

OS DESAFIOS DE UMA CRIANÇA COM MUTISMO SELETIVO NO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO

Denizia Sérgio de Alcântara (ICESP/PROMOVE)¹
Natalia Carvalho da Silva (ICESP/PROMOVE)²
Sônia Regina Basili Amoroso (ICESP/PROMOVE)³

Eixo Temático: Inclusão Social Direito e Cidadania.

Agência Financiadora: não contou com financiamento

Resumo

O processo de escolarização de uma criança regular, por si só, é tarefa que demanda cuidado dos pais. Porém, quando esta criança ainda comporta um complexo distúrbio emocional como o mutismo seletivo. Isso amplia e complexifica ainda mais. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar quais são os desafios de uma criança com mutismo seletivo no processo de escolarização. Parece ser relevante aos que se interessam pela temática da inclusão e para informar ou esclarecer pais, professores, profissionais da educação e demais pessoas que possam precisar lidar ou encaminhar crianças nestas condições. O Standard Classification of Mental Disorders (DSM IV e V) apresenta bons referenciais para o aporte teórico deste estudo, assim como os estudos de Peixoto (2006 e 2013), além dos descritores da Associação Americana de Psicologia (APA). Trata-se de um estudo de caso, que utilizou como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada com uma criança de 8 anos que apresenta o Mutismo Seletivo e o relato da mãe desta criança. Usa-se nas análises um enfoque qualitativo e descritivo, de cunho bibliográfico. Como resultado, pode-se concluir que o processo de escolarização foi bastante complexo e só foi possível após vários fracassos e várias buscas. Hoje está equalizado e a criança que estuda numa escola pública do Distrito Federal, atualmente parece estar evoluindo bem. É atendida por uma equipe multidisciplinar no Centro de Orientação Médico Psicopedagógica, usa medicamentos para conter a ansiedade, o que a está ajudando consideravelmente.

¹Estudante do 8º semestre do curso de Pedagogia - deniziasa@gmail.com

²Estudante do 8º semestre do curso de Pedagogia - carvalho.ntl206@gmail.com

³Professora mestre orientadora do curso de Pedagogia – sonia.amoroso@icesp.edu.br

Palavras-chave: Inclusão; Mutismo seletivo; Escolarização.

1. Introdução

Quando nos deparamos com crianças muito quietas, que na escola não falam e têm dificuldades para fazer as atividades e responder às perguntas do professor, costumamos acreditar que são crianças tímidas. Mas, na verdade, uma criança com esse perfil pode sofrer de algum distúrbio, muitas vezes, emocional. O cuidado em identificar o porquê da sua timidez é essencial para auxiliá-la no seu desenvolvimento e socialização. É preciso profissionais competentes para identificar se há algum distúrbio, sendo que, dentre outros, pode ser identificado o “mutismo seletivo”.

Importa ainda informar ou esclarecer aos pais, professores, profissionais da educação e demais pessoas que possam se interessar. Ao serem devidamente encaminhadas e diagnosticadas, estas crianças podem ser mais bem compreendidas e apoiadas no seu processo de ensino aprendizagem, assim como também em sua vida social, porque são muitas as complicações e dificuldades que certamente uma criança com mutismo seletivo enfrentará, principalmente pela impossibilidade de falar com pessoas que não estão em seu círculo de convívio familiar. Entender o mutismo seletivo e suas especificidades faz com que essas crianças tenham uma diminuição em seu quadro de ansiedade e sofrimento que são frequentes nestes casos.

Como o mutismo seletivo ainda é pouco compreendido é importante que se realizem trabalhos e estudos que possam esclarecer e orientar aos que necessitam ou procuram uma solução para este distúrbio. O tema foi escolhido em função da convivência com uma criança com mutismo seletivo, filha de uma das pesquisadoras, e cujo objetivo geral foi analisar quais foram os desafios enfrentados por ela no processo de escolarização.

2. Referencial Teórico

De acordo com Cabral e Nick (2006, p.214), no dicionário técnico de psicologia, “o mutismo é um estado de silêncio verbal e mudez por causas psíquicas”. Enquanto Arnold, Eysencke Meili (1994) conceituam o mutismo como sendo uma *mudez*, encontrada geralmente em crianças. Elas, muitas vezes, permanecem caladas em situações em que necessitam falar, principalmente em relação com certas pessoas. Para os autores, o mutismo pode ser congênito,

histórico ou reativo dependendo da causa.

O CID é a publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) para classificar doenças. A classificação para o mutismo seletivo está no CID 10 como F 94.0.

Para Galimberti (2010),

o mutismo pode ser constatado “em crianças taciturnas em suas relações interpessoais, com exceção de um grupo restrito de pessoas. Pode depender de situações traumáticas, como uma repetida separação da mãe ou da recusa de situações novas, por exemplo, a experiência na escola” (GALIMBERTI, 2010 p.765).

Este fenômeno tem início na infância, fase em que a criança pode escolher ficar muda em situações sociais, principalmente na escola (SADOCK & SADOCK, 2007).

A Associação Americana de Psicologia (APA, 2010) conceitua o mutismo seletivo de acordo com o DSM-IV-TR, como um transtorno raro encontrado, não exclusivamente, em crianças pequenas. O indivíduo, em muitas situações sociais não consegue falar, como, por exemplo, na escola. Geralmente essa manifestação começa antes dos 5 anos.

Para o mesmo autor, os indivíduos com mutismo conseguem falar normalmente em outras situações como, por exemplo, em casa, ambiente familiar e/ou algum ambiente que traz segurança para a criança. Ainda para a APA (2010), no momento atual, acredita-se que o mutismo seletivo está relacionado com a ansiedade e a fobia social. Sua causa é ainda desconhecida. Anteriormente, o mutismo seletivo era chamado de mutismo eletivo no DSM III, II e I.

