social), por um lado, e sintomas de SM, por outro, em uma amostra de crianças jovens e não clínicas.	Primeiro, as crianças realizaram duas tarefas de fala para avaliar sua quantidade absoluta de palavras faladas em uma nova situação social. Em segundo lugar, os pais preencheram um questionário para avaliar a frequência de falhas na fala das crianças em vários ambientes sociais. Além disso, os pais também preencheram escalas para medir os sintomas do transtorno de ansiedade e o temperamento característico da inibição	Na maioria dos casos, esta sessão ocorreu na casa das famílias. A avaliação foi sempre conduzida por duas experimentadoras (segunda e terceira autora) que seguiram de perto um protocolo padronizado. A fim de reduzir a influência de fatores externos, as crianças e os pais eram sempre testados sentados à mesa em uma sala silenciosa, onde não havia outras pessoas presentes. As partes essenciais da sessão (ou seja, as tarefas de fala) foram gravadas por meio de um ditafone.	57 crianças de 3 a 6 anos
--------	--	-----------------------------------	------	--------------------------------	--	--	--	---------------------------

						comportamen- tal em seus fi- lhos.		
1 3	Selec- tive Mutism and Its Rela- tions to Social Anxiety Disor- der and Au- tism Spec- trum Disor- der	MURIS, P.; OL- LEN- DICK, T..	2021	Países Baixos, África do Sul, EUA e Ingla- terra.	Verificar como os problemas do espectro do autismo, além dos problemas de ansie- dade, às ve- zes também estão impli- cados no Mutismo Seletivo.	Revisão bibli- ográfica des- crevendo as características diagnósticas do MS, a pre- valência desse distúrbio e seu desenvolvi- mento e curso, as relações en- tre SM e SAD e entre SM e TEA.	Discussão sobre as semelhanças e dife- renças nas dificuldades sociais dos três transtornos, e sobre como SM às vezes é mais do que um transtorno de ansiedade, abordando sua ligação especial com o TE.	S/N

Fonte: A autora, 2022.

Notou-se que os periódicos mais antigos estavam entre os anos de 2008 e 2013, são os artigos 01, 02 e 09. Seguido do ano de 2015 e 2016, que corresponde ao artigo 12 e 06. No ano de 2018, o artigo 03, no ano seguinte, em 2019, são os artigos de número 04, 10 e 11. Em 2020 foi encontrado um artigo que corresponde ao número 07. Com relação ao ano de publicação mais recente, em 2021, foram publicados os textos 05, 08 e 13. A Figura 3 esquematiza essas informações.

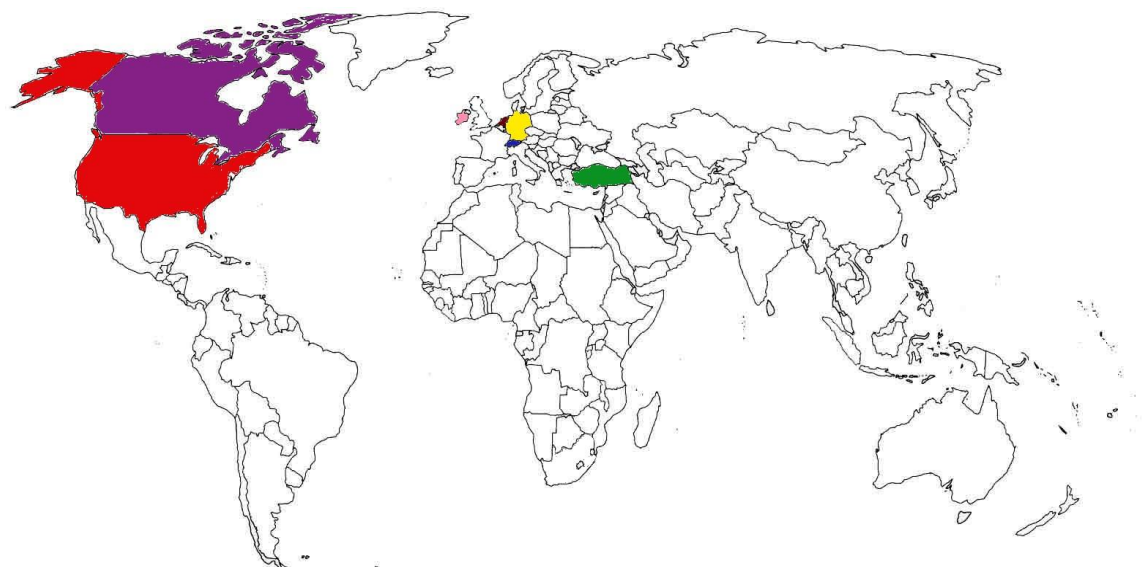
Figura 3: Anos dos Artigos Incluídos



Fonte: A autora, 2022.

Em relação ao tipo de revista dos textos encontrados, notou-se que aproximadamente 54% foram veiculados em periódicos da área de psiquiatria, por volta de 15% em revistas da área de transtornos de ansiedade, e o restante pulverizado em revistas da área da psicologia, fonoaudiologia e saúde de uma maneira geral. O que chama a atenção é o fato de as publicações sobre o MS serem publicadas em revistas de psiquiatria, na sua maioria, sendo de fato reconhecido como um transtorno que merece uma relevância em nível de avaliação psiquiátrica, por se tratar de um transtorno de ansiedade grave.

Foi possível observar que os estudos, em sua maioria, foram desenvolvidos em países desenvolvidos, onde a estrutura das instituições favorece pesquisas com condições razoáveis. Por exemplo, o estudo da Alemanha, de 2021, o artigo 08, recrutou famílias para o estudo. Para que ele fosse realizado, deu-se como compensação um valor de 20 euros pela participação. A distribuição dos artigos em nível de continente mostra que a maioria dos estudos (60%) está concentrada no continente europeu, vindo em 2º lugar a América do Norte, como se observa na Figura 4.

Figura 4: Países dos Artigos Seleccionados

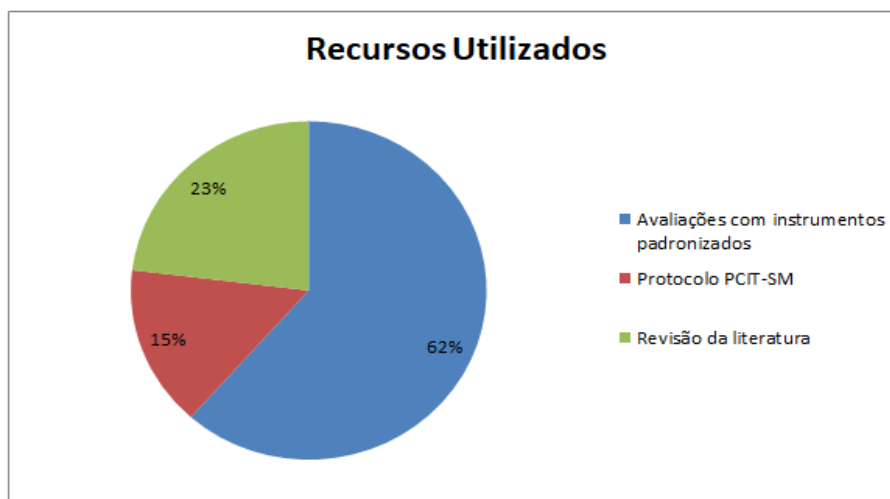
Países dos artigos seleccionados	Quantidade de Artigos	Ano das Publicações
Canadá	2	2019; 2020
Estados Unidos	3	2013; 2018; 2019
Irlanda	1	2007
Países Baixos	3	2015; 2019 e 2021
Alemanha	2	2016 e 2021
Suíça	1	2021
Turquia	1	2013

Fonte: A autora, 2022.

Quanto aos recursos utilizados para o desenvolvimento das pesquisas, observa-se no gráfico (Figura 5) abaixo que 60% dos instrumentos utilizados foram avaliação com testes e escalas padronizados, assim como aplicação de questionários. Uma média de 20% corresponde à apresentação do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o MS (PCIT), e os outros 20% à revisão de literatura.

Figura 5: Recursos Utilizados

Recursos Utilizados	
Avaliações com instrumentos padronizados	8
Protocolo PCIT-SM	2
Revisão da literatura	3



Fonte: A autora, 2022.

1.5 Análise e Interpretação do Papel da Rede Familiar na Intervenção Terapêutica

Parte-se da premissa de que a família, em geral, é o núcleo no qual acontecem as primeiras e mais frequentes interações sociais, e que esse grupo representa para seus membros um local de reconhecimento, conforto e segurança. Presume-se a fundamental importância da atuação familiar na identificação precoce do transtorno, em seu acompanhamento integral e ainda na capacitação para lidar cotidianamente com esse desafio familiar.

Pode-se afirmar que a acomodação dos pais na manutenção do transtorno (ROSLIN, 2013) faz com que as terapias de intervenção do MS convoquem a interação entre pais e filhos, o qual se entende ser um componente potencialmente importante, ainda pouco pesquisado, visando o retorno da fala.

Está posto que, dentre todos os locais e circunstâncias possíveis, a casa é o ambiente mais provável para a criança vir a se expressar, portanto mães e pais são agentes em potencial do processo de intervenção. As dificuldades de comunicação ou linguagem são marcadamente evidenciadas em crianças com MS e muito tem se feito para realização de avaliações fonoaudiológicas, treinando esses pais para que apliquem as testagens necessárias, uma vez que as crianças não falam com os terapeutas. A atuação dos pais é demasiadamente importante, inclusive na aplicação de testes que averiguam competências linguísticas e, portanto, requerem resultados verbalmente expressos. Através de alguns estudos, ficou comprovado que se esses testes forem aplicados apenas com profissionais, professores ou outros atores, que não sejam aqueles pertencentes ao núcleo familiar, a possibilidade de ausência de fala será marcante (KLEIN; ARMSTRONG; SHIPOM-BLUM, 2013).

As opções de tratamento são extremamente limitadas devido a fatores como, por exemplo, a falta de informação em função da baixa prevalência, a difícil identificação do transtorno

desde o seu início (ou seja, assim que a criança demonstra a inibição comportamental e é relevada por não incomodar, já que a criança fala em casa). O tratamento que consegue promover a interação pais, mãe e filhos (PCIT) é uma das opções para cuidar de transtornos e se concentra no aspecto comunicacional, com foco nos sintomas apresentados pela criança (CATCHPOLEA *et al.*, 2019).

O objetivo principal das mudanças que o PCIT sofreu para ser adaptado no tratamento do MS deve-se ao fato de os pais receberem ferramentas específicas que visam interromper o ciclo de padrões de reforço negativo, servindo de recurso para a interrupção das evitações. Essa evasão e interferência criam um ciclo de reforço negativo no qual a ansiedade da criança é aliviada no momento, resultando num padrão contínuo em que ela não falará em situações futuras (CARPENTER *et al.*, 2018).

A abordagem PCIT-SM se orienta para o aumento da chance de a fala acontecer, estimulando a comunicação com recompensas durante a terapia. Ressalta-se que apesar de não caracterizar o MS como algo do campo relacional com seus pais, esses serão guiados para uma reestruturação da sua convivência com seus filhos, evitando situações que provoquem ansiedade, e atuando com protagonismo no tratamento da criança (CATCHPOLEA *et al.*, 2019).

Por ser uma intervenção que combina PCIT e TCC na intervenção para crianças com MS (CARPENTER *et al.*, 2018), orienta aos pais habilidades que objetivam maximizar as oportunidades de verbalização da criança, psicoeducando-os no sentido de eliminar comportamentos como “um ciclo de resgate” das situações que provocam a ansiedade. Os pais podem ser importantes agentes de mudança para aumentar a comunicação da criança em diversos ambientes.

Nos estudos de Sharkey *et al.* (2008), foi realizada uma intervenção com um conjunto de pais de crianças com diagnóstico de mutismo seletivo, em um programa com sessões que duravam, em média, 90 minutos. Nelas, os pais recebiam orientações sobre o mutismo seletivo e como lidar com suas reações no cotidiano, por exemplo, quando a criança esboça a fala e o apoio ao filho e acompanhamento com relação a sua inserção e interação no ambiente escolar. Outras orientações também foram revisadas durante essa intervenção de pais de filhos com SM, incluindo os próprios padrões de comportamento destes, que, por vezes, podem influenciar as crianças, além de prepará-los com relação aos comentários sociais embasados de estigmas depreciativos (SHARKEY *et al.*, 2008).

O grupo terapêutico de pais conseguiu estimular ambas as partes envolvidas, pais e filhos, a interromper o obstáculo que o silêncio põe em determinados ambientes, assim os pais receberam treinamentos para acolher e incentivar os filhos em todas as situações, reforçando a possibilidade da comunicação e ignorando o mutismo apresentado (SHARKEY *et al.*, 2008).

A partir das afirmações supracitadas e das evidências encontradas nos estudos acima localizados, entende-se que tratamentos envolvendo pais e filhos têm um grande potencial de efeitos positivos, uma vez que consegue atuar no foco principal de onde acontecem os primeiros e principais sintomas desse transtorno. Vários instrumentos diagnósticos foram desenvolvidos nas últimas duas décadas que podem ser usados para classificar a SM e/ou investigar a gravidade dos sintomas em diferentes contextos (CATCHPOLEA *et al.*, 2019).

As recomendações para uma avaliação diagnóstica completa foram descritas e incluem informações de vários informantes, por exemplo, informações dos pais, informações do professor, avaliação direta do comportamento da criança e informações autorrelatadas da criança, se possível. De acordo com Bergman *et al.* (2008), o Questionário de Mutismo Seletivo (SMQ) é um instrumento considerado “padrão-ouro”, aplicado em averiguações primárias em estudos sobre o tema e que utiliza um tipo de escala para avaliar pais que evidencia o comportamento da criança na casa, escola e comunidade.

O SMQ (cf. Apêndice A) é uma escala de avaliação dos pais, que mede a gravidade do comportamento de fala avaliado pelo SM em diferentes contextos (17 itens) e o impedimento

associado ao comportamento de não falar (seis itens adicionais). O SMQ foi desenvolvido e validado nos Estados Unidos, em crianças de 3 a 11 anos, com e sem MS. Com esse tipo de instrumento, os pais informam sobre o comportamento de fala em um período antecedente de quinze dias, ou seja, viabilizando uma análise de frequência onde os itens são pontuados considerando 4 pontos: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (frequentemente) ou 3 (sempre) (MANASSIS *et al.*, 2007).

Uma avaliação diagnóstica completa envolve mais do que examinar apenas o comportamento da fala. Inclui também a história médica e de desenvolvimento da criança, história familiar, paternidade e funcionamento familiar, eventos de vida, o exame de outras dificuldades comportamentais ou sintomas psiquiátricos de comorbidade, além de informações diretas, como a avaliação de habilidades cognitivas, acadêmicas e de linguagem, bem como as características centrais da SM, a exemplo da quantidade de comportamento de fala em diferentes situações. É necessária uma avaliação mais ampla para diferenciar a SM de outros transtornos, investigar transtornos comórbidos ou dificuldades de desenvolvimento associadas, examinar fatores familiares e contextuais que podem desempenhar um papel no desenvolvimento ou persistência do transtorno.

A avaliação para essa população, portanto, normalmente inclui gravações de áudio ou vídeo, observações comportamentais, testes formais, entrevistas e questionários, como o Questionário de Mutismo Seletivo (BERGMAN *et al.*, 2008) para crianças, pais e professores (SHRIVER *et al.*, 2011).

1.5.1 Ansiedade Social como comorbidade

Através de uma abordagem meta-analítica, fica evidenciado o transtorno de ansiedade como comorbidade aparente em quadros de mutismo seletivo, considerando que 80% de crianças com MS foram também diagnosticadas com ansiedade e, em especial, a fobia social apontando para uma inseparabilidade desses elementos (DRIESSEN *et al.*, 2020). Em geral, a faixa etária de início da patologia está entre 2,7 e 4,6 anos. Ainda que seu quadro possa ser negligenciado até a fase do ensino fundamental, costuma ser mais comum em meninas e a taxa de prevalência; considerando a fase escolar, varia entre 0,03 e 0,79%, sendo considerado um transtorno psiquiátrico raro (DRIESSEN *et al.*, 2020).

Apesar dos diagnósticos de transtorno de ansiedade comórbida serem responsáveis pela ansiedade em 80% das crianças com MS, ainda não está evidenciado como a ansiedade manifesta-se nos 20% restantes das crianças que não têm esse diagnóstico adicional. O transtorno de ansiedade comórbida não implica que o MS se origine da mesma fonte, ou seja, a ansiedade. Assim, vários fatores devem ser levados em consideração, e o mais conveniente seria que, com o auxílio de questionários validados, pudessem ser realizadas medidas psicofisiológicas da frequência cardíaca, pressão arterial e condutância cutânea, ou algum outro método que possa aferir a excitação fisiológica (DRIESSEN *et al.*, 2020).

O transtorno de ansiedade social é caracterizado por um medo acentuado de ser avaliado por outros em situações sociais, com a sobreposição entre MS e ansiedade social com altas taxas de comorbidade e semelhanças etiológicas entre os dois transtornos, tendo a inibição comportamental como fator de risco para ambos durante a primeira infância (VOGEL; SCHWENCK, 2021).

Na pesquisa no estado de Hessen, na Alemanha, por intermédio de clínicas psiquiátricas, ambulatórios psicoterapêuticos, escolas, anúncios, fonoaudiólogos e correspondências para os domicílios, foi fornecido aos pais, como compensação, um vale de 20 euros pela participação no estudo. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local e todas as famílias interessadas receberam um link com informações sobre o procedimento do estudo e foram convidadas para

participar de um breve questionário online para triagem de sintomas de MS, utilizando a Escala de Mutismo Seletivo de Frankfurt e TAS, com base nos critérios do DSM-5.

A Inibição Comportamental (IC) foi avaliada por meio do relato dos pais com base na *Retrospective Infant Behavioral Inhibition Scale* (RIBI) (cf. Apêndice C), e a Ansiedade Social por meio de autorrelato com base no Social Phobia and Fear Inventory for Children (SPAIC-C) (cf. Apêndice C).

1.5.2 IC como fator de risco para o MS e AS

As crianças com MS apresentam sintomas que aparentam inibição comportamental, podendo ser este um elemento etiológico do MS. A IC pode ser representada socialmente como parte de um temperamento de alguém, fato que se relaciona muitas vezes com uma tendência a recuar, buscar um dos pais e coibir brincadeiras e verbalizações após a vivência de circunstâncias desconhecidas, além do julgamento associado de timidez, retraimento quando diante de novos objetos não sociais, a exemplo de brinquedos, jogos e estímulos percebidos perigosos ou ameaçadores (MELFSEN *et al.*, 2022).

Nos estudos de Muris e Ollendick (2015) foram examinadas as relações entre IC e AS e sintomas de MS. Os resultados das análises correlacionais indicaram que a IC foi associada a maiores níveis de sintomas de AS e a outros transtornos de ansiedade e MS, o que está de acordo com uma vasta literatura que mostra que esse traço de temperamento é um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Pontua, ainda, que esse é o primeiro estudo que fornece suporte empírico direto para a relação entre IC e MS. A pesquisa também mostrou que crianças com MS exibem características que parecem ser indicativas de uma inibição do temperamento, incluindo timidez, baixa sociabilidade, retraimento e baixa adaptabilidade. A inibição comportamental parece estar envolvida no MS e aponta para uma etiologia compartilhada com outra patologia de ansiedade infantil e, desta forma, apoia a atual classificação do DSM-5 de MS como um transtorno de ansiedade.

Estudos comprovaram ainda que a inibição ocorre para estímulos sociais geralmente na idade de um ano e meio até três anos e meio e apresentam recuo nos comportamentos interativos que se tornam marcantes, a exemplo de encarar, olhar, mas não interagir, estar não ocupado e não conversar durante a interação com um colega desconhecido, e, ao alcançar os 5 anos, a inibição restringe o não-envolvimento na brincadeira do grupo com o colega desconhecidos (GENSTHALER *et al.*, 2016).

A IC encontrada em observações comportamentais de crianças com MS é um fenômeno central nessas, enraizado em um mecanismo de resposta rígida do sistema nervoso autônomo. Entretanto, não está esclarecido por que a flexibilidade, autonomia é restrita em crianças com MS em situações verbais. A literatura sugere que uma falha em falar pode funcionar como uma regulação emocional inadequada para mecanismos de adaptação, ou ainda como um mecanismo de evitação (VOGEL; SCHWENCK, 2021).

2 MATERIAL E MÉTODOS

A parte do envio de material dessa pesquisa aconteceu no período de abril a novembro de 2023. As escalas, questionários e instrumentos foram enviados por correspondência e, assim que preenchidos pelos pais e educadores, foram reencaminhados para que os resultados fossem mensurados.

2.1. Tipo de Pesquisa

Sobre o delineamento, trata-se de um estudo exploratório, com amostra selecionada por conveniência e abordagem quanti-qualitativa. Oliveira (2011) explica que uma pesquisa exploratória investiga um determinado tópico, objetivando adquirir uma maior familiaridade com o fenômeno e possibilitando o aumento do conhecimento, de hipóteses e da formulação de resoluções estruturadas sobre o assunto.

Piovesan e Temporini (1995) apontam que uma das características do estudo exploratório é a especificidade das perguntas, ou seja, as especificidades das questões levantadas que possibilitam ao investigador definir seu problema de pesquisa e formular sua hipótese com maior compreensão e precisão. Assim, garantem a escolha das técnicas mais adequadas para cada tipo de pesquisa e possíveis dificuldades, bem como filtram as questões que mais precisam de ênfase e investigação detalhada (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

2.2. Local da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram selecionados pela plataforma da ABRAMUTE¹, instituição sem fins lucrativos, fundada em 2020, que visa propor iniciativas e estratégias de cuidado, acolhimento de famílias e treinamento profissional para o Mutismo Seletivo e transtornos de ansiedade infantil que acometem o público infantojuvenil. Propõe-se também a trabalhar por políticas públicas, informando a sociedade sobre os Transtornos de ansiedade na infância, com foco no Mutismo Seletivo – com conscientização pública –, além de procurar abrir caminhos para a capacitação dos profissionais da área da saúde, visando ao diagnóstico precoce e à intervenção correta, bem como produção de material informativo na forma física e *on-line*, a exemplo de cartilhas informativas acerca do MS, para que haja, assim, reconhecimento dos sintomas por parte da sociedade.

2.3. Participantes da Pesquisa

A amostra desta pesquisa foi constituída por conveniência, ou seja, os participantes se inscreveram através de uma chamada pelo site da ABRAMUTE e foram selecionados a partir da acessibilidade e disponibilidade para o seguimento do estudo. que serão recrutadas através da plataforma *online* da ABRAMUTE, em que foi disponibilizado um *post*, ou *card*, convocando pais de crianças com MS durante um período de 15 dias. Foi disponibilizado um *link* de inscrição com um formulário *online* para ser preenchido pelas famílias que desejassem participar da pesquisa.

Além disso, os participantes preencheram o Formulário de Participação (Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Por meio da amostra selecionada, buscou-se saber o sexo dos participantes, idade, escolaridade, profissão, local de trabalho,

¹ Site ABRAMUTE: <https://abramute.org/>

estado e cidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém esclarecimentos sobre a pesquisa, sobre o processo de avaliação e tratamento, e o compromisso do pesquisador em relação ao sigilo sobre os dados dos participantes, finalizando-se com a assinatura de aceitação dos pais.

Entre os critérios de inclusão para participação na pesquisa estavam: ser responsável de crianças com MS dos 6 aos 18 anos; recursos tecnológicos de conexão de internet disponíveis; ter filhos já diagnosticados com MS. Como critérios de exclusão, foram: crianças mutistas com comorbidades já diagnosticadas.

As famílias beneficiadas com o programa de Psicoeducação receberam orientações sobre o transtorno, assim como foram instruídas sobre técnicas e estratégias para o manejo diário com seus filhos mutistas. As famílias que se inscreveram e não foram contempladas para o grupo serão contactadas posteriormente para participarem do programa em um segundo momento.

2.4. Instrumentos Utilizados

Utilizaram-se os seguintes instrumentos:

A) Questionário de dados sociodemográficos: criado para essa pesquisa, é composto por questões para identificação do participante, como nome, idade, escolaridade, etc., além de itens acerca de aspectos socioeconômicos, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2018).

B) *Selective Mutism Questionnaire* (SMQ), ou Questionário de Mutismo Seletivo: é um instrumento que mensura a frequência do comportamento de não falar de uma criança em situações nas quais se espera que ela fale (BERGMAN *et al.*, 2008). Consiste em 17 itens que coletam o relato dos pais, que permitem ao terapeuta quantificar o grau de mutismo em vários contextos sociais e interpessoais, avaliar a gravidade e a interferência associada ao comportamento de não falar da criança.

C) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): BAI é uma escala de autorrelato que busca mensurar a intensidade de sintomas de ansiedade em adultos (BECK *et al.*, 1988). É um questionário de autorrelato com 21 questões de múltipla escolha, utilizado para medir a severidade da ansiedade.

D) Sistema de avaliação Empiricamente Validado (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) (ASEBA): um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores. A bateria ASEBA pretende proporcionar aos técnicos de saúde mental (psicólogos e psiquiatras) um leque de instrumentos validados para a avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes (dos 18 meses aos 18 anos). A ASEBA é composta por 5 instrumentos que permitem avaliar sintomas e síndromes psicopatológicos, bem como competências psicossociais em crianças e adolescentes, a partir do relato de diferentes informadores. Foi efetuado, a nível nacional, um estudo de validação e aferição da bateria ASEBA (ACHENBACH; RESCORLA, 2001) e estabelecidas normas portuguesas. Assim, neste momento, ao nível de provas de avaliação da psicopatologia, encontram-se validadas e aferidas para a população portuguesa cinco instrumentos que compõem esta bateria (CBCL, TRF, YSR, CBCL1-5, CTRF) e que permitem avaliar sintomas e síndromes psicopatológicos, bem como competências psicossociais em crianças e adolescentes, a partir do relato de diferentes informadores. Desta forma, já é possível proporcionar aos técnicos de saúde mental portugueses um conjunto de instrumentos válidos para a avaliação

de psicopatologia em crianças e adolescentes (dos 18 meses aos 18 anos de idade). Os instrumentos permitem caracterizar os participantes em três categorias: não-clínica, limítrofe e clínica. Integram 8 escalas restantes do instrumento utilizados os itens sobre Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras/ Delinquencial e Comportamento Agressivo, cuja soma dá origem à Escala Total de Problemas de Comportamento. A Escala Total de Problemas de Comportamento é constituída ainda pela Escala de Problemas de Comportamento Internalizante e pela Escala de Problemas de Comportamento Externalizante. As escalas de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas somáticas compõem a Escala de Problemas de Comportamento Internalizante. As escalas de Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo compõem a Escala de Problemas de Comportamento Externalizante. Os inventários também possuem uma última escala denominada Escalas orientadas ao DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que possibilita agrupar outros problemas apontados pelo instrumento. Neste trabalho, foram utilizados os inventários Adult Self-Report (ASR) e Child Behavior Checklist (CBCL/6-18), ambas escalas que compõem o sistema ASEBA, avaliando a associação de sintomas psicopatológicos entre crianças e os respectivos responsáveis.

E) *Child Behavior Checklist For Ages 6-18 (CBCL 6-18): Child Behavior Checklist 4 (CBCL)*, ou Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 Anos (ACHENBACH; RESCORLA, 2001), contém 118 itens com subescalas de Ansiedade/depressão; Retraimento/depressão, Queixas somáticas, Problemas de sociabilidade, Problemas de atenção, Problemas com pensamento, Violação de regras e Comportamento agressivo. Tais subescalas são divididas em Escala de internalização (EI) e Escala de externalização (EE). Possui ainda seis escalas em concordância com critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV: Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta.

O CBCL deve ser respondido por pais ou cuidadores que respondem a uma escala tipo Likert de três pontos (0 [não é verdadeiro], 1 [às vezes verdadeiro], ou 2 [frequentemente verdadeiro]). As respostas aos itens são agrupadas por análise fatorial na construção e validação do instrumento, em síndromes e escalas, e seu resultado é fornecido em T escore (ACHENBACH, 2019). É separado em duas partes: a primeira parte levanta informações sobre as competências, incluindo esportes, atividades, participação em organizações, trabalhos e tarefas, amizades e relacionamento com outras pessoas. Há ainda 20 itens que resultam na avaliação de três escalas, que seriam as Escalas de Competências, sendo elas subdivididas em: Atividades, Social e Escolar. A segunda parte do CBCL contém 118 itens sobre problemas comportamentais e emocionais na infância e são organizados em oito escalas síndromes, sendo algumas delas: Ansiedade/ Depressão; Problemas de Sociabilidade; Problemas de Atenção; Violação de Regras; e Comportamento Agressivo. Tais escalas, seguindo o modelo *bottom up* de avaliação, ou seja, não coincidem com diagnósticos psiquiátricos, porém auxiliam em sua investigação. Além disso, considerando a faixa escolar, a partir das respostas ao instrumento supracitado, resultados apontam para a avaliação de seis outras escalas, orientadas pelo DSM-V.

E) *Adult Self-Report (ASR)*, ou Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos: O ASR é um instrumento que permite verificar diversos aspectos de funcionamento adaptativo do adulto, a partir do ponto de vista do próprio participante (ACHENBACH; RESCORLA, 2001), podendo fornecer dados relevantes sobre as características da população atendida, bem como quais tipos de problema de comportamento que aparecem com mais frequência. Neste trabalho,

foram analisadas exclusivamente a escala de comportamento agressivo e a escala total de problemas de comportamento. Os problemas são classificados na faixa normal (não-clínica), limítrofe ou clínica. Essa escala também identifica psicopatologias baseadas em manuais como o DSM-IV. São 126 itens que devem ser respondidos considerando os últimos seis meses. As alternativas de resposta para cada item são: 0 = não verdadeiro, 1 = um pouco verdadeiro, ou às vezes verdadeiro, 2 = muito verdadeiro, ou frequentemente verdadeiro. Os pontos de corte do instrumento classificam a pontuação em faixa normal, limítrofe ou clínica, a partir do escore.

F) Inventário de Estilos Parentais (IEP): o IEP faz uma avaliação quanto aos estilos parentais dos cuidadores (GOMIDE, 2006), classificando-os nos seguintes grupos: estilo parental ótimo, quando há expressão de práticas de disciplina positivas e sem manifestação de práticas negativas; estilo parental regular acima da média, no qual a leitura de livros de orientação para pais aprimora as práticas parentais manifestas; estilo parental regular abaixo da média, no qual seria interessante que esses pais ou cuidadores participassem de grupos de treinamentos parentais; estilo parental de risco, no qual é recomendada a intervenção terapêutica. São avaliadas sete subcategorias com seis itens cada: monitoria positiva, comportamento moral, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico, com pontuação mínima total de zero e máxima de 12 por subcategoria.

2.5 Análise e Verificação dos Dados

Para uso do ASEBA, é necessária a aplicação do instrumento em papel e, posteriormente, as respostas dos instrumentos são digitadas em um programa de computador (*software* ASEBA), que permite analisar, administrar e comparar dados de múltiplos informantes, além de coordenar os dados de diversos inventários sobre o indivíduo. O cálculo dos escores leva em consideração a idade e o sexo. Seus resultados podem ser categorizados nas faixas, de acordo com o T escore: não clínica, limítrofe e clínica (as duas últimas têm maior intensidade ou frequência dos problemas de saúde mental). Foi utilizado o *software* ADM® para a análise dos dados obtidos pela aplicação dos instrumentos CBCL e ASR, desenvolvido por Thomas Achenbach, autor dos instrumentos. O *software* ADM® permite o gerenciamento e organização dos dados de cada instrumento. Após computar os dados no *software*, será possível exportar as informações para o Excel e deste para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* SPSS versão 24.0.

Foram também realizadas análises descritivas dos dados sociodemográficos dos cuidadores (pais e mães) e de seus filhos, crianças com MS. Em seguida, todos os dados dos instrumentos do formulário foram tabulados. Quanto aos escores dos testes CBCL e TRF, foram considerados, para a análise, seus escores brutos padronizados.

Para as estatísticas inferenciais observou-se a distribuição dos dados através do teste Shapiro-Wilk. Valores de $p < 0,05$ indicam desvio significativo na normalidade (SHAPIRO; WILK, 1965). Para examinar correlações entre os escores dos pais no teste ASR e de seus filhos (CBCL e TRF), foi utilizado o *rho* de Spearman. Valores de r até 10 indicam uma correlação fraca, entre 30 e 50, moderada e, acima de 50, forte (COHEN, 1992).

