

## MUTISMO SELETIVO E ATIVIDADES LÚDICAS

Emerson Benedito Ferreira<sup>1</sup>  
Lidiane Maria Fávero<sup>2</sup>  
Mário Marcos Lopes<sup>3</sup>

**Resumo:** Este trabalho tem por finalidade conceituar e mapear características do Mutismo Seletivo, distúrbio raro que acomete crianças na primeira infância e por consequência, em fase escolar. Para tanto, o trabalho será dividido em três partes: a *primeira*, trazendo um conceito geral do distúrbio e caracterizando-o; a *segunda*, dizendo sobre sua origem e a maneira de identificá-lo; e a *terceira*, explicitando a importância do tratamento, e em especial, o uso das atividades lúdicas.

**Palavras-chave:** Mutismo Seletivo, educação, escola, atividades lúdicas.

---

A noção de silêncio está associada a uma ausência total ou relativa de sons audíveis. No entanto, e por analogia, este termo está associado à ausência de comunicação. Culturalmente o silêncio pode ser interpretado de forma negativa ou de forma positiva de acordo com o contexto. No entanto, por que será que há crianças que apresentam um silêncio seletivo em determinados contextos, nomeadamente na escola, ou com determinadas pessoas?  
(RIBEIRO, 2012, p. 12).

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, observam-se infindáveis questionamentos relacionados à capacidade de interação social das crianças em idade escolar, porém, podemos dizer com clareza que poucos profissionais do ensino conhecem verdadeiramente as dificuldades trazidas por distúrbios do comportamento e da ansiedade no âmbito das instituições de ensino. Podemos arriscar dizer

---

<sup>1</sup> Doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar (Bolsista CNPq).

<sup>2</sup> Graduada em Pedagogia pela Universidade de Franca - UNIFRAN (2016) e Pós Graduada em Educação Infantil pela Faculdade de Educação São Luis de Jaboticabal - FESL (2017).

<sup>3</sup> Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade de Araraquara - UNIARA (2011). Especialista em Aperfeiçoamento em Educação Ambiental pela Universidade Federal de São João Del Rei - MG (2010).

que parte significativa dos educadores nunca ouviu falar ou possuem pouca ciência do termo “*mutismo seletivo*” ou “mutismo eletivo”.

E é exatamente por este desconhecimento sobre o assunto que o estudo do tema se faz necessário. Existe, além do desconhecimento, uma descrença sobre a real existência deste distúrbio, ou, em outro aspecto (pela incapacidade do diagnóstico) há uma confusão deste com outros distúrbios do comportamento e da ansiedade, dificultando o convívio de filhos com pais, bem como, do aprendizado do alunado portador do transtorno com os docentes.

Como veremos no decorrer deste trabalho, o *mutismo seletivo*, transtorno de ansiedade raro que acomete entre 0,2 a 2% da população infantil no mundo entre 3 a 6 anos de idade, é distúrbio que incapacita a criança (BIEGING et al, 2016), e, por esse motivo, interessa tanto à psicologia e psiquiatria, quanto à educação social.

Com efeito, podemos dizer que o interesse em realizar esse trabalho surgiu exatamente dos relatos encontrados em trabalhos acadêmicos e na prática em sala de aula sobre alunos que apresentavam bloqueio de comunicação. Estes alunos frequentemente apresentam sintomas de ansiedade, e, na maioria gritante dos casos, embora consigam usar a linguagem normal, “tornam-se quase completamente silenciosas sob certas circunstâncias, com mais frequência na sala de aula” (WHITBOURNE; HALGIN, 2015, p.188). Neste contexto, a criança recusa-se a falar “em situações específicas ou com pessoas específicas” (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2014,p.62), não obstante apresentar diálogo normal em outras. Acomete a ambos os sexos, mas é mais comum no sexo feminino e em crianças mais tímidas e mais introvertidas (MEUDAL, 2017).

Desta forma, objetiva-se com este breve estudo refletir sobre os reflexos advindos do distúrbio do *mutismo seletivo*, conceituando-o e levantando de forma sintetizada o seu diagnóstico e tratamento, ligando-o ao papel do educador.

A metodologia empregada neste trabalho será oriunda de referenciais bibliográficos em forma de periódicos científicos e de trabalhos acadêmicos, sempre na busca de uma melhor compreensão e uma maior proximidade com o assunto e buscando soluções para o mesmo. Sobre o processo metodológico, Antônio Carlos Gil (1999, p.18) entoa que:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisa bibliográficas, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo.