Já Peixoto (2006), descreve que os primeiros sintomas desse distúrbio são vistos com melhor clareza depois dos 3 anos de idade. Ou quando a criança dá início à sua jornada escolar. Nesta fase, o professor pode perceber a timidez da criança quando é chamada para interagir com os colegas e realizar atividades comuns em sala, momento em que a criança não consegue se comunicar e expressar.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), 4ª edição, é um dos manuais mais importantes quanto à classificação do mutismo seletivo. A partir do DSM-IV, ficam descritas várias características e orientam-se o

diagnóstico para o mutismo seletivo pela identificação de diferentes fatores que anteriormente, em outras edições, era chamado de mutismo eletivo. Essas características foram mais bem descritas e aprimoradas na edição posterior, que atualmente é o manual recente para consultas de transtornos mentais (DSM IV, 2002).

No DSM-V, datado do ano de 2014, em sua 5ª edição (DSM-5), o Mutismo Seletivo é descrito com pequenas mudanças e aprimoramento. Para o diagnóstico do mutismo seletivo, estes são os novos critérios:

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.

B A perturbação interfere na realização educacional ou profissional ou na comunicação social.

C A duração mínima da perturbação é um mês (não limitada ao primeiro mês de 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 (DSM V, 2014, p.195).

É importante ressaltar que esses critérios acima descritos auxiliam no diagnóstico do mutismo seletivo. Porém, para que seja entendido que as crianças são mutistas, deve-se observar que, ao se encontrarem com outros indivíduos em interações sociais, não iniciarão ou responderão uma conversa quando tentarem falar com elas.

Em sua casa, no ambiente familiar ou na presença de alguns membros selecionados pela criança com mutismo seletivo, estas poderão falar normalmente. Mas, na presença de pessoas não próximas, ficarão caladas mesmo sendo amigos próximos ou parentes de segundo grau (DSM V, 2014).

Ainda sobre o assunto, o DSM V (2014) descreve que as crianças com mutismo seletivo têm em sua vida social um elevado grau de ansiedade. Essas crianças podem ter sua vida escolar prejudicada, pois o seu silêncio faz com que o professor não consiga avaliar suas habilidades de leitura, não participarão de atividades coletivas, não pedirão para ir ao banheiro, não se manifestarão quando não entenderem o conteúdo ou não compreendendo a tarefa de casa e outras consequências que podem surgir pela falta de comunicação.

O medo de falar interfere na comunicação social, mas, na maioria das vezes, algumas crianças com esse transtorno usam meios não verbais como grunhidos, gestos para apontar, escritas, ou balançando a cabeça para dizer sim ou não para tentar se comunicar. Outras participam de atividades em que a fala não é exigida.

Outras características associadas ao mutismo seletivo podem apoiar o diagnóstico. São elas: timidez excessiva, medo de constrangimento, isolamento e retraimento social, apego, traços compulsivos, negativismo, ataques de birra ou comportamento opositor leve. As crianças com mutismo seletivo, num diagnóstico clínico, quase sempre recebem um diagnóstico de transtorno de ansiedade social, ou melhor, fobia social (DSM V, 2014).

Para o DSM V (2014), o mutismo seletivo é um transtorno raro e não foi incluído como categoria diagnóstica em estudos epidemiológicos de prevalência dos transtornos mentais na infância. O transtorno em sua prevalência não parece variar por sexo ou raça/etnia, manifestando com maior frequência em crianças menores do que em adolescentes e adultos. O início do mutismo seletivo pode ocorrer antes dos 5 anos de idade. Mas o transtorno muitas vezes só é percebido no início da vida escolar, quando são exigidas a interação social e a realização de tarefas, como a leitura em voz alta, atividades coletivas que as crianças precisam interagir umas com as outras.

Percebe-se que o mutismo seletivo pode resultar em prejuízo social, ou seja, as crianças mutistas ficam ansiosas quando necessitam interagir com outras crianças. Mesmo que possam ter uma vontade de interação, elas não conseguem e podem ficar irritadas, sentindo-se frustradas por não serem como as outras. Essas crianças podem sofrer um isolamento social cada vez maior ao alcançarem mais idade. Em muitos casos, o indivíduo usa, como estratégia, o mutismo seletivo para diminuir a ansiedade. Usa o distúrbio para restringir-se de alguns eventos sociais (DSM V, 2014).

Ainda para o mesmo autor, encontra-se que nos transtornos da comunicação, em um diagnóstico diferenciado, não se pode confundir o mutismo seletivo com as perturbações da fala. Estas são identificadas por um diagnóstico explicado por um transtorno da comunicação, como transtorno da linguagem, transtornos dos sons da fala (anteriormente transtorno fonológico), transtorno da fluência da fala com início na infância (gagueira) ou transtorno da comunicação pragmática (social).

Diferentemente do mutismo seletivo, a perturbação da fala nessas condições não está restrita a uma situação social específica. Os indivíduos com um transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico ou retardo mental grave podem ter problemas na comunicação social e não conseguem falar apropriadamente em situações sociais. É o que difere do mutismo seletivo. Este tem o diagnóstico apenas quando uma criança tem a capacidade de falar e não fala em algumas situações. Já o transtorno de ansiedade social (fobia social), pode estar associado ao mutismo seletivo. Nesse caso, os dois diagnósticos devem ser estabelecidos (DSM V, 2014).