Por fim, foram realizadas comparações entre os escores brutos dos testes CBCL e TRF, visando verificar se haviam diferenças na maneira como pais e professores classificam os potenciais comprometimentos das crianças. Para esse fim, utilizou-se o teste de Wilcoxon. Valores de $p < 0,05$ indicam diferenças significativas entre os grupos. O tamanho de efeito das diferenças é estimado por meio do Posto de Correlação Bisserial. Já o tamanho de efeito foi estimado através do Rank de Correlação Bisserial (COHEN, 2013). Todas as análises foram conduzidas

com auxílio dos *softwares* JASP v.0.18.2.0 (JASP, 2024) e do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26 (IBM, 2022).

2.6. Procedimentos

O trabalho se estruturou por meio dos seguintes procedimentos:

Iª Etapa: O projeto, uma vez aprovado na qualificação, foi enviado para a Plataforma Brasil para obter a autorização do Comitê de Ética. A pesquisa foi submetida, tendo recebido o número de registro 68792123.4.0000.5235 x e parecer favorável sob o número: 6.023.991, junto ao Centro Universitário Augusto Motta/Unisuam. De posse da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a divulgação deste estudo teve início.

IIª Etapa: Foi disponibilizado um *post*, ou *card*, convocando pais de crianças com MS, o qual ficou disponível por um período de 15 dias (de 28/04/2023 a 12/05/2023) no Instagram e no *site* da ABRAMUTE. Foi disponibilizado um *link* de inscrição com um formulário a ser preenchido pelas famílias que desejavam participar da pesquisa. Todos os participantes adultos que clicaram nos *links* dos canais citados anteriormente tiveram acesso aos itens do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (cf. Apêndice D). Respectivamente, o primeiro termo trazia informações gerais sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e inconveniências, número de registro junto a ética em pesquisa, contatos dos pesquisadores envolvidos, da universidade e do CEP. Já o segundo Termo referia-se à autorização para que seus filhos participassem da pesquisa. Todos os participantes foram informados que sua participação não lhes traria qualquer tipo de ganho ou benefício financeiro ou material, e que suas participações poderiam ser canceladas e seus dados apagados, mediante suas solicitações a qualquer momento da pesquisa, sem necessidade de maiores justificativas. Aqueles que concordaram com todos os termos de ambos os documentos (TCLE e TALE) tiveram acesso ao questionário sociodemográfico e, após triagem, aos demais instrumentos, que lhes foram enviados via Correios. Uma vez respondidos pelos pais, foram enviados para o endereço da pesquisadora. Todos os custos operacionais foram arcados pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

IIIª Etapa: Posteriormente, após o preenchimento do formulário, os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

IVª Etapa: Após assinatura, foram iniciadas as aplicações dos instrumentos.

Vª Etapa: Logo após foi realizada a avaliação dos resultados das escalas e inventários.

VIª Etapa: Nesta fase foi estruturado o Programa Borboleta: Psicoeducação para Pais e Cuidadores de Crianças com Mutismo Seletivo para Psicoeducação para pais de crianças com MS na versão online e presencial.

VIIª Etapa: Defesa da dissertação.

VIIIª Etapa: Submissão do artigo.

2.7 Questões Éticas Envolvidas na Pesquisa

Esta pesquisa está estruturada conforme os requisitos da Resolução 510/2016 do CNS e suas complementares, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. A avaliação se dará somente após a compreensão dos objetivos do projeto e o aceite em participar do estudo, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os benefícios para os voluntários participantes do estudo foram auxiliar na elaboração de um projeto que tem por objetivo possibilitar o conhecimento de práticas de orientação às famílias que visem contribuir para o fortalecimento de vínculos afetivos, considerando o contexto onde essas relações se estabelecem. Foram observados os seguintes riscos para os voluntários participantes do estudo: sentem algum desconforto ao responder às perguntas relacionadas com o histórico de desenvolvimento dos seus filhos, comportamentos e relacionamentos interpessoais.

Os participantes foram informados que não pagarão nada, nem receberão nenhum pagamento para participar desta pesquisa, que deve ser voluntária, embora também fique garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação de tal participante na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em pastas de arquivo pessoal, sob a responsabilidade de Francilene Rosa Torraca, no endereço Rua Desembargador Izidro, 18 sala 611, no Bairro Tijuca, Rio de Janeiro, pelo período mínimo de 5 anos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou características de crianças com MS, níveis de ansiedade, depressão e possíveis problemas emocionais e também identificou o perfil dos pais das crianças, avaliando-se níveis de ansiedade, depressão e estilo parental. Buscou-se também identificar, pela avaliação dos professores, características das crianças no ambiente escolar. Esse aprofundamento deve-se à necessidade de se buscar, de forma assertiva, a criação de um programa que vise psicoeducar pais e cuidadores de crianças com MS. Dessa forma, foi necessária a coleta da frequência de problemas de comportamento e emocionais, considerando tanto o ambiente escolar quanto o familiar.

3.1 Participantes

Ao todo, 68 casais responderam ao questionário sociodemográfico, dos quais 11 foram excluídos do estudo, por conta dos fatores de exclusão já mencionados. Assim, restaram 57 famílias. Contudo, dos 114 adultos, apenas 47 responderam a todos os instrumentos enviados por correspondência. Não obstante, adicionalmente, outros dois adultos e uma criança precisaram ser excluídos do estudo, porque a escola da criança recusou-se a responder um dos instrumentos da pesquisa, assim como seus pais, por consequência. Portanto, a amostra final foi composta por 45 adultos e 23 crianças.

Quanto aos participantes respondentes, 26 deles são mães (52,1%) e 21 pais (47,8%), cuja idade variou de 33 a 55 anos ($M=41,9$; $DP=4,5$). Ainda sobre os pais, a escolaridade variou entre Ensino Fundamental incompleto, com 1 caso (0,02%); e Pós-Graduação (especialização ou mestrado), com 10 casos (21,7%), sendo o Ensino Superior Completo a formação escolar mais prevalente, $n=20$ (43,4%). Quanto às crianças, sete delas eram meninos (34,7%) e 15 meninas (65,2%), entre cinco e 13 anos de idade ($M=7,8$; $DP=2,4$).

Considerando as características da amostra deste estudo verificou-se, entre as crianças, um predomínio de participantes do sexo feminino. Embora esta amostra seja pequena e pouco representativa, os dados corroboram evidências empíricas que apontam para uma maior prevalência do transtorno em meninas (BLACK; UHDE, 1992; GUTENBRUNNER *et al.*, 2001).

3.2 Avaliação das Crianças

Sobre os resultados do CBCL (avaliação dos pais sobre a criança), as informações a respeito dos problemas comportamentais e emocionais na infância são organizadas em oito escalas síndromes, sendo algumas delas Ansiedade/ Depressão; Problemas de Sociabilidade; Problemas de Atenção; Violação de Regras; e Comportamento Agressivo. Nesta pesquisa, percentualmente, os Problemas de Comportamento mais prevalentes nas crianças mutistas foram o Comportamento ansioso/depressivo (39%), Retraído/Deprimido (22%), seguido das Queixas Somáticas (13%). Já com base no TRF avaliado pelo professor da criança, os Transtornos Depressivos (22%) e as Queixas Somáticas (14%) apareceram com mais frequência.

Quanto aos Transtornos Internalizantes e Externalizantes e Totalizantes, em ambos os instrumentos (CBCL e TRF) verificou-se um predomínio dos transtornos Internalizantes, CBCL (65%) e 52% para a TRF Tabela 2. Problemas internalizantes caracterizam-se como distúrbios pessoais, a saber, ansiedade, retraimento, depressão e sentimento de inferioridade, enquanto os problemas externalizantes envolvem características de desafio, impulsividade, agressão e hiperatividade, favorecendo os conflitos com o ambiente (ACHENBACH *et al.*, 2008).

Achenbach & Rescorla (2001) relataram que problemas de comportamento podem ser denominados como internalizantes (por exemplo, timidez, ansiedade, depressão) ou externalizantes (desobediência, agressividade, oposição). Tais comportamentos trazem ao indivíduo uma espécie de funcionamento operante, mantido por suas consequências, podendo prejudicar a criança no acesso a reforçadores necessários para promover o desenvolvimento (ALVARENGA, WEBER, BOLSONI-SILVA, 2016). O estudo de Buzzella, Ehrenreich-May e Pincus (2010) descobriu que crianças com MS vivenciavam uma série de sintomatologia internalizante, incluindo níveis significativamente maiores de ansiedade social, um grau mais alto de preocupação ruminativa e mais sintomas físicos normalmente associados a transtornos de ansiedade.

Os resultados demonstrados quanto à prevalência dos problemas de comportamento internalizantes (Tabela 2) também são escassos na literatura. A temática de problemas de internalização revela subnotificação e indivíduos subtratados, impactando no desenvolvimento socioemocional e na saúde (FLETT; HEWITT; 2013). O grupo externalizante representa transtornos com sintomas proeminentemente impulsivos, de conduta disruptiva e por uso de substâncias. Em relação ao desenvolvimento, problemas de comportamentos internalizantes tendem a aumentar entre os anos pré-escolares e os escolares (FANTI; HENRICH; 2010).

Tabela 2: Dados descritivos dos Problemas de Comportamento das crianças, CBCL e TRF (n=23)

Fator	<i>n</i>	F.L.	%F.L.	F.C..	%F.C.
C. Ansioso/Depressivo	23	2	9%	9	39%
C. Retraído/Deprimido	23	6	26%	5	22%
C. Queixas Somáticas	23	3	13%	3	13%
C. Problemas Sociais	23	1	4%	0	0%
C. Problemas de Pensamento	23	1	4%	1	4%
C. Problemas de Atenção	23	0	0%	0	0%
C. Quebra de Regras	23	0	0%	0	0%
C. Comportamento Agressivo	23	0	0%	0	0%
C. T. Internalizantes	23	4	17%	15	65%
C.T. Externalizantes	23	3	13%	1	4%
C.Total	23	8	35%	7	30%
T. Ansioso/Depressivo	23	2	9%	5	22%
T.Retraído/Deprimido	23	6	26%	2	9%
T. Queixas Somáticas	23	1	4%	3	13%
T. Problemas Sociais	23	0	0%	0	0%
T. Problemas de Pensamento	23	1	4%	1	4%
T. Problemas de Atenção	23	0	0%	0	0%
T. Quebra de Regras	23	0	0%	0	0%
19. T. Comportamento Agressivo	23	0	0%	0	0%
20. T.T. Internalizantes	23	2	9%	12	52%
21. T. T. Externalizantes	23	4	17%	0	0%
T. Total	23	4	17%	3	13%

Nota. C. = CBCL. T. = TRF. Fc = Faixa Clínica. Lim = Limítrofe

Fonte: A autora, 2022.

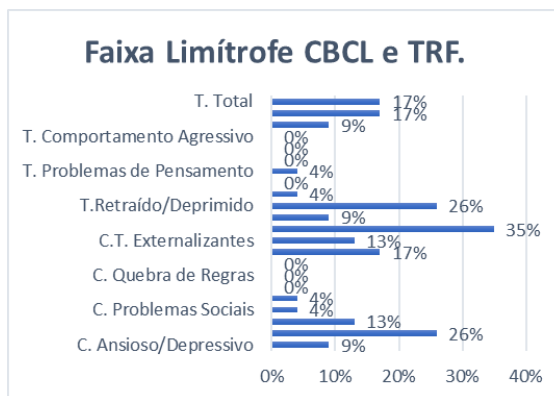
A produção acadêmica na área tem revelado o crescente interesse nos problemas de comportamento apresentados por crianças em fase de desenvolvimento, principalmente na primeira e segunda infância. Neste tópico, várias pesquisas (BERNERDO *et al.* 2014; BOLSONI-SILVA *et al.* 2006; ERCAN *et al.*, 2015; KORSCH; PETERMANN, 2013; LAVIGNE *et al.* 2015; RESCORLA *et al.*, 2014; RUDASILL *et al.*, 2014) esclarecem que o relato destes problemas deriva da percepção de pais e professores. Há evidências da carência de pesquisas que considerem, na composição das amostras, crianças que exteriorizam problemas apenas no ambiente escolar, apenas no ambiente familiar ou em ambos, de forma que facilite a identificação da natureza dos problemas manifestados, bem como de correlações possíveis com desempenho social e acadêmico.

Neste estudo, foi observado que crianças com MS foram avaliadas de forma parecida por pais e professores em relação a comportamentos e habilidades adaptativas. O CBCL e o TRF evidenciaram depressão, retraimento, desatenção, ansiedade exacerbada, queixas somáticas e comportamento opositor, com birras e teimosia. A Tabela 2, também representada nos gráficos 1 e 2, apresenta a prevalência no comportamento ansioso/depressivo, retraído/deprimido, com queixas somáticas trazendo evidências de que a ansiedade nas crianças mutistas, para além do retraimento e inibição no contexto escolar, traz sintomas graves que dificultam uma convivência social satisfatória. A escala CBCL e TRF Retraimento/Depressão tem em suas questões investigação relacionadas a comportamentos de retraimento social, tais como: “Prefere ficar sozinho(a) do que ficar em companhia dos outros”, “Recusa-se a falar”, “É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém”) e não efetivamente sintomas depressivos (como alterações no humor, no sono e no apetite).

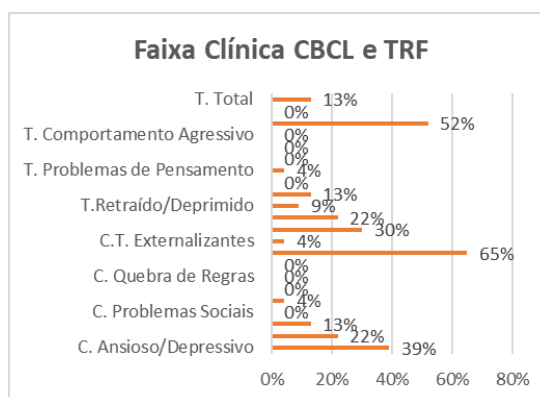
Como forma de reação ao estresse vivenciado diante da expectativa da fala, pais e professores responderam que ocorre emudecimento, baixo contato visual, postura corporal rígida e relatos das crianças quanto a percepção de voz alterada. O estudo de Melfsen *et al* (2021) descreveu crianças com MS inseguras em ambientes externos dificultando o engajamento para as conexões sociais, incluindo fazer contato visual, ouvir e conversar com as pessoas.

É o que se confere nos gráficos 1 e 2 abaixo.

Gráfico 1: Faixa Limitrofe



Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 2: Faixa Clínica

Fonte: A autora, 2022.

Observou-se um número igual de indicativos de transtornos entre os instrumentos, dois (CBCL e TRF). Não obstante, o padrão de concentração percentual é semelhante, respectivamente, na seguinte ordem: Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos e Problemas Depressivos. Entretanto, o CBCL apresentou maiores prevalência para os Problemas de Ansiedade e Somáticos, em comparação ao TRF (Tabela 3).

A Tabela 3 apresenta resultados que indicam problemas de ansiedade, problemas somáticos e problemas depressivos com uma maior prevalência nas crianças. Há importante correlação no CBCL ansioso/depressivo, problemas depressivos e problemas de ansiedade denunciando gravidade nessa fase do desenvolvimento. Crianças com MS não diagnosticadas e não devidamente tratadas podem ter como fator de risco o surgimento de patologias, como depressão, e experimentam muitos sintomas somáticos devido ao pavor de estarem expostas à expectativa da fala. Por conta da necessidade de interação a que os ambientes sociais as convocam, os sintomas tendem a agravar devido à necessidade de interagir socialmente num ambiente que até então lhe é desconhecido, a exemplo da escola. A recusa em ir para a escola, dificuldades em deixar os pais, choro, gritos, desejo de fuga da escola, queixas de dor de barriga ou cabeça, inquietação, perturbações do sono e irritabilidade, transtornos do humor, transtornos de conduta e sentimentos que podem levar a tentativas ao suicídio estão todos presentes em pesquisas (BARTHOLOMEU *et al.*, 2018; MELLO, 2017).

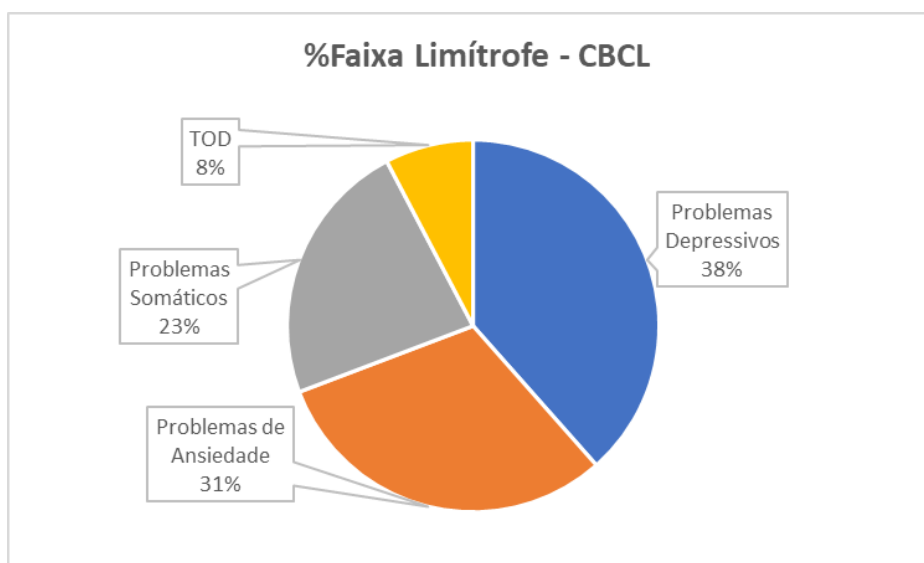
Tabela 3: Síndromes em crianças de acordo com o DSM-V, CBCL e TRF (n=23)

Fator	<i>n</i>	F.L.	%F.L.	F.C.	%F.C.
C. Problemas Depressivos	23	5	22%	1	4%
C. Problemas de Ansiedade	23	4	17%	10	44%
C. Problemas Somáticos	23	3	13%	4	17%
C. Déficit de Atenção	23	0	0%	0	0%
C. TOD	23	1	4%	0	0%
C. Problemas de Conduta	23	0	0%	0	0%
T. Problemas Depressivos	23	0	0%	1	4%
T. Problemas de Ansiedade	23	4	17%	5	22%
T. Problemas Somáticos	23	1	4%	3	13%
T. Déficit de Atenção	23	0	0%	0	0%
T. TOD	23	0	0%	0	0%
T. Problemas de Conduta	23	0	0%	0	0%

Nota. C = CBCL. T = TRF.

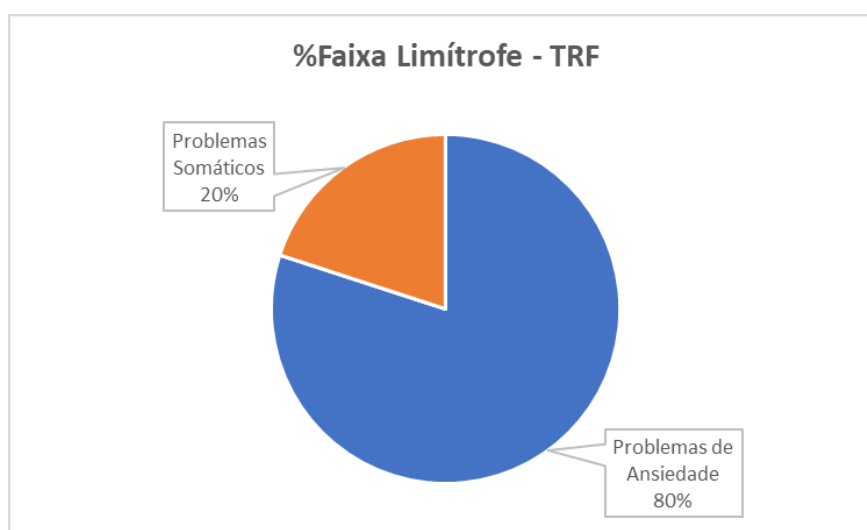
Fonte: A autora, 2022.

No gráfico 3 a seguir, fica evidenciado que, da amostra dos que apresentaram sintomas, encontram-se na faixa limítrofe: 38% em problemas depressivos; 31% problemas de ansiedade; 23% problemas somáticos e 8% com comportamentos compatíveis com TOD – devido às birras excessivas, irritabilidade, agressividade e oposição que as crianças ansiosas experimentam.

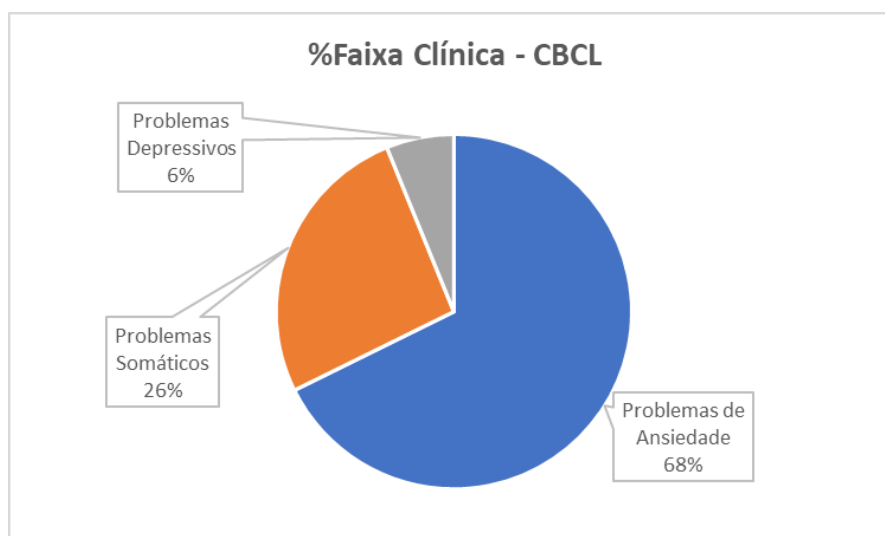
Gráfico 3: Faixa Limítrofe para síndromes no CBCL

Fonte: A autora, 2022.

No gráfico 4, fica evidenciado que 80% das crianças apresentaram sintomas – na faixa limítrofe – para problemas de ansiedade e 20% problemas somáticos. Os 8% que pontuaram para possível TOD – problemas de comportamento consistentes como comportamento teimoso ou controlador em situações que provocavam ansiedade.

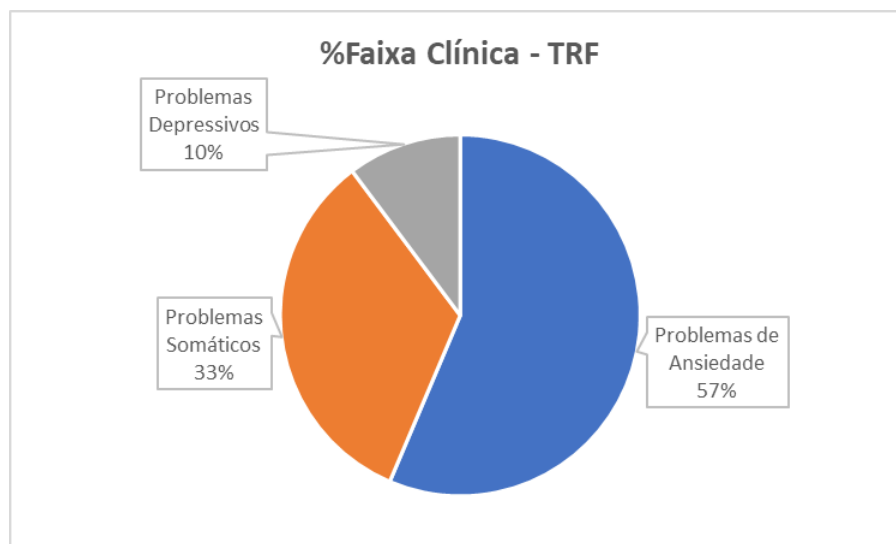
Gráfico 4: Faixa Limítrofe para síndromes TRF

O gráfico 5 demonstra que foram observados pelos pais, com resultados na faixa clínica, problemas de ansiedade em 68% das crianças, 26% com problemas somáticos e 6% com problemas depressivos.

Gráfico 5: Faixa Clínica para síndromes CBCL

Fonte: A autora, 2022.

De acordo com as respostas dos professores (Gráfico 6), das crianças avaliadas, 57% apresentaram sintomas clínicos com problemas de ansiedade; 33% apresentaram problemas somáticos; e 10% problemas depressivos.

Gráfico 6: Faixa Clínica para síndromes TRF

Fonte: A autora, 2022.

Nas escalas de competências sociais (Tabela 4), observam-se prejuízos clinicamente significativos em atividades, social e escola (CBCL). Na escala CBCL, a avaliação para problemas sociais mostrou-se importante para indicar que pacientes com pontuações mais elevadas nesta escala corroboram com a hipótese de que crianças e adolescentes com questões clínicas psicológicas importantes têm maiores dificuldades relacionais (CAMPOS, 2010; CAMPOS *et al.*, 2014; FREITAS *et al.*, 2013; MARTELETO *et al.*, 2011; MARTON *et al.*, 2009; VIANNA;

CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). Importante ressaltar que os itens dessa escala abordam questões de dependência social do cuidador, isolamento social e dificuldade de ter boas relações com crianças e adolescentes da mesma faixa etária.

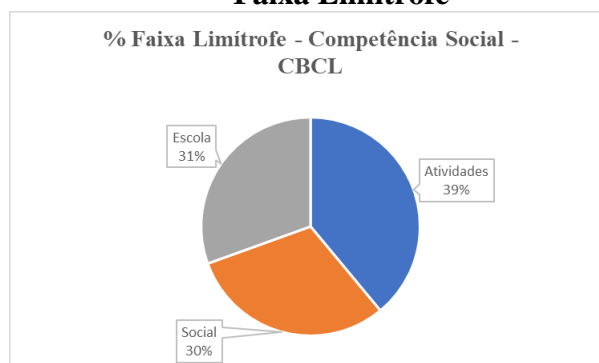
Tabela 4: Competência Social CBCL e do TRF

Fator	<i>n</i>	Lim.	%Lim.	Clin.	%Clin.
1.Atividades	22	5	23%	2	9%
1.Social	22	4	18%	2	9%
1.Escola	22	4	18%	1	5%
1.Total Competência	21	0	0%	12	57%
2. Dedicção	23	0	0%	0	0%
2. Comportamento	23	0	0%	0	0%
2. Aprendizado	23	0	0%	0	0%
2. Felicidade	23	0	0%	0	0%
2. Total	23	3	13%	2	9%

Nota. 1. CBCL; 2. TRF.

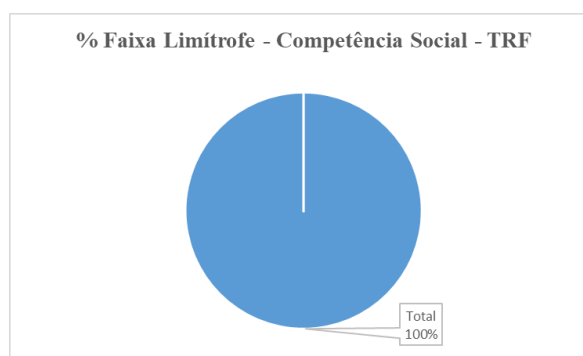
Fonte: A autora, 2022.

**Gráfico 7: Competência Social CBCL
Faixa Limítrofe**



Fonte: A autora, 2022.

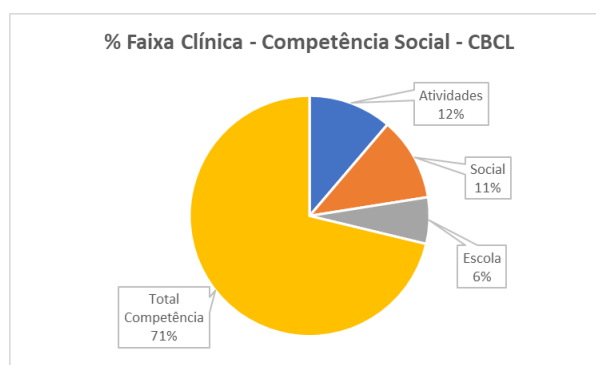
**Gráfico 8: Competência Social TRF
Faixa Limítrofe**



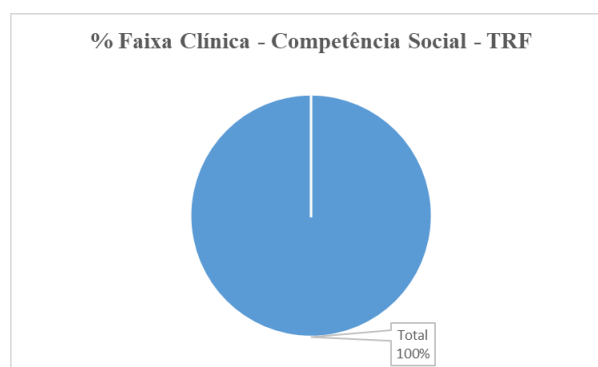
Fonte: A autora, 2022.

As competências ou comportamento social na infância dizem respeito às estratégias utilizadas pelas crianças na interação com seus pares e familiares. São resultados de um processo que reúne aprendizagem e seguimento de modelos familiares, predisposição genética e habilidades cognitivas (PATTERSON; REID; DISHIOM, 1992). Nas escalas de Competências Sociais, observa-se maior indicativo de prejuízos clinicamente significativos nos comportamentos totais do CBCL (57%) do que em relação ao TRF (9%). Além disso, nos fatores específicos, o CBCL (avaliação de pais) supera o TRF (avaliação de professores), tanto na faixa Limítrofe, quanto na Faixa Clínica. A partir destes resultados, foi possível concluir que a visão dos pais difere dos professores, possivelmente pelo fato de os pais transitarem em mais ambientes e contextos com os filhos, e os professores não, dificultando, assim, uma avaliação mais ecológica por parte dos professores.

**Gráfico 9: Competência Social CBCL
Faixa Clínica**



**Gráfico 10: Competência Social TRF
Faixa Clínica**



Fonte: A autora, 2022.

Os déficits nas competências acadêmicas e sociais estão intimamente ligados a problemas comportamentais internalizantes (ansiedade) e externalizantes (oposicionismo). É importante lembrar que os problemas internalizantes englobam desde sintomas depressivos e de ansiedade até queixas somáticas, distúrbios alimentares, autoflagelação, e abuso de substâncias (ACHENBACH, 2015; BAPTISTA; BORGES; SERPA, 2017). A identificação de tais problemas na infância, mesmo que de maneira subclínica, é importante porque eles podem, com o

tempo, transformarem-se de fato num transtorno com o qual seus sintomas se relacionam, seja de ansiedade, depressão, ou ambos, em comorbidade (DOZOIS; DOBSON, 2004; FLETT; HEWITT, 2013). A tabela 5 também confirma a prevalência do gênero feminino para transtornos internalizantes.

Tabela 5: Transtornos Internalizantes e Externalizantes CBCL, meninos (n=8), meninas (n=15) e TRF, meninos (n=8), meninas (n=14)

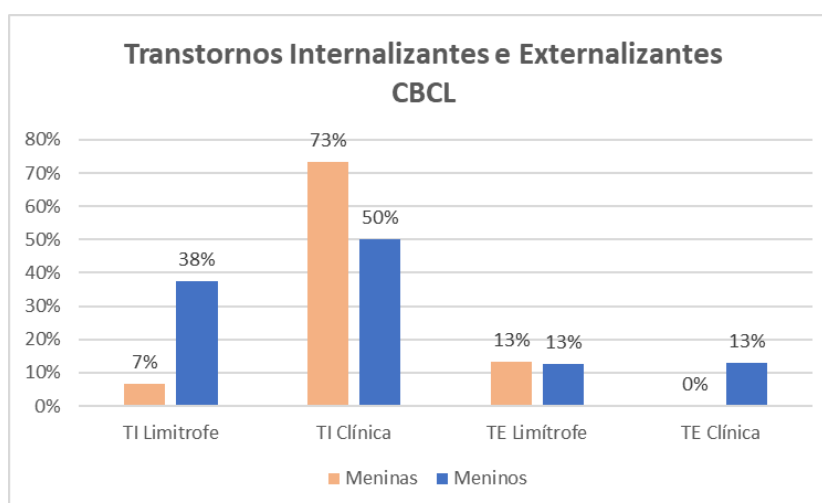
<i>CBCL</i>				
	<i>TI_%Lim</i>	<i>TI_%Clin</i>	<i>TE_%Lim</i>	<i>TE_%Clin</i>
<i>Feminino</i>	7%	73%	13%	0%
<i>Masculino</i>	38%	50%	13%	13%

<i>TRF</i>				
	<i>TI_%Lim</i>	<i>TI_%Clin</i>	<i>TE_%Lim</i>	<i>TE_%Clin</i>
<i>Feminino</i>	7%	64%	21%	0%
<i>Masculino</i>	13%	38%	0%	0%

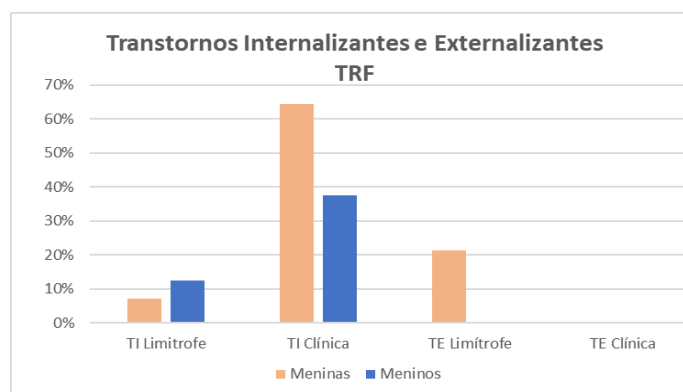
Nota. TI = Transtornos Internalizantes. TE = Transtornos Externalizantes. %Lim. = Percentual de pessoas na Faixa Limítrofe. % Clin = Percentual de pessoas na Faixa Clínica.

Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 11: CBCL – Transtornos Internalizantes e Externalizantes



Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 12: TRF - Transtornos Internalizantes e Externalizantes

Fonte: A autora, 2022.

3.3 Avaliação dos Pais

Sobre a avaliação dos pais participantes, dentre os Problemas de Comportamento apresentados, o mais prevalente na Faixa Limítrofe foi a Depressão, seguido das Queixas Somáticas. Em se tratando da Faixa Clínica que aponta para níveis psicopatológicos, os Transtornos Internalizantes encontram-se no topo da prevalência, seguidos da Ansiedade, problemas de pensamento e problemas de atenção, como pode ser percebido na Tabela 6.

Tabela 6: Problemas de Comportamento dos pais, ASR (n=45)

Fator	n	F.L..	%F.L..	F.C.	% F.C.
Ansiedade/Depressão	45	3	7%	2	4%
Retraimento	45	2	4%	1	2%
Queixas Somáticas	45	5	11%	2	4%
Problemas de Pensamento	45	1	2%	6	13%
Problemas de Atenção	45	1	0%	5	11%
Comportamento Agressivo	45	1	2%	3	7%
Quebra de Regras	45	3	7%	0	0%
Pensamentos Intrusivos	45	0	0%	0	0%
Depressão	45	6	13%	2	4%
Ansiedade	45	3	7%	6	13%
Problemas Somáticos	45	3	7%	3	7%
Personalidade Evitativa	45	3	7%	1	2%
	45	1	2%	4	9%
Problemas de Atenção/Hiperatividade					
Personalidade Antissocial	45	0	0%	0	0%
Transtornos Internalizantes	45	9	20%	9	20%
Transtornos Externalizantes	45	3	7%	3	7%
Total	45	10	22%	8	18%

Nota. F.C. = Faixa Clínica; Lim = Limítrofe.

Fonte: A autora, 2022.

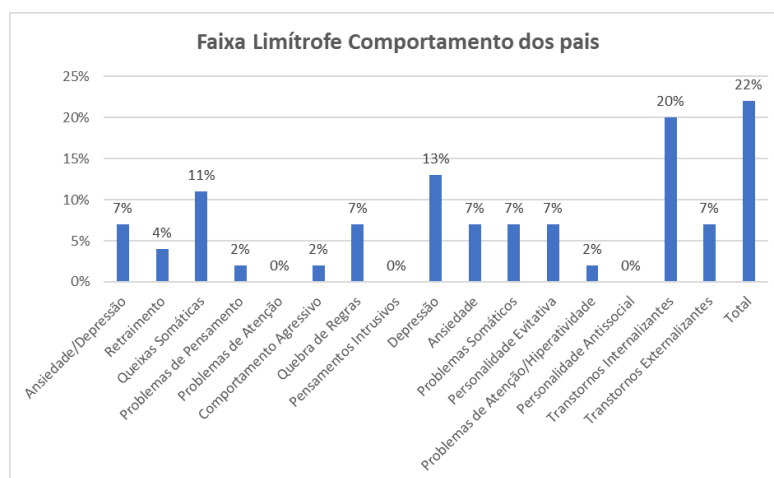
Os gráficos abaixo (13 e 14) reproduzem o resultado da tabela 6. Nos resultados encontrados com uso do ASR (autoavaliação dos pais), apresentaram-se médias em faixas limítrofe/clínica nos escores relativos a problemas internalizantes, com índices referenciados como passíveis de intervenção. O perfil dos pais dessa amostra foi identificado de forma extremamente ansioso e desenvolvem padrões de comportamento de evitação do desconforto, antecipando cenários catastróficos, o que pode levar a uma superproteção dos seus filhos. Pais com tendência de controle, dificultam o desenvolvimento de autonomia e confiança da criança, dando abertura a medo e preocupação exacerbados.

A tabela 6 traz correlações importantes sobre o perfil emocional dos pais, segundo respostas deles. Os resultados que essa mostra apresenta sobre o perfil dos pais apontam para personalidade evitativa, ansiosos, depressivos e com problemas atencionais. Há um prevalente padrão ansioso/deprimido denunciando um temperamento mais inibido, isolamento e ansiedade social. Ford *et al.* (1998) mostram que a inibição social, como hábito e costume por parte dos pais, pode servir como modelo para a reticência social e o mutismo seletivo em crianças. Os pais de crianças também foram descritos como sendo superprotetores ou mais controladores do que os pais de crianças sem nenhum transtorno ansioso.

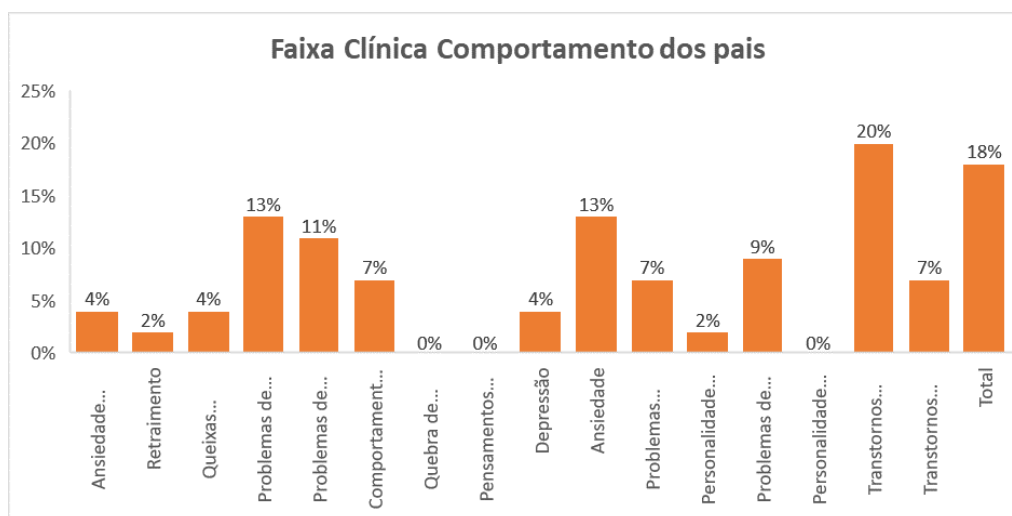
Segundo Peixoto, Caroli, Mariama (2017), sobre as variáveis ambientais, presume-se que os pais sejam os primeiros grandes modelos de comportamentos sociais dos filhos. Pais muito ansiosos, medrosos ou tímidos podem transmitir essa forma de comportamento por meio de modelação. Alguns estudos evidenciaram um alto nível de psicopatologias e desordens de personalidade em familiares de crianças mudas seletivamente (KOLVIN; FUNDUDIS, 1981; ALYANAK *et al.*, 2013; PEIXOTO, 2006; 2014).

Os pais desta amostra apresentam comportamentos de ansiedade para preocupações excessivas, fobias, hipervigilância, evitação social, palpitação, taquicardia e relação simbiótica entre mãe e filho, além de superproteção materna (KROHN *et al.*, 1999; HAYDEN, 1980; WILKINS, 1985). Há correlação de força do retraimento com personalidade evitativa, com depressão, assim como ansiedade/depressão com queixas somáticas. Na correlação depressão com problemas somáticos/personalidade evitativa/problemas de atenção e hiperatividade, há uma premissa de que essas famílias têm pouca confiança na sociedade e isolam-se de todas as formas de contato externo. São reclusos com baixa adesão à socialização.

Gráfico 13: Faixa Limítrofe ASR e Clínica do Comportamento dos Pais



Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 14: Faixa Clínica do ASR

Fonte: A autora, 2022.

Ao considerar os estilos parentais, excluindo a Monitoria Negativa, observa-se que a maior concentração, em termos de faixa, está na categoria de Risco. O abuso físico é o mais prevalente, representando 49% em termos de porcentagem. O abuso físico infantil tem a literatura mais completa em termos de fatores de risco do que qualquer outra forma de violência familiar pesquisada (REPPOLD *et al.*, 2002). Segundo Gershoff (2002), a punição corporal diferencia-se do abuso físico uma vez que a primeira se caracteriza pelo uso da força física para corrigir ou controlar um comportamento, mas sem a intenção de machucar. O segundo, no entanto, é o resultado potencial da punição corporal, que resulta das práticas de punição administradas pelos pais e que ferem a criança. São essas práticas que podem desencadear comportamentos delinquentes, distúrbios psiquiátricos etc. (HAAPASALO; POKELAA, 1999). Além dessas possíveis consequências, Silvares (2004) afirma que crianças que sofrem abuso físico dos pais têm mais probabilidade de sofrerem problemas de saúde, problemas de comportamentos e déficits cognitivos e socioemocionais. Crianças com MS costumam receber apoio dos pais para evitação do seu principal objeto fóbico resgatando-as das situações em que a fala é de alguma forma convocada ou retirando-se de ambientes onde sabem que a criança terá que falar e eles também por vergonha da situação em que a criança não responde, cede a evitação. Há situações de ameaças para falar e também de promessas de presente, assim como castigos devido a criança não “obedecer” a solicitação dos pais para responder a alguém ou falar nos ambientes sociais. Dessa forma, o uso extensivo do controle psicológico comportamental (indução de culpa, retirada de amor) impediria a emergência da autonomia psicológica, contribuindo ainda para sentimentos de angústia e inadequação.

A disciplina relaxada e comportamento moral (40%) estão em 2º lugar, de acordo com as respostas dos pais. A disciplina relaxada é caracterizada por Gomide (2003) pelo não-cumprimento de regras estabelecidas. Os pais ameaçam e quando se confrontam com comportamentos opostos e agressivos dos filhos se omitem, não fazendo valer as regras (Gomide, 2004). Quando se estuda análise do comportamento, é consentido que a família, vista como primeiro contexto socializador da criança, estabelece a base para os padrões comportamentais infantis (GOMIDE, 2001). Diante disso, crianças expostas constantemente a práticas educativas

de disciplina relaxada estarão de fato em real e potencial situação de risco para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes, uma vez que os comportamentos de agressividade e de oposição encontram em tais práticas campos propícios para o seu desenvolvimento (PATTERSON *et al.*, 1992; SIMONS *et al.*, 2000).

Pais também se revelam nesta amostra apresentando empatia diante das dificuldades apresentadas pelos filhos, tendo o comportamento moral também como base de estilo parental adotado. O comportamento moral seria o processo de modelagem de papéis na identificação e nas interações humanas, quanto a normas e valores transmitidos através do modelo parental (GOMIDE, 2003). Esta prática educativa está ligada aos comportamentos morais transmitidos aos filhos pelos pais, através de seus próprios comportamentos, diálogos etc., referentes a temas como justiça, generosidade, empatia entre outros.

Na tabela 7, observando os dados dos estilos parentais, o resultado aponta para um estilo parental de risco.

Compreender as maneiras pelas quais as famílias das crianças influenciam o desenvolvimento e a manutenção do MS tem sido de interesse desde que o transtorno do MS foi identificado pela primeira vez. Segundo (SIQUELAND; KENDALL; STEINBERG, 1996) tanto os altos níveis de negatividade parental - ausência de calor parental-, por exemplo, quanto às tentativas frequentes dos pais de controlar rigidamente o comportamento infantil, muitas vezes, referido como controle parental, têm sido frequentemente associados à sintomatologia de ansiedade infantil. Rapee, Schniering e Hudson (2009) sinalizaram que, no entanto, a ligação entre o controle parental e a ansiedade infantil recebeu o apoio empírico mais consistente. Esse resultado indica a prevalência de que práticas parentais negativas estão associadas ao não-desenvolvimento de comportamentos sociais (GOMIDE; CUNHA, 2021).

A psicopatologia parental tem sido investigada em estudos controlados e não controlados no transtorno do MS. Em um estudo de acompanhamento, 60% das mães e 87,5% dos pais foram clinicamente classificados como psiquiatricamente insalubres porque demonstraram depressão, falta de motivação, alcoolismo, retraimento, timidez, irritabilidade e transtornos de personalidade (REMSCHMIDT *et al.* 2001). Gomide (2003; 2006; 2011) traz um conceito de práticas parentais como escolhas educativas que os pais estabelecem para ensinar, limitar e moldar os comportamentos dos filhos. A autora as categoriza em positivas (por exemplo, monitoria positiva e comportamento moral) e negativas (por exemplo, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). A prática de corrigir os comportamentos das crianças por meio de punições físicas e psicológicas ainda é aceita em muitas culturas (SANTINI; WILLIAMS, 2011).

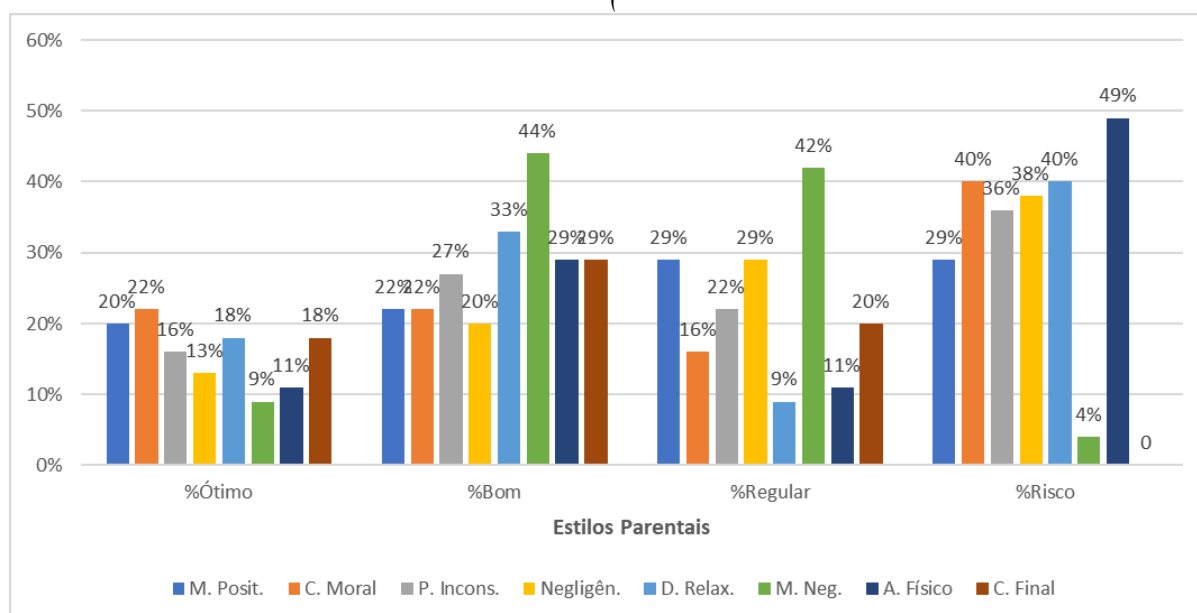
Contudo, as práticas parentais podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, tais como: responsabilidade, empatia e honestidade; assim como permitir o aparecimento de comportamentos antissociais, como furto, mentiras e uso de drogas (GOMIDE, 2006). A monitoria negativa caracteriza-se pela repetição de instruções, independente delas serem seguidas ou não, pelo tom hostil e de cobrança com que são feitas e pela falta de confiança dos pais em relação aos filhos. Gomide (2006) pontua que algumas operações nas interações pais-filhos podem levar a criança à depressão e a outros distúrbios internalizantes e externalizantes. Além disso, o abuso físico, por sua vez, ocorre quando os pais machucam ou causam dor nos filhos com a justificativa de educá-los (GOMIDE, 2006). Tanto os altos níveis de negatividade parental (e/ou a ausência de calor parental, por exemplo), quanto as tentativas frequentes dos pais de controlar rigidamente o comportamento infantil (muitas vezes referido como controle parental) têm sido frequentemente associados à sintomatologia de ansiedade infantil; no entanto, a ligação entre o controle parental e a ansiedade infantil recebeu o apoio empírico mais consistente.

Tabela 7: Números absolutos e relativos das faixas dos Estilos Parentais, IEP (n=45)

Fator	n	Ótimo	%Ótimo	Bom	%Bom	Regular	%Regular	Risco	%Risco
M. Posit.	45	9	20%	10	22%	13	29%	13	29%
C. Moral	45	10	22%	10	22%	7	16%	18	40%
P. Incons.	45	7	16%	12	27%	10	22%	16	36%
Negligên.	45	6	13%	9	20%	13	29%	17	38%
D. Relax.	45	8	18%	15	33%	4	9%	18	40%
M. Neg.	45	4	9%	20	44%	19	42%	2	4%
A. Físico	45	5	11%	13	29%	5	11%	22	49%
C. Final	45	8	18%	13	29%	9	20%	15	33%

Nota. Monitoria Positiva. Comportamento Moral. Punição Inconsciente. Negligência. Disciplina Relaxada. Monitoria Negativa. Abuso Físico. Conta F.

Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 15: Estilos parentais

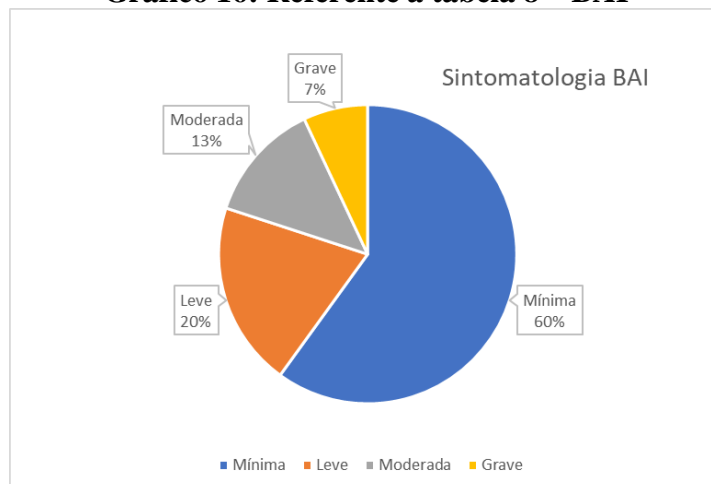
Fonte: A autora, 2022.

Sobre o resultado do Inventário de Ansiedade de Beck, a maior parte dos pais apresentou níveis mínimos de ansiedade. Somente um baixo percentual apresentou níveis moderados ou graves.

Na tabela 8, os resultados apontados revelam uma maior prevalência de sintomas mínimos de ansiedade associados a queixas somáticas, características de transtornos de ansiedade. Do ponto de vista fisiológico, a ansiedade é um estado de funcionamento cerebral que acarreta sintomas neurovegetativos, tais como, insônia, taquicardia, palidez, aumento da respiração, tensão muscular, tremor, tontura, desconforto gastrointestinal, dentre uma série de outras condições (ZAMIGNANI; BANACO, 2005; LEAHY, 2011).

Tabela 8: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), n=45

Mínimo	%Mínimo	Leve	%Leve	Moderada	%Moderada	Grave	%Grave
27	60%	9	20%	6	13%	3	7%

Gráfico 16: Referente à tabela 8 – BAI

Fonte: A autora, 2022.

Da mesma forma que este estudo traz nas correlações resultados que evidenciam crianças ansiosas experimentando problemas atencionais devido a ansiedade exacerbada, os pais desta amostra também apresentaram déficits atencionais importantes que podem produzir prejuízos no seu funcionamento. Devido à ansiedade exacerbada, é sabido que a atenção se volta para a ameaça percebida. Por conta disso, em estado de alerta, a ansiedade pode afetar a memória de várias maneiras. Fica evidente a dificuldade de concentração, tornando difícil concentrar-se em uma tarefa. Essa falta de concentração pode tornar muito mais difícil assimilar as informações e modificá-las, afetando todo o processo de memorização.

Tabela 9: Correlações entre variáveis dos pais (n=45)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	0,62***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	0,60***	0,60***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	0,59***	0,48***	0,52***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	0,76***	0,76***	0,76***	0,57***	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	0,79***	0,52***	0,34*	0,32*	0,50***	-	-	-	-	-	-	-	-
7	0,56***	0,92***	0,45**	0,40**	0,55***	0,58***	-	-	-	-	-	-	-
8	0,65***	0,54***	0,43**	0,38**	0,64***	0,41**	0,36*	-	-	-	-	-	-
9	0,57***	0,57***	0,80***	0,57***	0,64***	0,31*	0,45**	0,37*	-	-	-	-	-
10	0,41**	0,41**	0,26	0,43**	0,49***	0,32*	0,26	0,48***	0,43**	-	-	-	-
11	0,27	0,21	0,28	0,43**	0,32*	0,09	0,09	0,27	0,36*	0,75***	-	-	-
12	0,08	0,25	0,08	0,09	0,01	0,08	0,33*	0,09	0,04	-0,14	-0,15	-	-
13	0,05	0,14	-0,05	-3,295x10 ⁻⁵	-0,10	0,05	0,20	0,07	0,08	-0,20	-0,22	0,57	-

Nota. 1. Ansiedade/Depressão; 2. Queixas Somáticas; 3. Problemas de Comportamento; 4. Quebra de Regras; 5. Depressão; 6. Ansiedade; 7. Problemas Somáticos; 8. Personalidade Evitativa; 9. Problemas de Atenção/Hiperatividade; 10. Comportamento Agressivo; 11. Personalidade Antissocial; 12. Comportamento Moral; 13. Conta Final. *. $p < 0,05$; **. $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Fonte: A autora, 2022.

Nas tabelas de correlações 9 e 10, evidenciam-se sintomas depressivos, associados a prejuízos atencionais. As questões relacionadas à desatenção parecem receber influência de transtornos de humor, que podem coexistir com o MS e interferir negativamente na vida acadêmica da criança. Segundo Izquierdo (2002), memória é um evento que pode ser dividido em três fases: a) aquisição, b) consolidação e c) evocação das informações. Outra forma de se referir à fase de aquisição das memórias é denominá-la simplesmente de aprendizado. Ou seja, só fica gravado aquilo que foi aprendido.

Os próximos 3 conceitos têm relação direta com os fatores moduladores da memória. Seriam eles, os mais importantes: atenção, motivação e nível de ansiedade. Existe uma relação estreita entre memória e atenção. Sendo assim, uma criança desatenta pode ter dificuldades na coleta, análise e classificação das informações novas. Isto significa dificuldades na aquisição das informações, que corresponde ao primeiro evento mnemônico. Buzzella, Ehrenreich-May e Pincus (2010), descobriram em investigações anteriores que crianças com MS experimentam maior hiperatividade, desatenção e oposição.

O outro fator fundamental para que haja aprendizagem seria a relação entre memória e motivação. Uma criança com quadro depressivo ou desmotivada não estará com as funções ativas em pleno funcionamento. Sem motivação, não há atenção, e consequentemente não tem boa aquisição de novas informações, não têm formação de memórias e pode não ter um bom aprendizado.

Há possíveis relações entre o nível de ansiedade e o desempenho do SNC. Tem-se evidências que um determinado nível de ansiedade é importante para que os eventos mnemônicos ocorram com o máximo desempenho, ao passo que um elevado nível de ansiedade leva a uma drástica redução da capacidade de adquirir e, principalmente, consolidar memórias.

A ansiedade pode interferir em qualquer um dos três passos mnemônicos, mas seus efeitos parecem ser mais deletérios na fase de consolidação, em especial das memórias de longo prazo. O conceito de ansiedade parece estar bem próximo ao de estresse. Neste último, o organismo reage de uma forma exagerada aos estímulos externos, como se todos eles fossem realmente ameaçadores.

Tabela 10: Correlações entre os fatores da CBCL (n=23)

Fatores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. CBCL Ansioso/Depressivo	—													
2. CBCL Retraído/Deprimido	0,39	—												
3. CBCL Queixas Somáticas	0,28	0,05	—											
4. CBCL Problemas Sociais	0,48*	0,23	0,00	—										
5. CBCL Problemas de Pensamento	0,20	-0,15	0,54*	-0,10	—									
6. CBCL Problemas de Atenção	0,27	0,14	0,26	0,35	0,04	—								
7. CBCL Quebra de Regras	-0,18	0,14	0,08	0,16	0,01	0,46*	—							
8. CBCL Comportamento Agressivo	-0,11	0,06	-0,03	0,15	0,26	0,21	0,40	—						
9. CBCL Problemas depressivos	0,60***	0,36	0,58**	0,45*	0,38	0,67***	0,41	0,03	—					
10. CBCL Problemas de Ansiedade	0,87***	0,37	0,04	0,45*	0,12	0,05	-0,24	0,09	0,26	—				
11. CBCL Problemas Somáticos	0,21	-0,01	0,86***	0,03	0,35	0,05	-0,08	-0,27	0,42*	-0,03	—			
12. CBCL Déficit de Atenção	0,14	0,21	0,21	0,29	0,02	0,89***	0,58**	0,41	0,56**	0,00	0,00	—		
13. CBCL Problemas TOD	-0,19	-0,03	-0,30	-0,09	0,14	-0,02	0,09	0,78***	-0,32	0,07	-0,47*	0,08	—	
14. CBCL Problemas de Conduta	-0,24	0,00	0,10	0,12	0,11	0,38	0,94***	0,38	0,39	-0,32	-0,04	0,49*	0,10	—

Nota. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Fonte: A autora, 2022.

Ainda pontuando sobre os prejuízos atencionais que as crianças desta amostra compararam, de acordo com as respostas dos professores (TRF), a correlação problemas de atenção

com déficit de atenção, apresenta-se na tabela 11 com muita força. Esta mostra traz resultados expressivos de problemas atencionais no contexto escolar. Segundo Peixoto, Torraca e Ganem (2022), o MS pode interferir no desempenho educacional ou ocupacional da criança e tem efeitos significativos na vida acadêmica, no envolvimento em atividades extracurriculares, tarefas em pequenos grupos dentro ou fora da sala de aula, além de nas apresentações escolares (PEIXOTO, 2006; PEREIRA *et al.*, 2020). Apesar do MS não estar associado a um prejuízo intelectual, algumas crianças do estudo de Mitchell e Kratochwill (2013) foram consideradas atrasadas no ciclo escolar, ou como tendo habilidades reduzidas na decodificação de palavras e leitura oral, uma vez que não respondiam aos questionamentos de sala de aula para avaliação do conhecimento.

Crianças poderão ter dificuldades para internalizar as informações devido a focar no medo e apreensão. ICD-11 (2019) pontua que uma característica chave na diferenciação entre os transtornos de ansiedade e relacionados ao medo é o foco da apreensão. Entendendo que o significado da palavra apreensão é “grande inquietação”, “preocupação”, “receio”, “temor”, essas variáveis podem impedir ou dificultar o caminho do processo atencional para viabilizar o aprender, ocasionando prejuízos educacionais.

De acordo com as Neurociências, os principais reguladores da memória, seja no processo de aquisição, na fase de retenção ou na etapa de evocação de informações, são as emoções, os estados de ânimo e o nível de alerta/atenção. Um aluno estressado ou pouco alerta não forma corretamente memórias em uma sala de aula; alunos que são submetidos a um nível alto de ansiedade depois de uma aula, podem esquecer aquilo que aprendeu; aluno estressado na hora da evocação (por exemplo, em uma prova) apresenta dificuldades para evocar (os famosos “brancos”). Já aquele que, pelo contrário, estiver bem alerta, conseguirá recordar muito bem. Um aluno deprimido também terá dificuldade para recordar. “Isso se deve à operação de vários sistemas moduladores, cuja natureza e cujo modo de ação são hoje [cientificamente] bem conhecidos” (IZQUIERDO, 2018, p. 69).

Tabela 11: Correlações entre os fatores da TRF (n=23)

Fatores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. TRF Ansioso Depressivo	—													
2. TRF Retraído/Deprimido	0,59**	—												
3. TRF Queixas Somáticas	0,55**	0,56**	—											
4. TRF Problemas Sociais	0,45*	0,53**	0,39	—										
5. TRF Problemas de pensamento	0,62**	0,27	0,36	0,19	—									
6. TRF Problemas de Atenção	0,49*	0,26	0,34	0,03	0,66***	—								
7. TRF Quebra de Regras	0,57**	0,30	0,37	0,41	0,55**	0,44*	—							
8. TRF Comportamento Agressivo	0,46*	0,12	0,35	0,06	0,61**	0,31	0,517*	—						
9. TRF Problemas Depressivos	0,67***	0,68***	0,70***	0,44*	0,37	0,48*	0,52*	0,30	—					
10. TRF Problemas de Ansiedade	0,94***	0,68***	0,53**	0,43*	0,53**	0,36	0,49*	0,42*	0,66***	—				
11. TRF Problemas Somáticos	0,58**	0,55**	0,95***	0,43*	0,36	0,26	0,37	0,28	0,62**	0,58**	—			
12. TRF Déficit de Atenção	0,47*	0,20	0,41	0,01	0,73***	0,96***	0,40	0,40	0,44*	0,31	0,31	—		
13. TRF Problemas TOD	0,19	0,02	0,34	0,10	0,31	0,21	0,41	0,71***	0,25	0,17	0,35	0,26	—	
14. TRF Problemas de Conduta	0,33	0,14	0,03	0,07	0,49*	0,44*	0,36	0,58**	-0,01	0,23	0,02	0,46*	0,40	—

Nota. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Fonte: A autora, 2022.

3.4 Apresentação do Programa Borboleta

O estudo de Sharkey *et al.* (2008), que compôs a revisão integrativa, examinou a viabilidade de implementação de terapia de grupo para crianças com MS e seus pais. O estudo avaliou a viabilidade e eficácia da terapia de grupo para crianças com MS e simultaneamente, os pais frequentaram um segundo grupo, destinado a fornecer educação e aconselhamento sobre a gestão do MS em situações do cotidiano e no ambiente escolar. Os resultados revelaram que essa intervenção para o tratamento do MS era viável, e os dados de 6 meses de acompanhamento para esta pequena amostra sugerem que é eficaz. A intervenção foi administrada a sete pais de cinco crianças com MS, quatro mães e três pais. O programa, forneceu psicoeducação aos pais sobre o MS, como gerenciá-lo em situações cotidianas, como lidar com comentários negativos de outras pessoas, como reagir quando seu filho começa a falar e conselhos práticos sobre como apoiar seu filho no ambiente escolar. Os pais receberam informações sobre como alterar seu próprio comportamento para aumentar o nível de confiança de seus filhos. Aqueles que estavam mais ansiosos ou reticentes em falar, receberam estratégias para reduzir sua própria ansiedade e tornar-se mais confiante socialmente. As sessões posteriores foram dedicadas a consolidar os ganhos do tratamento e reforçar a conceitos. Ao longo do tratamento, os pais completaram tarefas de casa destinadas a generalizar o nível de confiança de seu filho na fala de uma maneira sistemática gradual para uma variedade de situações nos ambientes sociais. Os pais deram apoio mútuo um ao outro e, no final, foi proposto a criação de um grupo de apoio para pais de crianças com MS. O grupo foi conduzido por 3 três psiquiatras infantis, dois com interesse especial no tratamento de transtornos de ansiedade social na infância e um fonoaudiólogo.

Um outro estudo sobre a importância do trabalho de psicoeducação com pais de crianças com MS é o de Cotter, Todd e Brestan-Knight (2018), que também fez parte da revisão integrativa. Ele aponta que, sem o conhecimento adequado do transtorno, pais sentem-se impotentes diante da recusa da criança em falar e podem involuntariamente reforçar esses comportamentos, o que pode exacerbar e manter a falta de fala. Desta forma, é colocado que em resposta à necessidade de quebrar o ciclo de manutenção da evitação e restaurar as habilidades comunicativas, a terapia PCIT-SM (Terapia de interação pai e filho) foi adaptada para tratar crianças com MS. Este formato de terapia utiliza princípios de comportamento que são ensinados aos pais e praticados dentro da interação pai-filho, o que o torna adequado ao ciclo de reincidência negativa que frequentemente mantém o MS.