## 2 O QUE É MUTISMO SELETIVO?

Talvez uma das definições mais completas sobre o tema partiu dos estudos de Robert Kliegman (et al, 2014). Vejamos:

O mutismo seletivo é definido como o fracasso na fala em situações sociais específicas, apesar de falar em outras situações, e é tipicamente sintoma de um transtorno de ansiedade subjacente. Crianças com mutismo seletivo podem falar normalmente em certas situações, como dentro de casa ou quando estão sozinhas com os pais. Não conseguem falar em outros ambientes sociais, como na escola ou em outros lugares fora de casa. Outros sintomas associados ao mutismo seletivo podem incluir timidez excessiva, retraimento, dependência dos pais e comportamento de oposição. A maioria dos casos de mutismo seletivo não é resultado de um único evento traumático, mas da manifestação de um padrão crônico de ansiedade. O mutismo não é um comportamento passivo-agressivo. Crianças mudas relatam que querem falar em ambientes sociais, mas tem medo de fazê-lo. É importante ressaltar que o transtorno de ansiedade subjacente é a origem provável do mutismo seletivo. Frequentemente, um ou ambos os pais de uma criança com mutismo seletivo tem história de sintomas de ansiedade, incluindo timidez da infância, ansiedade social ou ataques de pânico. Isso sugere que a ansiedade da criança representa um traço familiar. Por alguma razão desconhecida, a criança converte a ansiedade no sintoma mudo. O mutismo é altamente funcional para a criança na medida em que reduz a ansiedade e a protege contra o desafio percebido de interação social. (KLIEGMAN *et al.*, 2014, p.118)

Na mesma direção apontam os estudos de André Férrer Carvalho, Antônio Nardi e João Quevedo que apresentam um amplo conceito do tema e o fazem no seguinte sentido:

As crianças com mutismo seletivo persistentemente não conseguem falar, ler em voz alta ou cantar em situações específicas (p. ex., na escola), apesar de falarem em outras situações (p. ex., com a família e no ambiente doméstico). Essas crianças podem sussurrar ou manifestar comunicação não verbal com determinados indivíduos, como colegas ou professores, em algumas situações. A maioria também tem sintomas de transtorno de ansiedade social, e alguns pesquisadores sugerem que o mutismo seletivo possa ser um subtipo ou manifestação precoce de desenvolvimento de transtorno de ansiedade social. (2015, p.212).

Já Susan Whitbourne e Richard Halgin (2015) fazem a seguinte leitura conceitual do tema:

Mutismo Seletivo: recusar-se a falar em situações específicas é o aspecto central do mutismo seletivo. Crianças com esse transtorno são capazes de usar a linguagem normal, mas tornam-se quase completamente silenciosas sob certas circunstâncias, com mais frequência na sala de aula. As estimativas da prevalência desse transtorno variam de 0,2 a 2,0%, começando entre as idades de 3 a 6 anos, com ocorrências iguais entre meninos e meninas (Kearney & Vecchio, 2007). A ansiedade pode estar na origem do mutismo seletivo visto que as crianças costumam apresentar mais esse comportamento na escola do que em casa (Shriver, Segool, & Gortmaker, 2011) (WHITBOURNE; HALGIN, 2015, p.188).

Carlos Gustavo Mansur caracteriza o mutismo seletivo como sendo:

Um quadro infrequente, mas quando ocorre acomete crianças que são completamente capazes de falar e compreender a linguagem, mas não o fazem em certas situações sociais, quando podem se sentir pressionadas ou quando se espera delas uma manifestação. Funcionam normalmente em outras áreas do comportamento e aprendizagem, mas se privam severamente de participar em atividades em grupo. Geralmente se acompanha de timidez e até fobia social (2013, p.334).

Henrique Klajner, por sua vez, preleciona que no mutismo seletivo:

A criança não reage ou reage pouco, fica calada em situações traumatizantes semelhantes a outras nas quais costumava antes reagir com choro, gritos e revides. Isto reflete falta de interesse em participar do que acontece, “ausentando-se”, enquanto não consegue sair verdadeiramente da situação conflitante (2005, p.235).

Célia Ribeiro (2013), citando Anstending (1999) assume o mutismo seletivo como sendo:

Um transtorno de ansiedade, de fobia social ou um transtorno pós-traumático e, por isso, sugere uma nova mudança ao nível terminológico em futuras revisões do referido manual. Kristensen (2000) também descreveu a relação estreita que existe entre MS e transtornos de ansiedade demonstrando a presença de fobia social em setenta e cinco por cento dos casos estudados (a criança tem um comportamento normalizado e funcional no seio familiar e no contexto social apresenta um quadro de evitação) (p.14-15).

