

# **Anais da Jornada de Mutismo Seletivo**

Anais da Jornada de Mutismo  
Seletivo. Anais...Rio de Janeiro(RJ)  
Ansiedade e Mutismo, 2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AN532      Anais da Jornada de Mutismo Seletivo. Anais...Rio de Janeiro(RJ)  
Ansiedade e Mutismo, 2025

Disponível em [www.even3.com.br/anais/vijornadamutismoseletivo-605790](http://www.even3.com.br/anais/vijornadamutismoseletivo-605790)

ISBN: 978-65-272-1877-7

1. Psicologia 2. Psicologia 3. Psicologia

Ansiedade e Mutismo

CDD - 370

## **CORPO EDITORAL**

### **COMISSÃO CIENTÍFICA**

FRANCILENE TORRACA

ANA CLAUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO

### **COMISSÃO ORGANIZADORA**

FRANCILENE TORRACA

LISE ORTIZ

## **Programa Borboleta: Psicoeducação parental como instrumento de intervenção no Mutismo Seletivo**

Autora: Francilene Rosa Torraca – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

### **Resumo**

O Programa Borboleta foi desenvolvido como produto de pesquisa de mestrado (Torraca, 2024) com o objetivo de psicoeducar pais e cuidadores de crianças com Mutismo Seletivo (MS), utilizando-se da abordagem cognitivo-comportamental e da estrutura de grupos de orientação parental. O MS é definido pelo DSM-5 (APA, 2014) como um transtorno de ansiedade social, caracterizado pela incapacidade persistente de falar em situações específicas, apesar da fala preservada em outros contextos. Estudos apontam a relevância da inibição comportamental e da ansiedade social como fatores de risco significativos, bem como o papel modelador dos cuidadores na manutenção do comportamento mudo (Peixoto, 2006; Muris & Ollendick, 2021).

A dissertação deu origem a um programa estruturado em oito encontros psicoeducativos de 90 minutos, com módulos voltados à compreensão do transtorno, manejo da ansiedade, treino parental, estratégias de comunicação e generalização da fala em contextos naturais. A metodologia envolveu abordagem quanti-qualitativa, com 68 crianças e 23 pais avaliados por meio de instrumentos padronizados, como o Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Estilos Parentais (IEP). Os resultados evidenciaram prevalência de sintomas internalizantes, retraimento social, timidez e problemas atentos nas crianças, e níveis elevados de ansiedade, depressão e evitação nos pais, reforçando a importância da intervenção parental.

Os encontros do programa enfatizaram a corresponsabilidade dos pais como co-terapeutas, promovendo o aprendizado sobre reforçamento positivo, manejo de situações ansiogênicas e estratégias para facilitar a eliciação da fala e sua manutenção em novos contextos sociais. O modelo apoia-se em fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e em práticas de exposição gradual, desvanecimento de estímulos e treino de resposta verbal dirigida, inspirando-se também nas evidências apresentadas no estudo de Peixoto, Torraca e Ganem (2022), que demonstrou a eficácia de intervenções adaptadas para o formato on-line durante a pandemia de Covid-19.

Os achados indicam que a psicoeducação sistematizada para pais e cuidadores promove redução da ansiedade parental, ampliação da compreensão sobre o MS e melhoria da comunicação entre família e escola, impactando diretamente no progresso terapêutico das crianças. O Programa Borboleta constitui-se, assim, em uma estratégia inovadora e replicável, voltada à formação de famílias co-interventoras e à disseminação de conhecimento científico sobre o mutismo seletivo, representando um avanço na interface entre pesquisa, prática clínica e políticas públicas de saúde mental infantil.

### Palavras-chave:

Mutismo Seletivo; Psicoeducação Parental; Terapia Cognitivo-Comportamental; Ansiedade Infantil; Programa Borboleta.

### Referências

- Torraca, F. R. (2024). Programa Borboleta: Psicoeducação para pais e cuidadores de crianças com mutismo seletivo. Dissertação de Mestrado, UFRRJ.
- Peixoto, A. C. A., Torraca, F., & Ganem, N. (2022). Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo em paciente com TEA. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(2), 223-230.
- Torraca, F. R., Peixoto, A. C. A., Santos, A. C. F., Dias, L. S. M., & Roeles, B. E. S. (2025). Avaliação de crianças com mutismo seletivo e funcionamento de pais. *Revista Caderno Pedagógico*, 22(4), 1-20.

# Além do Silêncio – Manejo Clínico do Mutismo Seletivo

Beatriz Cristina de Oliveira Carlos Moreira

---

## Resumo

O presente trabalho tem como objetivo relatar experiências clínicas no manejo do mutismo seletivo em uma paciente com o diagnóstico, acompanhada nos contextos escolar e clínico, a partir da aplicação da técnica de dessensibilização sistemática, com objetivo de atingirmos o comportamento-alvo: construção da fala. A intervenção ocorreu ao longo de quinze meses, entre março de 2023 e junho de 2024. A paciente, cuja identidade será preservada em conformidade com as diretrizes éticas do Conselho Regional de Psicologia (CRP), será identificada como “L”. Busca-se refletir sobre estratégias eficazes, destacando os avanços observados ao longo do processo terapêutico, a integração com a escola e o envolvimento da família, além de ressaltar a relevância do tripé: técnica, acolhimento e tempo, como elementos essenciais para o sucesso no tratamento do mutismo seletivo.

## Introdução

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade caracterizado pela incapacidade persistente de falar em determinadas situações fóbicas, apesar de a criança se comunicar verbalmente em contextos nos quais se sente segura, como no ambiente familiar. Frequentemente identificado na idade escolar, o transtorno pode comprometer o desenvolvimento escolar, emocional e social da criança.

No tratamento do mutismo seletivo, a dessensibilização sistemática tem se mostrado uma intervenção eficaz, desde que conduzida de forma planejada, gradual e estruturada (Peixoto, Caroli & Mariama, 2017). A prática clínica evidencia que estratégias organizadas, associadas ao acolhimento emocional e ao respeito pelo ritmo individual, são fundamentais para favorecer avanços consistentes na comunicação.

Neste trabalho, propõe-se refletir sobre tais estratégias a partir do tripé terapêutico: acolhimento, técnica e tempo, que se mostrou essencial na prática clínica, ressaltando os progressos observados ao longo do processo terapêutico.

## **Metodologia**

### **Relatos de caso observados na clínica – Etapa 1**

O processo de dessensibilização com os pais da paciente L. iniciou em sessão de anamnese. Na semana seguinte, a paciente chegou à clínica e, durante as primeiras duas sessões, não se comunicou verbalmente, utilizando gestos para pedir brinquedos. Foram utilizados nessa etapa desenhos, massinha, jogos de tabuleiro, bonecas, *slime* e outros brinquedos como estímulos para interação. L. Apresentou resistência à presença da terapeuta, com níveis elevados de ansiedade, o que é frequente em quadros de mutismo seletivo, já que a ansiedade é considerada um dos fatores centrais do transtorno (MARTINS et al., 2015).

A partir da terceira sessão, iniciou comunicação gestual e visual; na sexta sessão, já havíamos estabelecido vínculo terapêutico e também comunicação verbal, a paciente pronunciando poucas palavras em tom baixo. Na décima segunda sessão, decidimos em conjunto, família, terapeuta e supervisora clínica, iniciar o processo de dessensibilização na escola de forma segura. L. foi atendida na clínica durante quatorze sessões, em um período médio de três meses. O tempo é um fator determinante para o sucesso da construção da fala dos pacientes, podendo variar de um para outro.

Afetuosamente, após a decisão do início no ambiente escolar e comunicada à paciente sobre a transição para a escola, realizamos dois passeios próximos à instituição para a aproximação do contexto escolar, prosseguindo com o processo de exposição gradual. O processo de dessensibilização fora da clínica começou com um passeio próximo à escola, preparando a paciente para o novo ambiente, em concordância com Kurtz (2014), ao enfatizar a necessidade de exposições graduais em diferentes contextos. Todo o processo foi cuidadosamente planejado, considerando o nível de ansiedade da paciente.