Para Azevedo (2016), a timidez se refere a quando o indivíduo se sente desconfortável e estranho às novas situações, lugares e pessoas. Já a fobia social, é quando o indivíduo sente desconforto e um medo intenso em situações sociais. Para tanto, a timidez ocorre em face de situações sociais.

O indivíduo desenvolve o medo e o desconforto. A fobia social é desenvolvida por características fisiológicas, comportamentais e cognitivas. Ela não é representada somente pelo medo e desconforto, mas principalmente pelo medo de ser avaliada e julgada por outras pessoas.

Ainda segundo o autor, a timidez pode ser entendida como uma apreensão em que o indivíduo precisa enfrentar novas situações. Ele geralmente está preocupado em como as pessoas irão recebê-lo ou o que irão pensar dele, dificultando assim sua interação social. A timidez pode ser originada da própria forma de entender o mundo e da criação recebida na infância.

Porém, muitas pessoas já nascem com este temperamento. Também podemos dizer que a timidez pode ser genética, ou seja, ser herdada de um dos pais. Outras pessoas podem ser tímidas em função de traumas emocionais vivenciados no passado, dentre os quais podem figurar o abuso, violência ou conflitos familiares; podendo chegar a um grau excessivo de medo de interações sociais. (AZEVEDO, 2016).

A fobia social é entendida como uma condição de medo extremo quando o indivíduo precisa enfrentar situações sociais, o que, de acordo com Azevedo (2016) é mais grave do que a timidez, pois o fóbico social tem medo de ser rejeitado e julgado pelas outras pessoas.

O indivíduo com fobia social pode ter uma autoestima muito baixa e sempre se sente incomodado quando precisa interagir com os outros. Quando a fobia

social é diagnosticada como em grau extremo, pode-se dizer que é um transtorno de ansiedade social, em que o indivíduo não só tem o desconforto nas interações sociais, mas tenta evitar a situação.

Pessoas com esta fobia se tornam extremamente nervosas quando precisam falar em público, estar no centro das atenções, comer com pessoas olhando, ir aos encontros ou até mesmo fazer uma prova. As pessoas com fobia social, nessas situações, podem ficar vermelhas, com náuseas, mal-estar como suor, tremedeira, tonturas e falta de ar.

Para Figueiredo (2015), uma criança que em algumas situações pode ficar calada, mas, depois de se acostumar com tal situação, consegue interagir é considerada tímida. Mas, quando a criança em tal situação, mesmo com todo o esforço para interagir, não consegue falar e continua quieta, pode não ser apenas considerada como tímida e sim, que ela pode estar com o distúrbio psicológico *mutismo seletivo*.

O autor ainda destaca que, quando uma criança, que está sempre ativa brincando com pessoas do seu convívio familiar, esconde-se ao chegar alguém, não conversa mais nem com quem já tem o costume de falar, pode não ser apenas uma criança tímida e sim pode ser uma criança acometida pelo mesmo distúrbio.

Ainda para Figueiredo (2015), assim como outros transtornos de ansiedade, o mutismo seletivo traz sofrimento para a pessoa que está acometida. A importância de buscar ajuda profissional é essencial para o diagnóstico e tratamento.

Descartada a timidez ou a fobia social e o mutismo seletivo for diagnosticado, o profissional deve encontrar um caminho para o tratamento com terapias psicológicas, lúdicas ou até mesmo remédios para auxiliar e diminuir esta timidez e sofrimento excessivo. Assim, como em outros casos de transtornos psicológicos, o mutismo seletivo precisa do acompanhamento da família e da escola que, juntos aos profissionais especializados, poderão amenizar o sofrimento do indivíduo mutista.

Segundo profissionais especializados da Redação Doutíssima (2015), a dificuldade que algumas crianças têm em manter contato com pessoas fora de seu convívio familiar pode ser um sinal de uma desordem psicológica, ou seja, o mutismo seletivo. Pois ele escolhe quando vai ficar mudo. Como o próprio nome já diz *seletivo*, ele seleciona com quem vai falar. E isso não é apenas uma timidez

e, sim, um problema sério que deve ser diagnosticado e tratado o mais cedo possível para evitar prejuízos, chegando à vida adulta dessas crianças com esse transtorno.

Ainda segundo especialistas da Redação Doutíssima (*op. cit.*), é bastante comum confundir o mutismo seletivo com outros transtornos, tais como, uma variação do Autismo ou Síndrome de Asperger. Por isso, é importante o diagnóstico de um especialista para que não haja um tratamento inadequado.

METODOLOGIA

De natureza qualitativa e de cunho descritivo, este estudo de caso teve como interesse descrever características do fenômeno em foco, isto é, descrever características de um indivíduo com mutismo seletivo.

Utilizou-se como apoio a pesquisa bibliográfica, com o suporte nas leituras em obras de caráter científico, publicações atuais que puderam contribuir para o aporte teórico.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada com uma criança de 8 anos que apresenta o Mutismo Seletivo e o relato da mãe desta criança, o que proporcionou maior aproximação ao fenômeno em estudo.

3. Resultados e Discussões

3.1. Relato da mãe:

(Sic) Quando uma mulher está grávida, planeja um mundo bom para o filho, onde ele passará a ocupar o centro, pois o imaginável é que seu filho seja sempre saudável. Comigo não foi diferente. Minha vida mudou quando soube que estava grávida e a partir daí comecei um planejamento familiar.

Quando a criança nasceu, recebeu o nome de J e parecia normal, até completar 6 meses. Foi quando observei que, com a chegada de parentes ou amigos para nos visitar, ela já se sentia incomodada. Nesse período, J rejeitava todo e qualquer familiar que tentasse pegá-la ou acariciá-la, aceitava somente os pais e seus dois irmãos.