Patrícia das Dores Aragão e Flávio Corsini Lirio (2017), com base no trabalho de Coll (2004) salientam que:

O Mutismo Seletivo é um transtorno pouco frequente que se caracteriza pela ausência total e persistente da linguagem em determinadas circunstâncias ou diante de determinadas pessoas, em crianças que adquiriram a linguagem ou a utilizam adequadamente em outros contextos ou em presença de outras pessoas. O Mutismo Seletivo ocorre amiúde em crianças muito tímidas, que apresentam condutas de isolamento e negativismo (COLL, 2004, p.79 apud ARAGÃO; LIRIO, 2017, p.4).

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, citando definição de Meyers diz o seguinte:

Mutismo seletivo se refere a uma forma de comportamento relativamente raro, na qual crianças que apresentam desenvolvimento da linguagem apropriado para a idade elegem permanecer em silêncio, falando unicamente com pessoas que ela seleciona. O pequeno círculo íntimo com quem o mutista seletivo fala é freqüentemente formado por membros familiares, parentes e amigos íntimos. Esta recusa seletiva para falar independe da formação intelectual ou status neurótico. Mutismo seletivo é um sintoma de problemas familiares que expressa conflito

familiar e está embutido na dinâmica da família (MEYERS, 1999, p.204 apud PEIXOTO, 2006, p.23).

Donald W. Black e Jon E. Grant contribuem vultuosamente com este trabalho na medida em que, além de definirem, delineiam explicações sobre a classificação do mutismo seletivo no DSM-IV:

Mutismo seletivo é caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais específicas em que se espera tal ato, apesar de o indivíduo ser capaz de falar em outras situações (p. ex., em casa). Originalmente chamado de ‘mutismo eletivo’ no DSM-III e renomeado como ‘mutismo seletivo’ no DSM-IV, o transtorno foi incluído no capítulo ‘Transtornos Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência’, do DSM-IV. O mutismo seletivo foi movido em função de pesquisas que o conectam a transtornos de ansiedade e em função do crescente reconhecimento de que ele continua na fase adulta (ou, em casos raros, começa na fase adulta). O mutismo seletivo é raro e tem mais probabilidade de se manifestar em crianças pequenas. (BLACK; GRANT, 2015, p.127).

Leonardo Baldaçara contribui com a discussão dissertando:

Outras características comportamentais podem estar associadas ao mutismo seletivo: timidez excessiva, dependência dos pais, acessos de birra, agressividade, isolamento social, tristeza, excessiva rigidez e perfeccionismo, além da evitação do contato no olho já comentado (...). As características comportamentais do núcleo familiar mais observadas em casos de mutismo seletivo seriam comportamento de superproteção familiar, conflitos psicológicos não resolvidos, traumas anteriores envolvendo perda por mortes, separação, etc, pouco envolvimento paterno, excessiva dependência dos pais pelo fato de não falar (2015, p.276).

Patrícia Bieging, Raul Busarello e Vânia Ulbricht chamam a atenção para o problema e relatam os prejuízos sociais que o distúrbio poderá acarretar na criança, especialmente no ambiente escolar, estendendo-se inclusive para a fase adulta:

O mutismo seletivo pode resultar em prejuízo social, uma vez que as crianças podem ficar excessivamente ansiosas para se engajarem em interações sociais com outras pessoas. À medida que crescem, podem enfrentar um isolamento social cada vez maior. Em contextos escolares, podem sofrer prejuízo acadêmico porque com frequência não se comunicam com os professores (2016, p.238-239).

Fábio Barbirato e Gabriela Dias ainda chamam a atenção para a possibilidade do distúrbio do mutismo seletivo ser um sintoma do autismo. Dizem os autores:

A criança que tem mutismo seletivo só fala com os pais, com mais ninguém. Isso pode ser um problema pontual, mas também pode ser um sintoma precoce de fobia social. É importante, diante dos sintomas, avaliar se o caso é apenas mutismo seletivo ou se trata de fobia social. Uma criança com mutismo seletivo, apenas, até

faz amigos, mas não fala. Ela aponta, ri, brinca, mas não verbaliza. Isso prejudica seu desenvolvimento e sua interação social (ela não participa das apresentações teatrais na escola, por exemplo, e não conta como foi seu fim de semana nas rodinhas em sala de aula). (...) Além disso, o mutismo seletivo também pode ser um sintoma do autismo. A criança que não fala até os 3, 4 anos, ou que só fala com uma ou duas pessoas, pode ser autista (2009, p.01)

E concluímos a conceituação do tema com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, classificação esta avalizada pela Organização Mundial da Saúde, que assim explicita:

F 94.0 – Mutismo eletivo: Transtorno caracterizado pela recusa, ligada a fatores emocionais, de falar em determinadas situações. A criança é capaz de falar em certas situações, mas recusa-se a falar em outras. O transtorno se acompanha habitualmente de uma acentuação nítida de certos traços de personalidade, como por exemplo ansiedade social, retraimento social, sensibilidade social ou oposição social (CID-10, 2007, p.374).