O estudo de Catchpolea *et al.* (2019) também sinaliza para a eficácia da terapia PCIT-SM como um tratamento bem estabelecido, tendo como foco principal modificações no manejo de pais e cuidadores, fornecendo-lhes ferramentas específicas para neutralizar o ciclo de padrões de reforço negativo, que serve para fortalecer a evitação da criança com ansiedade. É um tratamento que visa ensinar aos pais habilidades para maximizar as oportunidades de verbalização da criança enquanto elimina comportamento dos pais que apoiam a evitação. Este estudo aponta que, embora o MS não seja um problema relacional entre pais e filhos, os pais são “puxados” para um ciclo de resgate dos filhos no que se refere a situações que provocam ansiedade, e podem ser importantes agentes de mudança para aumentar a comunicação oral nos ambientes sociais.

Para além desses estudos que trazem evidências sobre o trabalho de psicoeducação com pais de crianças com MS, resultados expressivos têm sido identificados através das edições anteriores do Grupo de Psicoeducação, do qual eu tenho estado à frente desde 2020, através da ONG ABRAMUTE. Questionários têm sido aplicados sobre o impacto dos grupos em todas as edições, e as devolutivas são extremamente positivas em relação ao alcance de mudanças reais no funcionamento das crianças e famílias e o retorno da fala das crianças em todos os ambientes, assim como manutenção dos ganhos.

A elaboração do programa foi baseada na investigação da forma como as crianças funcionam, o padrão de comportamento dos pais diante das dificuldades que as crianças enfrentam de não conseguirem se comunicar oralmente e da experiência clínica como terapeuta de crianças com MS há mais de 8 anos.

A partir das avaliações de pais e crianças com mutismo, foi possível pensar em um programa que atendesse as necessidades dos mutistas e de seus cuidadores, visando auxiliá-las a manifestarem a fala em locais em que elas transitam, bem como desenvolver habilidades nos pais que possibilitem mudanças na forma de educação dos filhos.

Dessa forma, o programa denominado *Borboleta* (composto por 08 encontros de 90 minutos) visa fornecer psicoeducação aos pais sobre o Mutismo Seletivo, como gerenciá-lo em situações cotidianas, como lidar com comentários negativos de outras pessoas, como reagir quando seu filho começa a falar e como dar apoio ao seu filho quanto às questões que envolvem o ambiente escolar. Os pais receberam informações sobre como alterar seu próprio comportamento para aumentar o nível de confiança de seus filhos falando. Ao longo dos encontros, os pais tiveram tarefas de casa destinadas a generalizar a comunicação e trabalhar a autoeficácia das crianças de uma maneira gradual, em várias situações sociais.

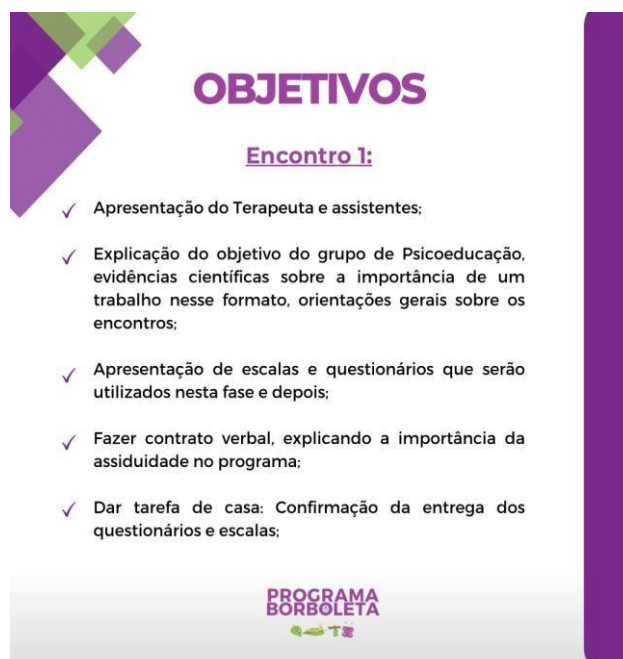
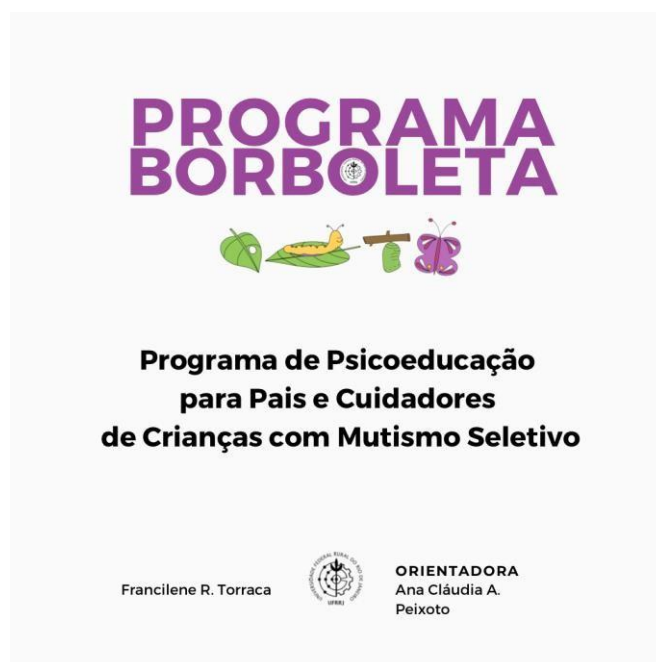
3.5 Os encontros do Programa

Como sinalizado, o Programa foi organizado em oito encontros, cada qual é detalhado abaixo, juntamente com os respectivos materiais usados.

3.5.1 Encontro 1

Objetivos gerais:

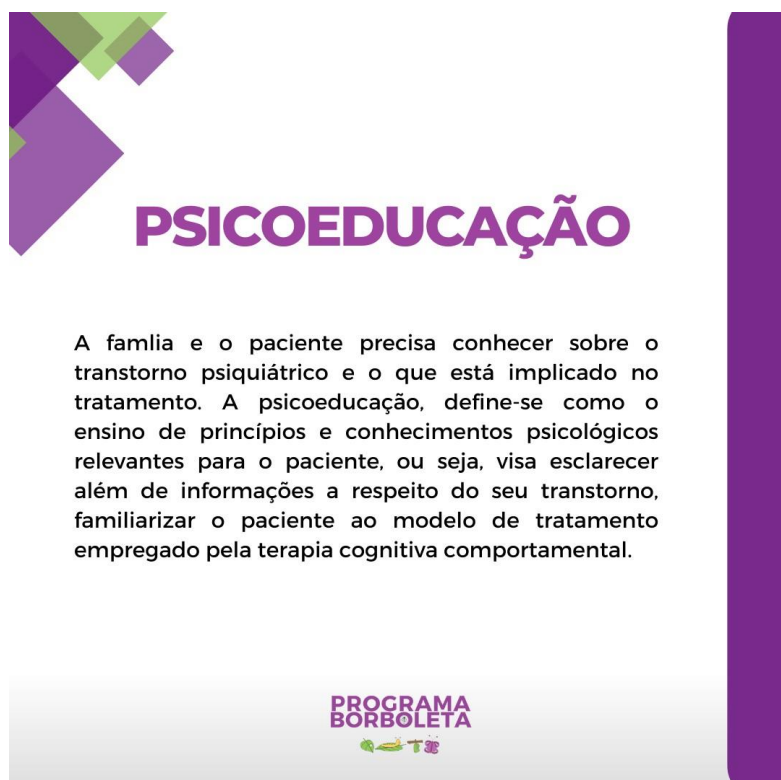
- Apresentação do Terapeuta e assistentes;
- Explicação do objetivo do grupo de Psicoeducação, evidências científicas sobre a importância de um trabalho nesse formato, orientações gerais sobre os encontros;
- Apresentação de escalas e questionários que serão utilizados nesta fase e depois;
- Fazer contrato verbal, explicando a importância da assiduidade no programa;
- Dar tarefa de casa: Confirmação da entrega dos questionários e escalas.



Terapeuta: Olá, Sou Francilene Torraca, a terapeuta que irá conduzir o trabalho que vamos fazer juntos. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a presença de vocês. Escolher se engajar num programa de psicoeducação é uma atitude importante de Pais que como vocês que buscam informação e tratamento sobre um transtorno tão negligenciado e de tão rasas informações e pesquisa no Brasil. Trabalho e pesquiso sobre Mutismo Seletivo, e de fato, tornou-se um propósito na minha vida, seguir na militância trazendo para a “superfície” informações e conscientização pública sobre os transtornos de ansiedade na infância.

Explicação do objetivo do grupo:

Terapeuta: Primeiro vou explicar a vocês o que é psicoeducação. A psicoeducação é uma intervenção terapêutica que visa fornecer ao indivíduo e sua família informações sobre uma condição de saúde mental e seu tratamento. É considerado um componente central de qualquer terapia para crianças e adolescentes, pois pode ajudar o jovem (e sua família) a entender sua condição, normalizar seus sintomas e aumentar sua motivação para o tratamento. A psicoeducação geralmente envolve o fornecimento de informações à criança e à família sobre os sintomas, causas (por exemplo, biológicas, ambientais) e prognóstico da preocupação apresentada. Os terapeutas que oferecem psicoeducação a partir de uma perspectiva cognitivo comportamental também discutirão os fatores que mantêm a preocupação atual, como fuga/ acomodação/evitação, comportamentos de segurança, pensamentos e crenças desadaptativas.

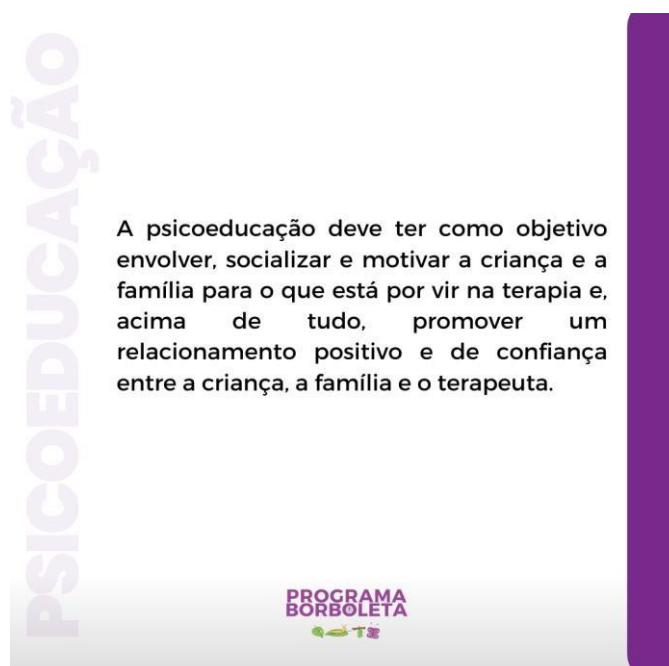


Inicialmente (e compreensivelmente), crianças e jovens com transtornos de ansiedade provavelmente ficarão assustados com o conceito de enfrentar seus medos. Eles também podem relutar, ou até mesmo se recusar, a se envolver com o processo se forem informados indevidamente sobre o que está envolvido. Portanto, um dos primeiros papéis da psicoeducação é melhorar a capacidade da criança e compreensão do cuidador sobre a lógica da terapia de exposição e dissipar quaisquer mitos ou expectativas inúteis que possam ter sobre a natureza da terapia. Isso é projetado para aumentar a motivação da criança para participar da exposição, pois é mais provável que ela acredite que o tratamento será eficaz e levará a benefícios a longo prazo.

Terapeuta: Agora irei falar um pouco mais sobre o grupo. A psicoeducação sobre MS é de suma importância para os pais. A psicoeducação servirá para capacitá-los a se tornarem agentes protagonistas e promotor de mudanças no tratamento de seus filhos. Esse trabalho inclui psicoeducação sobre a natureza da ansiedade infantil e o seu desenvolvimento e manutenção, e ajuda a normalizar os sintomas da criança e a contextualizá-los.

Devo pontuar pra vocês que o medo é natural, normal e inofensivo (por exemplo, o medo é projetado para chamar nossa atenção para uma ameaça imediata e nos manter seguros ativando nosso sistema de luta ou fuga), mas nossos sistemas de ansiedade podem ser super-

sensíveis e perceber situações não tão perigosas como mais assustadoras do que são. Vou explicar a vocês que a ansiedade e a fala inibida raramente são resultado de uma única causa, mas frequentemente o resultado de fatores hereditários e ambientais.




É comum que a própria família, principalmente os pais ou cuidadores, ajudem a manter os comportamentos-problema apresentados pela criança. Uma vez que já conhecem suas dificuldades, é comum que “facilitem” a vida da mesma permitindo que esta fique confortável sem o uso da fala nos ambientes sociais, como a escola, principal local onde o mutismo fica evidente. Esse comportamento dos pais acontece pela falta de informação e também pela frustração provocada pela convivência com a criança com mutismo seletivo. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é discutir a importância da colaboração dos pais no tratamento das crianças que apresentam este transtorno. O envolvimento dos pais torna-se necessário desde o início do tratamento, para que assim estabeleçam a confiança necessária e a corroborem ao longo desse processo interventivo.

Sobre os encontros, em cada um deles vamos abordar um tema para auxiliar no progresso da criança e será ensinado procedimentos e habilidades que suscitam a mudança comportamental dos seus filhos, através de sua interação com os mesmos.

Os elementos-chave do tratamento baseado em exposição para o MS - incluindo avaliação adequada, psicoeducação, reforço, diminuição do estímulo, modelagem, estratégias de enfrentamento, desenvolvimento de uma hierarquia de medo, exposições graduais, reforço e lição de casa – serão discutidos no nosso grupo, como bem como questões relacionadas à promoção da generalização de habilidades na comunidade, colaboração das escolas, atenção as comorbidades, melhoria do acesso ao tratamento e a possibilidade de tratamento farmacológico.

Superando desafios encontrados na psicoeducação para a terapia de exposição




SUPERANDO DESAFIOS NA PSICOEDUCAÇÃO

Para a terapia com MS

- ▶ A psicoeducação marca o início da terapia formal para crianças e suas famílias e oferece uma oportunidade única para fomentar a esperança e cultivar a prontidão para a mudança.
- ▶ A psicoeducação ser vista como um processo de socialização da criança e de seus pais no processo de tratamento, na abordagem da terapia e nos papéis de todos os participantes - incluindo o terapeuta, a criança e a família.
- ▶ Um dos maiores desafios que podem ser encontrados na sessão de psicoeducação é quando os pais (ou mesmo o adolescente) são pessimistas e inflexíveis em suas crenças sobre a capacidade de mudança de seus filhos ou a eficácia da terapia. Nesses casos, muitas vezes é útil enfrentar a resistência dos pais (ou adolescentes) com empatia e ao mesmo tempo, conter as frustrações dos pais quando eles criticam a criança.


**PROGRAMA
BORBOLETA**



Esse programa de psicoeducação marca o início de uma intervenção para crianças e suas famílias e oferece uma oportunidade única para fomentar a esperança e cultivar a prontidão para a mudança. Dessa forma, a psicoeducação pode ser vista como um processo de socialização da criança e de seus pais. Um dos maiores desafios que vamos encontrar aqui é quando os pais de forma pessimista e inflexível em suas crenças sobre a capacidade de mudança de seus filhos ou a eficácia deste programa de intervenção.

Parece que tem sido extremamente difícil e frustrante – não apenas para seu filho/filha, mas também para toda a família. Imagino que às vezes tem sido angustiante, amedrontador e em muitas vezes até irritante ver seu filho ser consumido por essas preocupações (e/ou hábitos) sem sentido. Quando você ama seu filho, tanto quanto todos os pais, muitas vezes não há nada mais desafiador para um pai do que ser incapaz de ajudá-lo. Sua experiência é de fato aquela com a qual muitos, senão todos aqui vem lutando para entender e ajudar seus filhos ansiosos. O fato de vocês estarem todos aqui hoje significa que estão fazendo algo diferente. O dia de hoje marca o início de uma visão diferente desse problema, aliás, de todos na família, trabalhando juntos, para ver esse problema de maneira diferente. Quando trabalhamos juntos e entendemos como a ansiedade prendeu seus filhos e, muitas vezes, sequestrou toda a família, podemos começar a resolver esse problema juntos.


Outro desafio que pode surgir durante os estágios iniciais da psicoeducação é a resistência da criança. A resistência e a relutância de uma criança ansiosa em se envolver nas tarefas geralmente são resultado de medo, excitação ansiosa e evitação. Esses sentimentos podem se manifestar quando a criança fica quieta e retraída, chorosa e ansiosa ou opositora. É novamente importante validar a experiência interna da criança e normalizar suas reações.



CONDUTA DOS PAIS

Permitir que a criança esteja em situações que são desafiadoras a um grau tolerável que lhe dará experiência necessária para aprimorar suas habilidades.

PROGRAMA
BORBOLETA



Acredito que vocês pais já tentaram muitas coisas no passado, algumas coisas que foram úteis e outras que podem não ser úteis.

Meu trabalho é ajudar as crianças e famílias como a sua. Não vai ser fácil, mas ficará mais fácil — e podemos juntos conseguir tirar nossas crianças do silêncio. A boa notícia: não é só você que aprenderá algumas coisas novas. Nossas crianças, os filhos de vocês também vão aprender coisas novas que vão transformar a vida delas.

INTRODUÇÃO A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO

Aumentar o conhecimento da criança sobre o modelo cognitivo-comportamental de ansiedade leva a explicar que às vezes nosso comportamento pode inadvertidamente manter ou exacerbar a ansiedade. É importante que o terapeuta mostre a família que, para tratar sua ansiedade, eles precisam

- ▶ Enfrentar seus medos
- ▶ Reduzir o comportamento desadaptativo, como evitação
- ▶ Aprender por meio de experiências que eles podem realmente lidar com ansiedade/ desconforto e incerteza.

PROGRAMA
BORBOLETA

VISÃO GERAL DO TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

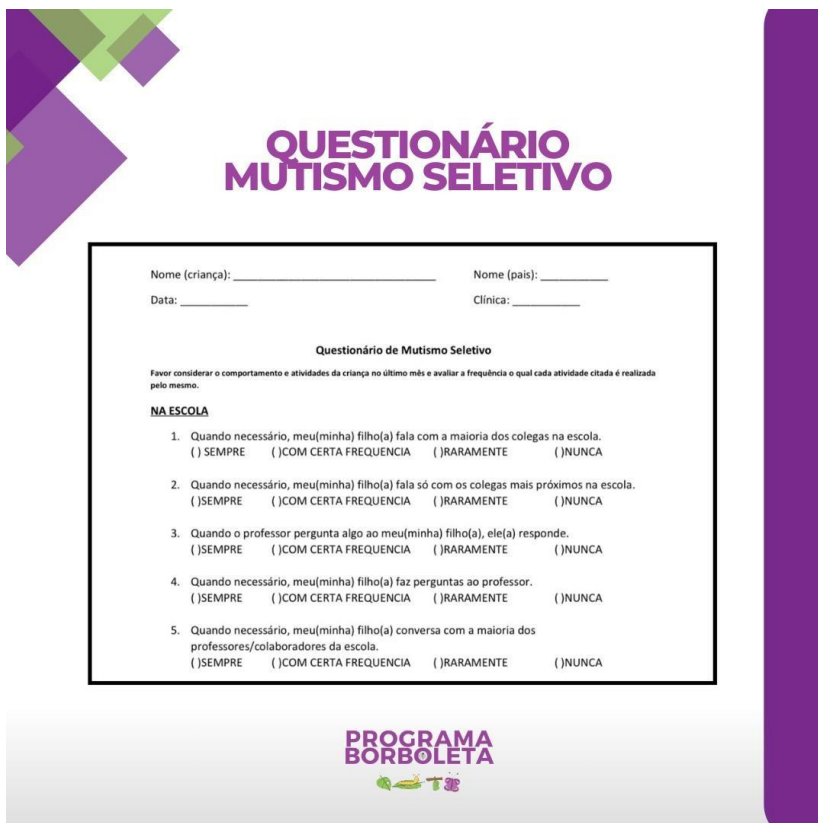
O comportamento da criança, é até certo ponto, resultado da aprendizagem e, portanto, pode ser desaprendido. O tratamento consiste em modificar o ambiente, praticar sistematicamente novos comportamentos e identificar os fatores que mantêm o comportamento de evitação. Devemos acreditar que as crianças podem ir bem, dentro de condições viáveis.

PROGRAMA
BORBOLETA

Apresentação de escalas e questionários para preenchimento

QMS e Escala de ansiedade infantil

Os principais relatórios de pais e professores sobre SM e comportamento verbal em contextos comunitários e escolares incluem o Questionário de Mutismo Seletivo que avalia a comunicação em ambientes comunitários, escolares e familiares. Será solicitado aos Pais que respondam o questionário sobre o MS, onde será respondido aspectos da comunicação verbal no contexto familiar e também da escola. Vamos solicitar também que seja respondido uma Escala traço de ansiedade infantil.



**QUESTIONÁRIO
MUTISMO SELETIVO**

Nome (criança): _____ Nome (pais): _____
Data: _____ Clínica: _____


Questionário de Mutismo Seletivo


Favor considerar o comportamento e atividades da criança no último mês e avaliar a frequência o qual cada atividade citada é realizada pelo mesmo.

NA ESCOLA

- Quando necessário, meu(minha) filho(a) fala com a maioria dos colegas na escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUENCIA () RARAMENTE () NUNCA
- Quando necessário, meu(minha) filho(a) fala só com os colegas mais próximos na escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUENCIA () RARAMENTE () NUNCA
- Quando o professor pergunta algo ao meu(minha) filho(a), ele(a) responde.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUENCIA () RARAMENTE () NUNCA
- Quando necessário, meu(minha) filho(a) faz perguntas ao professor.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUENCIA () RARAMENTE () NUNCA
- Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com a maioria dos professores/colaboradores da escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUENCIA () RARAMENTE () NUNCA

**PROGRAMA
BORBOLETA**





ESCALA ANSIEDADE INFANTIL

Psiquiatria Infantil.com.br
<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/escalas/traconsiedade.htm>


ESCALA TRAÇO-ANSIEDADE INFANTIL

Validada por Assumpção & Resch (em vias de publicação), visa avaliar forma de reação ansiosa na criança, sem que se constitua em um Transtorno Ansioso. Apresenta ponto de corte igual a 41, no qual observamos sensibilidade de 0,733 (73,3%) e especificidade de 0,733 (73,3%)

Nome: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Data: _____

Vocês encontrarão aqui indicações descrevendo os comportamentos infantis ou seus problemas. Leiam atentamente as indicações e escolham o grau de sofrimento da criança em relação ao problema apresentado. Indique 0: ausente; 1: raramente; 2: frequentemente; 3: sempre.

- 1) Tem tendência a se mostrar inquieto ou a ficar preocupado a propósito de qualquer coisa (exames, competições, doenças de pessoas próximas, brigas entre os pais...).
- 2) Tem tendência a preocupar-se, evitar ou recusar situações novas.
- 3) Tem tendência a ter dores de barriga.
- 4) Tem tendência a se preocupar ou evitar pessoas que não lhe são familiares.
- 5) Tem tendência a perguntar muito a respeito de fatos cotidianos.
- 6) Tem tendência a se preocupar com a volta às aulas, as idas ao quadro negro, os exames.
- 7) Queixa-se de dores de cabeça.
- 8) Queixa-se de vários tipos de dores.
- 9) Tende a ser irritável, nervoso, reclamando de tudo.
- 10) Tem a tendência de perguntar muito no que se refere a temas insólitos ou surpreendentes.
- 11) Queixa-se, espontaneamente, de esquecimento ou lacunas de memória.

PROGRAMA BORBOLETA


Sobre assiduidade

Solicito que seja mantido a assiduidade porque todos os encontros trarão tema de seguimento. Desta forma, quero dizer que os assuntos estão interligados e um dá ao outro base para avançar. É fundamental que não falem a nenhum encontro.

Este trabalho de psicoeducação faz parte de uma pesquisa de mestrado. Eu sou estudante de pós-graduação da UFFRJ e recebo orientação e acompanhamento de uma professora com muita experiência em TCC e Mutismo Seletivo. A Dra. Ana Cláudia Peixoto de Azevedo defendeu sua tese de Doutorado sobre essa temática e tudo que vamos apresentar a vocês é baseado em estudos feitos com cuidado. No caso do nosso grupo, é uma proposta nova aqui no Brasil que envolve algumas formas de intervenção por parte dos Pais das crianças mutistas e ao longo dos nossos encontros acredito que vá tudo ficar mais claro. Alguém tem alguma dúvida agora? Estarei sempre disponível para eventuais questões.

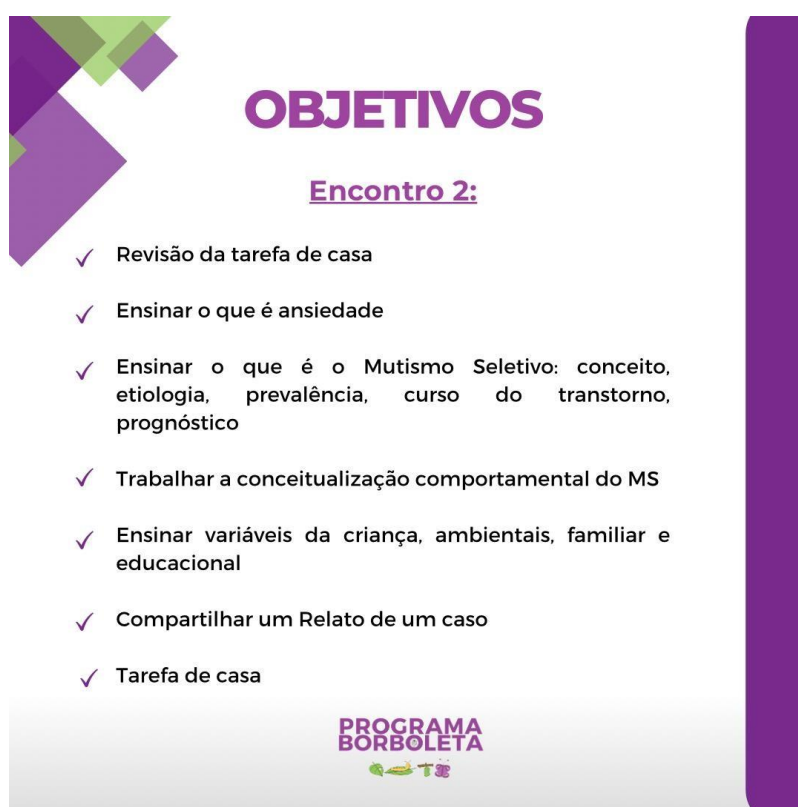
A participação de todos vocês é de grande importância porque nos ajudará a termos indicadores da eficácia do programa e ajudarmos a outras famílias do Brasil a tirarem seus filhos desse quadro de MS, já que é tão difícil encontrarmos terapeutas que seguem as técnicas adequadas do tratamento. O grupo terá 8 sessões com duas horas de duração cada. É um grupo fechado, isto é, não entrará mais ninguém até o final. Todos que estão aqui têm filhos com Mutismo Seletivo. O objetivo do grupo é trabalharmos juntos para entendermos melhor esses sintomas e a própria Mutismo Seletivo. O trabalho progride pouco a pouco ao longo dos encontros, com os conteúdos se solidificando em vocês e quem faltar uma sessão, infelizmente, vai perder uma parte do tratamento. Peço também que todos sejam pontuais para não atrapalhar o andamento do grupo. Agora gostaria de conhecer um pouco de cada um de vocês. Cada família poderá se identificar.

Farei uma espécie de chamada para uma breve apresentação.

3.5.2 Encontro 2

Objetivos:

- Revisão da tarefa de casa;
- Ensinar o que é ansiedade;
- Ensinar o que é o Mutismo Seletivo: conceito, etiologia, prevalência, curso do transtorno, prognóstico;
- Trabalhar a conceitualização comportamental do MS;
- Ensinar variáveis da criança, ambientais, familiar e educacional;
- Compartilhar um Relato de um caso;
- Tarefa de casa.



OBJETIVOS

Encontro 2:

- ✓ Revisão da tarefa de casa
- ✓ Ensinar o que é ansiedade
- ✓ Ensinar o que é o Mutismo Seletivo: conceito, etiologia, prevalência, curso do transtorno, prognóstico
- ✓ Trabalhar a conceitualização comportamental do MS
- ✓ Ensinar variáveis da criança, ambientais, familiar e educacional
- ✓ Compartilhar um Relato de um caso
- ✓ Tarefa de casa

PROGRAMA BORBOLETA

Terapeuta: Olá, todos. Vamos aprender hoje sobre ansiedade. De acordo com o DSM V, o Transtorno de Ansiedade vem acompanhado de medo, sensação de ansiedade exacerbada e problemas comportamentais que aparecem com frequência, sendo que o medo que o indivíduo sente é uma resposta de cunho emocional a algum problema real ou percebido por ele, e a ansiedade é uma forma do indivíduo se antecipar a um perigo futuro ou uma ameaça. Em alguns casos, o medo sentido é tão intenso que chega a levar a ataques de pânico. O DSM V destaca que dentro dos Transtornos de Ansiedade existem várias especificações, como Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Transtorno de Pânico, fobia específica, Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Dentro de cada especificação, o que muda é o objeto ou a contingência que desperta medo e ansiedade no indivíduo.

Todo ser humano tem ansiedade, essa emoção é nossa parceira e, quando bem dosada, nos ajuda na antecipação do perigo que nos cerca e na capacidade de pensar em situações futuras. Ela tem um papel protetivo e preventivo diante de inúmeros eventos de perigo real. Ela passa a ser considerada patológica quando se torna excessiva, extrema e irracional. É quando o

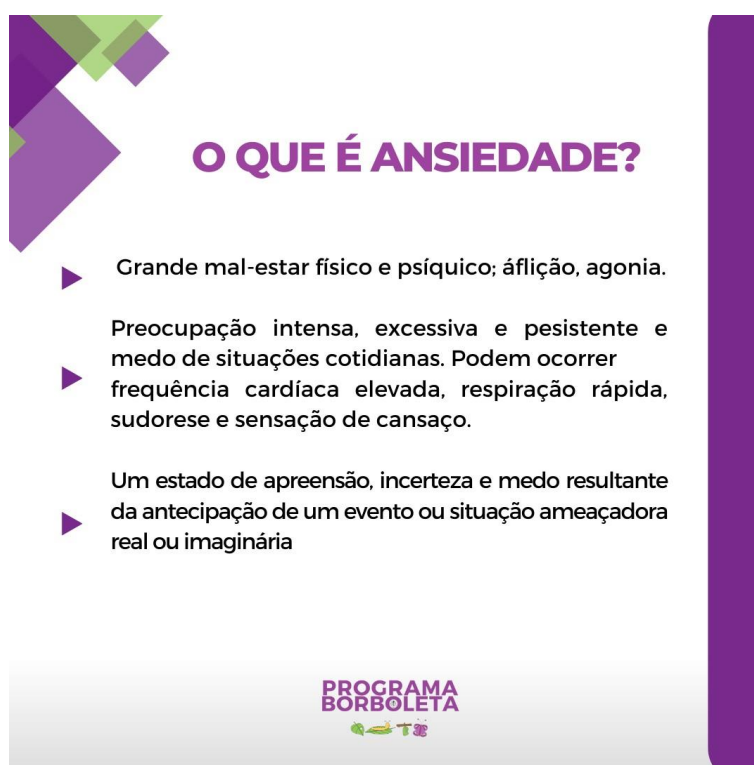
indivíduo se preocupa de forma persistente e sente medo elevado de situações cotidianas. A ansiedade passa então de adaptativa para disfuncional, e, assim, é considerada patológica. Em estado de alerta, o organismo reage com um comportamento de fuga ou de ataque ao agente estressor. Tal reação, ainda que seja exacerbada com uma descarga de hormônios mais elevada, poderá ser considerada normal se, logo após essa fase de excitação, retornar a seu estado de equilíbrio. No entanto, essa fase pode perdurar envolvendo outros processos internos até a exaustão. Os Transtornos de Ansiedade extrapolam a preocupação e medo temporários. Isso faz com que o indivíduo sinta sofrimento emocional, interferindo diretamente nas suas atividades cotidianas.