Antes do início na escola, a mesma proposta de psicoeducação foi estendida inicialmente para a coordenação e professores, depois ampliada para o manejo junto aos

demais alunos. Entre as orientações fornecidas à equipe escolar, destacou-se que o objetivo inicial não deveria ser forçar a aluna a falar, mas sim proporcionar um ambiente seguro e confortável, permitindo que a fala surgisse espontaneamente. Também foi enfatizada a importância de evitar colocá-la em evidência ou no centro das atenções, além de oferecer estímulos e apoio para lidar com a ansiedade.

A terapia de exposição gradual permite que as crianças demonstrem aproximações sucessivas para superar seus medos (TORRACA, 2024). Em geral, a utilização de uma abordagem sistemática aumenta a probabilidade de as crianças serem bem-sucedidas na participação em tarefas de exposição, embora retraimentos inesperados possam ocorrer no processo.

## **Relatos de caso observados na escola – Etapa 2**

O processo de dessensibilização sistemática na escola começou após a conclusão da etapa anterior, com êxito na fala e exposição gradual para aproximação da terapeuta ao ambiente escolar. Nos primeiros onze encontros, a paciente esteve apenas com a terapeuta, em uma sala reservada na escola. No primeiro encontro, apresentou elevado nível de ansiedade e verbalizou pouco, em volume baixo, o que já era esperado neste momento.

Foram utilizados massinha, miçangas para confecção de pulseiras e desenhos para colorir como recurso e como atividade de baixa demanda verbal. Entre a quarta e a quinta sessão, a fala começou a surgir, permitindo conversas e interações durante as brincadeiras, o que corrobora Lopes e Peixoto (2015), ao destacar o brincar como ferramenta essencial para estimular a comunicação.

Durante essa primeira subetapa na escola, jogos e brincadeiras foram utilizados como facilitadores e estímulos para a interação. Após o êxito nessa fase, passou-se para a subetapa dois na escola, em que uma amiga foi inserida. Já na primeira sessão com a nova integrante do nosso grupo, a paciente conseguiu verbalizar, embora novamente diminuindo o volume e também a frequência das falas. No início de cada subetapa observou-se elevado nível de ansiedade da paciente, mas, com segurança, construiu-se um caminho de confiança para que a fala voltasse a aparecer de forma espontânea.

Mantiveram-se oito encontros com essa configuração e, após isso, foi inserida uma nova amiga na terceira subetapa. A comunicação inicial na presença das colegas era gestual ou feita por meio de cochichos no ouvido da primeira amiga inserida, a qual tinha

mais proximidade. É importante que, a cada etapa, a criança esteja voltada a apenas uma intervenção por vez, evitando o aumento excessivo da ansiedade e garantindo tempo adequado para lidar com cada nova conquista de forma confortável (MARTINS et al., 2015).

Nessa subetapa, estavam presentes a terapeuta, a paciente e duas colegas. Esse processo durou doze encontros até a consolidação de fala funcional e a inserção de uma nova participante. Gradativamente foram inseridas a terceira e a quarta amiga no grupo, seguindo o mesmo processo. Ao final das etapas, o grupo contava com seis integrantes: a terapeuta, a paciente e quatro amigas. Outro ponto relevante foi respeitar o nível de segurança da paciente em cada fase. Quando havia necessidade, permanecia-se mais tempo em alguma fase, o que reforça a importância de respeitar o ritmo individual (PEIXOTO; CAROLI; MARIAMA, 2017).

Entre os recursos utilizados, destacaram-se jogos como Uno, jogo da memória, massinha, pulseirinhas, balões e cadernos de desenho. Nas fases iniciais, os jogos não exigiam verbalização; já na última etapa foram utilizados recursos musicais, para que a paciente pudesse cantar, e o jogo “Quem é você?”, que estimulava a formulação de perguntas, aumentando os estímulos de fala.

Na quinta subetapa na escola, a dessensibilização foi realizada com a professora da paciente, que inicialmente permanecia sentada do lado de fora da sala. Esse processo durou treze encontros. A professora sentava do lado de fora, em uma mesa, onde era possível o contato visual entre aluna e professora. O objetivo era que a paciente conseguisse se comunicar verbalmente com as amigas, tolerando a presença da professora. Nessa etapa, voltamos a uma diminuição verbal inicial: a paciente demonstrou desconforto e diminuiu o volume e frequência de fala, cochichando no ouvido das amigas e da terapeuta. No sétimo encontro, a fala começou a surgir. Durante o processo de dessensibilização, permitir que a criança esteja em situações que são desafiadoras a um grau tolerável lhe dará a experiência necessária para aprimorar suas habilidades (TORRACA, 2024).

Ao fim do ano letivo e no início do próximo, uma nova professora foi apresentada e não foi possível concluir a quinta subetapa, onde a professora seria inserida na sala reservada. Mas a paciente já verbalizava de forma generalizada em outros ambientes com as amigas, como no pátio, no parquinho e na quadra, evidenciando o sucesso da técnica e do manejo.

Após 15 meses de intervenções, os resultados evidenciaram o retorno às verbalizações, o que confirma achados de Torraca (2024) sobre a importância de processos terapêuticos contínuos e integrados. Paralelamente, foram realizadas orientações à família e à escola. O processo é sistêmico e só ocorre com a cooperação de ambos. Os pais precisam ser psicoeducados para não reforçarem os medos dos filhos, para não aumentarem a ansiedade nem transmitirem suas próprias inseguranças. A escola, por sua vez, deve estar disponível para que o terapeuta realize o acompanhamento e tenha disponível de forma cooperativa ajuda com estrutura, tempo e muito acolhimento para que o terapeuta possa realizar a aplicação do protocolo.

A cada subetapa concluída, uma sessão de conquistas foi realizada, com ritual simbólico: foram realizados encontros de festas com balões, chocolate e presentes para o grupo. Na última sessão, o grupo recebeu um caderno da “amizade” como presente, o que deixou a paciente muito feliz e confiante de seus avanços. Durante a aplicação do protocolo, antes da entrada de uma nova integrante, a subetapa anterior era sinalizada e celebrada. Recomendou-se atenção da professora para que colegas não a intimidassem, zombassem ou falassem por ela, ressaltando que a postura do professor serviria de modelo.

Na última sessão no ambiente escolar, a paciente já verbalizava em bom tom, conversava, brincava e demonstrava, comportamentalmente, que seu nível de ansiedade havia diminuído. A paciente apresentou generalização de fala, que foi relatada pela professora, como em quadras, parquinho e na hora do intervalo. A missão estava cumprida: a paciente estava segura de sua capacidade de superar desafios e gerenciar sua ansiedade.

---

### Hierarquia de Estímulos – Escola

| Nível | Estímulo / Contexto                                              | Resposta Esperada                             | Observações                    |
|-------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| 1     | Brincar sozinha com a terapeuta em sala reservada na escola      | Comunicação gestual simples (apontar, acenar) | Redução da ansiedade inicial   |
| 2     | Jogos de baixa demanda verbal (massinha, desenho, quebra-cabeça) | Sons, risos, respostas não verbais            | A terapeuta modela a interação |

| <b>Nível</b> | <b>Estímulo / Contexto</b>                                              | <b>Resposta Esperada</b>                            | <b>Observações</b>                                                                                                                                   |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3</b>     | Jogos com perguntas simples (ex.: “qual cor você quer?”)                | Respostas de uma palavra, em tom baixo              | Início da fala funcional                                                                                                                             |
| <b>4</b>     | Consolidação da fala funcional em sala reservada (apenas terapeuta)     | Respostas verbais em tom adequado, com mais clareza | Comunicação verbal consolidada                                                                                                                       |
| <b>5</b>     | Inserção de 1 amiga próxima em sala reservada na escola                 | Pequenas trocas verbais com a amiga                 | Reforço positivo indireto                                                                                                                            |
| <b>6</b>     | Inserção de grupo de 2–4 amigas em sala reservada na escola             | Respostas curtas dirigidas ao grupo                 | Jogos como Uno ou Jogo da Memória                                                                                                                    |
| <b>7</b>     | Conversa com as amigas com a professora ao lado de fora da sala de aula | Verbalizar tolerando a presença da professora       | Progressão gradual da exposição                                                                                                                      |
| <b>8</b>     | Conversa com a professora dentro da sala reservada                      | Diálogos curtos, espontâneos                        | Etapa não realizada devido ao início das férias                                                                                                      |
| <b>9</b>     | Participação em atividades coletivas (jogos, roda de conversa)          | Comunicação mais natural e em tom adequado          | Generalização para contextos escolares ampliados (quadra, parquinho e pátio). Ainda com dificuldade de comunicação com a professora em sala de aula. |

## Resultados e discussões

Os resultados apontaram uma progressiva diminuição dos níveis de ansiedade frente aos estímulos temidos, aumento da autoconfiança e maior adaptação em situações anteriormente evitadas. Conclui-se que a dessensibilização sistemática foi eficaz nesse caso específico, ressaltando a importância da aplicação criteriosa da técnica e do acompanhamento contínuo. Este relato reforça o valor dos estudos de caso na compreensão de processos terapêuticos individuais e na formação clínica em psicologia.