Diante dos conceitos expostos, podemos sintetizar o mutismo seletivo em suas principais características:

- ✓ **1** – O distúrbio é um transtorno ligado a fatores emocionais de falar em determinadas situações.
- ✓ **2** – O Mutismo Seletivo é classificado pela nomenclatura ‘F 94.0’ no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), onde a categoria ‘F’ diz respeito aos Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência.
- ✓ **3** – O Mutismo Seletivo caracteriza-se pela impossibilidade de a criança falar em todos os ambientes sociais, pois dialoga em alguns e limita-se à outros.
- ✓ **4** – O diagnóstico baseia-se no sistema classificatório da OMS.
- ✓ **5** – É um transtorno raro, pois acomete somente de 0,2 a 2% da população infantil mundial entre 3 a 6 anos de idade, e é mais comum na população feminina..
- ✓ **6** – O distúrbio acomete preferencialmente crianças tímidas, com condutas de isolamento e negativismo.
- ✓ **7** – As crianças com Mutismo Seletivo apresentam de falar em voz alta ou cantar, especialmente no ambiente escolar, mas, inobstante, conseguem sussurrar e apontar normalmente como meio de se comunicar.

- ✓ **8** – O Mutismo seletivo é um sintoma de problemas familiares que expressa conflito familiar e está embutido na dinâmica da família. Superproteção e dependência dos pais seriam causas agravantes do transtorno.

### **3 ORIGENS DAS PESQUISAS E DIAGNÓSTICO DO MUTISMO SELETIVO**

A pesquisadora Ana Cláudia de Azevedo Peixoto explana os primórdios das pesquisas sobre mutismo seletivo:

O primeiro caso de mutismo seletivo relatado na literatura foi descrito em 1877, por Kussmaul, médico alemão que se deparou com pacientes que não falavam em algumas situações, apesar de terem habilidade lingüística para tal (...). Ele denominou inicialmente esses sintomas de afasia voluntária, por lhe parecer uma decisão voluntária de não falar (...). Mas foi o psiquiatra Morris Tramer, em 1934, que utilizou pela primeira vez o termo mutismo eletivo para descrever um caso clínico. Tramer condicionou o termo “eletivo” para descrever aquelas crianças que selecionavam lugares e pessoas para não falar (...). Este termo foi utilizado até a publicação do DSM-III (...), sendo substituído por mutismo seletivo com a publicação do DSM-IV (2006, p.21).

A explanação acima vem de encontro com os enunciados de outro trabalho científico, desta vez, da lavra da pesquisadora Célia Margarida da Silva Ribeiro que assim complementou o já dito:

O MS, embora já tivesse sido identificado anteriormente, foi pela primeira vez descrito pelo médico alemão Kussmaul em 1877, que referiu pacientes que não falavam em algumas situações, apesar de terem habilidade lingüística para o fazer, tendo denominado o problema de “afasia voluntária”, um quadro de uma criança aparentemente desafiadora que, em determinadas situações, escolhia não comunicar. Em 1934, Tramer introduziu a designação mutismo eletivo para descrever um quadro que apresenta alguém com incapacidade de falar em situações em que seria esperado que o fizesse. O termo eletivo sugeria, também, que havia uma decisão deliberada para não falar. Neste sentido, a literatura salientava a oposição como uma variável chave no MS Halpern, Hammond e Cohen (1971) descreviam as crianças com MS como sendo imaturas, controladoras e com comportamentos de oposição (2013, p.14)

Neste contexto, ao tomarmos conhecimento da primeira descrição do *mutismo seletivo*, partiremos então para a forma de diagnosticar o transtorno.