A ansiedade é uma sensação desconfortável em nosso corpo que sentimos quando pensamos que podemos estar em perigo. A ansiedade e o medo são o sistema de alarme do seu corpo que o ajuda a saber como fugir do que pode nos machucar. É importante diferenciar a ansiedade/medo normal de um transtorno de ansiedade, por exemplo, A ansiedade se torna um problema quando começamos a tê-la com muita frequência, mesmo quando não há nada perigoso por perto. Chamamos esses tempos de alarmes falsos, porque a ansiedade está nos levando a pensar que estamos em perigo quando na verdade estamos seguros. Vocês Pais, devem estar atentos e identificar situações comuns que acionam esses “alarmes falsos” para a criança e os sintomas fisiológicos, ou “pistas ansiosas do corpo”, que elas experimentam durante essas situações.

É fundamental que vocês Pais aprendem para ensinar a seus filhos que eles precisam:

- (1) enfrentar seus medos
- (2) reduzir o comportamento desadaptativo, como evitação
- (3) Aprender por meio de experiências que eles podem realmente lidar com ansiedade/ desconforto e incerteza.

Um componente fundamental da psicoeducação em terapia de exposição é esse processo de enfrentamento dos medos e aprendizado de novas formas de enfrentamento. Ele será feito de forma controlada e gradual, com apoio de vocês e respeitando o ritmo da criança.



O QUE É ANSIEDADE?

- ▶ Grande mal-estar físico e psíquico; aflição, agonia.
- ▶ Preocupação intensa, excessiva e persistente e medo de situações cotidianas. Podem ocorrer frequência cardíaca elevada, respiração rápida, sudorese e sensação de cansaço.
- ▶ Um estado de apreensão, incerteza e medo resultante da antecipação de um evento ou situação ameaçadora real ou imaginária

PROGRAMA BORBOLETA
Q T E

ANSIEDADE

Ansiedade é uma emoção vaga e incômoda que é experimentada em antecipação a algum evento/fato futuro supostamente prejudicial;

Pode ser normal e é um indicador de doença subjacente somente quando os sentimentos se tornam excessivos, obsessivos e interferirem no vida cotidiana.

PROGRAMA
BORBOLETA

Terapeuta: Vamos falar sobre mutismo seletivo (MS) agora? O MS é um transtorno de ansiedade relativamente raro, mas altamente prejudicial, caracterizado por uma incapacidade persistente de falar em ambientes onde a fala e a socialização são esperadas (por exemplo, escola ou na comunidade), apesar de uma capacidade demonstrada de falar em outros. Embora a SM afete apenas cerca de 1% das crianças e alguns sites internacionais pontuam de 1 para 140 crianças, os desafios associados têm um impacto negativo em vários domínios da vida da criança, incluindo o funcionamento social, o desempenho acadêmico e a família relacionamentos. Os sintomas do MS geralmente têm o impacto mais significativo no ambiente escolar, limitando a capacidade da criança de se comunicar efetivamente com professores, funcionários e/ou colegas e comprometendo muitas vezes o desempenho acadêmico. Assim, a intervenção eficaz para a infância é de suma importância e de excelente prognóstico.

MUTISMO SELETIVO (MS)

O Mutismo Seletivo (MS), é um transtorno infantil que se caracteriza pela recusa da criança em falar em determinados locais fora de casa, principalmente na escola, e na presença de pessoas estranhas, embora se comunique e fale normalmente em casa, com pessoas de seu núcleo familiar.

Se trata de um transtorno de ansiedade social mais comumente encontrado em crianças e muitas vezes confundido e diagnosticado como autismo.

PROGRAMA
BORBOLETA



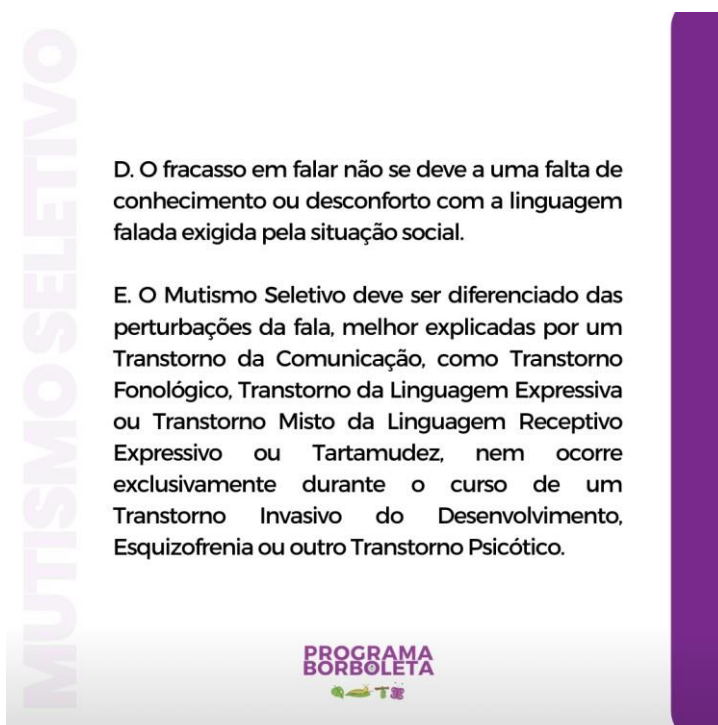
MUTISMO SELETIVO

O MS foi definido como um transtorno de ansiedade social, e os critérios para o diagnóstico do MS, indicados, são:

- 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.
- C. A duração da perturbação é de no mínimo um 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.

PROGRAMA
BORBOLETA





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 Expressivo ou Tartamudez, nem ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico.

PROGRAMA BORBOLETA

O MS geralmente começa na primeira infância – entre 2 e 5 anos de idade, mas a condição muitas vezes não é diagnosticada até por volta dos 5 anos de idade, ou mais ou menos na entrada da Educação infantil, ou primeira série. Semelhante a outros transtornos de ansiedade, o MS apresenta altas taxas de comorbidade, com o transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade de separação e quando perpetuado, outras comorbidades.

Fatores genéticos e ambientais parecem contribuir para a etiologia da MS na infância. As pesquisas pontuam que a prevalência é muito maior entre os Pais de crianças com MS versus entre os pais de crianças sem MS. Além disso, taxas mais altas de MS foram encontradas em crianças bilíngues mostrando quase quatro vezes a taxa de MS em relação a crianças monolíngues. Inibição aumentada em ambientes sociais e padrões de acomodação dos pais pode promover ciclos negativos de evitação, perpetuando padrões reforçadores de comportamento não-verbal ao longo do tempo.

No meio da saúde mental infantil, pouco se fala sobre o Mutismo Seletivo. Além da relativa raridade de sua apresentação, a conceituação mais apropriada do MS tem sido altamente debatida ao longo dos anos, e só muito recentemente a condição foi classificada como um transtorno de ansiedade. Muitos relatos anteriores conceituavam a falha da criança em falar como uma incapacidade de falar, como por exemplo, um problema de desenvolvimento da linguagem.

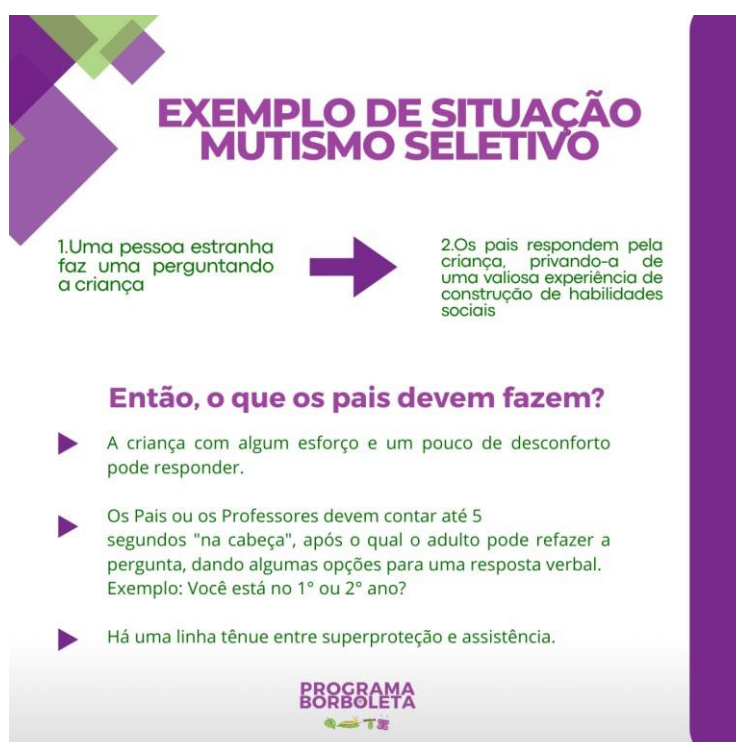
Devido à sua apresentação única e rara e à longa história de incompreensão do MS, muitos jovens afetados têm sido historicamente diagnosticados erroneamente como tendo um distúrbio de linguagem, atraso no desenvolvimento, deficiência intelectual e/ou Transtorno do espectro autista. Outros relatos anteriores enfatizavam a recusa voluntária ou “eletiva” da criança em falar, que concentrava a atenção nos aspectos opositivos e não oriundos da condição, ao invés de dar um foco nas funções de redução da ansiedade que envolve esta condição.

As pesquisas realizadas nos últimos anos voltadas para o tratamento do MS esclareceram de forma mais direta que a ansiedade e a evitação associada estão no centro do MS e tornou-se cada vez mais claro que a terapia de exposição deve estar no centro de seu tratamento. A terapia de exposição para o MS – principalmente a infantil - muitas vezes coloca maior ênfase

nos aspectos comportamentais, em vez de cognitivos no tratamento. As estratégias comportamentais para tratar o MS infantil concentram-se principalmente em remodelar o contexto do comportamento verbal e ajustar a realidade comunicacional que a criança tem vivenciado nos ambientes sociais, com o objetivo de promover maiores atos de comunicação verbal e não verbal. Os prejuízos que encontramos nas crianças que não recebem intervenção precoce estão geralmente relacionadas a um funcionamento executivo limitado, atenção restrita e habilidades organizacionais pobres – funções estas de suma importância e que caracterizam o desenvolvimento cognitivo da primeira infância. Por todas essas razões, as abordagens baseadas na família – ou pelo menos os tratamentos que incluem um componente parental significativo – são indicados para o tratamento do MS.

Tarefa de casa: Vamos agora treinar não responder pelo filho. ok? Todas as vezes que alguém fizer perguntas sobre seu filho, e ele não responder, diga que naquele momento ele não está em condições de responder, mas num outro momento, ele poderá fazê-lo.

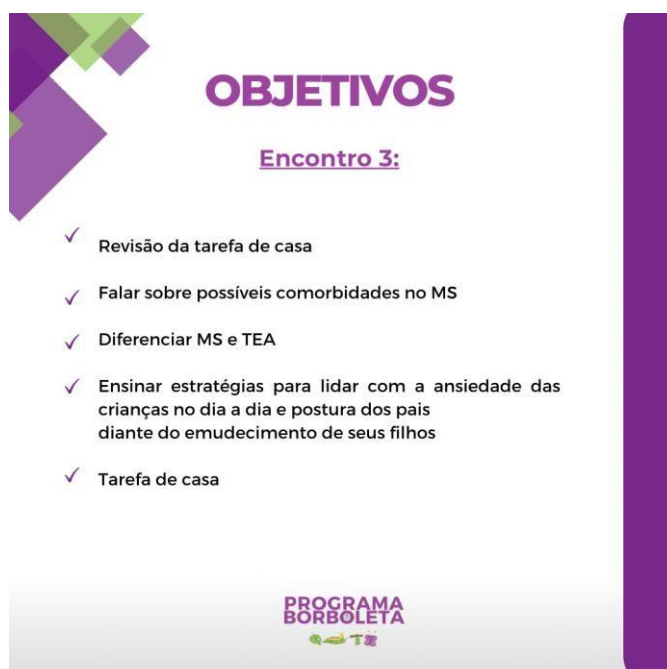
Registre numa folha de papel o que você sentiu quando passou a não responder pela criança.



3.5.3 Encontro 3

OBJETIVOS:

- Revisão da tarefa de casa
 - Falar sobre possíveis comorbidades no MS:
 - Diferenciar MS e TEA
 - Ensinar estratégias para lidar com a ansiedade das crianças no dia a dia e postura dos pais diante do emudecimento de seus filhos
- Tarefa de casa



Possíveis Comorbidades no Mutismo Seletivo

Terapeuta: Olá, algumas crianças com Mutismo Seletivo têm Transtorno de Processamento Sensorial, o que significa que têm problemas para processar informações sensoriais específicas. Eles podem ser sensíveis a sons, luzes, toque, sabor e cheiros. Algumas crianças têm dificuldade em modular a entrada sensorial que pode afetar suas respostas emocionais. O transtorno ou essas alterações sensoriais pode fazer com que a criança interprete mal as pistas ambientais e sociais. Isso pode levar à inflexibilidade, frustração e ansiedade. A ansiedade vivenciada pode fazer com que a criança se feche, evite e se retire de uma situação, ou pode fazer com que ela tenha uma atitude agressiva, birras e manifestar comportamentos negativos.

Algumas crianças (20-30%) com Mutismo Seletivo apresentam alterações sutis na fala e / ou linguagem, como anormalidades de linguagem receptiva e / ou expressiva e atrasos na linguagem. Outros podem ter dificuldades de aprendizagem sutis, incluindo transtorno de processamento auditivo. Na maioria desses casos, as crianças têm temperamentos inibidos (propensos à timidez e à ansiedade). O estresse adicional do distúrbio de fala / linguagem, dificuldade de aprendizado ou distúrbio de processamento pode fazer com que a criança se sinta muito mais ansiosa e insegura ou desconfortável em situações em que há expectativa de falar.

É importante observar que muitas crianças com Mutismo Seletivo são falantes precoces sem nenhum atraso / distúrbio de fala ou distúrbio de processamento.



ALTERAÇÕES SENSORIAIS NO MUTISMO SELETIVO

Seletividade alimentar, problemas intestinais e de bexiga sensibilidade a multidões, luzes (mãos sobre os olhos, evita luzes fortes), sons (não gosta de sons altos, mãos sobre os ouvidos, comentários que parecem altos), toque (sendo esbarrado por outras pessoas, escovagem de cabelo, etiquetas, meias, etc), e sensibilidade nos sentidos, ou seja, perceptivo, sensível, dificuldades de autorregulação (agir desafiador, desobediente, facilmente frustrado, teimoso, inflexível, etc).

PROGRAMA
BORBOLETA




QUESTÕES SENSORIAIS E ANSIEDADE

Sensibilidade sensorial é uma estratégia de autorregulação passiva (chamada de sensores) e a evitação sensorial está associada com uma abordagem mais ativa que limita a exposição a estímulos (chamados evitadores). Grandes evitadores são frequentemente considerados introspectivos e reclusos.

PROGRAMA
BORBOLETA






MUTISMO SELETIVO

75% DAS CRIANÇAS COM MS TEM DIFICULDADES NO PROCESSAMENTO SENSORIAL

Especificamente no processamento auditivo, tendo impacto negativo na sua capacidade de falar. As anormalidades do processamento auditivo apresentam-se com sensibilidade a barulhos e na sua capacidade de fala. As crianças com MS relatam uma percepção que sua voz soa estranha ou engraçada, resultando em restringir ou evitar a fala para que outras pessoas não ouçam.

PROGRAMA BORBOLETA
Q-T

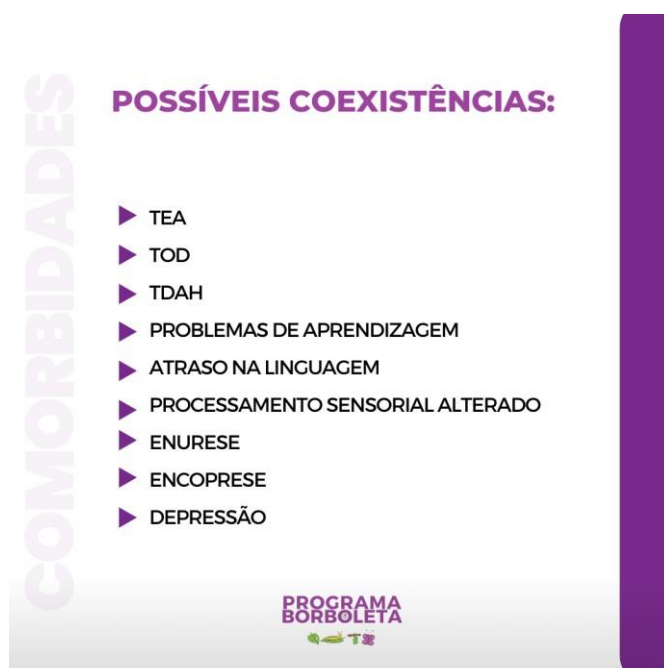
As possíveis comorbidades seriam ansiedade de separação, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), acumulação, tricotilomania (arrancar os cabelos, cutucar a pele), transtorno de ansiedade generalizada, fobias específicas, transtorno do pânico.



COMORBIDADES

As condições comórbidas mais comuns são outros transtornos de ansiedade, mais frequentemente o transtorno de ansiedade social, seguido pelo transtorno de ansiedade de separação e por fobia específica.

PROGRAMA BORBOLETA
Q-T



Mutismo Seletivo e Transtorno de Ansiedade Social

Terapeuta: Sintomas de ansiedade social: Mais de 90% das crianças com mutismo seletivo apresentam ansiedade social. Desconfortável ser apresentado às pessoas, provocado ou criticado, ser o centro das atenções, chamar a atenção para si mesmo, perfeccionista (medo de errar), síndrome da bexiga tímida (parurese), problemas alimentares (vergonha de comer na frente dos outros).

Mutismo Seletivo e TEA

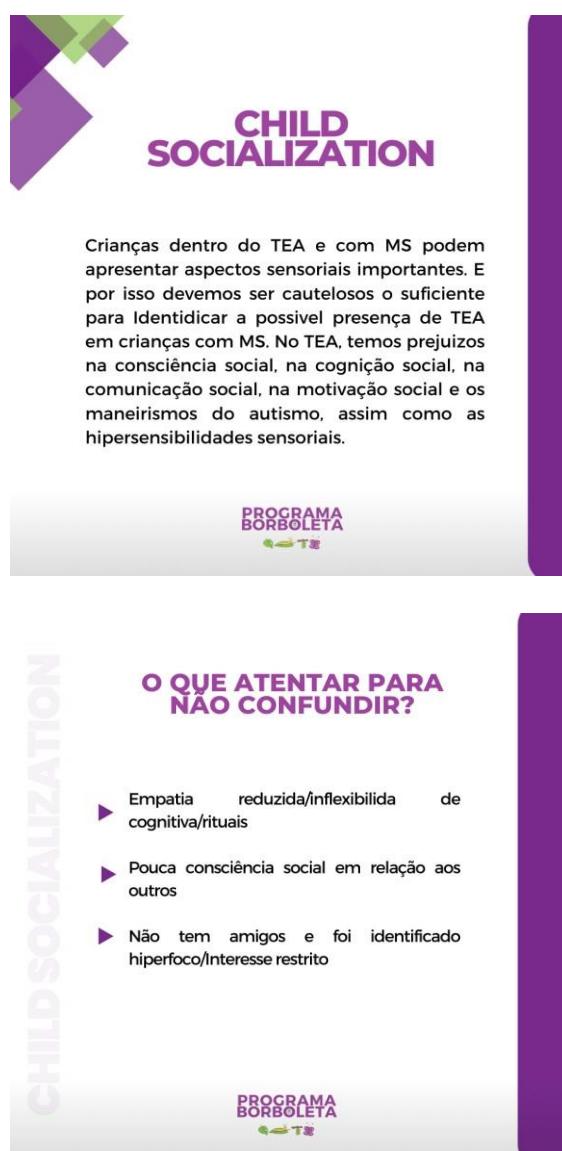
Terapeuta: O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por (1) déficits persistentes na comunicação social recíproca e interação social e (2) padrões de comportamento e interesses restritos e repetitivos. O TEA é atualmente percebido como um transtorno do espectro, o que significa que não classificamos mais crianças com essa condição psiquiátrica em categorias diagnósticas separadas, como transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Rett e transtorno global do desenvolvimento não especificado de outra forma. Mas qualificam a gravidade dos déficits e problemas em uma escala de três níveis, variando de leve (exigindo suporte) a grave (exigindo suporte muito substancial; APA 2013).

Além da ausência de fala na presença de estranhos, uma criança com essa possível associação, costuma apresentar problemas de empatia, pouca consciência social dos outros, dificuldade em fazer amigos, e costuma exibir interesses restritos e hiperfoco.

Além disso, houve uma sobreposição considerável entre os 2 transtornos, embora as crianças com TEA geralmente mostram os níveis mais altos de deficiências de interação social. Outro dado importante é a atenção conjunta que pode ser definida como o foco compartilhado de dois indivíduos e em um objeto ou evento que é alcançado quando um indivíduo alerta o outro por meio de olhar fixo, apontar, ou verbal ou não (indicações verbais), que é uma habilidade que desempenha um papel na aquisição do comportamento social adaptativo das crianças e foi encontrada prejudicada em crianças com TEA.

As habilidades avaliadas pelos domínios da linguagem apresentam-se, em grande parte, comprometidas em crianças com TEA. As crianças apresentam alteração na pragmática que teoricamente comporta: intenção/iniciativas de comunicação, simetria dos turnos comunicativos, atos comunicativos, meios comunicativos e funções comunicativas. Existe uma relação estreita entre as habilidades sociais e a linguagem pragmática, comumente conceituada como o uso social da língua. A linguagem usada em contexto social exige habilidades interacionais e cognitivas.

Referente a essa cumplicidade, estudos recentes aproximam esses dois campos teóricos demonstrando que as habilidades correspondentes à teoria da mente e à pragmática da linguagem estão encadeadas, na medida em que parte da competência pragmática é utilizar e interpretar a linguagem apropriadamente em situações sociais, seguindo as pistas do interlocutor e do falante por meio de suas crenças e intenções, o que requer a representação do pensamento do outro.



CHILD SOCIALIZATION

Crianças dentro do TEA e com MS podem apresentar aspectos sensoriais importantes. E por isso devemos ser cautelosos o suficiente para identificar a possível presença de TEA em crianças com MS. No TEA, temos prejuízos na consciência social, na cognição social, na comunicação social, na motivação social e os maneirismos do autismo, assim como as hipersensibilidades sensoriais.


PROGRAMA BORBOLETA

CHILD SOCIALIZATION

O QUE ATENTAR PARA NÃO CONFUNDIR?

- ▶ Empatia reduzida/inflexibilidade de cognitiva/rituais
- ▶ Pouca consciência social em relação aos outros
- ▶ Não tem amigos e foi identificado hiperfoco/Interesse restrito

PROGRAMA BORBOLETA




MUTISMO SELETIVO

PREJUÍZOS PARECIDOS COM O TEA

Crianças com TEA vão mostrar níveis mais altos de deficiências nas alterações sociais. No entanto, no caso de crianças mutistas, elas também vão apresentar níveis elevados de prejuízos na comunicação social e na motivação social.

PROGRAMA BORBOLETA



ARTIGO CIENTÍFICO

Revista Brasileira de Terapias Cognitivas
2022 • 18(2) • pp. 259-269

COMUNICAÇÕES BREVES | BRIEF COMMUNICATIONS

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto¹
Francilene Torraca¹
Natasha Ganem¹


Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo em um paciente portador de transtorno de espectro autista, no período de pandemia de Covid-19

A Case study on the treatment of Selective Mutism on a Spectrum Autistic patient during the Covid-19 pandemic

RESUMO

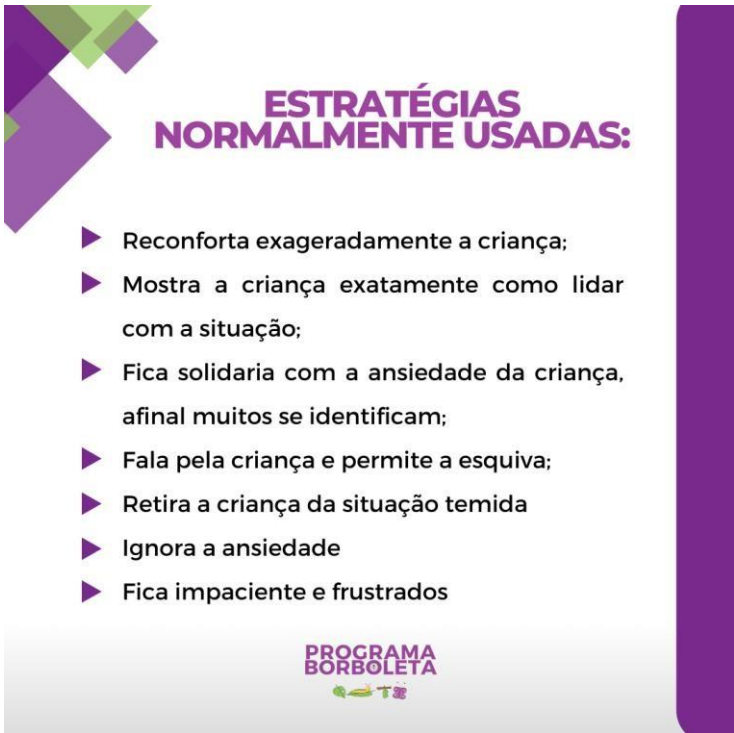
Este artigo apresenta o relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de Mutismo Seletivo de um menino portador do Transtorno do Espectro Autista. O Mutismo Seletivo é um transtorno de ansiedade social que acomete crianças inicialmente

PROGRAMA BORBOLETA



Como os Pais podem ajudar a controlar a ansiedade de seus filhos

Terapeuta: Estratégias para lidar com a ansiedade das crianças no dia a dia e postura dos pais diante do emudecimento de seus filhos



ESTRATÉGIAS NORMALMENTE USADAS:

- ▶ Reconforta exageradamente a criança;
- ▶ Mostra a criança exatamente como lidar com a situação;
- ▶ Fica solidária com a ansiedade da criança, afinal muitos se identificam;
- ▶ Fala pela criança e permite a esquiva;
- ▶ Retira a criança da situação temida
- ▶ Ignora a ansiedade
- ▶ Fica impaciente e frustrados

PROGRAMA
BORBOLETA

O cérebro muda fisicamente em resposta a novas experiências. Com vontade e esforço, podemos adquirir novas habilidades mentais. Quando direcionamos a atenção de uma nova maneira, estamos, na verdade, criando uma nova experiência que pode modificar tanto a atividade quanto, no final, a estrutura do cérebro em si. É muito importante compreender e ensinar nossos filhos que podemos usar nossa mente para assumir o controle da nossa vida. Ao direcionarmos nossa atenção, podemos deixar de ser influenciados por fatores dentro de nós e ao nosso redor para influenciá-los. Podemos ser participantes ativos do processo de decidir e afetar como pensamos ou sentimos.

A forma como os pais intervêm para auxiliar a criança frente a situações desafiadoras faz toda diferença no êxito do tratamento. Sendo o Mutismo Seletivo um transtorno de ansiedade de comunicação social, os gatilhos que ativam a ansiedade são frequentes, e a forma como os pais irão auxiliar e até mesmo a forma como eles próprios irão se comportar frente a situações do cotidiano é fundamental para proporcionar a redução da ansiedade e uma condição favorável às conquistas da criança.

Habitualmente, na intenção de proteger seus filhos, os pais acabam adotando estratégias improdcentes, tais como: reconfortar exageradamente seus filhos (o que reforça a ideia de uma situação ameaçadora); mostrar de forma detalhada como ela deve se comportar, ao invés de incentivá-la a assumir um papel ativo no controle gradual de seus sentimentos e comportamentos; responder pela criança, permitindo e reforçando a esquiva; retirar a criança da situação temida, o que também contribui para reforçar o medo. Por vezes também pode ocorrer dos pais se demonstrarem impacientes e frustrados diante das dificuldades da criança, ou ignorar a ansiedade de seus filhos, invalidando seus sentimentos.

Se a criança se comporta mal ou exibe comportamentos inapropriados ou evitativos, os pais devem se encorajar a utilizar o que chamamos de “Ignoramento” Ativo do comportamento até que a criança se envolva em um comportamento orientado para a abordagem apropriada ou corajosa. No contexto do MS, os comportamentos indesejados são tipicamente esconder, choramingar, agarrar-se, inibição comportamental e outras exibições de comportamento tímido, ansioso ou retraído. Oriento que os Pais devem ficar atentos a seus comportamentos porque, na

maioria das vezes é visto pelos pais como forma de proteger os filhos, mas na verdade fazem a manutenção dos comportamentos ansiosos. Os pais devem desviar a atenção quando seu filho estiver evitando (por exemplo, se escondendo, choramingando, agarrando-se ao pai), em vez de fornecer conforto. Pode parecer duro, mas o comportamento evitativo deve ser ignorado e procurar reforçar positivamente qualquer comportamento apropriado que esteja acontecendo ao mesmo tempo (por exemplo, se a criança está choramingando, mas também colorindo calmamente).

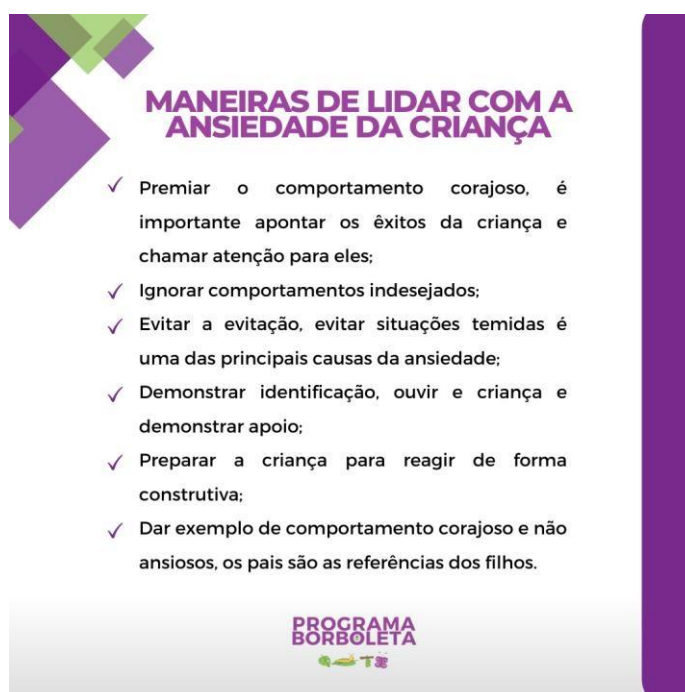
Os pais devem focar e dar atenção direta ao comportamento corajoso ou apropriado que eles desejam ver mais, em vez de atender a comportamentos negativos/indesejáveis. Por exemplo, se uma criança normalmente evita falar em voz alta com os pais em público, os pais devem elogiar o oposto positivo, “Estou feliz que você esteja usando sua voz comigo aqui na loja” ou “Estou feliz que você está usando algumas palavras aqui na loja que eu posso ouvir” (se a criança estiver sussurrando baixinho). É importante encorajá-los a procurar oportunidades para elogiar comportamentos positivos e principalmente atentar para a promoção da autonomia. Exemplo: quando uma criança tipicamente apegada está sentada sozinha.

Além das habilidades acima descritas, ou seja, elogio rotulado, reflexão e descrição comportamental, os pais precisam ser psicoeducados a não atuarem falando ou respondendo ou “resgatando” suas crianças. O que normalmente acontece com os pais de crianças mutistas são os ciclos comuns de reforço negativo associados ao MS: A criança é estimulada a falar ou se envolver em uma conversa - A ansiedade da criança e do adulto aumenta - A criança evita (ou seja, não dá resposta verbal) - O adulto resgata (por exemplo, o adulto responde para a criança, ou permite que a criança responda não verbalmente) - A ansiedade da criança e do adulto é reduzida - A redução da ansiedade é aliviada e a evitação é reforçada negativamente - A criança agora tem menos probabilidade de verbalizar em situações semelhantes no futuro. Enfatizo que cada vez que esse ciclo se repete, a criança é ainda mais forçada a evitar (ou seja, não falar), em vez de abordar (ou seja, falar) em situações nas quais sua ansiedade é intensificada. Apesar do ganho de curto prazo tanto para a criança quanto para os pais de reduzir o sofrimento momentâneo, esse ciclo de reforço negativo serve para consolidar e manter comportamentos de MS e evitação a longo prazo. É importante enfatizar que a ansiedade não é “culpa” da criança ou dos pais, mas sim como os pais respondem em situações em que qual fala da criança é esperada pode encorajar ou desencorajar a probabilidade de sua criança responder verbalmente no futuro. Padrões que podem manter e/ou exacerbar a ansiedade infantil e SM a longo prazo incluem acomodar a ansiedade da criança, permitindo que ela evite situações temidas, prestando atenção extra ao comportamento ansioso/evitativo da criança e/ou sendo rápido para confortar uma criança se ele ou ela exibir sinais de ansiedade. Embora confortar e tranquilizar excessivamente possa aliviar a ansiedade de uma criança no momento, também reforça a exibição de comportamento ansioso.