Durante a fase inicial do processo terapêutico, a paciente demonstrava elevado nível de ansiedade ao relatar situações relacionadas ao estímulo fóbico, apresentando sintomas como ansiedade elevada, fuga e esquiva verbal. A hierarquia de estímulos foi construída em conjunto, e a paciente foi gradualmente exposta a estímulos de maior intensidade, apresentando uma melhora significativa na autorregulação emocional e redução da resposta de esquiva.

Ressalta-se a importância do acompanhamento multidisciplinar: a escola deve preparar ambiente seguro e orientar professores; os pais devem oferecer suporte, controlar ansiedade e evitar cobranças excessivas; o terapeuta deve sinalizar avanços com reforço positivo, aplicar as técnicas adequadas, supervisionar e orientar adequadamente familiares.

Durante as sessões finais, foi possível realizar exposições a situações anteriormente evitadas, com manutenção do controle emocional e verbalizações positivas quanto à superação do medo. Ao final do processo, observou-se uma diminuição considerável da resposta fóbica, aumento da sensação de autoeficácia percebida pela paciente e progressiva retomada da comunicação verbal nos contextos anteriormente marcados pelo silêncio. A aplicação da dessensibilização sistemática mostrou-se eficaz, permitindo que a criança desenvolvesse confiança e reduzisse a ansiedade associada à fala.

Foi fundamental o respeito ao tempo subjetivo da paciente, bem como a construção de um ambiente terapêutico seguro, acolhedor e livre de pressões. Nesse sentido, reforça-se a importância do tripé: técnica, acolhimento e tempo, como base essencial para a evolução positiva da paciente. O trabalho em rede, com a participação ativa da família e da escola, contribuiu significativamente para a consolidação dos avanços, evidenciando que a paciente chegou ao nível de generalização de fala ao décimo quinto mês de intervenções, resultando em grande alegria para familiares, professores e terapeuta.

Esses resultados indicam que, embora o progresso possa ser gradual, ele é possível e duradouro quando o manejo clínico é realizado de forma empática, estruturada e colaborativa, respeitando as necessidades individuais da criança e promovendo seu desenvolvimento integral.

### **Considerações finais**

O mutismo seletivo exige um olhar clínico cuidadoso, que respeite a individualidade de cada criança. O tratamento deve valorizar o acolhimento emocional, a aplicação estruturada de estratégias para a construção da fala e a progressão gradual, respeitando o ritmo próprio da criança. Esses três elementos proporcionaram segurança e confiança à criança e à família durante o processo.

A experiência aqui relatada evidencia que intervenções baseadas na dessensibilização sistemática, combinadas ao trabalho em equipe e ao acolhimento interdisciplinar, podem promover avanços significativos na comunicação e no bem-estar da paciente. A escuta qualificada e o envolvimento de todos os contextos de vida da criança, como a clínica, a escola e a família, são essenciais para a efetividade do tratamento. Além disso, a documentação cuidadosa do progresso, a reflexão contínua sobre estratégias aplicadas e a adaptação às respostas da criança reforçam a necessidade de um acompanhamento prolongado e individualizado. Tais práticas permitem que o manejo do mutismo seletivo seja conduzido de maneira ética, assertiva e centrada na criança, garantindo resultados mais consistentes e duradouros.

Embora desafiador, esse processo de construção é belo, reconfortante e especial. Cada pequeno avanço, cada tentativa de comunicação da criança, representa não apenas o progresso clínico, mas também o fortalecimento do vínculo entre terapeuta e paciente. A jornada compartilhada envolve dedicação, paciência e sensibilidade, permitindo que o profissional vivencie momentos de alegria, surpresa e gratidão, enquanto acompanha a criança desabrochando em sua própria voz. Essa experiência reforça que a terapia vai além da técnica: é também um espaço de cuidado, confiança e transformação mútua, em que tanto a criança quanto o terapeuta crescem e aprendem juntos.

## **Referências**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KURTZ, M. Selective Mutism: An Integrative Approach. London: Routledge, 2014.

LOPES, Alessandra Pereira; PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo. Relato de caso na pré-escola para mutismo seletivo. In: 13ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental. Rio de Janeiro: UERJ/UFRJ, 2015.

MARTINS, Renata Porto et al. Mutismo seletivo: revisão de literatura. Revista Distúrbios da Comunicação, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 544-554, 2015.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo; CAROLI, Andréa Lúcia Guimarães; MARIRAMA, Silvia Regina. Mutismo seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 53-60, 2017. Disponível

em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872017000100003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100003). Acesso em: 22 set. 2025.

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

# QUANDO A ANSIEDADE CALA: MUTISMO SELETIVO E A CLÍNICA DO VÍNCULO

Anne Karoline Santos

## Resumo

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade caracterizado pela dificuldade persistente de comunicação verbal em contextos sociais específicos, apesar de a criança apresentar fala preservada em outros ambientes. Este trabalho tem como objetivo discutir a relevância do olhar clínico para além do sintoma do silêncio, enfatizando a construção do vínculo como ferramenta terapêutica central. A metodologia baseia-se em revisão teórica e em reflexões advindas da prática clínica com crianças e famílias. Observa-se que, ao compreender o mutismo seletivo não apenas como ausência de fala, mas como expressão de um sofrimento relacional, abre-se espaço para intervenções mais humanizadas, capazes de ressignificar a experiência da criança. Espera-se que a discussão contribua para ampliar o repertório dos profissionais da área, sensibilizando-os para estratégias que privilegiem vínculo, segurança emocional e integração familiar no processo terapêutico.

Palavras-chave: Mutismo seletivo; Ansiedade; Vínculo terapêutico; Clínica infantil; Intervenção psicossocial.

## Introdução

O mutismo seletivo, classificado pelo DSM-5 como um transtorno de ansiedade social, é ainda frequentemente subdiagnosticado ou confundido com timidez extrema e transtornos de linguagem. Essa invisibilidade clínica compromete o acesso das crianças e famílias a intervenções adequadas. Mais do que a ausência da fala, o silêncio representa um sintoma complexo, frequentemente associado a medo, insegurança e dificuldades relacionais. Estudos indicam prevalência inferior a 1% na população infantil, com maior incidência em meninas e início mais comum na idade escolar (APA, 2014; BLACK; UHDE, 1992; REMSCHMIDT et al., 2001). Pesquisas recentes demonstram que fatores ambientais e padrões parentais de acomodação da ansiedade podem contribuir para a manutenção do quadro (MURIS; OLLENDICK, 2021; LEWIS-MORRARTY et al., 2012). Nesse contexto, a clínica psicológica se propõe a ir além da remissão do sintoma, oferecendo um espaço seguro de elaboração emocional e ressignificação do silêncio (TORRACA et al., 2025).