Os pesquisadores Donald W. Black e Jon E. Grant ensinam que existem alguns critérios para diagnosticar o *mutismo seletivo* com segurança:

- a)– Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal (p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações. (...)
- Critério A: Ao se encontrarem com outros indivíduos em interações sociais

específicas, as crianças com mutismo seletivo não inicia a conversa nem respondem reciprocamente quando os outros falam com elas. Porém, esses mesmos indivíduos, quando observados em casa, podem interagir normalmente. O diagnóstico exige um fracasso consistente para falar em situações sociais.

b)- A perturbação interfere na realização educacional ou profissional ou na comunicação social. (...) Critério B: O mutismo seletivo está associado a prejuízos significativos. Crianças com o transtorno, muitas vezes, recusam-se a falar na escola, o que provoca prejuízos acadêmicos ou educacionais. À medida que essas crianças se desenvolvem, elas podem sofrer aumento do isolamento social e, na escola, prejuízos acadêmicos, pois muitas vezes não comunicam apropriadamente aos professores suas necessidades acadêmicas ou pessoais.

c)- A duração mínima da perturbação é um mês (não limitada ao primeiro mês de escola) (...) Critério C: O silêncio seletivo com menos de um mês de duração (p. ex., uma criança que está irritada e recusa-se a falar por alguns dias) não preenche os critérios para o diagnóstico.

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. (BLACK, GRANT, 2015, p.127).

Além dos critérios apresentados acima, os trabalhos científicos de André Férrer Carvalho, Antônio Egídio Nardi e João Quevedo (2015) concluem que para a segurança do diagnóstico, recomenda-se também “a gravação com áudio ou vídeo que comprove a fala normal e que demonstre linguagem em, pelo menos, uma situação ambiental, juntamente com a exclusão de transtorno de comunicação, distúrbio neurológico ou transtorno do espectro autista” (p.212).

Ancorando ainda nos ensinamentos de Peixoto (2006) e refletindo sobre o acima exposto, fica evidente que o diagnóstico sempre recai sobre uma coluna principal: ‘a incapacidade de a criança poder falar em todos os ambientes sociais’. No mais, é evidente que deverá existir pleno cuidado para o fechamento deste diagnóstico<sup>4</sup>, pois se isso não ocorrer, a criança poderá sofrer consequências futuras de uma falsa predisposição a um distúrbio que poderá ser inexistente. A observância de um lapso temporal mínimo e o acompanhamento dos familiares e da criança no ambiente escolar são caracteres imprescindíveis para uma conclusão plausível sobre o tema<sup>5</sup>. No mais, Peixoto (2006) ainda entoa que os cuidados e

---

<sup>4</sup> “Para que o diagnóstico seja confiável, é necessário que não haja qualquer tipo de dúvidas relativamente às dificuldades da criança em compreender e falar a língua usada no ato comunicativo e que, apesar dessa ausência de dificuldades, a criança não se expressa verbalmente em determinadas situações sociais em que se esperaria que o fizesse” (RIBEIRO, 2013, p. 21).

<sup>5</sup> Neste sentido, diz Ribeiro: “Os critérios de diagnóstico são, então, essencialmente baseados na história de vida da criança e podem ser materializados em observações e registros sistemáticos dos seus comportamentos verbais e comunicativos com pessoas dentro e fora do seu círculo de confiança ou ambiente próximo” (2013, p.21).



vigilância devem ser redobrados no período entre 3 a 7 anos de idade da criança, pois esta é a idade média da maioria dos diagnósticos<sup>6</sup>.

Ribeiro (2013, p.21), por sua vez, salienta outras sintomatologias que poderão ser apresentadas pelas crianças para o fechamento de um diagnóstico seguro:

- recusa em ir para a escola
- dificuldades em deixar os pais
- choro e gritos
- desejo de fuga da escola
- queixas de dor de barriga ou de cabeça
- inquietação
- perturbações do sono
- irritabilidade

Ainda afirma a pesquisadora no mesmo trabalho que o diagnóstico deverá ser necessariamente fechado por uma equipe multidisciplinar incluindo “profissionais da pedopsiquiatria, de medicina interna, psicologia, terapia da linguagem, professor(es) e o professor do ensino especial” (RIBEIRO, 2013, p.21).

Para aumentar a possibilidade de acerto no diagnóstico do *mutismo seletivo*, Ribeiro (2013, p.23), baseando-se nas pesquisas de Silverman & Powers (1970) sugere ainda a observância de três caracteres.

- a criança deve exibir um comportamento de não falar durante dois anos;
- a criança deve apresentar uma inteligência média;
- a criança não consegue modificar o seu comportamento de mutismo após tratamentos comuns.

Desta forma, podemos tirar algumas conclusões a respeito do surgimento e do diagnóstico do Mutismo Seletivo:

- ✓ **1** – O transtorno tem o primeiro registrado em 1877 pelo médico alemão Kussmaul.
- ✓ **2** – Em 1934, o psiquiatra Morris Tramer, pela primeira vez, faz uso do termo ‘mutismo eletivo’ para descrever o transtorno.
- ✓ **3** – O diagnóstico deverá ser criterioso para evitar problemas futuros.