Ações por parte dos Pais de suma importância é permitir que a criança conduza a brincadeira e reduzir quaisquer interações negativas que possam ocorrer se a criança não obedece); não utilizar Críticas (avaliações negativas da criança ou de suas ações reduzem o calor da interação e o feedback corretivo tira a liderança da criança na brincadeira) e Perguntas (para que as crianças não se sintam pressionadas a falar). Pais devem evitar fazer perguntas porque reduz as expectativas verbais da criança durante um tempo e a deixa focada na condução da brincadeira, otimizando o calor e o conforto na interação pais-filhos e, muitas vezes, na verdade, aumenta a probabilidade de que a criança responda. Isso tudo faz parte de um conjunto de habilidades/estratégias que visam diretamente as verbalizações da criança.

MANEIRAS PRODUTIVAS DE LIDAR COM A ANSIEDADE DOS SEUS FILHOS

- . Premiar o comportamento corajoso (os êxitos devem ser valorizados e destacados para a criança)
- Ignorar os comportamentos indesejados (os pais devem identificar a intencionalidade do comportamento da criança, tais como choro e birras, e certificar-se de que ela entenda que não está sendo ignorada, e sim o seu comportamento)
- Não favorecer a evitação (os pais devem estimular soluções de enfrentamento e não de esquiva)
- Demonstrar identificação (os pais devem validar os sentimentos de seus filhos, escutá-los e apoiá-los em suas dificuldades)
- Preparar a criança para agir de forma construtiva (os pais devem ajudar a criança a avaliar a probabilidade realista de seus pensamentos pessimistas se tornarem realidade)
- Ser exemplo de comportamento corajoso e não ansioso (os pais são referência para seus filhos. O melhor exemplo é o modelo de enfrentamento. Nesse sentido, novamente destacamos a importância dos pais reconhecerem suas próprias dificuldades e considerarem a possibilidade de atendimento psicoterápico).



MANEIRAS DE LIDAR COM A ANSIEDADE DA CRIANÇA

- ✓ Premiar o comportamento corajoso, é importante apontar os êxitos da criança e chamar atenção para eles;
- ✓ Ignorar comportamentos indesejados;
- ✓ Evitar a evitação, evitar situações temidas é uma das principais causas da ansiedade;
- ✓ Demonstrar identificação, ouvir a criança e demonstrar apoio;
- ✓ Preparar a criança para reagir de forma construtiva;
- ✓ Dar exemplo de comportamento corajoso e não ansiosos, os pais são as referências dos filhos.

PROGRAMA BORBOLETA

Tarefa de casa: Diante de todos os exemplos de estratégias que vocês foram orientados a executar, vamos colocar em prática as questões que foram pontuadas hoje e vamos registrar para o próximo encontro, que estratégias para diminuição da ansiedade vocês conseguiram colocar em prática com uma maior facilidade e qual foi a mais difícil de ser implantada. Tarefa de casa: TAREFA DE CASA: Fazer com seu filho um plano de passos possíveis de enfrentamento da ansiedade medos.

MEU PLANO DE PASSOS PARA ENFRENTAR MEUS MEDOS

PASSO 6 - META:

PASSO 5:

PASSO 4:

PASSO 3:

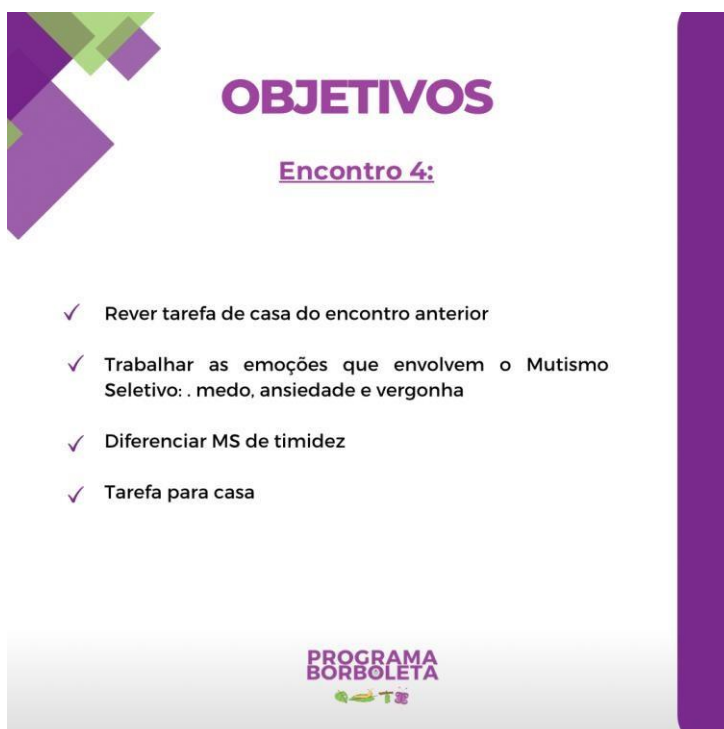
PASSO 2:

PASSO 1:

3.5.4 Encontro 4

OBJETIVOS

- Rever tarefa de casa do encontro anterior
- Trabalhar as emoções que envolvem o Mutismo Seletivo: . medo, ansiedade e vergonha,
- Diferenciar MS de timidez
- Tarefa para casa



OBJETIVOS

Encontro 4:

- ✓ Rever tarefa de casa do encontro anterior
- ✓ Trabalhar as emoções que envolvem o Mutismo Seletivo: . medo, ansiedade e vergonha
- ✓ Diferenciar MS de timidez
- ✓ Tarefa para casa

PROGRAMA BORBOLETA

Terapeuta: Hoje vamos falar sobre as duas emoções que estão envolvidas no MS: O medo e a vergonha. O medo, que é uma resposta normal a um estímulo real, refere-se a uma extensa classe de respostas específicas. Foi ele que diante de desafios e ameaças, preservou nossa espécie ao longo de anos. A ansiedade, que é uma experiência subjetiva de medo, faz parte do espectro normal das emoções, cujos componentes são psicológicos e fisiológicos. Ela é um sinal de alerta, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e a utilizar recursos necessários para lidar com ameaças. Ela permite ao indivíduo reunir os comportamentos eficientes para lidar da melhor maneira com uma determinada situação, como por exemplo, ficar tenso ao falar em público. Essa situação fará com que haja diminuição da sensação de ansiedade fazendo com que ela não o impeça de desempenhar determinada tarefa. Em outras palavras, é uma sensação útil e necessária. Porém no grupo que tem como diagnóstico algum tipo de transtorno de ansiedade, não existe nenhuma fonte objetiva de medo, como um predador ou fogo. A ansiedade se torna patológica e, portanto, um transtorno, quando existe uma alteração significativa na vida do sujeito, seja no âmbito familiar, pessoal ou laboral, incapacitando-o para a ação.

Segundo o DSM, os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta e fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela e esquiva. Às vezes o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva.

MEDO

É uma resposta normal a um estímulo real, refere-se a uma extensa classe de respostas específicas. Foi ele que diante de desafios e ameaças, preservou nossa espécie ao longo de anos.

No caso do MS, ele é a antecipação de respostas negativas e catastróficas relacionadas com a exposição.

O medo é uma emoção primária e está relacionado com o desenvolvimento da ansiedade.

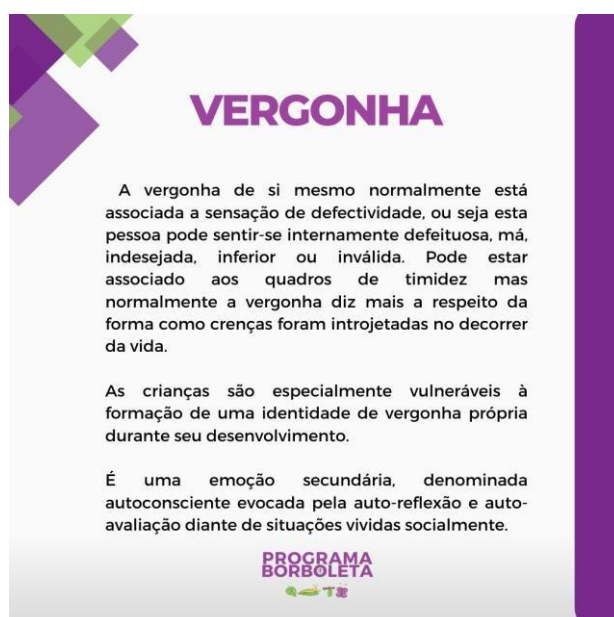
PROGRAMA
BORBOLETA

DSM-5-TR

Os Transtornos de Ansiedade "incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados, (...) diferenciam-se do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento".

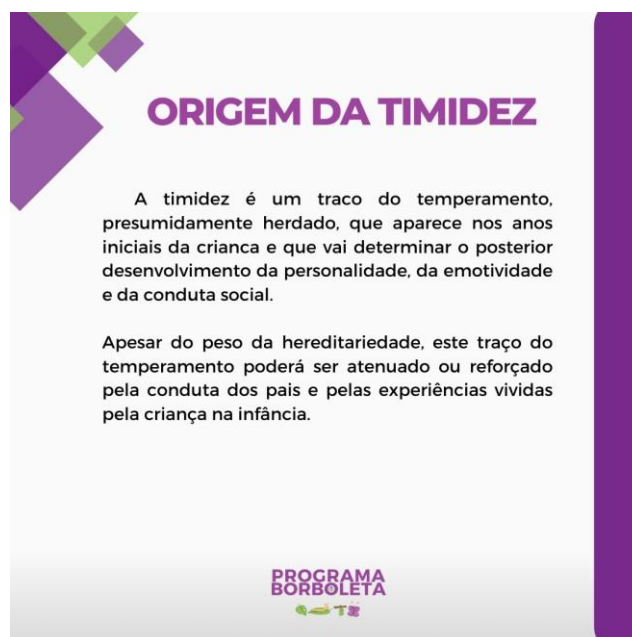
PROGRAMA
BORBOLETA

A vergonha é um sentimento extremamente penoso e doloroso. Sentimento social, surge quando o olhar do outro vê o que não deveria ser visto; é o rubor inoportuno, a umidade da pele, a tremedeira, o gaguejar, o branco; revelação de uma falha sem reparação; a imagem manchada, a desqualificação; a vontade de sumir da face da terra. A vergonha assinala a confissão de uma derrota, a revelação de uma fraqueza, a perda das aparências e da dignidade e a imagem de seu mundo interior desmascarado aos olhos do outro.

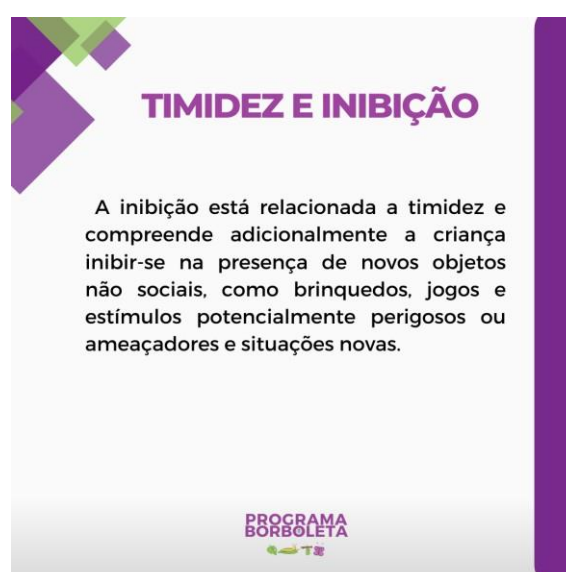


As crianças que manifestam o mutismo podem desenvolver um déficit muito alto no repertório básico de comportamento de habilidades sociais, não conseguindo sinalizar suas intenções para defender seus próprios direitos. Após o trabalho de intervenção, utilizando o referencial teórico cognitivo-comportamental com algumas crianças que manifestam o mutismo seletivo, foi observado que a dificuldade de controle da emoção da vergonha era um fator decisivo na manutenção do transtorno. A vergonha é considerada por alguns teóricos uma emoção universal e está entre os sentimentos mais humilhantes e dolorosos da experiência humana. A vergonha é um sentimento associado à inadequação ou, pelo menos, à visão individual do que é ou não inadequado. Logo, o indivíduo que sente vergonha com frequência acredita que não se porta adequadamente em situações sociais. Na intervenção de tratamento com crianças com mutismo observa-se que a consciência da vergonha em algumas crianças com mutismo é tão alta que para evitá-la as crianças sofrem danos físicos e psicológicos. A vergonha, invariavelmente, vem acompanhada por grandes mudanças psicológicas, uma urgência em esconder-se, levando-os a sentirem-se inferiores, querendo esconder-se ou desaparecer. A vergonha reflete uma avaliação negativa do eu que essas crianças desenvolvem sobre si mesmas e uma percepção de status e reputação prejudicados aos olhos dos outros, gerando uma consequência aversiva. No mutismo, as crianças parecem estar sob o controle dessa emoção, elas são acometidas por um mal estar adquirido por condicionamento respondente, pelo fato de ter agido de maneira não aprovada e punida pelo ambiente circundante e por ter violado as expectativas de outros, como seus pais e professores, quanto ao seu próprio comportamento.

Mutismo Seletivo não é timidez



Terapeuta: A timidez é o traço de temperamento ou de personalidade da consciencia, homem ou mulher, caracterizado pela manifestação de excessivo acanhamento, retraimento, inibição, escondimento, mascaramento, silêncio e ansiedade, relacionado ao sentimento de desconforto, embaraço, incômodo ou culpa, devido à autavaliação negativa, principalmente frente a situações sociais. O tema timidez apresenta para nós um grande interesse do ponto de vista clínico. Apesar de sabermos que a timidez é um traço do temperamento, a carência de interação social está implicada em várias categorias psicopatológicas. As principais descobertas dos últimos estudos relacionados à temática da timidez, evidenciam que o retraimento social na infância é um fator de risco, já que prediz problemas posteriores de natureza interna (problemas emocionais, problemas de personalidade). Atualmente, dispomos de dados que demonstram que crianças extremamente retraídas tendem a permanecer assim, e com o tempo, costumam manifestar dificuldades socioemocionais (como ansiedade e depressão). Existe um laço entre retraimento social e dificuldades internalizadas.



A timidez, por si mesma, não é considerada um transtorno mental. Todos os seres humanos são afetados pela timidez em grau moderado, pois esta funciona como uma espécie de regulador social, inibidor de excessos comportamentais condenados pela sociedade.

PODE SE TORNAR PATOLÓGICA?

TIMIDEZ

A timidez não é considerada um transtorno mental. Mas a timidez crônica pode evoluir para uma patologia, principalmente quando adolescente não consegue superá-la ao entrar na vida adulta.

PROGRAMA
BORBOLETA

Entre outras características que reafirmam algumas mencionadas anteriormente na definição da timidez estão: medo de “avaliação negativa” por parte dos outros, dificuldade em responder adequadamente em situações sociais, dificuldade em fazer novas amizades, depressão, solidão, dificuldade de expressar opinião e ser assertivo, problema de concentração em situações sociais, preocupação com si próprio, projeção de uma imagem ruim aos outros.

TIMIDEZ

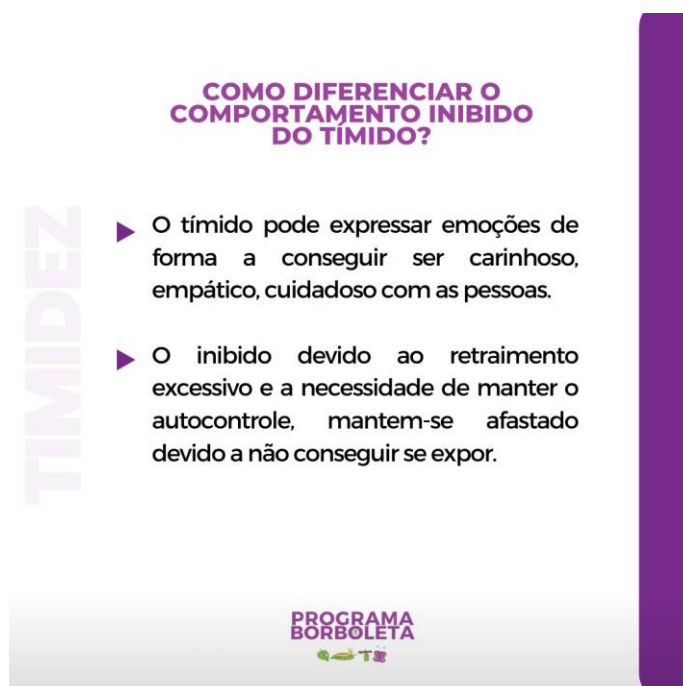
- ▶ Uma característica básica da vida humana é a sociabilidade. Por isso, podemos considerar que a dificuldade em interagir socialmente constitui um problema relevante e quando esta passa a causar prejuízos significativos, precisa ser avaliado.
- ▶ Timidez excessiva, o isolamento social, a dependência, são indícios de sofrimento psíquico por parte da criança.

PROGRAMA
BORBOLETA

Além disso, os comportamentos apresentados na vida adulta incluem: evitação de interações sociais que podem gerar ansiedade e déficit em habilidades sociais; o uso de drogas pode ser usado como ferramenta para diminuir a timidez e é um fator de risco para alguns transtornos ansiosos. Ou seja, a timidez pode afetar diversos âmbitos na vida do sujeito, tendo suas consequências agravadas conforme o indivíduo cresce se esquivando de interações sociais. Portanto,

embora a “timidez” seja diferenciada de ansiedade social ou fobia social, tende a ser caracterizada por algumas classes de respostas que podem interferir nas relações sociais.

A timidez reflete uma dificuldade de comunicação, associada a um sentimento de baixa performance e um julgamento social negativo de fala. Com certa frequência, os tímidos têm dificuldades de serem ouvidos e entendidos, apresentam dificuldades em iniciar e estruturar uma conversa, falam menos, são pouco relaxados e menos competentes na comunicação.




Sobre a relação da timidez com seu desconforto social para crianças e adultos, caracteriza a negativa da inibição em situações que exijam algum tipo de interação pessoal, pois é notório que a timidez interfere na realização de objetivos tanto pessoais como profissionais. Quem é tímido, se fecha em si mesmo, e sofre com a obsessiva preocupação relacionada às atitudes e pensamentos dos outros. Ser tímido é algo que nos coloca barreiras diante do convívio social e que nos impede de falarmos em público e nos causa isolamento. Quando a criança começa a querer ficar sozinha, pais e professores devem ficar atentos. Pode ser sinal de problemas emocionais que se avolumarão com o passar dos anos.

Tarefa de casa: Verificar junto a escola da criança o perfil comportamental. A criança apresenta somente o comportamento de emudecimento ou compartilha comportamentos retraídos e inibidos?

3.5.5 Encontro 5

OBJETIVOS:

- Rever a tarefa do encontro anterior
- Ensinar técnicas utilizadas no tratamento do Mutismo Seletivo: Desvanecimento do estímulo, exposição gradual, reforço positivo/reforço negativo, manejo de contingências
- Fazer hierarquia do medo
- Tarefa de casa - (tabela da hierarquia do medo)



OBJETIVOS

Encontro 5:

- ✓ Rever a tarefa do encontro anterior
- ✓ Ensinar técnicas utilizadas no tratamento do Mutismo Seletivo: Desvanecimento do estímulo, exposição gradual, reforço positivo/reforço negativo, manejo de contingências
- ✓ Fazer hierarquia do medo
- ✓ Tarefa de casa - (tabela da hierarquia do medo)

PROGRAMA BORBOLETA


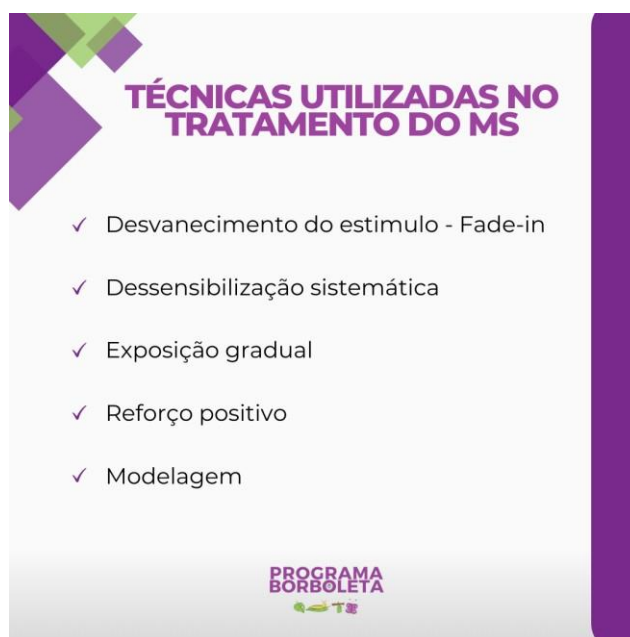


TABELA: HIERARQUIA DO MEDO

SITUAÇÃO	Classificação de medo (0-10)	Classificação de evitação (0-10)
Falando com professores na escola durante uma aula em grupo		
Conversando com os professores sozinho na escola		
Falar com os colegas sozinho na escola		
Falando com os pais na escola com os professores presentes		
Falando com os Pais na escola com os colegas presentes		
Falar com os pais em casa com a presença de adultos desconhecidos		
Falar com os Pais em casa com adultos familiares presentes		
Falar com os colegas sozinho em casa		
Falar com os pais em casa com crianças desconhecidas presentes		
Falar com os Pais em casa com colegas presentes		

Falar com os pais em casa com familiares presentes		
Falar com os pais nos ambientes sociais		

Terapeuta: Hoje vamos trazer pra vocês informações acerca das técnicas que são utilizadas no tratamento do Mutismo Seletivo. Vou explicar item por item e disponibilizar alguns vídeos que vão exemplificar como a técnica deve ser aplicada.



REFORÇO POSITIVO

Reforços são consequências de certos comportamentos que tornam mais provável que esses comportamentos ocorram novamente no futuro. Para a maioria das crianças, o elogio e a atenção dos pais para o comportamento verbal da criança aumentam a probabilidade de resposta verbal continuada da criança.

REFORÇO POSITIVO

São pequenas recompensas proporcionais ao evento e frequentes no início, desaparecendo com o tempo. Recompensas de relacionamento, exemplo: jogando jogos, são ótimas ideias. As recompensas precisam ser gratificantes para a criança e não para o adulto. Parece que quando ela consegue escolher o prêmio, se apropria do mesmo e do tratamento.

PROGRAMA
BORBOLETA



REFORÇO NEGATIVO

E, inversamente, a remoção da atenção dos pais (por exemplo, ignorar ativamente o choro da criança e a resposta não-verbal) normalmente diminui a probabilidade de resposta não-verbal continuada.

REFORÇO NEGATIVO

O MS fica associado a um reforço dos padrões de aprendizagem que foi sendo adquirido ao longo dos anos, utilizando o silêncio como forma de diminuir a ansiedade de falar em situações sociais específicas.

PROGRAMA
BORBOLETA



DESVANECIMENTO DO ESTÍMULO

O desvanecimento do estímulo é comumente usado no tratamento da ansiedade e especificamente do MS. Para crianças com MS, a prática de exposição fade-in refere-se à introdução gradual de um novo indivíduo (ou seja, uma pessoa para a qual a criança não verbalizou ou na frente dela) ao círculo de fala da criança.

O desvanecimento do estímulo é um procedimento comportamental que envolve a abordagem gradual dos estímulos temidos (por exemplo, uma pessoa desconhecida) mais perto da criança, permitindo tempo para habituação (ou ajuste) ao estímulo antes de cada movimento mais perto. O desvanecimento do estímulo é comumente usado no tratamento da ansiedade e especificamente do MS. Estratégias “fade-in” podem ser usadas em qualquer situação temida e encoraja a criança a se aproximar, ao invés de evitar essas situações. Para crianças com MS, a

prática de exposição *fade-in* refere-se à introdução gradual de um novo indivíduo (ou seja, uma pessoa para a qual a criança não verbalizou ou na frente dela) no círculo de fala da criança. Normalmente, o novo indivíduo se aproxima gradualmente da criança, à medida que ela continua a falar com alguém que já está em seu círculo de fala. Eventualmente, o novo indivíduo se envolve na atividade e estratégias adicionais são usadas para promover a capacidade da criança de falar com o novo indivíduo.



Uma sessão inicial de *fade-in* geralmente começa com o filho e o pai juntos em uma sala sozinhos. Para ajudar a criança a se aquecer e se sentir mais confortável, os pais são treinados para envolver seu filho em alguma atividade que a criança goste e que possa haver uma comunicação entre eles. Uma vez que a criança está se envolvendo com os pais, os pais são treinados (por meio de uma abordagem de escuta discreta) por meio de sequências, a fim de promover a fala e a verbalização da criança enquanto estão apenas o pai e a criança na sala. Uma vez que a criança está respondendo de forma consistente ao pai, o *fade-in* (exposição gradual) de uma nova pessoa começa. A pessoa desconhecida pode começar sentando do lado de fora da sala com a porta ligeiramente aberta até que a criança mantenha ou retome a comunicação verbal com seus pais. A pessoa desconhecida pode abrir lentamente e / ou mover-se lentamente para a entrada da sala, tomando cuidado para se aproximar apenas enquanto a criança permanece consistentemente responsiva aos pais. Por exemplo, se a criança reduz seu comportamento de fala, a pessoa desconhecida deve esperar para se aproximar até que a criança continue a falar com o pai.

A pessoa desconhecida é treinada para começar a usar as habilidades da seguinte forma:

Assim que estiver na sala com a criança perto dos Pais, (por exemplo, reflexão: “Você disse à sua mãe que queria brincar com as bonecas”; elogios como: “Você está sendo tão corajoso e falando para a mãe alto o suficiente para eu ouvir”, ou “Você está jogando tão bem aqui”; descrição do comportamento: “Você está dirigindo o carro na pista”).

A rapidez com que ocorrem *fade-ins* bem-sucedidos varia entre as crianças. No início, a criança pode apenas responder às perguntas de pessoas desconhecidas para seus pais ou em um volume quase inaudível.

Técnicas de modelagem (discutidas posteriormente) podem ser necessárias para apoiar a criança a falar diretamente com a pessoa desconhecida. Uma vez que a criança está falando com uma pessoa desconhecida, os pais são instruídos a se mover lentamente (ou seja, "desaparecer") da sala enquanto a criança se envolve com a pessoa desconhecida, normalmente a uma taxa semelhante à velocidade com que o desbotamento em processo levou. Um dos objetivos da primeira sessão de fade-in é que a criança fale com a pessoa desconhecida com os pais fora da sala. No entanto, esta primeira etapa pode levar mais de uma sessão de fade-in. É importante ressaltar que, ao longo da sessão, a criança é continuamente recompensada por meio de verificações (ou seja, reforço imediato) por falar. Fade-ins podem ser usados em ambientes clínicos, bem como em ambientes domésticos e comunitários (por exemplo, escola), para apresentar novas pessoas ao círculo de fala da criança.

MODELAGEM



MODELAGEM



PROGRAMA BORBOLETA



MODELAGEM

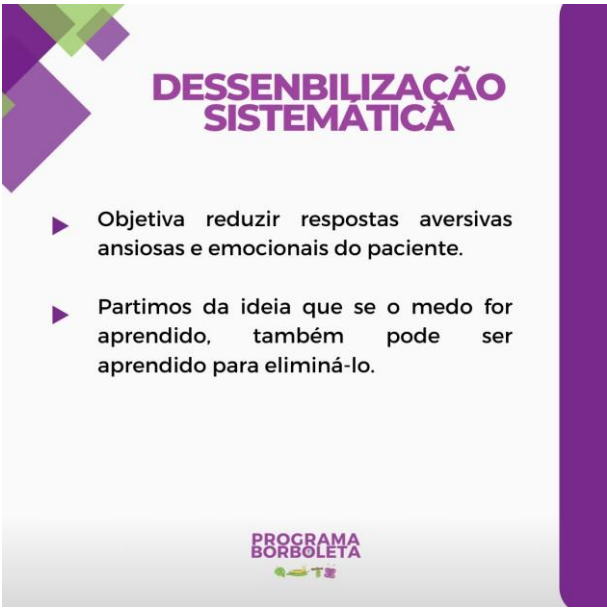
EXEMPLOS DE MODELAGEM:

- ▶ Repetindo a pergunta feita pela nova pessoa;
- ▶ Fazendo a pergunta várias vezes, à medida que você se aproxima da nova pessoa;

PROGRAMA BORBOLETA




A modelagem consiste em recompensar aproximações sucessivas de comportamentos desejados. Crianças com SM, em particular, muitas vezes requerem passos menores para alcançar um resultado final desejado. Por exemplo, quando uma nova pessoa faz uma pergunta, é sábio reforçar a criança para uma resposta dirigida ao pai, ao invés da nova pessoa, pois isso representa um passo para a criança responder diretamente à nova pessoa (por exemplo, , pai/mãe: “Obrigado por responder à pergunta de uma nova pessoa!”). A modelagem também pode incluir fazer com que o pai se aproxime cada vez mais da nova pessoa enquanto a criança continua a direcionar as respostas ao pai, até que a criança seja capaz de transferir a verbalização para a nova pessoa (por exemplo, primeiro olhando para o ombro da nova pessoa quando respondendo, antes de fazer contato visual com a nova pessoa enquanto fala; pai: “Obrigado por responder à pergunta deles para mim, agora diga ao meu ombro. Ótimo dizer ao meu ombro, agora diga ao ombro dela. Incrível dizer ao ombro dela! Agora olhe para ela e diga a ela. Trabalho incrível olhando diretamente para sua nova amiga e dizendo a ela sua cor favorita!”). Outro exemplo de modelagem inclui fazer com que o pai comece uma pergunta ou resposta, mas a criança termine como um preenchimento de lacunas (por exemplo, pai: “qual é o seu...”; filho: “nome?”). Muitos aspectos do comportamento da criança podem ser moldados, incluindo com quem a criança está falando, volume, contato visual e distância da pessoa-alvo desejada. É importante recompensar a criança por cada aproximação sucessiva com atenção positiva e/ou reforço concreto (por exemplo, cheques na tabela de coragem, adesivos, guloseimas).



DESSENBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA


- ▶ Objetiva reduzir respostas aversivas ansiosas e emocionais do paciente.
- ▶ Partimos da ideia que se o medo for aprendido, também pode ser aprendido para eliminá-lo.

PROGRAMA BORBOLETA




EXPOSIÇÃO GRADUAL

Técnica que baseia sua operação em colocar o indivíduo em contato com os estímulos que ele teme. Fazemos o indivíduo permanecer na situação assustadora por tempo suficiente para que sua ansiedade diminua naturalmente, a ponto de se tornar imperceptível. Desta forma, buscamos a habituação.

PROGRAMA BORBOLETA


EXPOSIÇÃO GRADUAL

- ▶ As crianças são incapazes de aprender que seus medos são irracionais se eles são impedidos de enfrentá-los;
- ▶ A terapia de exposição permite que as crianças demonstrem aproximações sucessivas para superar seus medos;
- ▶ Usar uma abordagem gradual permite que a criança seja (e sinta) bem sucedida e recompensada ao longo do caminho.