O tempo foi passando, mas J não tinha nenhuma evolução no quesito relação com outras pessoas fora da família. Comecei a ficar inquieta com essa timidez extrema, que não passava e que impedia J de ter novos contatos além do espaço familiar. Chegou então o momento de eu voltar ao trabalho. Foi muito complicado.

J foi ficar com uma tia. No início, ela não queria, chorava muito, fazia birras e sofria bastante, enquanto eu precisava ficar longe. Passou-se um período e ela conseguiu aproximar-se dessa tia, e a união delas ficou intensa, de forma que me emocionava. Foi a primeira pessoa com quem ela teve um contato fora do lar. Com o tempo, ela começou

a aproximar-se de sua avó e de alguns tios (a família é grande), pois todos moravam juntos com a tia. Mas, sempre do jeitinho dela, pois levava um tempo para que ela conseguisse uma interação com as pessoas.

Devido à necessidade de ter uma pessoa para ajudar em sua casa, tive que tirá-la da casa da tia. Infelizmente, J teve um retrocesso nas relações com a tia.

As relações com os pais e os irmãos foram se fortalecendo a cada dia. Com a chegada de minha ajudante, J teve grande dificuldade de relacionar-se com ela. Depois de um tempo, a aceitação foi se dando aos poucos.

O maior problema era J ficar sozinha com a ajudante. Se os irmãos ou o pai estivessem em casa eu podia sair sem que ela fizesse birras demasiadas. Por intermédio de outra tia que se solidarizava com a situação, recebi ajuda. Pois ela começou a levar sua filha para brincar com J e levar J para sua casa por alguns momentos, com o objetivo de que elas fizessem amizade e que J pudesse ter espaços de brincadeiras com outras crianças.

Ela conseguia, mas, depois de muito esforço e tempo. Quando J ficava muitos dias sem vê-la, ela tinha uma retraída e a tia incansável começava todo o processo novamente. Assim, por um bom tempo, essa prima de J era sua única amiga e ainda hoje elas são grandes amigas. Ela conseguiu fazer amizade com mais duas primas. Porém, da mesma forma como a primeira, toda vez que passava um tempo sem ver essas pessoas, ela tinha um retrocesso, sendo preciso começar o processo de relacionamento outra vez.

Muitos se preocupavam e tentavam, de alguma forma, ajudar a diminuir seu sofrimento. Mas, em alguns momentos desta ajuda, J acabava sofrendo mais, pois se sentia pressionada a conversar e o nervosismo e a ansiedade eram tão fortes que ela tremia e chorava bastante.

Muitas vezes, pessoas que não conheciam ou sabiam sobre o que J passava, ao perceberem que ela não respondia nem com um olhar quando alguém esperava sua resposta, muitos pensavam ou questionavam se ela já havia sofrido algum tipo de abuso.

Por muitas vezes, precisei levá-la para o meu trabalho, porque seus irmãos iam para a escola e eu não conseguia fazer com que ela ficasse em casa com a ajudante. J, no entanto, ficava somente no caixa comigo e não conseguia envolver-se com outras pessoas. Por várias vezes, eu acabava ficando nervosa, pois precisava trabalhar e o local, uma padaria, era perigoso e estressante para uma criança, e, ela atrapalhava o meu trabalho. O desespero e o nervosismo chegaram a tal ponto que, em uma das tentativas de fazê-la ficar em casa sem a presença minha e do pai, ela chorava bastante e dava birras. Nós perdemos a paciência e o pai dela acabou dando algumas cintadas em J.

Fui ficando muito intrigada com a situação, uma vez que todos se interessavam em conversar, brincar com J e sempre sem êxito, decidi que era preciso fazer alguma coisa, mesmo sem conhecimentos pedagógicos e/ou informações quaisquer sobre o que se passava com ela. Percebi que ela precisava tentar um contato com outras pessoas, crianças, ter uma integração, socializar e assim decidi matriculá-la em uma escolinha.

Nos primeiros dias, como eu podia ficar na escola tudo correu bem. Quando chegou a hora de ela ficar na escola sem a minha presença, tudo se complicou. Com alguns dias, J se familiarizou com uma professora. Porém não o suficiente para ficar o período todo. Eu sempre era chamada para buscá-la depois de pouco tempo de permanência na escola.

J passou por várias escolas e sempre sem nenhuma evolução no

processo de socialização e relação interpessoal com outras pessoas e/ou familiares que não os de casa. Em uma dessas escolas, o sofrimento da J e meu foram maiores, pois a coordenadora dizia que ela atrapalhava a turma e a levava para sua sala onde ficava o tempo todo com ela. Lá havia excelentes profissionais da educação que tentavam ajudar, mas não sabiam muito o que fazer.

Em casa, ficamos sempre muito apreensivos, pois não sabíamos mais o que fazer para melhorar essa situação. A angústia e o sentimento de impotência cresciam cada vez que tinham que passar por uma escola nova. Todas as vezes que tentávamos explicar como J era, alguns diziam que era frescura, ou que era metida, se era muda entre outros comentários inconvenientes que ouvíamos.

Após muitas escolas conceituadas, encontrei uma escola que entendeu o que J estava precisando: um lugar em que a professora entendeu que J precisava se sentir segura e que a interação com os colegas aconteceria, aos poucos e no tempo dela, sem que a forçassem.

Neste processo, buscamos vários profissionais em diferentes áreas. Muitos, na maioria das vezes, diziam que não podiam ajudar. Outros faziam com que o sofrimento aumentasse, pois a diagnosticaram com autismo e até esquizofrenia. Mas encontramos também ótimos profissionais que tentavam com terapias, atendimentos psicopedagógicos e até sessões de relaxamento, mas não melhorava nada no quesito timidez e ansiedade extrema.