---

<sup>6</sup> Peixoto ainda diz que o início da doença geralmente se dá entre o terceiro e o quinto ano de vida da criança e os encaminhamentos para tratamento se dão quase sempre entre o sexto e o sétimo ano de vida (2006).

### 3 MUTISMO SELETIVO – POSSÍVEIS TRATAMENTOS – A ATIVIDADE LÚDICA

Antes de adentrarmos na seara da atividade lúdica, vamos trazer ao debate alguns enunciados científicos que falam de alguns tipos de tratamento.

Robert Kliegman sustenta que “O tratamento do mutismo seletivo deve se concentrar na redução da ansiedade geral em vez de focar apenas os comportamentos mudos. O mutismo seletivo reflete uma dificuldade de interação social, e não um distúrbio no processamento da linguagem” (et al, 2014, p.118).

Já Glen Gabbard (2009) é adepto ao uso de medicamentos:

A sertralina teve boa tolerância e reduziu os sintomas de transtorno de ansiedade social em crianças (Compton et al., 2001). Um ensaio aberto (Dummit et al., 1996) e um ensaio controlado (Black e Unde, 1994) sugerem que a fluoxetina pode ser eficaz para o mutismo seletivo (GABBARD, 2009, p.52).

Em complemento, Patrícia Bieging, Raul Busarello e Vânia Ulbricht, após estudo de pesquisas, salientam a importância da inclusão escolar no tratamento do transtorno:

Constata-se que os indivíduos observados, apesar de apresentarem prevalências relacionadas às características de suas síndromes, demonstram progressos em relação aos objetivos propostos pela inclusão escolar já que os mesmos, independente de suas dificuldades, exibem crescimento e desenvolvimento nos aspectos físicos, intelectuais, emocionais e de interação social ((BIEGING; BUSARELLO; ULBRICHT, 2016. p.239).

William W. Hay conclui com suas pesquisas que “a terapia cognitivo-comportamental é o fundamento do tratamento do mutismo seletivo. Caso a condição for grave, indica-se o uso de ISRS” (et al, 2016, p.01).

Dando sequência, cabe salientar o apontamento trazido por Mônica Rebecca Ferrari Nunes que em suas pesquisas bibliográficas, acabou por se deparar com um tratamento um tanto inusitado em uma criança com mutismo seletivo. Diz a autora:

Unni Johns (em Ruud, 1991, p.15) traz-nos outro exemplo: uma menina com mutismo seletivo, incapaz de falar com alguém, senão com a própria mãe, apresentou sensível melhora ao descobrir, por meio de instrumento de sopro, a gama de sons produzido por sua própria voz, mesmo débil e de fraco alcance, transformou-se em voz-brinquedo, instrumento de prazer, apto a relacioná-la com o mundo circundante (1993, p.22-23)

Itan Scheleder Fonseca contribui dizendo sobre a importância da instituição educacional no tratamento:

Os pedagogos podem auxiliar no processo de comunicação em crianças com Mutismo Seletivo, pois as atividades realizadas nesse primeiro momento com essas crianças estão ligadas ao estabelecimento de relação de sentimento, pensamento e gesto, que irão favorecer para um clima harmonioso, onde através de brincadeiras lúdicas pode gerar momentos descontraídos entre ambos. E, para auxiliar estes pedagogos, a família pode colaborar, estimulando a comunicação de seus filhos, pois esta está presente nos momentos iniciais de sua vida social. O tratamento dessas crianças com Mutismo Seletivo envolve uma abordagem múltipla, usando intervenções individuais, cognitivo-comportamental, comportamentais e familiares. Entretanto, a terapia mais utilizada é a cognitiva comportamental, nessa o foco consiste em modificar ou melhorar o pensamento, crenças e idealismo da criança com relação a ela própria (2017, p.01).

Quanto ao tratamento por atividade lúdica do Mutismo Seletivo nos apoiamos nos estudos da pesquisadora Célia Margarida da Silva Ribeiro que realizou intenso trabalho empregando em suas pesquisas a ludoterapia e a ludoterapia comportamental. Diz a autora que:

No que diz respeito aos tratamentos, e embora historicamente estes tenham vindo a ser considerados extremamente difíceis e resistentes a diferentes tipos de intervenção, concluímos ser essencial um tratamento multiorientado. Os tratamentos ludo terapêuticos e ludo comportamentais têm-se revelado eficazes na eliciação da fala com os terapeutas, com os amigos na escola, bem como na frequência da fala com professores. No entanto, se a causa for relacionada com aspetos de ansiedade, vários estudiosos têm defendido o tratamento farmacológico associado. Embora uma percentagem de crianças com MS aparentemente o ultrapasse sem intervenção formal, estudos demonstram que estes indivíduos continuam a sofrer de outras manifestações de ansiedade (2013, p.89).