## **Método**

Trata-se de um estudo de natureza teórico-reflexiva, ancorado na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e em abordagens que valorizam a relação terapêutica como mediadora da mudança. A análise é complementada por experiências clínicas com crianças e famílias em contextos individuais e grupais. As intervenções descritas utilizam recursos lúdicos, narrativas, metáforas e jogos terapêuticos, com o objetivo de promover regulação emocional, redução da ansiedade e eliciação gradual da fala. O trabalho também dialoga com produções científicas recentes sobre práticas de intervenção familiar e psicoeducação no mutismo seletivo (PEIXOTO; TORRACA; GANEM, 2022).

## **Resultados e Discussão**

A prática clínica evidencia que o progresso terapêutico em casos de mutismo seletivo está intimamente relacionado à qualidade do vínculo estabelecido entre terapeuta, criança e família. Quando a criança se sente acolhida e validada emocionalmente, há maior probabilidade de redução da ansiedade e emergência espontânea da fala. O envolvimento familiar se mostra fator protetivo essencial, pois reduz padrões de evitação e expectativas disfuncionais. A literatura também indica que a inibição comportamental e a timidez excessiva constituem fatores de risco relevantes, reforçando a necessidade de intervenções precoces para evitar impactos sobre o desempenho escolar e o desenvolvimento social (CANDEIAS, 2018; COHAN; CHAVIRA; STEIN, 2006; TORRACA et al., 2025). As estratégias lúdicas e simbólicas se revelam fundamentais para transformar o silêncio em ponte comunicativa, favorecendo a expressão emocional e o sentimento de pertencimento.

## **Conclusão**

O mutismo seletivo exige do profissional uma escuta sensível e integrada, que compreenda o silêncio como expressão de um sofrimento relacional e não apenas como ausência de fala. A clínica do vínculo emerge como abordagem potente ao sustentar um espaço de confiança, segurança e empatia, promovendo a superação gradativa da ansiedade e o desenvolvimento da autonomia comunicativa. Recomenda-se que a prática clínica esteja articulada a ações interdisciplinares com a escola e a família, de modo a consolidar redes de apoio e reduzir estigmas associados ao transtorno. Como perspectivas futuras, destaca-se a importância de ampliar pesquisas e formações sobre o tema no contexto brasileiro, consolidando práticas baseadas em evidências e centradas na criança.

## Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BLACK, B.; UHDE, T. W. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 31, n. 5, p. 830-836, 1992.
- CANDEIAS, A. J. Inibição comportamental, ansiedade social e mutismo seletivo: reflexões sobre processos de manutenção. *Revista Portuguesa de Psicologia*, v. 52, p. 45-59, 2018.
- COHAN, S. L.; CHAVIRA, D. A.; STEIN, M. B. Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 47, n. 11, p. 1085–1097, 2006.
- LEWIS-MORRARTY, E. et al. Parenting behaviors and anxiety in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 40, p. 77-87, 2012.
- MURIS, P.; OLLENDICK, T. H. Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v. 18, n. 2, p. 151–169, 2015.
- PEIXOTO, A. C. de 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*, v. 18, n. 2, p. 223-230, 2022.
- REMSCHMIDT, H. et al. Follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 251, n. 6, p. 284-296, 2001.
- TORRACA, F.; PEIXOTO, A. C.; SANTOS, A. C. F.; DIAS, L. S. M.; ROELES, B. E. S. Mutismo seletivo: desafios clínicos e educacionais no enfrentamento da ansiedade infantil. *Caderno Pedagógico*, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 01-20, 2025. Disponível em: <<https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/14142/7985>>. Acesso em: 25 set. 2025.

# SILÊNCIOS QUE ENSINAM: O TERAPEUTA TAMBÉM APRENDE

Lise Mari Ortiz

## Resumo

Este estudo teve como objetivos descrever um recorte de atendimento psicológico supervisionado de uma criança com mutismo seletivo, refletir sobre os aprendizados adquiridos pela profissional e analisar as percepções de pais quanto à eficácia de tratamentos psicológicos, propondo a capacitação profissional como caminho necessário. A metodologia envolveu análise documental de registros clínicos e de 511 formulários respondidos por pais participantes de sete edições do Grupo de Orientação a Pais. Os resultados revelaram que 61% dos responsáveis relataram ausência de avanços na fala após tratamentos psicológicos prévios. Em contrapartida, o caso supervisionado demonstrou progresso significativo na comunicação verbal, sustentado por técnicas de exposição gradual, reforçamento positivo e desvanecimento do estímulo. O estudo reforça que o fator determinante não é apenas o acesso ao atendimento, mas a especificidade e qualidade da intervenção, destacando a importância da supervisão e da formação especializada. Ao articular esses achados ao estudo de Torracca et al. (2025), que evidenciou elevados níveis de ansiedade e comportamentos evitativos em pais de crianças com mutismo seletivo, este trabalho amplia a compreensão de que a efetividade terapêutica depende também da inclusão parental e do manejo conjunto das dinâmicas familiares.

Palavras-chave: Mutismo seletivo; Formação do psicólogo; Supervisão clínica; Ansiedade infantil; Intervenção parental.

## Introdução

O Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade caracterizado pela incapacidade persistente de falar em contextos sociais específicos, apesar de a linguagem estar preservada. A literatura aponta prevalência inferior a 1% na população infantil e início geralmente na fase escolar (APA, 2014; BLACK; UHDE, 1992). No Brasil, o manejo clínico ainda é incipiente, refletindo a escassez de formação específica. Tal lacuna é evidenciada por Ortiz e Torracca (2025), que identificaram em estudo documental que 61% dos pais de crianças com MS relataram ausência de avanços na fala após intervenções psicológicas não especializadas. Corroborando, Torracca et al. (2025) evidenciaram em seu estudo sobre o

funcionamento de pais de crianças com MS a presença de altos índices de ansiedade, retraimento e superproteção parental — variáveis que podem reforçar os padrões de evitação da criança. Assim, compreender a dimensão parental e relacional do transtorno é essencial para a efetividade do tratamento e para o aprendizado clínico do terapeuta, que também se transforma ao lidar com o silêncio.

## **Método**

A pesquisa seguiu uma abordagem teórico-reflexiva e documental. Foram analisados os registros de um caso clínico supervisionado de uma criança com mutismo seletivo, tratados sob o referencial da Terapia Cognitivo-Comportamental, utilizando técnicas de exposição gradual, reforçamento positivo e desvanecimento do estímulo (Peixoto et al., 2005). Também foram examinados dados de 511 formulários de pais participantes do Grupo de Orientação a Pais, questionando se o tratamento psicológico anterior havia promovido avanços na comunicação verbal da criança. Os resultados foram interpretados qualitativamente, à luz da literatura recente sobre o papel dos pais e a formação de terapeutas especializados em MS.

## **Resultados e Discussão**

Os resultados mostraram que 61% dos pais afirmaram não observar melhora na fala dos filhos em tratamentos psicológicos prévios, o que indica a carência de preparo técnico dos profissionais que atendem casos de mutismo seletivo. Por outro lado, o atendimento supervisionado resultou em avanços significativos na comunicação verbal da criança, evidenciando a eficácia das estratégias de exposição graduada, psicoeducação e vínculo terapêutico. Esses achados dialogam com Torraca et al. (2025), que identificaram, em 47 pais de crianças com MS, níveis clínicos de ansiedade e comportamentos de evitação. Tais fatores parentais, quando não trabalhados, podem interferir negativamente no progresso da criança, reforçando a importância de intervenções que contemplem não apenas o indivíduo, mas também o sistema familiar. Dessa forma, o estudo aponta para a necessidade de supervisão e capacitação técnica de psicólogos, bem como da inclusão de programas de orientação parental — elementos que, juntos, favorecem a eliciação da fala e reduzem o risco de cronificação do quadro.

## **Conclusão**

A análise documental e o estudo de caso supervisionado confirmam que a qualidade da intervenção e a formação do terapeuta são determinantes no avanço da fala de crianças com

mutismo seletivo. O aprendizado clínico da terapeuta supervisionada, aliado à observação das limitações relatadas por pais, evidencia que a superação do silêncio exige intervenções estruturadas, apoio familiar e compreensão do funcionamento parental. Os achados convergem com Torraca et al. (2025), que demonstram a relevância de compreender os aspectos emocionais dos pais como parte integrante do tratamento. Assim, o curso “Vozes Silenciosas” surge como resposta formativa e prática para reduzir a lacuna entre teoria e manejo clínico, promovendo um olhar sensível, técnico e relacional para o mutismo seletivo.

## Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BLACK, B.; UHDE, T. W. Psychiatric characteristics of children with selective mutism. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, v.31, n.5, p.830–836, 1992.
- ORTIZ, L.; TORRACA, F. Apostila do Curso Vozes Silenciosas: a Intervenção Terapêutica no Mutismo Seletivo. 2025.
- PEIXOTO, A. C. A. Mutismo seletivo: prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental. Tese (Doutorado), UFRJ, 2006.
- PEIXOTO, A. C. A.; TORRACA, F.; GANEM, N. Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo. Rev. Bras. Terapias Cognitivas, v.18, n.2, p.223–230, 2022.
- TORRACA, F.; PEIXOTO, A. C. A.; SANTOS, A. C. F.; DIAS, L. S. M.; ROELES, B. E. S. Avaliação de crianças com mutismo seletivo e funcionamento de pais. Caderno Pedagógico, v.22, n.4, p.01–20, 2025. DOI:10.54033/cadpedv22n4-152.

## Entre o silêncio e a escuta: Pais como agentes no tratamento do Mutismo

### Seletivo

Autora: Jéssica Silvestre Santos

### Resumo

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade da infância caracterizado pela incapacidade persistente de falar em determinados contextos sociais, apesar da criança possuir plena competência linguística. O quadro não é resultado de oposição ou falta de habilidades, mas de intensa ansiedade diante de situações específicas. Nesse processo, a família, em especial os pais, desempenha papel decisivo tanto na manutenção quanto na superação das dificuldades. A literatura e estudos recentes, como os de Torracca et al. (2025) e Peixoto, Torracca e Ganem (2022), reforçam a importância da psicoeducação familiar e do treinamento parental estruturado no enfrentamento do mutismo seletivo, destacando que o envolvimento ativo dos cuidadores é determinante para o sucesso terapêutico. Validar as emoções da criança sem reforçar a evitação, estimular gradualmente a exposição e manter consistência entre casa, escola e terapia são condutas que fortalecem o processo terapêutico, transformando o tratamento em uma jornada conjunta entre a criança e sua família.

### Introdução

O mutismo seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade da infância caracterizado pela dificuldade persistente em falar em determinados contextos sociais, apesar da criança apresentar plena competência de linguagem em ambientes considerados seguros. Essa condição impacta significativamente a vida escolar, social e emocional da criança, exigindo uma abordagem terapêutica que envolva o trabalho clínico e a participação ativa da família. Pesquisas recentes (Torracca et al., 2025) evidenciam que pais de crianças com MS apresentam níveis elevados de ansiedade e sintomas depressivos, o que pode contribuir para a manutenção do silêncio. Esses achados corroboram a literatura sobre estilos parentais, inicialmente descritos por Baumrind (1991) e ampliados por Maccoby e Martin (1983), indicando que práticas autoritárias ou permissivas podem prejudicar o progresso terapêutico. Por outro lado, o estilo autoritativo, que equilibra afeto e limites, tende a favorecer o desenvolvimento da autonomia e a superação da

evitação. Nesse sentido, a proposta de intervenção descrita por Peixoto, Torracca e Ganem (2022) demonstra que o treinamento de pais pode atuar como ferramenta essencial para generalizar a fala e reduzir a ansiedade comunicativa. Assim, compreender e intervir nas dinâmicas familiares é um passo fundamental para promover o avanço terapêutico e emocional da criança.

### **Métodos ou Abordagem**

Este estudo teórico-prático baseia-se em revisão da literatura nacional e internacional sobre mutismo seletivo, estilos parentais e intervenções familiares, complementada pela experiência clínica da autora no atendimento infantojuvenil. Foram selecionadas publicações entre 1983 e 2023, além de artigos recentes brasileiros (Torracca et al., 2025; Peixoto, Torracca & Ganem, 2022) que enfatizam o papel da psicoeducação parental e das práticas cognitivo-comportamentais. A análise foi organizada em três eixos: caracterização do mutismo seletivo, influência dos estilos parentais e papel dos pais na intervenção clínica. Além da revisão, o trabalho propõe estratégias práticas baseadas em exposição gradual, manejo da ansiedade e fortalecimento das habilidades comunicativas, considerando também o apoio à família e aos irmãos.

### **Resultados / Discussão**

A análise dos estilos parentais em famílias de crianças com mutismo seletivo demonstra que as práticas educativas influenciam diretamente o curso terapêutico. Pais com estilo autoritário tendem a exercer pressão excessiva, enquanto os permissivos evitam a exposição da criança por medo de seu sofrimento. Ambos dificultam o enfrentamento gradual necessário ao progresso. Em contraste, o estilo autoritativo, caracterizado por equilíbrio entre acolhimento e exigência, favorece a autoconfiança e a comunicação. Esses resultados dialogam com os achados de Torracca et al. (2025), que identificaram padrões ansiosos e evitativos em pais de crianças com MS, reforçando a importância de intervenções direcionadas à família. De forma complementar, Peixoto, Torracca e Ganem (2022) destacam a eficácia da psicoeducação parental associada à terapia cognitivo-comportamental, demonstrando que o envolvimento familiar aumenta a adesão ao tratamento e facilita a generalização da fala em diferentes contextos. O mutismo seletivo desorganiza as relações familiares e gera exaustão emocional; assim, a orientação de pais e cuidadores deve incluir o manejo da própria ansiedade, a comunicação empática e a consistência nas estratégias aplicadas.

## Conclusões

O sucesso do tratamento do mutismo seletivo depende não apenas das intervenções clínicas com a criança, mas também da qualidade das interações familiares. A literatura, aliada aos achados de Torraca et al. (2025) e Peixoto, Torraca e Ganem (2022), confirma que práticas autoritárias e permissivas reforçam a evitação, enquanto o estilo autoritativo atua como fator protetivo. A psicoeducação parental, fundamentada em abordagens cognitivo-comportamentais, deve integrar o plano terapêutico, ampliando a compreensão dos pais sobre o transtorno e reduzindo a ansiedade familiar. Mais do que intervir na fala, é necessário intervir nas relações, criando condições emocionais para que a criança se sinta segura para se expressar. O treinamento de pais, conforme demonstrado nos estudos citados, é um recurso indispensável para o desenvolvimento emocional e comunicativo da criança, promovendo o equilíbrio entre acolhimento e autonomia.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAUMRIND, D. A influência do estilo parental na competência do adolescente e no uso de substâncias. O Jornal do Início da Adolescência, v. 11, n. 1, p. 56-95, 1991.

BERGMAN, R. L. Tratamento para crianças com mutismo seletivo: uma abordagem comportamental integrativa. Nova Iorque: Oxford University Press, 2013.

CAMPOS, R. C.; BORSA, J. C. Estilos parentais: uma revisão crítica da literatura. Psicologia em Estudo, v. 17, n. 1, p. 117-125, 2012.

KOTRBA, J. Mutismo seletivo: um guia de avaliação e intervenção para terapeutas, educadores e pais. Eau Claire: PESI Publishing, 2014.

KRISTENSEN, C. H.; TANNOCK, R. Mutismo seletivo: uma revisão da pesquisa atual. Jornal de Transtornos de Ansiedade, 16(6), 575–593, 2002.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialização no contexto da família: interação pais-filhos. In: MUSSEN, P. H. (Ed.). Manual de Psicologia Infantil. Nova Iorque: Wiley, 1983.

PEIXOTO, A. C. A.; TORRACA, F. R.; GANEM, N. Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo em paciente com TEA. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 18(2), 223–230, 2022.

TORRACA, F. R.; PEIXOTO, A. C. A.; SANTOS, A. C. F.; DIAS, L. S. M.; ROELES, B. E. S. Avaliação de crianças com mutismo seletivo e funcionamento de pais. Revista Caderno Pedagógico, 22(4), 1–20, 2025.