Neste período, por indicação de uma ótima professora, nós a levamos numa clínica que nos acolheu e fomos atendidos por uma ótima psicopedagoga que fez a anamnese, testes psicopedagógicos e testes psicomotores. A profissional observou e nos falou que poderia acompanhar J na escola para que ela tentasse pelo menos diminuir o sofrimento dela, no quesito sentir segurança na escola. Mas, que precisávamos procurar um profissional psiquiatra ou neurologista para fazer um diagnóstico do que se passava com J.

Sempre tive vontade de fazer um curso superior, mas em função do nascimento de J pensava em fazê-lo depois que ela estivesse mais velha e mais autônoma. Com essas dificuldades, decidi iniciar o curso de Pedagogia com o intuito de receber informações, adquirir conhecimentos para aprender a melhor lidar com essas situações e passar esses saberes a todos aqueles que conviviam ou tinham vontade de ter uma relação mais próxima com minha filha.

Em 2014 iniciei minha Licenciatura em Pedagogia. Recebi algumas informações de alguns professores do curso e no 2º semestre de 2015 matriculei J em uma escola pública. Simultaneamente à entrada dela na escola pública, consegui uma vaga no COMPP- Centro de Orientação Médico Psicopedagógico- para que ela fizesse um acompanhamento com profissionais diversos. Queria entender o porquê de J ser assim e também aprender sobre como se relacionar melhor com ela.

Os professores da escola, assim como também os profissionais do COMPP a receberam com muito carinho e atenção. Na escola, não entendiam o problema que ela tinha, mas sempre procuravam atendê-la de uma forma satisfatória.

No COMPP, J passou por uma junta médica que fez observações e as anotações foram levadas a uma psiquiatra que fez todo o descarte de outras deficiências, síndromes e transtornos até chegar ao Transtorno Mutismo Seletivo. Logo, J começou a usar medicamentos aos quais ela deu o nome de *remédios da vergonha*. Para mim, foi uma vitória, uma vez que ao saber o que minha filha tinha, pude buscar informações, conhecimentos para lidar e conviver com ela de uma maneira compreensiva em relação às suas dificuldades.

Com o laudo médico de J em mãos, levei-o imediatamente para a escola, para informar sobre os medicamentos que ela passou a usar e

comecei uma busca por conhecimentos. Passei a fazer pesquisas, consultei os professores da área de psicologia do meu curso, falei sobre o Transtorno Mutismo Seletivo com os colegas acadêmicos. Todas as informações adquiridas por mim foram e continuam sendo repassadas à escola, pensando em ajudá-los para que tenham mais informações sobre como agir.

Hoje, J é uma criança que sabe dos seus desafios, sabe também que o que passou até aqui e o que já conquistou é uma vitória, pois o bloqueio por conta do mutismo atrapalha sua aprendizagem na escola, mas ela chegava em casa e refazia tudo comigo, para que a aprendizagem não fosse prejudicada. Agora, ela faz todas as atividades, tanto em casa como na escola, sozinha, já tem algumas amiguinhas na escola e, na família, já consegue olhar para as pessoas enquanto conversam com ela.

Já consegue responder perguntas com um “sim ou não” para muitos, consegue participar de atividades interativas proporcionadas pela escola, fala com a professora sempre que é preciso, responde as chamadas, pede para ir ao banheiro e muitas outras conquistas que alegram seus pais, irmãos, familiares e a todos que conhecem e interessam pela recuperação dela.

J continua estudando na mesma escola da rede pública do Distrito Federal, desde 2015, onde encontrou pessoas que a fizessem se sentir segura. Professoras que não a trataram como uma criança diferente e que a fizeram sentir-se igual às outras, que a fizeram saber que, mesmo com algumas limitações, ela era capaz de realizar todas as atividades.

Hoje J tem 9 anos de idade, está no terceiro ano do ensino fundamental, tem uma professora excelente que a ajuda e tem um olhar prestativo e incansável para a educação. As portas da escola estão sempre abertas para a família. Foi nessa relação família e escola que muitos efeitos positivos puderam emergir. A gestão da escola, assim como todos os professores, por que J tem passado, se preocupam e querem entender sobre o assunto. Um dos objetivos maiores é também conseguir ajudar e encaminhar outros alunos que passam por dificuldades escolares, seja com o transtorno mutismo seletivo ou outros transtornos e síndromes. Ainda é importante dizer que nossa luta não acaba por aqui, o tratamento é contínuo, apesar de vermos uma melhora significativa da timidez e ansiedade de J. Meu sonho maior é que ela seja uma menina autônoma, que, mesmo sabendo de suas dificuldades, consiga vencê-las e que seja muito feliz. Além do mutismo seletivo, transtorno de ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo, surge um questionamento que os profissionais que a acompanham estão fazendo sobre ela ter Altas Habilidades, o que está sendo investigado pelo COMPP. Pois ela é muito concentrada e determinada em tudo o que faz. Ela se cobra muito para fazer as coisas perfeitas, aprende inglês sozinha, tem uma coordenação motora e habilidades para artesanato que deixam muitos adultos para trás.

Em casa, J é uma criança compreensiva, estudiosa, brincalhona, sorridente, autônoma e, com outras qualidades, que não são compatíveis com o comportamento de J fora do seu convívio familiar. Fora, ela é uma criança retraída, com uma ansiedade extrema e nervosismo, que mesmo com os tratamentos e avanços, ainda tem dificuldades de relacionamentos. Mas, J já consegue tirar fotos olhando para a câmera, já olha para as pessoas quando conversam com ela e já até pediu para fazer uma festa de aniversário.