Resta claro que a pesquisadora defende o tratamento misto, ou seja, que a escola use de atividades lúdicas<sup>7</sup> para melhorar a inclusão desta criança, porém, não se descuidando de medicamentos, se necessário.

Sobre os aspectos positivos da atividade lúdica colhidos em sua pesquisa, reforçou a autora:

Os papéis, funções e objetivos do uso do brinquedo e da atividade lúdica foram explorados e analisados, tendo a sua importância sido inegavelmente reconhecida. Foram, ainda, elencados estudos que os evidenciam como suporte para o estímulo do desenvolvimento infantil da criança no seu todo. Foram especialmente analisadas estas atividades como facilitadoras ou propiciadoras da comunicação e no possível desbloqueamento de situações como o Mutismo Seletivo. A ludoterapia e a ludoterapia comportamental foram analisadas tendo-se confirmado a sua importância nas diferentes fases do transtorno do Mutismo Seletivo, do diagnóstico ao tratamento. Assim, na prática direta com a criança, o terapeuta considera a etapa específica do desenvolvimento em que esta se encontra, descobrindo e utilizando a

---

<sup>7</sup> Neste sentido: “De facto, o brinquedo funciona para a criança de uma forma muito peculiar e pode ser usado quer no diagnóstico quer na intervenção / tratamento. (...) ‘A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna’ (RIBEIRO, 2013, p.84).

sua linguagem própria, tentando entrar no seu mundo, trabalhando indiretamente através de metáforas e jogos, e ajustando-os ao objetivo escolhido para cada etapa do processo (2013, p.89).

Já os pesquisadores Amine Nassif Serretti e Florêncio Costa Júnior enfatizam a importância de um conjunto de atividades lúdicas, englobando a família, o terapeuta e a escola:

*1 – Atividades lúdicas com a criança e com a mãe:* Objetivo: estabelecer contato com a criança, objetivando a elaboração gradual de vínculo terapêutico com a mesma, através da ajuda da mãe; Promover a retirada progressiva da presença da mãe do setting terapêutico (fading out).

*2 – Atividades lúdicas com a criança e o irmão:* Objetivo: compreender como a criança se comportava na presença do irmão e a relação estabelecida entre os dois.

*3 – Atividades lúdicas com a criança.* Objetivo: disponibilizar recursos para que a criança interagisse com a terapeuta e modelar comportamentos pró-sociais utilizando atividades como: massa de modelar, pintura com tinta na parede, pintura com dedo, modelagem com argila, recorte e colagem, enrolar brigadeiros, entre outros.

*4- Sessões em salas de ludoterapia.* Objetivo: promover a autonomia da criança em ambientes diferenciados e desenvolver resistência a frustração e flexibilidade comportamental. Justificativa: como a criança não possuía autonomia nas sessões e fora delas, a terapeuta propôs diversificar os contextos das sessões de modo a produzir demandas de comportamento exploratório e adaptação. No decorrer das sessões, a terapeuta utilizou técnicas comportamentais tais como: reforço positivo, reforço diferencial, retirada progressiva da presença da mãe (“fading out”), entre outros. (2010, p.156-157).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No nascedouro da psiquiatria, ou seja, na segunda metade do século XIX, houve uma grande preocupação da ciência médica em detectar e controlar os distúrbios neurológicos que acometiam os seres humanos. Surgia neste momento também a pediatria, facção da medicina que era especializada no desenvolvimento infantil. Seguindo a roda da história, o Médico alemão Kussmaul detectou já no ano de 1877, algumas pessoas (em especial, crianças) que embora tivessem habilidade para falar, não o faziam em determinadas ocasiões. Denominou esta anomalia de ‘afasia voluntária’, nomenclatura que só seria vencida no ano de 1934 pelo médico Tramer que ressignificou o transtorno como ‘mutismo seletivo’.

O mutismo seletivo passou então a ser estudado e, embora tenha despertado interesses científicos, o distúrbio é pouco conhecido. De rara incidência (cerca de 0,2% a 2,0% da população infantil) acomete crianças de 3 a 7 anos de idade, preferencialmente do sexo feminino, podendo ocorrer em qualquer classe social.

Este trabalho demonstrou a necessidade de publicizar o distúrbio e suas consequências, visto que ele pode ser confundido com outros e suas consequências são severas para o crescimento da criança, impossibilitando-a de ter uma vida social em ocasiões mais severas.