VIANA, V. B.; FALCONE, E. M. O. Práticas educativas parentais e desenvolvimento infantil: uma revisão de estudos brasileiros. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 25, n. 2, p. 233-241, 2009.

SHIPON-BLUM, E. Entendendo o mutismo seletivo: um guia para pais, professores e terapeutas. J&B Press, 2007.

# **A Intervenção Medicamentosa no Mutismo Seletivo: Desafios e Perspectivas**

**Fernanda Guedes**

## **RESUMO**

O mutismo seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade infantil caracterizado pela incapacidade persistente de falar em situações sociais específicas, apesar de competência verbal em contextos familiares. O MS impacta o desempenho escolar, as relações familiares e a interação social. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e outras técnicas comportamentais constituem a primeira linha de tratamento; entretanto, casos graves ou refratários podem exigir intervenção farmacológica, principalmente com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Esta revisão narrativa analisa a literatura sobre o uso de medicação no MS — eficácia, posologia, tempo até resposta e efeitos adversos —, correlacionando-a com evidências clínicas de intervenções comportamentais e com achados recentes sobre funcionamento parental, a fim de discutir critérios de indicação, riscos/benefícios e lacunas para futuras pesquisas.

**Palavras-chave:** mutismo seletivo; farmacoterapia; ISRS; crianças; ansiedade.

## **INTRODUÇÃO**

Os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes são altamente prevalentes e afetam o funcionamento acadêmico, social e familiar, além de aumentarem o risco de psicopatologia na vida adulta. O mutismo seletivo (MS), integrante desse espectro, tem início típico entre 2 e 5 anos e apresenta prevalência estimada próxima de 1/140 crianças, com forte comorbidade com transtorno de ansiedade social. A detecção e a intervenção precoces — especialmente quando integradas ao contexto escolar e familiar — estão associadas a melhor prognóstico.

## **MÉTODOS**

Revisão narrativa nas bases PubMed, PsycINFO, Embase e Scopus. Descritores: “selective mutism”, “pharmacological treatment”, “fluoxetine”, “sertraline”, “SSRIs”, “children”, “adolescents”. Incluíram-se estudos e revisões dos últimos 20 anos, ampliando o recorte temporal devido à escassez de publicações específicas sobre MS.

## **DISCUSSÃO**

A TCC aplicada ao MS — com técnicas como exposição gradual, desvanecimento de estímulos e reforçamento positivo — apresenta evidências de remissão substancial e sustentada, sobretudo quando implementada no ambiente escolar e com engajamento familiar. Relato clínico brasileiro ilustra ganhos funcionais com a combinação de TCC, coordenação interdisciplinar (incluindo psiquiatria) e participação ativa dos pais, com

generalização da fala para contextos escolares e sociais, inclusive em adaptação on-line durante a pandemia de Covid-19 (Peixoto, Torraca & Ganem, 2022).

Paralelamente, evidências recentes sobre o funcionamento parental em famílias de crianças com MS mostram elevadas taxas de problemas internalizantes, comportamentos evitativos e perfis parentais de risco, além de crianças com sintomas ansiosos/depressivos e queixas somáticas. Tais achados reforçam a necessidade de psicoeducação e de protocolos que incluam pais/cuidadores como agentes ativos do tratamento (Torraca et al., 2025).

No tocante à farmacoterapia, os ISRS (p. ex., fluoxetina, sertralina, fluvoxamina e paroxetina) têm sido utilizados como adjuvantes em casos moderados a graves, crônicos ou comórbidos, quando a psicoterapia isolada não produz resposta adequada. Ensaio abertos e séries de casos apontam melhora clínica relevante (p. ex., aumento da fala em ambientes públicos e redução de ansiedade), embora a literatura ainda seja limitada por amostras pequenas, heterogeneidade de desenho e desfechos pouco padronizados. Assim, a indicação medicamentosa deve ser individualizada, considerando risco/benefício, monitoramento de efeitos adversos e manutenção da TCC como base do plano terapêutico.

## **CONCLUSÃO**

O manejo do MS requer abordagem multimodal centrada na TCC, com integração escola-família e, quando indicado, adjuvância farmacológica com ISRS. Evidências nacionais reforçam que (i) a qualidade da implementação comportamental e o trabalho interdisciplinar favorecem a eliciação e a generalização da fala, e que (ii) o perfil emocional e os estilos parentais impactam diretamente o curso do tratamento, justificando intervenções estruturadas com pais/cuidadores. Persistem lacunas metodológicas que demandam ensaios controlados, padronização de desfechos e estudos longitudinais para orientar dose, duração e critérios de descontinuação.

## **REFERÊNCIAS**

ÇÖPÜR, M. et al. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina para o tratamento do mutismo seletivo. *Balkan Medical Journal*, 2012, p. 99–102.

doi:10.5174/TUTFD.2010.04056.1.

DUMMIT, E. S. III et al. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 615–621, 1996. doi:10.1097/00004583-199605000-00009.

KAAKEH, Y.; STUMPF, J. L. Tratamento do mutismo seletivo: foco em ISRS. *Pharmacotherapy*, 28, 2008. doi:10.1592/phco.28.2.214.

KOSKELA, M. et al. Long-term outcomes of selective mutism: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 23, 2023. doi:10.1186/s12888-023-05279-6.

MANASSIS, K.; TANNOCK, R. Comparing interventions for selective mutism: a pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 2008, 700–703. doi:10.1177/070674370805301010.

MANASSIS, K.; OERBECK, B.; OVERGAARD, K. R. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 571–578, 2016. doi:10.1007/s00787-015-0794-1.

MURIS, P.; OLLENDICK, T. Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159–167, 2021. doi:10.2147/PRBM.S274538.

OERBECK, B. et al. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009, 2018. doi:10.1007/s00787-017-1011-3.

PERROTTA, C.; TORRACA, F. (orgs.). *Entendendo a ansiedade infantojuvenil*. São Paulo: Literare Books, 2025.

PEIXOTO, A. C. A.; TORRACA, F.; GANEM, N. Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo em paciente com TEA no período da Covid-19. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(2), 223–230, 2022. doi:10.5935/1808-5687.20220020.

TORRACA, F.; PEIXOTO, A. C. A.; SANTOS, A. C. F.; DIAS, L. S. M.; ROELES, B. E. da S. Avaliação de crianças com mutismo seletivo e funcionamento de pais. *Revista Caderno Pedagógico*, 22(4), 1–20, 2025. doi:10.54033/cadpedv22n4-152.

# **Interfaces do atendimento infantil: quando a psicoterapia sozinha não absorve todo o potencial que a criança mutista pode alcançar**

Stella Pereira

## **Resumo**

O mutismo seletivo (MS) é caracterizado pela dificuldade persistente da criança de falar em determinadas situações sociais, como na escola, apesar de se comunicar normalmente em ambientes familiares. Essa dificuldade interfere no desempenho acadêmico e social, sendo frequentemente associado à ansiedade social intensa. O tratamento multidisciplinar é essencial e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido destacada como uma abordagem terapêutica de grande impacto nas intervenções com crianças mutistas. Entre as técnicas mais utilizadas estão: psicoeducação e orientação aos pais; gerenciamento de contingência; esvanecimento de estímulo; modelagem; e também o treinamento de habilidades sociais (THS). Os resultados das intervenções mostram a redução do medo e da vergonha, aumento da fala espontânea, melhora da iniciativa social e mais controle da ansiedade, especialmente quando há integração entre família, escola e profissionais da saúde. Assim, concluímos a importância da individualização do tratamento e da colaboração entre os contextos familiar, escolar e terapêutico para promover o desenvolvimento da criança e melhora da sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Mutismo Seletivo; Ansiedade Social; Terapia Cognitivo Comportamental; Intervenções multidisciplinares.

## **Introdução**

O mutismo seletivo (MS) caracteriza-se por uma dificuldade da criança para falar em determinadas situações em que seria esperado que ela se comunicasse, por exemplo, na escola ou em situações sociais, enquanto em outros ambientes, em

casa, por exemplo, o discurso e a capacidade de comunicação permanecem normais.