Então, saber o que se passava com minha filha foi importante, porque comecei a entender e passei as informações para minha família e escola, principalmente para seu pai e irmãos para uma melhor convivência familiar. Porque nossa luta é diária. Torna-se essencial que eles também conheçam e acompanhem o transtorno e o

desenvolvimento de J. O pai sempre nos acompanha nas consultas, o que tem facilitado o entendimento e uma relação melhor com as dificuldades que nossa filha enfrenta.

1.2. Dados da Entrevista com J

Para a obtenção de dados mais sensíveis sobre o caso de J, que é uma criança de 8 anos, do sexo feminino, atualmente no 3º ano do ensino fundamental, foram elencadas 10 questões que permitiram uma aproximação sobre como o sujeito, caso desta pesquisa, sente-se em relação à sua condição.

Questão 1: Você consegue entender por que é tímida em determinados locais e na presença de algumas pessoas? O médico já te explicou por que você é tímida?

Resposta de J: (*Sic*) “Não. O médico já explicou, mas eu não me lembro.”

Questão 2: Como se sente quando alguém pouco conhecido ou sem afinidade fala com você?

Resposta de J: (*Sic*) “Eu tenho vergonha”.

Questão 3: Você se lembra de algum momento em que você sofreu por causa da sua dificuldade de relacionamento com estranhos? Seus pais e seus irmãos são pacientes com você? Fale como é sua relação com eles. Qual deles mais a ajuda a vencer a timidez?

Resposta de J:

(*Sic*) Lembro que meu pai me bateu. Não me lembro quantos anos eu tinha. Me bateu de cinto, porque eu não quis ficar sem minha mãe e meu pai para eles trabalharem. Não quis ficar com uma mulher que me olhava. Minha mãe brigou com ele porque ele me bateu, mas meu pai nunca mais me bateu.

Questão 4: Seus pais e seus irmãos são pacientes com você? Fale como é sua relação com eles. Qual deles mais a ajuda vencer a timidez?

Resposta de J (*Sic*): “Meu pai agora tem paciência comigo, minha mãe tem paciência, mas às vezes briga comigo e meus irmãos são chatos, mas dá para aguentar (risos). Todos me ajudam, mas minha mãe é quem me ajuda mais.”

Questão 5: Quando começou a frequentar a escola, quais as dificuldades que você enfrentou? Hoje, o que você mais gosta de fazer quando está na escola?

Resposta de J: (*Sic*) “Eu quase não escrevia. Não pedia para ir ao banheiro e não brincava porque eu tinha vergonha. Hoje, eu gosto de estudar, gosto da minha professora, sempre tive colegas, mas não conseguia conversar com eles e hoje eu consigo falar com algum.”

Questão 6: Você já faz tratamento para superar as dificuldades que o mutismo seletivo causa? Nesse processo o que mais tem ajudado você a superar a timidez extrema?

Resposta de J: (*Sic*) “Tudo. A escola, o acompanhamento no COMPP, a psicóloga, os remédios e a família, mas o remédio da vergonha ajuda muito”.

Questão 7: O que mais te alegra com os resultados do tratamento? Há alguma coisa que você gosta de fazer e que antes não conseguia?

Resposta de J: (*Sic*) “Falar me alegra. Pedir para ir ao banheiro na escola. Ir nos passeios da escola”.

Questão 8: Você consegue falar com alguém que antes não falava? E existe alguém ou pessoas que você gostaria muito de falar e não consegue ainda?

Resposta de J: (*Sic*) “Sim, mas eu não me lembro do nome das pessoas que

eu consigo falar. Eu gostaria muito de falar com meu avô”.

Questão 9: O que você gostaria de fazer e ainda não consegue?

Resposta de J: (Sic) “Falar mais”.

Questão 10: Quais são seus sonhos para o futuro?

Resposta de J: (Sic): “Meu sonho é ser professora, professora montessoriana. Eu assisto uma pessoa no youtube que eu gosto muito. Me ajuda e ela fala sobre Montessori”.

4. Análise e Discussão dos dados

A partir dos dados obtidos no relato da mãe e em consonância com o que emergiu na entrevista com J, torna-se relevante analisar que a família, vinha organizada e com outros filhos quando J nasceu. Sua chegada marcou um momento de felicidade. Porém, com seu crescimento, a família se viu sem saber como lidar com as dificuldades de relacionamento interpessoal da criança, evidenciadas desde a tenra idade.

Esta situação impeliu a mãe a fazer uma busca por ajuda especializada, sendo que não encontrou de início pessoas com a capacidade de ajudá-la e dar a ela a segurança sobre como conduzir o processo. Fica evidente que havia pouco preparo e, até mesmo, pouca ou nenhuma informação sobre o Transtorno do Mutismo Seletivo, o que gerou desconforto e grande sofrimento à criança.

A própria família extensa da criança, ou seja, tios, primos e avôs sentem dificuldades de entender o que se passa e, por vezes, no relato da mãe, fica evidente que para alguns, assim como vários professores acreditaram que era certa frescura de J ou que ela não gosta das pessoas. Mas essa situação vem mudando a cada dia de acordo as informações adquiridas com o resultado do diagnóstico e tratamento do transtorno.

Na fala de J, o próprio pai bateu nela por não aceitar sua dificuldade de interação, o que a marcou fortemente. Fica evidente que, quando as pessoas não compreendem a situação como sendo um transtorno, podem agir de forma inadequada e que ainda pode piorar a situação, pois passam a insistir que a criança os reconheça e estabeleça contato, acreditando que é apenas uma timidez comum.