Neste sentido, o diagnóstico é de suma importância, e o tratamento deverá ser feito por uma equipe multidisciplinar com acompanhamentos no âmbito familiar, no escolar e, se necessário, no clínico. A escolha de medicamentos nos casos mais severos é aconselhável, mas, como foi cabalmente demonstrado em linhas anteriores, a atividade lúdica é essencial para uma favorável recuperação da criança.

## 6 REFERÊNCIAS:

ARAGÃO, Patrícia das Dores; LIRIO, Flávio Corsini. **Mutismo seletivo e a criança no ensino fundamental**: um estudo de caso na cidade de Boa Vista. Disponível em: [https://ufr.br/pedagogia/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&download=108:patricia-das-dores-lima-aragao&id=18:2013-2&Itemid=211](https://ufr.br/pedagogia/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=108:patricia-das-dores-lima-aragao&id=18:2013-2&Itemid=211). Acesso em: 01 set 2017.

BALDAÇARA, Leonardo. **Transtornos mentais**. Palmas: Clube dos Autores, 2015.

BARBIRATO, Fábio; DIAS, Gabriela. **A mente do seu filho**: como estimular as crianças e identificar os distúrbios psicológicos na infância. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

BIEGING, Patrícia; BUSARELLO, Raul Inácio; ULBRICHT, Vânia Ribas (orgs.). **Educação no plural**: da sala da aula às tecnologias digitais. São Paulo: Pimenta Cultural, 2016.

BLACK, Donald W. ; GRANT, Jon E. **Complemento essencial para o manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais – Guia para o DSM-5**. Tradução de Janisa S. Antoniazzi (coord.). Porto Alegre: Artmed, 2015.

CARVALHO, André Férrer; NARDI, Antônio Egídio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtornos Psiquiátricos Resistentes ao Tratamento**: Diagnóstico e Manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Organização Mundial da Saúde. Tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 10ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

CORDIOLI, Aristides Volpato (coordenador). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. São Paulo: Artmed, 2014.

FIGUEIREDO, Priscilla. **Mutismo Seletivo.** Disponível em: <http://www.psicologiaparacuriosos.com.br/e-timidez-ou-mutismo-seletivo/>. Acesso em: 01 set. 2017.

FONSECA, Itan Scheleder. **Mutismo Seletivo.** Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/mutismo-seletivo/58385>. Acesso em: 01 set. 2017.

GABBARD, Glen O. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos.** 4ª ed. Tradução de Cristina Monteiro, Gabriela Baldisserotto e Ronaldo C. Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HAY, William W.; LEVIN, Myron J.; DETERDING, Robin R.; ABZUG, Mark J. **Current pediatria:** diagnóstico e tratamento. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: AMGH, 2016.

KLAJNER, Henrique. **Auto-estimulação e adolescentes.** São Paulo: Marco Zero, 2005.

KLIEGMAN, Robert; STANTON, Bonita F.; ST. GEME, Joseph W.; SCHOR, Nina F.; BEHRMAN, Richard E.. **Nelson. Tratado de Pediatria.** Tradução de Silvia Mariângela Spada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

MANSUR, Carlos Gustavo. **Psiquiatria para o médico generalista.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

MELDAU, Débora Carvalho. **Mutismo Seletivo.** Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/mutismo-seletivo/>. Acesso em: 01 set. 2017.

NARDI, Antônio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (orgs.). **Transtorno de Ansiedade Social:** teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NUNES, Mônica Rebecca Ferrari, **O mito do rádio:** a voz e os signos de renovação periódica. São Paulo: ANNABLUME, 1993.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo. **Mutismo Seletivo:** prevalência, características associadas e tratamento cognitivo comportamental. 2006. 219. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, João. **Mutismo Selectivo.** Disponível em: <http://joapereira05.blogspot.com.br/2007/09/mutismo-selectivo.html>. Acesso em: 01 set. 2017.

RIBEIRO, Célia Margarida da Silva. **O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica.** 2012. 99. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação). – Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa, 2012.

SÁ, Drielle. **Mutismo seletivo em crianças:** não é timidez, não. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI139338-15326,00.html>. Acesso em: 01 set. 2017.

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

SOUZA, Elma Garcia. **O Soldador de palavras** (Mutismo Seletivo). Disponível em: [www.ipub.ufrj.br/portal/caderno/01/cadernos\\_ipub1\\_parte2\\_elma.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/portal/caderno/01/cadernos_ipub1_parte2_elma.pdf). Acesso em: 01 set. 2017.

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia:** Perspectivas clínicas dos transtornos psicóticos. 7. ed. Tradução de Maria Cristina G. Monteiro. Porto Alegre: AMGH Editora, 2015.