De acordo com o DSM-5-TR, para ser configurado um diagnóstico, o fracasso persistente para falar em situações específicas precisa existir há mais de um mês (não limitado ao primeiro mês de escola) e interferir no sucesso acadêmico, gerando dificuldade na autonomia e/ou para o professor avaliar habilidades de leitura, por exemplo, ou na comunicação social da criança; essa perturbação é geralmente marcada por intensa ansiedade social.

Outras características associadas ao MS podem incluir timidez excessiva, medo de constrangimento, apego, comportamentos controladores, ataques de birra, entre outros, por isso é importante investigar a presença de comorbidades. No caso do MS encontramos um alto índice de comorbidade com Transtornos de Ansiedade, principalmente com o Transtorno de Ansiedade Social.

Em relação a intervenções, a literatura aponta que terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais, aliadas à farmacoterapia, são consideradas a primeira e segunda linha de tratamento, respectivamente. Os pesquisadores observam uma origem multifatorial na causa do MS, por isso, a necessidade de um tratamento multidisciplinar que considere as peculiaridades de cada indivíduo.

## **Tratamento**

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) consiste em uma abordagem dirigida à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, e apresenta o maior número de evidências científicas para o tratamento de vários tipos de transtornos mentais.

Na TCC, algumas das principais técnicas utilizadas para o tratamento do MT são: identificação de emoções, psicoeducação, reestruturação cognitiva, gerenciamento de contingência, esvanecimento de estímulo e modelagem.

A psicoeducação do transtorno e orientação aos pais é fundamental para que estes possam compreender a problemática da criança e intervir adequadamente na mudança do comportamento, atuando como co-terapeutas no ambiente externo da psicoterapia.

O gerenciamento de contingência é uma intervenção que envolve o estabelecimento de um acordo com reforço positivo, ou seja, com recebimento de uma recompensa ao obter o comportamento desejado, com o objetivo de intensificar e manter a motivação. É aplicado a respostas comportamentais específicas.

O esvanecimento de estímulo pode ser usado com pessoas ou com situações. No primeiro caso, quando utilizado para ampliar a quantidade de pessoas com quem a criança pode falar, deve-se inicialmente estabelecer contato com a criança em um ambiente confortável para ela falar e gradativamente incluir outras pessoas. Quando é usado a partir da situação, para que a criança fale em outras situações e outros ambientes, ela pode ser levada gradualmente do ambiente onde ela está confortável para aquele que a deixa mais ansiosa.

Já a técnica de modelagem, potencializa o desenvolvimento de novos comportamentos. Ela se dá por meio de aprendizagem, por observação de modelos apropriados que podem ser os pais/cuidadores de um indivíduo e até mesmo personagens de histórias, de filmes ou de televisão. A intenção é que essa observação amplie o repertório de estratégias da criança, além de servir como motivação para a mudança.

É importante intervir para o desenvolvimento de habilidades sociais com um treinamento específico, uma vez que, na maioria dos casos, o mutismo pode desaparecer com as intervenções multidisciplinares, mas os sintomas de ansiedade social geralmente permanecem. Um treinamento de habilidades sociais (THS) se concentra na aprendizagem de um repertório de respostas e ensina técnicas que vão auxiliar a criança a manejar a ansiedade, manifestar a fala e desenvolver habilidades sociais importantes a curto e longo prazo.

## **Resultados e Discussão**

Algumas variantes como o grau do MS, colaboração da família, da escola, a falta de intervenções multidisciplinares incluindo muitas vezes o tratamento medicamentoso, entre outros, pode levar o tempo de tratamento variar, porém o que a literatura nos traz é que quando bem integrados as intervenções

multidisciplinares vão gerar efeitos positivos na qualidade de vida e tratamento da criança com MS.

Na prática clínica e em pesquisas com estudos de caso, destacamos os resultados de superação de sentimentos como medo e vergonha diante de novos ambientes e pessoas; aumento da fala espontânea e iniciativa social em ambientes familiares (antes com a fala “bloqueada”) e novos; mais controle da ansiedade, possibilitando o rompimento do silêncio. Esses resultados corroboram com estudos internacionais quem indicam que os tratamentos mais eficazes para o mutismo seletivo estão baseados na TCC, inserindo o ambiente familiar e escolar da criança no delineamento da avaliação até a intervenção terapêutica.

### **Conclusão**

Uma vez que o MS ocorre em sua maioria a partir dos 3 aos 7 anos, é importante atentarmos ao diagnóstico precoce para viabilizar um plano de tratamento que alcance resultados com mais eficácia, porém, mais do que isso, se faz essencial não limitar o MS a uma única causa ou a um único tratamento, pois numa visão ampla e multidisciplinar existe um olhar direcionado as peculiaridades de cada caso, gerando mais integração de conhecimentos e experiências.

Outro ponto fundamental é a aproximação entre a família, os profissionais da educação e da saúde para viabilizar estratégias específicas na intenção de potencializar o desenvolvimento da criança com MS em cada ambiente, promovendo efeitos profícuos no seu prognóstico da criança a curto e médio prazo.

### **Referências Bibliográficas**

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 TR. Porto Alegre: Artmed, 2023

CAMINHA, Renato; CAMINHA, Marina; DUTRA, Camila. A prática cognitiva na infância e na adolescência. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017

PEIXOTO, Ana Claudia de Azevedo; CAROLI, Andréa Lúcia Guimarães; MARIAMA, Silvia Regina. Mutismo seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, vol. 13, n1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170003>

PERROTA, Carolina; TORRACA Francilene. Entendendo a ansiedade infantojuvenil – atualizações científicas sobre a ansiedade infantil. São Paulo: Literare Books, 2025

SOUZA, Danielle Castelões Tavares de; NUNES, Leila Regina d'Oliveira de Paula. Intervenções para casos de crianças e adolescentes com mutismo seletivo. Santa Maria: Revista Educação Especial, vol. 34, 2021, pp. 1-29. DOI: <https://doi.org/10.5902/1984686X48498>

TORRACA, F.; PEIXOTO, A. C. A.; SANTOS, A. C. F.; DIAS, L. S. M.; ROELES, B. E. S. Avaliação de crianças com mutismo seletivo e funcionamento de pais. Revista Caderno Pedagógico, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 01-20, 2025. DOI: 10.54033/cadpedv22n4-152.

# **PROGRAMA ENTRE VOZES: PSICOEDUCAÇÃO DE EDUCADORES SOBRE O MUTISMO SELETIVO**

**Luiny Cristina Medeiros**

## **RESUMO**

O Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade infantil caracterizado por falha persistente da fala em contextos sociais, apesar de linguagem preservada em ambientes familiares, com repercussões acadêmicas e psicossociais. Este resumo estendido integra evidências nacionais e internacionais para sustentar a importância da psicoeducação de educadores como eixo do cuidado escolar ao MS. Estudos brasileiros descrevem que estratégias comportamentais da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) — exposição gradual, desvanecimento de estímulo e reforçamento positivo —, articuladas à escola e à família, favorecem a emergência e a generalização da fala (PEIXOTO; TORRACA; GANEM, 2022; PEIXOTO, 2006), enquanto dados sobre funcionamento parental apontam sintomas internalizantes nas crianças e indicadores emocionais em pais, reforçando a necessidade de alinhamento escola–família–saúde (TORRACA et al., 2025). Guias práticos para pais e educadores consolidam condutas escolares efetivas (TORRACA et al., 2021). Revisões e seguimentos internacionais descrevem manutenção de ganhos e destacam a heterogeneidade do MS, justificando formação docente contínua (OERBECK et al., 2018; MURIS; OLLENDICK, 2021; KEARNEY; REDE, 2021; KOSKELA et al., 2023).

## **Palavras-chave:**

Mutismo seletivo; psicoeducação; educação básica; terapia cognitivo-comportamental; ansiedade infantil.