PROGRAMA BORBOLETA


HIERARQUIA DO MEDO E ATIVIDADES DE EXPOSIÇÃO GRADUADA

Antes de iniciar as atividades de exposição em grande escala, é importante reconhecer o espectro dos medos da criança. Isso inclui não apenas identificar situações que provocam

medo, mas também documentar até que ponto cada situação provoca ansiedade e evitação associada. Alguns terapeutas utilizam uma escala ou termômetro de medo que varia de 0 (sem medo ou evitação presente) a 10 (medo extremo ou evitação presente). Essa atividade costuma ser chamada de construção de uma “hierarquia do medo” (ou “escada do medo”) porque, essas situações são listadas em ordem de dificuldade e servem como um roteiro de exposições a serem escaladas progressivamente. No caso de situações múltiplas serem consideradas igualmente causadoras de ansiedade, outros fatores são utilizados para determinar a ordem em que devem ser listados (por exemplo, a frequência com que a criança normalmente se depara com a situação, até que ponto a família deseja priorizar várias situações). Um exemplo de hierarquia do medo é apresentado nesta figura aqui abaixo:

TABELA - HIERARQUIA DO MEDO

SITUAÇÃO	Classificação de medo (0-10)	Classificação de evitação (0-10)
Falando com professores na escola durante uma aula em grupo		
Conversando com os professores sozinho na escola		
Falar com os colegas sozinho na escola		
Falando com os pais na escola com os professores presentes		
Falando com os Pais na escola com os colegas presentes		
Falar com os pais em casa com a presença de adultos desconhecidos		
Falar com os Pais em casa com adultos familiares presentes		
Falar com os colegas sozinho em casa		
Falar com os pais em casa com crianças desconhecidas presentes		
Falar com os Pais em casa com colegas presentes		
Falar com os pais em casa com familiares presentes		
Falar com os pais nos ambientes sociais		

É importante ressaltar que, embora este exemplo use “falar” como o comportamento alvo, as crianças com MS apresentam muitas variações nas nuances que torna a fala difícil (por exemplo, responder, iniciar, sussurrar versus fala audível). Aqui vou explicar a vocês de acordo com essa tabela aqui, inspirada nos estágios da comunicação da Dra Elisa Shipon-Blum, o que esperar de crianças mutistas quando começam a comunicação não-verbal até a fase verbal.

TABELA: ESTÁGIOS DA COMUNICAÇÃO



Além disso, o medo associado à fala pode variar de acordo com o contexto (por exemplo, localização, idade ou familiaridade das pessoas envolvidas). Por exemplo, na hierarquia do medo ilustrada na Figura, a criança fica menos ansiosa (ou seja, classificação de medo de 0 em 10) falando com os pais em casa sem a presença de mais ninguém. À medida que a hierarquia do medo se torna cada vez mais desafiadora (por exemplo, classificações de medo de 6 em 10), é evidente que a criança se sente menos à vontade com pessoas mais velhas e desconhecidas no ambiente escolar do que com pessoas mais jovens e familiares, no ambiente doméstico. Esses detalhes tornam-se importantes para decidir a abordagem mais apropriada dando subsídios para projetar tarefas de exposição correspondentes para os itens da hierarquia do medo.

Quero deixar aqui pra vocês outros exemplos que vão destacar a abordagem graduada da terapia de exposição aplicada para reduzir os sintomas de ansiedade relacionados à fala em várias condições. No entanto, é importante distinguir “graduado” de “lento”. Muitas vezes, ao descrever essa abordagem sistemática, algumas literaturas usam a analogia de subir uma escada. As crianças podem subir escadas em várias velocidades - pode ser que uma criança comece a subir a escada muito rapidamente, mas depois de dar alguns passos, precise desacelerar. Outra criança pode começar a subir a escada bem devagar, mas depois de dar alguns passos consegue

acelerar. A velocidade com que a criança sobe a escada pode variar, mas uma coisa deve permanecer consistente: a criança deve colocar o pé em cada degrau sem pular nenhum, para garantir que não “caia da escada” enquanto sobe. Essa analogia refere-se a exposições em que algumas crianças serão capazes de mover-se rapidamente em sua hierarquia, enquanto outras podem levar mais tempo.

Independentemente da velocidade com que uma criança é capaz de ir se expondo gradualmente para tarefas de exposição cada vez mais difíceis, é importante permanecer sistemático na abordagem: se uma criança for incitada a pular degraus de sua escada, isso pode resultar no retraimento da criança em resposta a uma tarefa de exposição que era muito desafiadora para garantir seu sucesso.

No contexto do tratamento de MS, mover-se cedo demais para o topo da escada do medo e os contratempos associados podem ter um efeito desmotivador. Em geral, a utilização de uma abordagem sistemática aumenta a probabilidade de as crianças serem bem-sucedidas na participação em tarefas de exposição. No entanto, ainda há ocasiões em que as crianças retraem de maneira inesperada quando solicitado a concluir uma tarefa de exposição (às vezes, mesmo quando eles concluíram com sucesso a mesma tarefa no passado).


Quando isso acontecer, é importante que vocês avaliem os fatores que podem ter resultado nessa dificuldade. Depois vamos retornar com a criança ao último contexto em que a criança teve sucesso. Por exemplo, se a criança foi anteriormente capaz de responder às perguntas de vocês na frente de uma pessoa, mas depois não conseguiu responder diretamente a esse novo indivíduo, vocês podem voltar a ser o único a fazer a pergunta.

Tarefa de casa: Preencher hierarquia do medo.

3.5.6 Encontro 6

OBJETIVOS:


- Rever a tarefa do encontro anterior
- Estratégias utilizadas no tratamento do Mutismo Seletivo
- O que dizer quando alguém pergunta por que uma criança não fala
- Interrupção do Sussurro
- O que os Pais podem fazer para orientar o contexto escolar
- Adaptação das técnicas para o contexto familiar e educacional
- Tarefa para casa



OBJETIVOS

Encontro 6:

- ✓ Rever a tarefa do encontro anterior
- ✓ Estratégias utilizadas no tratamento do Mutismo Seletivo
- ✓ O que dizer quando alguém pergunta por que uma criança não fala
- ✓ Interrupção do Sussurro
- ✓ O que os Pais podem fazer para orientar o contexto escolar
- ✓ Adaptação das técnicas para o contexto familiar e educacional
- ✓ Tarefa para casa

PROGRAMA BORBOLETA


Terapeuta: É muito comum os pais de crianças com MS serem questionados sobre por que seus filhos não estão falando ou se algo está errado. Outros são vistos como se seus filhos estivessem sendo rudes ou desrespeitosos. Eu acredito que essa é uma das maiores angústias que vocês vivenciam no dia a dia de vocês. Sentimentos como constrangimento, desapontamento, frustração, tristeza, raiva é o que vocês compartilham. Escuto isso o tempo todo por parte de pais e compreendo perfeitamente as vossas reações e sei o quanto são desafiadoras, assim como sentimentos potenciais de derrota, culpa ou constrangimento.

Os pais frequentemente relatam que se sentem obrigados a explicar “toda a situação” do MS (por exemplo, o diagnóstico, o mito de ser “apenas tímido”, de que seu filho não está apenas sendo rude) quando lhes perguntam por que seu filho não fala. Isso pode ser desanimador para os pais. Os próprios pais ansiosos podem passar a evitar cada vez mais ambientes públicos com seus filhos apenas para evitar essas conversas. Essa evitação dos pais interfere particularmente quando o tratamento atribui deveres de casa para a família praticar na vida social.

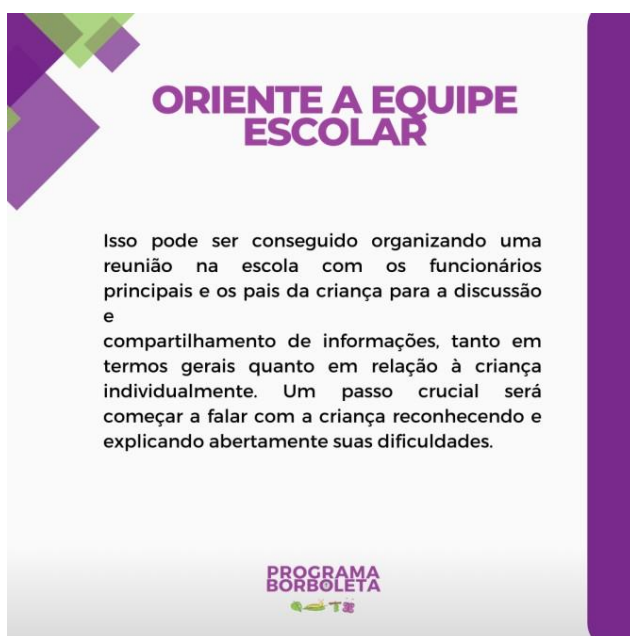
Quero encorajá-los a usar uma breve declaração sobre como seu filho está trabalhando para falar corajosamente, ser corajoso ou praticar a fala, e que a ajuda de outras pessoas é muito bem-vinda. Exemplo: “Luiza fala sim e fala muito bem. Nesse momento ela não está se sentindo confortável para falar.”

Ter discussões mais longas sobre “toda a situação” do MS na frente da criança pode envergonhar ou embaraçar a criança e tornar menos provável que ela responda. O MS pode afetar o comportamento verbal de uma criança, mas não afeta a capacidade da criança de ouvir ou prestar atenção. Se for apropriado compartilhar a história completa de MS de uma criança e/ou outros detalhes (por exemplo, talvez com um parente próximo), é recomendável que os pais o façam em um momento em que a criança não esteja presente.

ORIENTAR O CONTEXTO ESCOLAR

Terapeuta: Um dos maiores desafios para crianças com MS é promover ou restaurar a verbalização no ambiente escolar. Embora muitos de vocês hesitam em envolver as escolas no tratamento de saúde mental de seus filhos, uma vez que os ambientes escolares estão entre os mais problemáticos e prejudiciais para crianças com MS, é quase sempre imperativo envolver a escola da criança no tratamento. Vocês devem oferecer à escola o máximo de materiais e informações sobre o MS e pontuar sobre a importância que a escola tem para auxiliar vocês a tirarem essas crianças do silêncio.

Vou disponibilizar a vocês um *e-book* de orientação para educadores que vai ajudar no manejo diário com as crianças mutistas. (www.ansiedadeinfantil.com.br). Encontra-se nesse site, disponível para fazer o download. O ambiente escolar é provavelmente uma área de hipervigilância das crianças – um lugar em que a criança tem um histórico de não falar e é conhecida como “uma criança que não fala”. No entanto, trabalhando em colaboração com os funcionários da escola, a mudança pode acontecer. Antes do ano letivo recomenda-se que os pais forneçam material de psicoeducação ao maior número possível de funcionários da escola. Podem agendar uma reunião e dividir todo conhecimento adquirido neste grupo de psicoeducação onde estejam presentes o(s) professor(es) principal(is) da sala de aula da criança.



EQUIPE ESCOLAR

- ▶ A Escola deve apoiar a aproximação do Professor

- ▶ A escola, na pessoa do professor, pode solicitar áudios ou vídeos para uma exposição gradual e suportável, visando a dessensibilização para que a criança comece a falar com o professor.

- ▶ O professor também pode utilizar a técnica de desvanecimento de estímulo, indo à casa do aluno.

PROGRAMA
BORBOLETA

ADAPTAÇÃO CURRICULAR

EQUIPE ESCOLAR

- ✓ Sem pressão para falar;
- ✓ Sem redução de notas por não falar;
- ✓ Flexibilizar as avaliações;
- ✓ Não coloque o aluno com MS em destaque;
- ✓ Caso o aluno fale em alguma situação com alguém, preparar os alunos e equipe escolar para o não alarme.

PROGRAMA
BORBOLETA

O processo de *fade-in* e os procedimentos de modelagem devem ser revistos em profundidade para ajudar os professores a desenvolver planos para introduzir colegas e funcionários da escola no círculo de fala da criança. Os pais podem ir para a escola e iniciar o processo de *fade-in*, traçando com a criança uma hierarquia de fala, para que entre no círculo de fala da criança, as pessoas que ela escolher. Isso porque é de suma importância, que o quanto antes a gente ajude a criança a falar com pelo menos uma pessoa no ambiente escolar. Essa pessoa pode ajudar a promover a fala da criança com outros funcionários e alunos. Ser ponte para que ela consiga falar com outras pessoas.

O ponto de partida para o procedimento *fade-in* dependerá dos contextos escolares em que a criança não consegue falar. Por exemplo, na maioria das vezes, o *fade-in* pode ocorrer na

sala de aula; no entanto, algumas crianças precisam começar no playground, corredor ou estacionamento, dependendo do último lugar em que a criança fala antes de entrar no prédio da escola ou na sala de aula. Como em outras sessões de fade-in, os pais e/ou terapeuta devem sair da sala para garantir que a criança possa continuar falando sozinha com o professor. Este mesmo procedimento pode ser usado com qualquer pessoa no ambiente escolar.

INTERRUPÇÃO DO SUSSURRO



As crianças com mutismo seletivo ficam tão ansiosas para falar que os músculos de que precisam para falar congelam (especialmente as cordas vocais) e não conseguem emitir nenhum som. Existem algumas situações em que o sussurro é perfeitamente aceitável. Mas não é algo que encorajamos. Na nossa convivência social, pode soar uma forma rude e socialmente inaceitável. Cabe pontuar que há também uma razão psicológica para assegurar que crianças que têm mutismo seletivo não tenham o hábito de sussurrar. Para produzir uma voz, é necessário que as cordas vocais vibrem com o ar passando entre elas vindo dos pulmões. A voz vai ficar bem silenciosa se apenas um ‘fio de ar’ passar. Mas com uma inspiração profunda, e a uma boa quantidade de ar, a voz crescerá de volume (som). O sussurro pode ser tão alto quanto uma voz bem silenciosa, mas ele possui um significado distinto. Quando sussurramos, as cordas vocais não se movem. Elas são mantidas firmes numa posição fixa/estática, assim quando o ar passa, nenhum som é produzido. Para crianças que possuem mutismo seletivo, relaxar as cordas vocais para que assim elas possam vibrar é o passo final mais difícil para se produzir a voz, então é importante evitar que a posição fixa/estática se torne algo habitual.

O SUSSURO PODE SER ACEITÁVEL?

No tratamento do mutismo seletivo, qualquer forma de comunicação pode ser um grande passo para a criança e isto inclui o sussurro. O sussurro pode ser considerado aceitável em situações sociais quando pessoas de fora da zona de conforto da criança estão presentes, contanto que o sussurro seja 'público' e com isso queremos dizer na orelha de alguém.

PROGRAMA
BORBOLETA

O QUE A CRIANÇA SENTE?

- ▶ A criança muitas vezes teme que sua voz soe estranha ou diferente de alguma forma para outras crianças, e então sussurrar é usado como uma estratégia para mascarar sua verdadeira voz.
- ▶ As crianças que têm mutismo seletivo podem falar em sussurros com professores ou colegas. Outros podem nem conseguir sussurrar e podem passar o ano letivo inteiro sem falar uma vez.

PROGRAMA
BORBOLETA

No tratamento do mutismo seletivo, qualquer forma de comunicação pode ser um grande passo para a criança e isto inclui o sussurro. O sussurro pode ser considerado aceitável em situações sociais quando pessoas de fora da zona de conforto da criança estão presentes, contanto que o sussurro seja 'público' e com isso queremos dizer na orelha de alguém. Pais devem ser orientados a não disponibilizar o ouvido, abaixando a cabeça e aceitando a criança a sussurrar no seu ouvido. Devem se posicionar longe o suficiente das pessoas que a criança não quer que o ouça, para um lugar onde o seu filho/ filha possa conversar contigo frente a frente, mesmo que isto signifique pedir um momento à criança até você estar apto a dar sua total atenção. Uma voz muito baixa é muito melhor do que um sussurro, pois ela ficará gradualmente mais alta à medida que seu filho ganhar confiança. Isso facilmente se torna um hábito e incentiva a evitação. Essas orientações não cabem em casos de cinema ou Igreja, caso a criança precise falar com alguém.



Tarefa para casa: Explicar a seu filho que não será mais permitido sussurrar no seu ouvido. Que a partir desse momento, você vai descer seu corpo na altura dele, e ele poderá falar com você, olhando nos seus olhos, respondendo baixo, mas respondendo ou falando olhando pra você.


Como foi a orientação na Escola?

- () Positiva. A escola vai contribuir no processo de intervenção.
- () Negativa. A escola não está aberta para nos receber realizando as intervenções
- () A escola ficou de avaliar e nos dar uma resposta em breve.

3.5.7 Encontro 7

OBJETIVOS:


- Revisar tarefa do encontro anterior;
- Como escolher o terapeuta para tratar seu filho;
- Explicar aos Pais o que deve ser perguntado na escolha do terapeuta para tratar seu filho;
- Orientar a escola;
- Explicar aos Pais a importância de disponibilizar a escola material, livros e informativos sobre o transtorno, assim como a importância da escola no tratamento do MS;
- Explicar sobre Tríade: Família/escola/terapeutas.



OBJETIVOS

Encontro 7:

- ✓ Revisar tarefa do encontro anterior anterior
- ✓ Como escolher o terapeuta para tratar seu filho
- ✓ Explicar aos Pais o que deve ser perguntado na escolha do terapeuta para tratar seu filho
- ✓ Orientar a escola
- ✓ Explicar aos Pais a importância de disponibilizar a escola material, livros e informativos sobre o transtorno, assim como a importância da escola no tratamento do MS
- ✓ Explicar sobre Triade: Família/escola/terapeutas

PROGRAMA BORBOLETA


Terapeuta: Olá, Pais. Hoje vou trazer orientações sobre como escolher um terapeuta para seu filho que saiba fazer a intervenção adequada.

E agora a pergunta que muitos pais fazem: Como escolher um terapeuta para o filho? Nesta escolha é importante lembrar que pais e filho são os clientes e estão lá por opção própria. Por isso, é importante fazer perguntas antes ou mesmo durante o tratamento.

Algumas perguntas que podem ser feitas para o terapeuta na entrevista são:

- 1 – Qual experiência você tem no tratamento do MS?
- 2 – Quais técnicas e estratégias no tratamento do MS você utiliza?
- 3 – Os pais fazem parte do protocolo do tratamento?
- 4 – Qual linha terapêutica que você utiliza no tratamento do MS?
- 5 – Quantas crianças com MS você já tratou?

Embora cada caso seja um caso, de modo geral os terapeutas devem agir com clareza nas informações com os pais e ser diretos a respeito das metas e objetivos do tratamento. Um plano terapêutico deve ser apresentado e as etapas do protocolo precisam ser explicadas. O tempo de terapia poderá variar em função de muitos fatores como tempo do mutismo, comorbidades, necessidade de avaliação psiquiátrica, vinculação, engajamento, contexto escolar, entre outros.

Outro tema importantíssimo do nosso encontro de hoje é a orientação que devemos dar à escola. As tarefas fundamentais do professor serão, por um lado, estabelecer uma vinculação afetiva positiva com a criança que propicie segurança suficiente para ela se confrontar com situações e, por outro lado, planificar e implementar atividades de grupo que exijam comunicação verbal.

Importante lembrar que as atividades deverão ser graduadas em função da fala que se solicita na situação comunicativa, tendo para tal que considerar aspectos como o tamanho da frase, a entoação, o número de pessoas presentes e a elaboração do conteúdo.

Portanto, a intervenção no ambiente escolar deverá ser estruturada em conjunto com a psicóloga, família e equipe escolar, com base na conjunção dos seguintes aspectos: redução da ansiedade; reforço de confiança e autoestima; implementação de recursos lúdicos e incentivo à

interação social. As estratégias estão interligadas, e incluem medidas voltadas ao desenvolvimento socioemocional, bem como medidas específicas para o estímulo da fala.

Os pais podem participar de sessões estruturadas com a finalidade de facilitar a fala da criança no ambiente escolar. São sessões curtas e informais, em que os pais poderão brincar com o filho. A periodicidade é muito melhor que o tempo de sessão. Ir mais vezes à escola resulta em melhores generalizações do que ir e ficar mais tempo.

Dependendo da gravidade do Mutismo Seletivo, algumas crianças não vão falar com os pais num momento inicial, e às vezes podem sim falar. Algumas crianças ficarão em um canto isolado da sala e outras precisarão da segurança de uma sala fechada. Essas sessões aumentam significativamente a eficácia da terapia.

A escola, na pessoa do professor, pode solicitar áudios ou vídeos para uma exposição gradual e suportável, visando a dessensibilização para que a criança comece a falar com o professor. O professor também pode utilizar a técnica de desvanecimento de estímulo, indo à casa do aluno.

Dá muito resultado quando o professor se disponibiliza em ir a casa do aluno. A criança encontra conforto na sua casa para estabelecer uma comunicação inicialmente não verbal e posteriormente, caso consiga intensificar as visitas a casa, haverá um aumento significativo de comunicação chegando à fala de fato.

É de suma importância eu explicar a vocês que A tríade TERAPEUTA – PAIS – ESCOLA é a base fundamental para o êxito do tratamento. A troca de informações entre as partes deve ser frequente, e as estratégias e condutas devem estar alinhadas, devendo ser periodicamente discutidas e reestruturadas de acordo com os progressos e conquistas da criança.

Como já falamos aqui outras vezes e entendemos a dificuldade de se encontrar terapeutas que saibam atuar na intervenção correta no tratamento, os pais podem e devem ter uma atuação de protagonismo no tratamento de seus filhos, estudando de forma assídua, as possibilidades de atuação nos ambientes sociais manejando as crianças de forma a eliciar a fala.


Para a escola, vocês devem disponibilizar o máximo de material para que eles conheçam sobre o transtorno e possam cada vez mais ajudar as crianças adequadamente.

Tarefa de casa: Separar materiais relacionados ao transtorno e agendar uma reunião com a escola para disponibilizar os materiais /ebooks que também serão disponibilizados aqui no grupo.

3.5.8 Encontro 8

OBJETIVOS:


- Revisar tarefa do encontro anterior;
- Falar sobre a Medicação no tratamento do Mutismo Seletivo: Quando há necessidade de medicação; sobre a classe de medicações indicadas no tratamento do MS;
- Feedback e avaliação.



OBJETIVOS


Encontro 8:

- ✓ Revisar tarefa do encontro anterior
- ✓ Falar sobre a Medicação no tratamento do Mutismo Seletivo: Quando há necessidade de medicação; sobre a classe de medicações indicadas no tratamento do MS
- ✓ Feedback e avaliação

PROGRAMA BORBOLETA



Terapeuta: Quando as técnicas descritas anteriormente não se mostram eficazes, quando a ansiedade da criança é tão intensa que inviabiliza a aplicação das mesmas ou ainda quando o prejuízo social interfere no desenvolvimento esperado para a idade, é hora de procurar o psiquiatra infantil, pois a prescrição de medicamentos pode ser necessária.

Para alguns jovens com MS, as terapias baseadas na exposição sozinhas são insuficientes, deixando as famílias precisando de apoio adicional. Para crianças mais velhas e adolescentes que tiveram tratamento anterior com sucesso limitado, uma consulta de medicação pode ser indicada. Para casos mais comprometidos de MS, inibidores seletivos de recaptção de serotonina e outros antidepressivos associados podem ser eficazes em diminuir a ansiedade da criança o suficiente para permitir que ela entre melhor em exposições e se beneficie mais plenamente da terapia comportamental.



COMO TRATAR O MUTISMO SELETIVO

O tratamento comportamental é o padrão-ouro para o tratamento do mutismo seletivo, mas a medicação pode ser útil para crianças com o transtorno que não estão obtendo ganhos suficientes apenas com a terapia. Os pais ficam bastante ansiosos para o avanço no tratamento. Mas, se a criança não está melhorando clinicamente após 2 meses, os pais devem consultar uma avaliação da psiquiatria infantil, que poderá prescrever os medicamentos.

PROGRAMA BORBOLETA


Estudos indicam que a abordagem mais eficaz para o tratamento é uma combinação de técnicas comportamentais e medicação. Frequentemente, as técnicas comportamentais são usadas por um período indeterminado de tempo antes da adição da medicação. Se as crianças não estão progredindo o suficiente apenas com a terapia comportamental, pode-se recomendar um medicamento para reduzir o nível de ansiedade. Esse parece ser o caso da maioria das crianças com Mutismo Seletivo. Muitas vezes, vemos efeitos positivos em apenas uma semana!



Dra. Elisa Shipon Blum

Presidente e Diretora do Centro de Tratamento de Mutismo Seletivo, Ansiedade, Transtornos Relacionados (SMart Center).

"Estudos indicam que a abordagem mais eficaz para o tratamento é uma combinação de técnicas comportamentais e medicação. Muitas vezes, técnicas comportamentais são usadas por um período de tempo antes da adição da medicação. Se as crianças não estão progredindo o suficiente apenas com a terapia comportamental, a medicação pode ser recomendada para reduzir o nível de ansiedade. Inibidores da recaptação da serotonina (IRSs) são muito eficazes no tratamento de transtornos de ansiedade. As medicações funcionam bem em crianças que têm um verdadeiro desequilíbrio bioquímico. Este parece ser o caso na maioria das crianças com Mutismo Seletivo. Muitas vezes, vemos efeitos positivos em menos de uma semana! A medicação é usada como um saltô inicial com a esperança de que, à medida que baixamos a ansiedade por meio da medicação, podemos implementar técnicas comportamentais com mais facilidade e sucesso! As metas para a duração do tratamento com medicação são geralmente 9-12 meses."

**PROGRAMA
BORBOLETA**





Dra. Aimee Kotrba

Psicóloga clínica licenciada especializada na avaliação e tratamento especializado do Mutismo Seletivo e da Ansiedade Social. Atua como Presidente do Conselho de Administração do Grupo de Mutismo Seletivo (SMG) e é uma palestrante reconhecida nacionalmente que oferece workshops locais e nacionais sobre a identificação e o tratamento do Mutismo Seletivo para o pais, profissionais e funcionários da escola. O Dr.Kotrba é o proprietário da Thriving Minds Behavioral Health em Brighton, Michigan, oferecendo tratamento especializado de Mutismo Seletivo.

"Existem medicamentos que foram encontrados para ser benéfico. Não são "pílulas mágicas". O que descobrimos é que os ISRS, especificamente a fluoxetina, podem ser úteis para intervir com crianças com mutismo seletivo. A maneira como eu penso sobre isso é como fornecer asas de água para crianças que estão aprendendo a nadar. Isso os mantém à tona enquanto estão aprendendo as habilidades. A medicação não é mágica e não costuma fazer com que as crianças comecem a falar. Ele fornece a eles um nível de ansiedade reduzido o suficiente para que eles possam participar de intervenções comportamentais e aprender um novo conjunto de habilidades."

**PROGRAMA
BORBOLETA**



Dr. Roy Boorady

Psiquiatra da infância e adolescência e diretor sênior do Serviço de Psicofarmacologia do Child Mind Institute.

"Embora você possa conhecê-los como antidepressivos, inibidores seletivos de recaptação de serotonina, ou ISRSs, são considerados o tratamento de primeira linha para transtornos de ansiedade. Mais de 20 anos de pesquisa com esses medicamentos tem mostrado que eles são os melhores para a ansiedade. Na verdade, eles, são considerados o tratamento de primeira linha para do que na depressão em crianças, onde são apenas modestamente bem-sucedidos. Mas em termos de mutismo seletivo, esses medicamentos são extremamente eficazes com efeitos colaterais muito, muito baixos."

**PROGRAMA
BORBOLETA**



Dr. Robert B. Lehman

Psiquiatra infantil em Baltimore,
Maryland, EUA

"Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) são um tratamento lógico de primeira escolha do mutismo seletivo em crianças devido à relação entre mutismo seletivo e transtornos de ansiedade, ao fracasso geral das terapias não farmacológicas em produzir mudanças significativas nos padrões de fala e à natureza crônica do mutismo e seu efeito no funcionamento social e acadêmico."

**PROGRAMA
BORBOLETA**



Jonathan Kohlmeier

Foi diagnosticado com mutismo seletivo aos cinco anos de idade e é apaixonado por ajudar os inúmeros indivíduos e cuidadores que enfrentam desafios semelhantes. Ele foi voluntário em vários programas de tratamento intensivo de SM na Kurtz Psychology Consulting e no Chid Mind Institute.

"Imagine um muro de 6 metros de altura que você queria muito escalar, mas era simplesmente fisicamente impossível. E se alguém pudesse baixar essa parede para cerca de 4 pés, onde ainda exigiria muito esforço, mas pelo menos agora e fisicamente possível. Foi isso que a medicina fez por mim: baixou o muro para que, com esforço, eu pudesse pelo menos superá-lo."

**PROGRAMA
BORBOLETA**

A medicação é usada como um salto na esperança de que, ao diminuirmos a ansiedade por meio da medicação, possamos implementar técnicas comportamentais com mais facilidade e sucesso! As metas para a duração do tratamento com medicamentos são geralmente de 9 a 12 meses.

Abaixo, disponibilizamos exemplos de literatura que explica, com evidências científicas, sobre o manejo da medicação no tratamento do MS

LITERATURA



Livro: Mutismo Seletivo Orientação para Pais, Educadores, Terapeutas e Curiosos

PROGRAMA
BORBOLETA

LITERATURA

- ▶ O tratamento do Mutismo Seletivo baseia-se na premissa de que a criança falará novamente caso se sinta segura e confortável, portanto, o alvo da medicação é a diminuição da ansiedade.
- ▶ Entendendo que existe um mecanismo neuroquímico envolvido no processo do adoecimento, a prescrição de medicação pode ser necessária. Habitualmente, é utilizada a classe de medicamentos chamada Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Esses prolongam a ação da serotonina nos seus receptores, inibindo sua recaptação favorecendo assim a reorganização das áreas cerebrais.
- ▶ São medicações amplamente utilizadas na psiquiatria infantil com segurança, respaldo científico, poucos ou nenhum efeito colateral, não geram dependência física ou psíquica e apresentam boa eficácia.

PROGRAMA
BORBOLETA

LITERATURA



Livro: A menina que não falava-Uma história de superação do Mutismo Seletivo

**PROGRAMA
BORBOLETA**



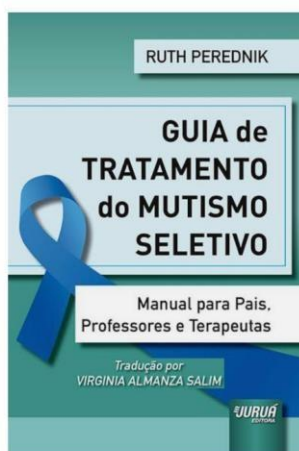
LITERATURA

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade infantil que se caracteriza pela dificuldade de um indivíduo se comunicar verbalmente em determinadas situações sociais. Apesar de parecer com um comportamento de timidez, o transtorno envolve muito mais do que apenas não se sentir à vontade em falar com pessoas e não representa uma recusa intencional de articular palavras. É uma condição que traz prejuízos de ordem socioemocional e acadêmica, em um período importante do desenvolvimento infantil. Nesta edição revisada e atualizada, a obra que conquistou o selo de best-seller conta a história de Anna, uma menininha que não conseguia falar. A personagem é portadora de mutismo seletivo. O livro, que foi escrito tendo como plataforma as principais questões ao entorno do tratamento para portadores de mutismo seletivo, dá voz ao silêncio e ajuda crianças, pais e educadores a reconhecer, entender e manejar o transtorno.

**PROGRAMA
BORBOLETA**



LITERATURA



Livro: Guia de tratamento do Mutismo Seletivo

**PROGRAMA
BORBOLETA**

LITERATURA

Manassise Tannock (2008) administraram medicação redutora de ansiedade e crianças com Mutismo Seletivo e encontraram melhora significativa dos sintomas ao longo de seis meses. A medicação é dada a fim de diminuir a ansiedade o suficiente para que a criança tenha coragem de desenvolver as habilidades de enfrentamento para modificar seus sentimentos ansiosos. A medicação pode ser usada quando a criança está muito ansiosa para adquirir estratégias e se beneficiar da terapia, diminuindo seu nível geral de ansiedade, fazendo dela parceira ativa no processo psicoterapêutico.

**PROGRAMA
BORBOLETA**

Aqui abaixo, disponibilizo a vocês literatura específica na temática do MS:

LITERATURA



Livro: A música de Lara - Desvendando a linguagem de crianças com mutismo seletivo

**PROGRAMA
BORBOLETA**

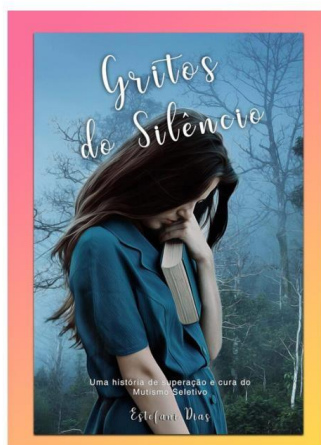
LITERATURA



Livro: O Gato não comeu minha língua

**PROGRAMA
BORBOLETA**

LITERATURA



Livro: Gritos do silêncio

**PROGRAMA
BORBOLETA**
🦋🦋🦋

LITERATURA



Livro: Mutismo Seletivo - A história de um pai em busca de um tratamento eficaz

**PROGRAMA
BORBOLETA**
🦋🦋🦋

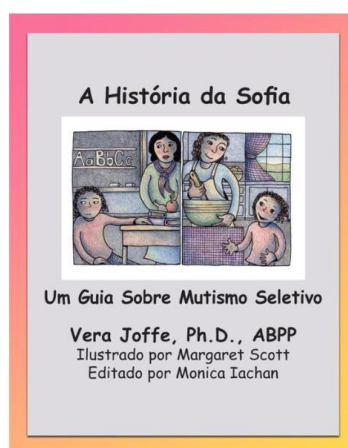
LITERATURA



Livro: Silêncios Peculiares - Aprendendo com Gui sobre Autismo e Mutismo Seletivo

**PROGRAMA
BORBOLETA**
Q T E

LITERATURA



Livro: A história da Sofia - Um guia sobre Mutismo Seletivo

**PROGRAMA
BORBOLETA**
Q T E

LITERATURA



Livro: O menino que falava pra dentro

**PROGRAMA
BORBOLETA**

FEEDBACK

Chegamos ao final de nossos encontros. No início, vocês responderam um questionário onde indicava o estágio de comunicação de seu filho(a). Agora, depois dos encontros e ensinamentos disponibilizados neste grupo de psicoeducação, vocês vão responder os avanços que suas crianças tiveram ao longo deste programa.