Segundo o DSM IV (2002):

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

Esta descrição coincide com o que narra a mãe sobre a apreensão em falar em público, uma ansiedade excessiva. O que, segundo Peixoto e Campos (2013), é uma característica prevaiente da criança. Assim como previsto, *J* apresenta comportamentos em que ela tem incapacidade para falar com algumas pessoas, principalmente fora de casa e mesmo em festas e na escola.

As mesmas autoras destacam que é comum que as crianças com mutismo tenham competência linguística preservada “e são capazes de falar com toda normalidade em lugares onde se sentem seguras e confortáveis. Por exemplo, em casa e com pessoas de seu círculo mais íntimo, tais como, pais e irmãos” (PEIXOTO & CAMPOS, 2013, p.06).

Vários acham que, por não falar em determinadas situações ou mesmo diante de pessoas conhecidas e da família extensa, o que não significa que elas não gostem das pessoas, ou que estejam chamando a atenção para si mesmas, mas, como *J* explicou seu sonho, deseja falar com o avô, que certamente ela ama. Mas que, mesmo desejando, não consegue.

De acordo com Peixoto e Campos (2013), este comportamento demonstra o grau de ansiedade e vergonha que sofrem, e as emoções as inibem de falar e expressar o que sentem. *J*, segundo a mãe, agora já consegue tirar fotos, mas ela não fita as pessoas nos olhos, o que, segundo Peixoto e Campos (2013), simboliza que sua dificuldade vai além do não falar, mas também:

em olhar nos olhos, dificuldade em sorrir, de se expressar em público, de ir ao banheiro, em comer na escola, de participar de aulas como educação física, artes, danças, bem como fazer provas orais. A percepção dessas crianças é que estão sendo observadas constantemente, por isso, seus movimentos ficam paralisados como estátua cada vez que elas se sentem avaliadas (PEIXOTO E CAMPOS, 2013, p.06).

A mãe de *J* descreve que ela tem muito medo de ser avaliada o que a paralisa e traz sofrimento. Também deve ser compreendido que o mutismo não foi algo evidenciado apenas no momento em que *J* chegou a ir à escola, mas já se evidenciava que ela se esquivava de contato com estranhos fora do ambiente familiar desde os primeiros meses de vida. Isso, por si só, já se caracteriza como algo diferente de timidez.

Mello (2017, p. 10099) aponta que por meio de observações clínicas,

constatou-se “que a incidência do mutismo seletivo, é cada vez maior no Brasil, entretanto a prevalência é de uma em cada 1.000 crianças, ou seja, pode ser encontrado em menos de 1% da população”. Assim é de grande relevância melhor compreendermos este transtorno.

Em relação ao processo de escolarização, não se deve perder de vista que os professores precisam buscar ajuda e informação, de forma que conquistem uma adequada condução tanto da criança quanto da turma. Peixoto e Campos (2013, p.06) descrevem “que na escola, algumas estratégias devem ser utilizadas pelo docente para auxiliar a criança em tratamento”.

Dentre elas, as autoras destacam a importância de: permitir à criança inicialmente uma comunicação não verbal, para, depois, ir aos poucos, conquistando a oral; evitar que os colegas respondam por ela; ofertar uma gradual possibilidade de que a criança exponha oralmente algo mesmo simples; quando possível mudar as carteiras para grupos; elogiar e reforçar as atitudes positivas de interação seja com elogios orais ou por escrito; dar suporte às tentativas de enfrentamento a situações interpessoais; sempre que possível, pedir que a criança faça entregas de materiais em sala e fora dela; buscar o contato verbal longe dos colegas e não deixar a criança como centro das atenções ou em evidência; não fazer comparações; não permitir que os colegas façam insultos ou piadas; orientar a turma para que ajudem e participem nos incentivos; usar sempre os mesmos métodos de avaliação.

A hipótese inicial em que se imaginava que havia pouco preparo e até desconhecimento dos professores e da escola de forma geral sobre este transtorno é confirmada. Pois as situações descritas pela mãe, nos primeiros momentos da fase de escolarização de *J* evidenciam que ainda há pouca formação neste sentido e uma falta grande de informação das escolas de modo geral. Foi preciso conquistar a escola, estar ali e até mesmo levar os dados clínicos e orientar a escola.

5. Considerações Finais

Ao se concluir este trabalho, pode-se afirmar que ainda são muitas as dificuldades do indivíduo com mutismo seletivo, também são muitas as dificuldades em relação ao atendimento oferecido aos indivíduos que têm este transtorno. Por isso, torna-se importante o conhecimento que este trabalho oferece. Fica evidente que, com o atendimento adequado, podem-se obter

melhorias para o indivíduo que tem o mutismo. O transtorno também está acompanhado de ansiedade e do transtorno obsessivo compulsivo (TOC).

As limitações de pessoas, principalmente de crianças, acometidas pelo mutismo vão além da impossibilidade de falar e/ou se comunicar, pois a timidez extrema que esse transtorno produz, impede a criança de brincar e expressar seus sentimentos. Há uma grande importância em buscar o apoio da escola e que ela esteja preparada, que a sala seja o espaço em que gradativamente a criança vá sendo inserida e vá evoluindo, no seu ritmo, vencendo cada fase aos poucos. Assim, ela será incentivada e não cobrada. Nunca deixada de lado.