Mas, eu gostaria de abrir um momento para conversarmos sobre o impacto desses encontros na vida de vocês e de seus filhos.

Vamos conversar um pouco?

CONCLUSÕES

Este trabalho de pesquisa fez parte de um estudo que explorou características emocionais e comportamentais de crianças com MS, bem como de seus cuidadores. Foram investigadas também possíveis comorbidades e comportamentos parentais potencialmente relacionados à apresentação de sintomas do MS. Tratou-se também da criação de um programa de psicoeducação para pais de crianças com MS, denominado *Borboleta*. O programa tem por finalidade municiá-los com informações, conhecimento sobre o transtorno, técnicas, estratégias e psicoeducá-lo nas situações do cotidiano, desenvolvendo habilidades nos pais que possibilitem a mudança na comunicação oral de seus filhos.

Sobre os resultados, houve identificação da prevalência dos transtornos internalizantes nas crianças avaliadas. A literatura apresenta poucos estudos voltados para a temática de problemas de internalização e são reconhecidamente sub identificados e sub tratados, impactando de forma adversa o desenvolvimento socioemocional e na saúde. Devido aos efeitos nocivos dos problemas de comportamento internalizantes, principalmente para o desenvolvimento, deve-se alertar e esclarecer os riscos a eles associados, da mesma forma os mecanismos de proteção que, na presença do risco, podem servir como atenuadores ou prevenção da manifestação, de modo a subsidiar propostas de prevenção. Quanto aos problemas internalizantes, há presença de fatores de risco e adversidades ambientais, podendo comprometer a saúde mental das crianças e acarretar o desenvolvimento de problemas de comportamento e déficits em competências.

Foi possível observar muitas características associadas ao MS que incluem não apenas aquelas baseadas na ansiedade, mas também características temperamentais (timidez, negativismo), sociais (isolamento, retraimento) e características de oposição (acessos de raiva) evidenciados na amostra deste estudo. Nesta amostra, outras apresentações clínicas descritivas do MS incluíram referências a vários comportamentos externalizantes, como: argumentação, desafio, mentira, oposição, recusa em frequentar a escola e acessos de raiva. Também apareceu relatos irritabilidade, problemas de uso do banheiro, comportamento obstinado e desobediência escolar.

O que fica evidenciado neste estudo é que a ausência de fala durante a infância e o período pré-escolar pode impedir o desenvolvimento de habilidades de funcionamento executivo e competências sociais que levam a dificuldades precoces, baseadas na escola, no desempenho acadêmico e nas interações sociais. Os déficits nas competências acadêmicas e sociais estão diretamente ligados a problemas comportamentais internalizantes (por exemplo, ansiedade) e externalizantes (por exemplo, oposicionismo). Um efeito em cascata destes múltiplos problemas podem acarretar afastamento social chegando ao desligamento escolar, perpetuando o mutismo seletivo na vida adulta.

Nesta amostra de crianças, e devido aos desconfortos que a ansiedade impõe dentro do ambiente escolar, geralmente apresentam dificuldade para se concentrar e para assimilar informações ditas pelo professor, o que pode acarretar uma aprendizagem pouco satisfatória. Além disso, sentimentos negativos e persistentes podem tomar conta dos pensamentos desses alunos, dificultando seu foco no aprendizado.

Em relação a avaliação dos pais, ficou evidente a prevalência de transtornos internalizantes com traços de depressão e ansiedade em maior número, assim como comportamentos de evitação. Como as crianças, também apresentaram prejuízos atencionais evidenciado nas correlações. Isto pode ocorrer devido ao fato de o cérebro estar intensamente preocupado e hiper-vigilante, dificultando que o indivíduo se concentre em outras atividades.

Os profissionais clínicos e da educação devem colaborar estreitamente para examinar os pré-escolares quanto a possíveis problemas de desenvolvimento, não normalizando a inibição comportamental e a timidez intensa, já que a literatura aponta o retraimento e isolamento um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos. O quadro clínico complexo daqueles com MS deve ser plenamente considerado para fins de avaliação e tratamento individualizados.

Como limitação, pelo fato de o MS ser um transtorno raro, o número de participantes poderia ter sido maior, a fim de confirmar a significância das descobertas deste estudo. Nesta pesquisa, também houve demora no reenvio das escalas e questionários por parte dos pais, muito em função da distância das famílias e, segundo as famílias, a quantidade de escalas e questionários foram extensas.

Como fator positivo, este estudo abarcou crianças diagnosticadas com MS. Ambos os pais participaram do estudo e houve a utilização de instrumentos padronizados na avaliação do comportamento das crianças, dos pais e da percepção de professores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

ALYANAK, Behiye et al. Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. **Journal Of Anxiety Disorders**, v. 27, n. 1, p. 9-15, jan. 2013.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (3ª ed)**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTONIUTTI, Camila Bosse Paiva et al . Protocolos psicoterapêuticos para tratamento de ansiedade e depressão na infância. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 10-18, jun. 2019.

ASBAHR, Fernando Ramos et al. Selective mutism and the anxiety spectrum – a long-term case report. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-176, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECK, A. T. et al. The Beck Anxiety Inventory. **J. Consult. Clin. Psychol.** v. 56, p. 893-897, 1988.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

BEIDEL, Deborah C.; TURNER, Samuel M. Behavioral and cognitive-behavioral treatment of social phobia in children and adolescents. *Shy Children, Phobic Adults: Nature and treatment of social phobia*, [S.L.], p. 223-273, jan. 1998. **American Psychological Association**. <http://dx.doi.org/10.1037/10285-009>.

BERGE, Jerica M. et al. Effectiveness of a psychoeducational parenting group on child, parent, and family behavior: a pilot study in a family practice clinic with an underserved population.. **Families, Systems, & Health**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 224-235, 2010. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0020907>.

BERGMAN, R. Lindsey et al. The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire. **Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 456-464, 16 abr. 2008. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/15374410801955805>.

- BERGMAN, R. Lindsey et al. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. **Behaviour Research And Therapy**, [S.L.], v. 51, n. 10, p. 680-689, out. 2013.
- BLACK, B.; UHDE, T. W.. Case Study: elective mutism as a variant of social phobia. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 31, n. 6, p. 1090-1094, nov. 1992.
- BOIVIN; HYMEL; BUKOWSKI. The roles of so-cial withdrawal, peer rejection, and victimization by peers inpredicting loneliness and depressed mood in childhood. **De-Velopment And Psychopathology**, v. 7, n. 1, p. 765-785, 1995.
- BOUDEN, A.; HALAYEM, M. B.; FAKHFAKH, R.. ESCALA TRAÇO-ANSIEDADE INFANTIL. **Neuropsychiatrie de l'enfance Et de l'adolescence**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 25-30, 2002.
- BUZZELLA, Brian A., EHRENREICH-MAY, Jill; PINCUS, Donna B. Comorbidity and Family Factors Associated with Selec-tive Mutism, **Child Development Research**, v. 2011, Article ID 909508, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2011/909508>.
- BRUGGEN, C. O. van der; STAMS, G. J.; BOGELS, S. M., Research " review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, v. 49, n. 12, p. 1257–1269, 2008.
- CAMINHA, M. G. **Treinamento de pais: aplicações clínicas**. In: CAMINHA, Marina Gusmão; CAMINHA, Renato Maiato e Cols. *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys, 2011, p. 89-120.
- CAMINHA, M. G., ALMEIDA, F. F; SCHERER, L. P. **Treinamento de pais: fundamentos teóricos**. In: CAMINHA, Marina Gusmão; CAMINHA, Renato Maiato e Cols. *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys, p.1 3-30, 2011.
- CANDEIAS, P. R.. **Mutismo Seletivo e Escola: um estudo descritivo e teórico**. 2018. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- CARPENTER, Aubrey L. et al. Early identification of anxiety disorders: the role of the pediatrician in primary care. **Children'S Health Care**, v. 47, n. 1, p. 34-50, 29 mar. 2018.
- CARVALHO, Marcele Regine de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes; RANGÉ, Bernard P. (org.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019. 350 p.
- CATCHPOLE, Rosalind et al. Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. **Journal Of Anxiety Disorders**, v. 66, p. 102-112, ago. 2019.
- CLINE, T.; BALDWIN, S. **Selective Mutism in Children**. 2. ed. Whurr, London, 2004.

COHAN, Sharon L.; CHAVIRA, Denise A.; STEIN, Murray B.. Practitioner Review: psychosocial interventions for children with selective mutism. **Journal Of Child Psychology And Psychiatry**, [S.L.], v. 47, n. 11, p. 1085-1097, nov. 2006.

COHEN, J. A power primer. **Psychological bulletin**, 112(1). 1992. Disponível em: <https://www2.psych.ubc.ca/~schaller/528Readings/Cohen1992.pdf>

COHEN, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (Revised Edition). **Academic press**. 2013.

COOPER, H.M. **Scientific Guidelines For Conducting Integrative Research Reviews**. Review of Educational Research, v.52, n.2, p. 291-302, 1982.

COOPER, H.M. **Interating research: A guide for literature reviews**. 2.ed. Newbury Park. Sage, 1989.

COPLAN, Robert J. et al. Preschool teachers' attitudes, beliefs, and emotional reactions to young children's peer group behaviors. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 30, p. 117-127, 2015.

COTTER, Allison; TODD, Mitchell; BRESTAN-KNIGHT, Elizabeth. Parent–Child Interaction Therapy for Children with Selective Mutism (PCIT-SM). **Handbook Of Parent-Child Interaction Therapy**, p. 113-128, 2018.

CUEVAS-CANCINO, J.J.; MORENO-PÉREZ, N. E.. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. **Enfermería Universitaria**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 207-218, jul. 2017.

DIAZ-ATIENZA, Joaquin. I SELECTIVE MUTISM: PHOBIA FRONT OF NEGATIVISM. **Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Teenager**, Paidopsiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Almería (España), ano 01, v. 1, ed. 1, p. 1-6, 2001.

DRIESSEN, J. et al. Anxiety in Children with Selective Mutism: a meta-analysis. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 51, n. 2, p. 330-341, 24 out. 2020.

FANTI, K. A.; HENRICH, C. C. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. **Developmental Psychology**, v. 46, n. 5, p. 1159–1175, 2010

FILIPE, Lénia Cristina Martins. **Mutismo seletivo: um estudo de caso O silêncio nem sempre é de ouro**. 2019. 67 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Educação Especial - Domínio Cognitivo-Motor, Escola Superior de Educação de Fafe, Fafe, 2019.

FORD, M. A.; SLADECEK, I. E.; CARLSON & J.; KRATOCHWILL, T. R. Selective mutism: phenomenological characteristics. **School Psychology Quartely**, v. 13, p. 192-227. 1998.

FOX, Nathan A. et al. Behavioral Inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. **Annual Review Of Psychology**, v. 56, n. 1, p. 235-262, fev. 2005.

GENSTHALER, A. et al. Mutismo seletivo e temperamento: o silêncio e a inibição comportamental para os desconhecidos. **Psiquiatria Europeia da Criança e do Adolescente**, v. 25, n. 1, p. 1113-1120, 2016.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento antisocial. In A. Del Prette & Z. Del Prette (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção** (pp.21-60). Campinas: Alínea. 2003.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico: manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GOMIDE, P. I. C. **Pais presentes, pais ausentes: regras e limites**. (10. ed.). Petrópolis: Vozes. 2011.

GUSSO, Luciane; BOLZE, Simone Dill Azeredo; VIERA, Mauro Luis. Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 226-255, 8 abr. 2019.

HARRISON, Kaitlyn. **Parenting Selective Mutism**. 2021. Selective Mutism Center. Disponível em: <https://selectivemutismcenter.org/parenting-selective-mutism/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

HIRSHFELD-BECKER, Dina R. et al. Behavioral Inhibition in Preschool Children At Risk Is a Specific Predictor of Middle Childhood Social Anxiety: a five-year follow-up. **Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 225-233, jun. 2007.

HUNG, S.-L.; SPENCER, M. S.; DRONAMRAJU, R.. Selective Mutism: practice and intervention strategies for children. **Children & Schools**, v. 34, n. 4, p. 222-230, 1 out. 2012.

JASP Team. JASP version 0.18.2.0 [computer software]. 2024.

KIRKVOLD, M. **Integrative nursing research**. In: 8S Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. Lisboa, 1995.

KLEIN, E. R. et al. Variations in Parent and Teacher Ratings of Internalizing, Externalizing, Adaptive Skills, and Behavioral Symptoms in Children with Selective Mutism. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 16, n. 21, p. 4070, 23 out. 2019.

KLEIN, E. R.; ARMSTRONG, S. L.; SHIPON-BLUM, E. Assessing Spoken Language Competence in Children With Selective Mutism. **Communication Disorders Quarterly**, v. 34, n. 3, p. 184-195, 2013.

LEMES, C. B.; NETO, J. O. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017 .

LEVITAN, M. N. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 3, p. 292-302, set. 2012.

LEWIS-MORRARTY, E. et al. Maternal Over-Control Moderates the Association Between Early Childhood Behavioral Inhibition and Adolescent Social Anxiety Symptoms. **Journal Of Abnormal Child Psychology**, v. 40, n. 8, p. 1363-1373, 22 jul. 2012.

LOUKAS, Alexandra. Examining Temporal Associations between Perceived Maternal Psychological Control and Early Adolescent Internalizing Problems. **Journal Of Abnormal Child Psychology**, v. 37, n. 8, p. 1113-1122, 27 jun. 2009.

L. Siqueland, P. C. Kendall, and L. Steinberg, "Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction," *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 25, pp. 225–237, 1996. MANASSIS, Katharina et al. The Sounds of Silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, [S.L.], v. 46, n. 9, p. 1187-1195, set. 2007.

MELFSEN, Siebke et al. Emotion regulation in selective mutism: a comparison group study in children and adolescents with selective mutism. **Journal Of Psychiatric Research**, [S.L.], v. 151, p. 710-715, jul. 2022.

MITCHELL, Angela D.; KRATOCHWILL, Thomas R.. Treatment of Selective Mutism: applications in the clinic and school through conjoint consultation. **Journal Of Educational And Psychological Consultation**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 36-62, jan. 2013.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

MURIS, Peter; OLLENDICK, Thomas H.. Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder. **Clinical Child And Family Psychology Review**, v. 24, n. 2, p. 294-325, 19 jan. 2021.

MURIS, Peter; OLLENDICK, Thomas H. Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. **Psychology Research And Behavior Management**, [S.L.], v. 14, p. 159-167, fev. 2021.

NASCIMENTO, C. R. R. Relações entre a resposta de ansiedade de pais e mães e a resposta de ansiedade de seus filhos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 18, n. 2, p. 17–28. 2001.

NAUE, Cátia; WELTER, Maria Preis. **Transtorno de Ansiedade Infantil**. São Paulo: Centro. Universitário FAI, 2017.

NOGUEIRA, Carlos André et al. A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO NA TERAPIA COGNITIVOCOMPORTAMENTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Hígia - Revista das Ciências da Saúde e Socias Aplicadas do Oeste Baiano**, Sl, v. 2, n. 1, p. 108-120, 2017.

OERBECK, Beate et al. Selective mutism: a home-and kindergarten-based intervention for children 3-5 years. **Clinical Child Psychology And Psychiatry**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 370-383, 18 ago. 2011.

OERBECK, Beate et al. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 757-766, 30 set. 2014.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011. 72 p.

ORDÓÑEZ-ORTEGA, Alfonso et al. Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. **Terapia Psicológica**, Jaén (España), v. 31, n. 3, p. 355-362, 2013.

PEIXOTO, A. C. A.; TORRACA, F.; GANEM, N. Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo em um paciente portador de transtorno de espectro autista, no período de pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, vol. 18 n. 2. 2022.

PEIXOTO, A. C. A.; CAROLI, A. L. G.; MARIAMA, S. R.. Selective Mutism: a case study with interdisciplinary treatment. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 13, n. 1, p. 5-11, 2017.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo. **Mutismo seletivo : prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental**. 2006. 215 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia., Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 318-325, ago. 1995. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101995000400010>.

POOLE, K. L. et al. Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 30, n. 7, p. 1059-1069, 4 jul. 2020.

REMSCHMIDT, H., POLLER, M., HERPERTZ-DAHLMANN, B. et al. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v.251, 284–296. 2001.

RUMSEY, D. J. How to interpret a correlation coefficient r. **Statistics For Dummies**. 2016.

R. M. Rapee, C. A. Schniering, and J. L. Hudson, “Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment,” *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 5, pp. 311–341, 2009. REMSCHMIDT, Helmut et al. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. **European Archives Of Psychiatry And Clinical Neurosciences**, v. 251, n. 6, p. 284-296, dez. 2001.

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

ROSLIN, T. et al. Indirect interactions in the High Arctic. **Plos One**, v. 8, n. 6, p. 1-11, 2013.

RUBIN, K. H. et al. Parenting beliefs and behaviors: Initial findings from the International Consortium for the Study of Social and Emotional Development (ICSSED). **Psychology Press**, p. 81-103, 2006.

SANTINI, P. M., & WILLIAMS, L. C. A. Castigo corporal contra crianças: o que podemos fazer para mudar essa realidade? In C.V. B. B. Pessoa, C.E. Costa, & M. F. Benvenuti (Orgs.), **Comportamento em foco** (pp. 603-612). São Paulo: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. 2011.

SANTOS, Matheus Elias dos; SOUZA, Angela Ketlyn de Brito; MORAIS, Luciene Costa Araújo. MUTISMO SELETIVO: considerações teóricas e as contribuições da terapia cognitivo-comportamental. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 6, n. 2, p. 443-452, 22 dez. 2020.

SANTOS, E. B. dos; WACHELKE, J. Relações entre habilidades sociais de pais e comportamento dos filhos: uma revisão da literatura. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1-15, 2019.

SHARKEY, Louise et al. Group therapy for selective mutism – A parents' and children's treatment group. **Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry**, v. 39, n. 4, p. 538-545, dez. 2008.

SHRIVER, Mark D.; SEGOOL, Natasha; GORTMAKER, Valerie. Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism. **Education And Treatment Of Children**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 389-410, 2011.

SOUZA, D. C. T.; NUNES, L. R. D. P. Intervenções para casos de crianças e adolescentes com mutismo seletivo. **Revista Educação Especial**, v. 34, p. 1-29, 20 jan. 2021.

SOUZA, M. A. M. Transtorno de ansiedade social e mutismo seletivo na infância. In: R. M. CAMINHA, M. G. CAMINHA, & C. A. DUTRA (ORGS.). A prática cognitiva na infância e adolescência. Novo Hamburgo: Sinopsys, ol. 1, pp. 329-365, 2017.

STEINHAUSEN H-C, WACHTER M, LAIMBOCK K, WINKLER METZKE C. Um estudo de resultados de longo prazo do mutismo seletivo na infância. **J Psiquiatria Psicol Infantil** 47(7):751-756. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>
Transtornos da aprendizagem : abordagem neurobiológica e Multidisciplinar [recurso eletrônico] / Organizadores, Newra Tellechea Rotta, Lygia Ohlweiler, Rudimar dos Santos Riesgo. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed. 2016.

TORRACA, Francilene; GANEM, Natasha; STAMFORD, Andréa; MEDEIROS, Luiny. **Mutismo Seletivo – Orientação para Pais, Educadores, Terapeutas e Curiosos**. Literando Editora, 2021. 94 p.

VEIGA, Milene Cantiero. **Mutismo seletivo infantil e intervenções psicoterápicas: uma revisão bibliográfica**. 2020. 80 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) – Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

VREEKE, Leonie J. et al. The assessment of an inhibited, anxiety-prone temperament in a Dutch multi-ethnic population of preschool children. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [S.L.], v. 21, n. 11, p. 623-633, 13 jul. 2012.

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

VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 5, n. 1, p. 46-61, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 fev. 2024

VOGEL, F.; SCHWENCK, C. Psychophysiological mechanisms underlying the failure to speak: a comparison between children with selective mutism and social anxiety disorder on autonomic arousal. **Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health**, v. 15, n. 1, p. 1-17, dez. 2021.

WHITTEMORE; KNAFL. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHO. World Health Organization. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)** [Internet]. WHO: Geneve; 2021.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um Panorama Analítico Comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 7(1), 77-92. 2005.

APÊNDICE A: Formulário de Inscrição para a pesquisa (ABRAMUTE)

Nome da Mãe: _____	
Idade da Mãe: _____	
Profissão da Mãe: _____	
Escolaridade da Mãe: _____	
A Mãe possui algum transtorno psiquiátrico diagnosticado? Qual? _____	
Nome do Pai: _____	
Idade do Pai: _____	
Profissão do Pai: _____	
Escolaridade do Pai: _____	
O Pai possui algum transtorno psiquiátrico diagnosticado? Qual? _____	
Os pais vivem juntos ou separados? _____	
Renda familiar: _____	
Nome da criança: _____	
Data De Nascimento: ____/____/____	Idade da Criança: _____
Estado e Cidade: _____	CEP: _____
Endereço: _____	
Telefones de Contato: _____	
Quando e como recebeu o diagnóstico de Mutismo Seletivo? _____	

A criança tem algum outro diagnóstico, além do Mutismo (Comorbidades)? _____	

A criança já foi submetida a algum tratamento de terapia ou faz no momento? Se sim, qual? _____	

A criança já recebeu alguma avaliação pela psiquiatria infantil? _____	

Informações gerais

1. A criança mora com quem? _____
 2. Desde quando apresenta o Mutismo Seletivo? _____
 3. Apresenta esse comportamento em quais situações (lugares)? _____
 4. Quem teve ou tem uma ligação significativa com a criança? _____
 5. Alguém da família já recebeu esse mesmo diagnóstico? Se sim, quem? _____
 6. Como é a rede de comunicação social dos pais? _____
- _____
- _____

APÊNDICE B: Questionário de Mutismo Seletivo

Favor considerar o comportamento e atividades da criança no último mês e avaliar a frequência com que cada atividade citada é realizada pelo mesmo(a).

Nome (criança): _____ Nome (pais): _____
Data: _____ Clínica: _____

NA ESCOLA

1. Quando necessário, meu(minha) filho(a) fala com a maioria dos colegas na escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
2. Quando necessário, meu(minha) filho(a) fala só com os colegas mais próximos na escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
- Quando o professor pergunta algo ao meu(minha) filho(a), ele(a) responde.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
3. Quando necessário, meu(minha) filho(a) faz perguntas ao professor.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
4. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com a maioria dos professores/colaboradores da escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
5. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa em grupos ou à frente da turma em uma apresentação em sala de aula.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA

EM CASA/COM FAMILIARES

6. Meu(minha) filho(a) conversa conosco em casa quando temos visitas.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
7. Quando necessário, meu(minha) filho(a) fala com os parentes mesmo estando em ambiente não familiar.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
8. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com os parentes que não convivem com ele(a) (ex: avós, primos).
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
9. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com os pais/irmãos pelo telefone.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA

10. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com membros da família dos amigos (que são mais próximos).

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

11. Meu(minha) filho(a) conversa com pelo menos uma babá.

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

NA VIDA SOCIAL (FORA DA ESCOLA)

12. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com crianças que ele(a) não conhece.

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

13. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com amigos da família que ele(a) não conhece.

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

14. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com seu médico/dentista.

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

15. Quando necessário, meu(minha) filho(a) conversa com atendentes de loja/garçons.

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

16. Quando necessário, meu(minha) filho(a) fala quando está em ações sociais, em clubes, times ou atividades organizadas fora da escola.

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

INTERFERÊNCIA/ANGÚSTIA

17. O fato de não falar interfere na relação com a escola em que medida?

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

18. O fato de não falar interfere quanto nas relações com a família?

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

19. O fato de não falar interfere na vida social de seu filho(a) em que medida?

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

20. De um modo geral, o fato de não falar interfere no dia-a-dia do seu filho(a)?

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

21. De um modo geral, o fato de não falar incomoda quanto seu(sua) filho(a)?

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

22. De um modo geral, o quanto lhe incomoda o fato dele(a) não falar?

☐ SEMPRE ☐ COM CERTA FREQUÊNCIA ☐ RARAMENTE ☐ NUNCA

APÊNDICE C

Nome da criança: _____ Turma: _____
Terminará em: _____ Data: _____

Questionário de Fala na Escola

Favor considerar o comportamento da criança nas atividades do último mês e avaliar o quão frequentemente cada situação é real na vida do(a) mesmo(a).

1. Quando é conveniente, a criança fala com a maioria dos colegas na escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
2. Quando é conveniente, a criança fala com alguns colegas (os mais próximos) na escola?
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
3. Quando o professor faz uma pergunta, a criança responde.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
4. Quando é conveniente, a criança faz perguntas ao professor.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
5. Quando é conveniente, a criança conversa com a maioria dos professores/colaboradores da escola.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA
6. Quando é conveniente, a criança conversa em pequenos grupos.
() SEMPRE () COM CERTA FREQUÊNCIA () RARAMENTE () NUNCA

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido

Informações aos participantes

Título do estudo: ELABORAÇÃO DO PROGRAMA BORBOLETA: PSICOEDUCAÇÃO PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO

1) Convite

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **PROGRAMA BORBOLETA: PSICOEDUCAÇÃO PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO**. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo realizado e o que ele envolverá. O projeto prevê: A elaboração de um programa de psicoeducação para Pais de crianças mutistas e vai requerer o preenchimento de escalas e questionários com informações referentes aos Pais e crianças com MS. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

2) O que é o projeto?

O Projeto visa a elaboração de um programa de psicoeducação para pais de crianças com mutismo seletivo por entender que os Pais são peça chave no tratamento deste transtorno. Por se tratar de um comportamento infantil, o envolvimento dos pais no tratamento é de suma importância para a prática das exposições fora do ambiente terapêutico, sobre o diagnóstico e o aprendizado sobre como ajudar na mudança. Nestas reuniões do programa, tem também por finalidade procurar compreender a história familiar e investigar a possibilidade do mutismo nos pais ou algum outro transtorno de ansiedade e ou humor. O acolhimento dos pais nesta etapa também é muito importante para que entendam que há um espaço para suas dúvidas, mudanças de pensamentos sobre o diagnóstico e a criança, e também que se propicie um lugar estimulador de mudanças dos hábitos desses pais.

3) Qual é o objetivo do estudo?

É comum que a própria família, principalmente os pais ou cuidadores, ajudem a manter os comportamentos-problema apresentados pela criança. Uma vez que já conhecem suas dificuldades, é comum que “facilitem” a vida da mesma permitindo que esta fique confortável sem o uso da fala nos ambientes sociais, como a escola, principal local onde o mutismo fica evidente. Esse comportamento dos pais acontece pela falta de informação e também pela frustração provocada pela convivência com a criança com mutismo seletivo. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é elaborar um programa de psicoeducação para os Pais de crianças mutistas devido ao entendimento de que o envolvimento dos pais se torna necessário, para que as crianças estabeleçam confiança necessária, aumentando assim a comunicação verbal nos ambientes sociais. Por se tratar de um transtorno infantil, a participação dos pais durante o processo terapêutico assume importância fundamental para o andamento do trabalho. Para auxiliar no progresso da criança, os pais participarão de um programa de treinamento com a finalidade de lhes ensinar procedimentos e habilidades que suscitam a mudança comportamental dos filhos, através de sua interação com os mesmos.

4) Por que eu fui escolhido(a)?

Estamos convidando voluntariamente pessoas que têm o diagnóstico de Mutismo Seletivo nos seus filhos (as).

5) Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo/pesquisa. Se decidir participar do projeto, você deverá apenas marcar na opção SIM, ao final deste formulário. Se não quiser participar, não haverá nenhum problema em desistir. Mesmo se você decidir participar, você tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento, sem qualquer justificativa. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades e não causará nenhum prejuízo.

6) O que acontecerá comigo se eu participar?

Caso aceite participar, você será entrevistado algumas vezes e responderá escalas e questionários com perguntas sobre o seu dia a dia e do seu filho(a) mutismo.

7) O que é exigido de mim nesse estudo?

Uma vez que você concorde em participar da pesquisa, acontecerá alguns contatos, para que você responda perguntas sobre você e a criança;

8) Eu terei alguma despesa ao participar da pesquisa?

Não.

9) Quais são os eventuais riscos ao participar do estudo?

Os riscos para os voluntários participantes do estudo são a possibilidade de sentirem algum desconforto ao responder às perguntas relacionadas com o histórico de desenvolvimento dos seus filhos, comportamentos e relacionamentos interpessoais.

10) Quais são os possíveis benefícios de participar?

Você estará contribuindo numa pesquisa única e inédita no Brasil com dados importantes que podem favorecer outras crianças em sua melhora clínica e poderá participar após responder seus questionários, de um programa com alguns encontros que serão disponibilizados conhecimento e informações que ajudarão você e seu filho no tratamento do MS.

11) O que acontece quando o estudo termina?

Você será informado do resultado da pesquisa ao final dela e também do seu resultado ao final. Seu nome não será identificado em nenhum lugar.

12) E se algo der errado?

Caso você não se sinta confortável, poderá sair da pesquisa ou retirar o consentimento para a utilização dos seus dados, a qualquer momento que precisar, não havendo nenhum tipo de impedimento, prejuízo ou a necessidade de qualquer justificativa.

13) Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Sim. O sigilo será obrigatório. Não haverá a divulgação do seu nome em nenhum momento. Os dados da pesquisa serão utilizados sem o nome de nenhum dos participantes. É necessário que você guarde uma cópia deste documento imprimindo ou salvando uma cópia deste arquivo para que possa consultá-la sempre que tiver qualquer dúvida ou julgar necessário. Este documento está assinado pelo pesquisador responsável, a psicóloga Francilene Torraca, CRP RJ 05/25969.

14) Contato para informações adicionais

Dados do(a) pesquisador(a) responsável:

Francilene Torraca

Tel: 21-988909500
E-mail:frantorraca@hotmail.com

15) Remunerações financeiras

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa. Obrigado por ler estas informações. Se deseja participar deste estudo, assine este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e devolva-o ao(à) pesquisador(a). Você deve guardar uma via deste documento para sua própria garantia.

I – Confirmo que li e entendi as informações sobre o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

II – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, saindo da pesquisa quando quiser, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Tenho o total direito de deixar de responder quaisquer das perguntas que me forem feitas, seja nos questionários a serem preenchidos ou mesmo perguntas feitas diretamente pelo pesquisador, sem necessidade de dar nenhuma explicação sobre o assunto.

III – Concordo em participar da pesquisa acima.

() SIM () NÃO

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____

Assinatura do participante ou responsável legal

ANEXO A: BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

Absolutamente não	Levemente	Moderadamente	Gravemente
	Não me incomodou muito	Foi muito desagradável Mas pude suportar	Difícilmente pude suportar

1. Dormência ou formigamento.
2. Sensação de calor.
3. Tremores nas pernas.
4. Incapaz de relaxar.
5. Medo que aconteça o pior.
6. Atordoado ou tonto.
7. Palpitação ou aceleração do coração.
8. Sem equilíbrio.
9. Aterrorizado.
10. Nervoso.
11. Sensação de sufocação.
12. Tremores nas mãos.
13. Trêmulo.
14. Medo de perder o controle.
15. Dificuldade de respirar.
16. Medo de morrer.
17. Assustado.
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.
19. Sensação de desmaio.
20. Rosto afogueado.
21. Suor (não devido ao calor).

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**, trace um círculo à volta do **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação ao seu aluno (a). Trace um círculo à volta do **1** se a afirmação é **algumas vezes verdadeira** em relação ao seu aluno (a). Se a afirmação **não é verdadeira** em relação ao seu aluno (a), trace um círculo à volta do 0. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho.

0 = NÃO É VERDADEIRA

1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA

2 = FREQUENTEMENTE (tanto quanto sabe) VERDADEIRA