Com a criança citada no caso, esses desafios têm sido grandes, pois ela adquiriu ferramentas para a defesa de sua timidez como, o isolamento e outras consequências que aumentavam o seu sofrimento. Mas, após a ajuda de profissionais da área da saúde mental e da educação, a criança, assim como as pessoas que a rodeiam têm visto uma melhoria significativa para a diminuição de seu sofrimento. Essa melhoria fez com que fosse percebido que os desafios continuam, mas agora com as ferramentas adequadas, com a busca frequente de teorias e técnicas que melhoram a capacidade de convívio social que é o intuito das terapias.

No estudo de caso, observa-se que as falhas de pessoas de seu convívio, que por não conhecerem sobre o transtorno, dificultam a independência de relações do mutista, gerando prejuízos consideráveis na sua vida social e aprendizagem. Este caso abre um leque de possibilidades de estudo, para ampliar o conhecimento do Transtorno do Mutismo Seletivo, que poderão ajudar indivíduos a sanarem suas dúvidas e até mesmo ajudá-los a não desistir e a buscar alternativas e tratamentos para uma melhoria do seu quadro.

Há muitos estudos sobre o mutismo seletivo e se torna importante buscar uma compreensão sobre o transtorno e um olhar atencioso para identificar crianças que possam estar sendo prejudicadas em sua aprendizagem educacional, assim como sendo impedidas de um desenvolvimento pleno também na sua vida social. A busca deve ser constante para elaborar técnicas de intervenção e também uma investigação que possam facilitar a vida de pessoas com mutismo seletivo, respeitando e avaliando o progresso de cada um, as suas necessidades e suas características individuais.

Cabe lembrar que cada caso é um caso. Obviamente, por ter sido uma

identificação precoce e uma busca igualmente adiantada de atendimento, hoje *J* já conquistou grandes avanços e é uma criança que volta aos poucos a sonhar e a perceber que pode evoluir e alcançar o que quiser.

Por outro lado, deve-se perceber que a formação de professores no sentido de favorecer e subsidiar o atendimento a estas crianças, sempre buscando ajudá-las no momento de inclusão em turmas do ensino regular, é imprescindível. Mas parece-nos ainda insuficiente, para que muitas crianças e até seus familiares possam ser acompanhados adequadamente e, no futuro, ao se tornarem adultas estas crianças possam ser felizes e realizadas em suas vidas.

Referências

ANDRADE, Maria Margarida de (2003). **Introdução a metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 6ª edição. Ed. Atlas. São Paulo: 2003.

APA - Association, American Psychological. (2010). **Dicionário de Psicologia**. Editora Artmed. APA 2010.

ARNOLD, W; EYSENCK, Hans Junger; MEILI, R. (1994). **Dicionário de Psicologia**. São Paulo: Ed.Loyola 2º edição.

AZEVEDO, Tiago (2016). **Psicoativo**. Diferenças entre timidez e fobia social. Disponível em: <<http://psicoativo.com/2016/09/diferencas-timidez-fobia-social.html>> Acesso em 29 de agosto de 2017.

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva (2006). **Dicionário Técnico de Psicologia**. Ed. 14ª. Editora Cultrix, São Paulo: 2006.

CHAVES, Érica. **Silêncio que preocupa** Mutismo seletivo. Revista Veja, Edição 1955. Editora Abril, 10 de maio 2006, p.76. Disponível em: <<https://acervo.veja.abril.com.br/index.html#/edition/1955?page=76§ion=1&word=mutismo%20seletivo>>. Acesso em 06 de maio de 2017.

DSM V **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5/ (American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.) revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli . (et al.) 5. Ed. Porto Alegre; Artmed, 2014.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: American Psychiatric Association. Tradução: Cláudia Dornelles; 4. ed. rev. Porto Alegre; Artmed, 2002.

FIGUEIREDO, Priscila (2015). **É timidez ou mutismo seletivo?** Psicologia para

curiosos. Disponível em: <<http://www.psicologiaparacuriosos.com.br/e-timidez-ou-mutismo-seletivo/>> Acesso em 30 de agosto de 2017

GALIMBERTI, Humberto (2010). **Dicionário de psicologia**. São Paulo: Ed. Edições Loyola. 2010.

MELLO, Cheila Dionisio de. **Transtorno do Mutismo Seletivo: algumas considerações sobre a recusa da fala**. Formação de Professores: contextos, sentidos e práticas. IV Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. SIERSSE. EDUCERE – XIII Congresso Nacional de Educação. PUCPR - 28 a 31 de agosto de 2017 na cidade de Curitiba/Paraná. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/23683_11709.pdf> Acesso em 18 de outubro de 2017.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo; CAMPOS, Luciana de Almeida (2013). **Habilidades sociais e educação: O desafio do mutismo seletivo em sala de aula**. Edu. Tec. Revista científica digital da FAETEC, v. 2, n. 1, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <faeterj-caxias.net/revista/index.php/edutec/article/download/219/226>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo. **Mutismo Seletivo: Prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental**. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia – UFRJ: 2006. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp023820.pdf>>. Acesso em 18 de março de 2017.

Redação Doutíssima (2015). **Mutismo seletivo é considerado uma forma extrema de timidez**. Fortíssima. Disponível em: <<https://fortissima.com.br/2015/07/12/mutismo-seletivo-e-considerado-uma-forma-extrema-de-timidez-14702771/>>. Acesso em 29 de agosto de 2017.

RIBEIRO, Célia Margarida (2013). **O Mutismo Seletivo e a ludoterapia**. Mestrado em Ciência da Educação na especialidade em domínio cognitivo-motor. Lisboa-Portugal. 2013. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4013/1/C%C3%A9liaRibeiro.pdf>>. Acesso em 13 de março de 2017.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia Alcott (2007). **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9º Edição. Editora Artmed, Porto Alegre: 2007.