## **INTRODUÇÃO**

O MS manifesta-se por silêncio situacional em ambientes nos quais há expectativa de comunicação, com início típico na transição escolar. Apesar de habilidades linguísticas usuais em contextos seguros, o silêncio em sala impacta participação, avaliação e vínculos. No contexto brasileiro, sintetizado em revisão doutoral, destacam-se a subnotificação e a confusão com timidez, além da centralidade da TCC como abordagem de primeira linha para reduzir evitação e ampliar fala funcional (PEIXOTO, 2006). Práticas bem-intencionadas podem reforçar a evitação (p. ex., falar pela criança), perpetuando o ciclo ansioso; por isso, a psicoeducação de educadores é estratégica para identificação precoce, manejo adequado e inclusão efetiva.

## **OBJETIVOS**

a) Sintetizar evidências sobre psicoeducação de educadores aplicada ao MS; b) Indicar estratégias escolares alinhadas à TCC (exposição gradual, desvanecimento de estímulo, reforçamento positivo) com base em literatura nacional e internacional; c) Propor indicadores simples de monitoramento pedagógico da fala funcional.

## **MÉTODO**

Revisão narrativa integrando: (i) relato clínico nacional de intervenção em MS com comorbidade TEA e coordenação com a escola (PEIXOTO; TORRACA; GANEM, 2022); (ii) estudo sobre funcionamento parental em famílias de crianças com MS (TORRACA et al., 2025); (iii) manual prático voltado a pais e educadores (TORRACA et al., 2021); (iv) revisão doutoral brasileira com síntese de prevalência, características associadas e TCC (PEIXOTO, 2006); e (v) literatura internacional sobre manejo e desfechos (OERBECK et al., 2018; MURIS; OLLENDICK, 2021; KEARNEY; REDE, 2021; KOSKELA et al., 2023).

## **FUNDAMENTAÇÃO: PSICOEDUCAÇÃO DE EDUCADORES NO MS**

A coordenação entre escola, família e terapia, com foco em exposição graduada e reforçamento positivo, permite eliciar a fala e generalizá-la para contextos acadêmicos, inclusive em situações desafiadoras como comorbidade com TEA e ensino remoto (PEIXOTO; TORRACA; GANEM, 2022). A revisão doutoral nacional reforça a centralidade de componentes comportamentais da TCC — tais como hierarquias de exposição, desvanecimento de estímulo e reforço contingente — na redução de evitação e na construção de fala funcional (PEIXOTO, 2006).

Achados sobre funcionamento parental em MS mostram concentração de sintomas internalizantes nas crianças e indicadores emocionais em pais, o que exige que a escola adote rotinas previsíveis, microoportunidades de fala e comunicação alinhada com os cuidadores (TORRACA et al., 2025). No plano prático, orientações sistematizadas para pais e educadores consolidam condutas como evitar falar pela criança; ofertar alternativas graduais de resposta (gesto → sussurro → voz baixa → voz funcional); usar pistas visuais; compor pares facilitadores; e modular avaliações orais para reduzir carga ansiogênica (TORRACA et al., 2021).

Revisões e estudos de seguimento internacionais apontam que quando a escola atua como co-terapeuta — oferecendo oportunidades graduais de resposta, reforço contingente ao esforço e ambiente previsível — há maior probabilidade de manutenção de ganhos e redução de prejuízos acadêmicos (OERBECK et al., 2018). A literatura destaca ainda desafios diagnósticos, heterogeneidade de perfis e comorbidades, reforçando a necessidade de formação docente contínua e planos individualizados (MURIS; OLLENDICK, 2021; KEARNEY; REDE, 2021). Sínteses recentes de desfechos de longo

prazo reiteram que identificação precoce e manejo baseado em evidências favorecem melhor trajetória escolar e socioemocional (KOSKELA et al., 2023).

## **APLICAÇÕES ESCOLARES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

- Planejar microoportunidades de fala (respostas binárias, leitura em voz baixa, apresentações curtas em dupla), escalonadas até a voz funcional;
- Evitar falar pela criança e oferecer canais alternativos temporários (gestos/escrita) durante a transição para a fala;
- Organizar rotinas previsíveis, apoio visual e pares facilitadores;
- Monitorar semanalmente oportunidades de fala e participação oral, comunicando avanços à família;
- Manter alinhamento com a equipe de saúde para consistência das exposições e dos reforços.

## **DISCUSSÃO**

A psicoeducação docente é custo-efetiva por transformar interações rotineiras em exposições graduadas, reduzindo respostas que mantêm a evitação. Quando a escola se integra à família e à terapia, diminui-se a dissonância nas mensagens ao aluno e acelera-se a generalização da fala. As orientações práticas disponíveis e o corpo de evidências de seguimento sustentam a viabilidade e o impacto dessa abordagem no cotidiano escolar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Capacitar educadores em princípios de TCC aplicados ao MS, alinhar expectativas com famílias e organizar a sala como ambiente previsível com oportunidades graduais de fala são pilares exequíveis de inclusão. A integração de evidências nacionais, incluindo revisão doutoral, e internacionais sustenta a adoção dessas práticas como estratégia para reduzir prejuízos acadêmicos e psicossociais e sustentar ganhos.

## **REFERÊNCIAS (ABNT NBR 6023:2018)**

PEIXOTO, A. C. A. Mutismo seletivo: prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental. 2006. 215 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PEIXOTO, A. C. A.; TORRACA, F.; GANEM, N. Relato de intervenção para eliciação da fala no tratamento de mutismo seletivo em paciente com TEA no período de pandemia de Covid-19. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 18, n. 2, p. 223–230, 2022.

TORRACA, F.; PEIXOTO, A. C. A.; SANTOS, A. C. F.; DIAS, L. S. M.; ROELES, B. E. S. Avaliação de crianças com mutismo seletivo e funcionamento de pais. *Revista Caderno Pedagógico*, v. 22, n. 4, p. 1–20, 2025.

TORRACA, F.; GANEM, N.; STAMFORD, A.; MEDEIROS, L. *Mutismo seletivo: orientação para pais, educadores, terapeutas e curiosos*. 1. ed. São Paulo: Editora Literando, 2021.

OERBECK, B. et al. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 27, n. 8, p. 997–1009, 2018. DOI: 10.1007/s00787-017-1011-3.

MURIS, P.; OLLENDICK, T. H. Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, v. 14, p. 159–167, 2021. DOI: 10.2147/PRBM.S274538.

KEARNEY, C. A.; REDE, M. The heterogeneity of selective mutism: A primer for a more refined approach. *Frontiers in Psychology*, v. 12, 700745, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.700745.

KOSKELA, M. et al. Long-term outcomes of selective mutism: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, v. 23, 2023. DOI: 10.1186/s12888-023-05279-6.

## **POR TRÁS DO SILÊNCIO: A TIRANIA DA VERGONHA NO MUTISMO SELETIVO**

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

O Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade infantil caracterizado pela incapacidade da criança de falar em situações sociais específicas, mesmo possuindo habilidades linguísticas adequadas. A apresentação destaca que as emoções exercem um papel central na manifestação e manutenção do MS, atuando como sistemas sincronizados que coordenam sentimentos, comportamentos e adaptação ao ambiente (MENDES, 2021). Partindo deste princípio, a palestra posiciona a emoção da vergonha como uma das emoções centrais que sustenta o silêncio característico do MS.

O MS é compreendido para além de uma simples recusa em falar; é uma manifestação de intenso sofrimento emocional. Três emoções são particularmente relevantes nesse contexto: o medo, uma emoção primária e inata, entendido como uma resposta a uma ameaça iminente; a ansiedade, uma emoção aprendida, que se refere a antecipação apreensiva de uma ameaça futura; e a vergonha, uma emoção aprendida, que envolve a consciência de si mesmo perante o outro (LEWIS, 1992). Enquanto o medo prepara o corpo para a luta ou fuga e a ansiedade gera tensão e vigilância, a vergonha tem uma função adaptativa inicial de proteger a criança da rejeição e da exposição excessiva, apaziguando conflitos internos e ativando a compaixão nos outros. Contudo, muitos estudos têm demonstrado correlações positivas entre vergonha e maus desfechos no desenvolvimento (OLIVEIRA & SOUZA, 2002; GILBERT et al., 2011).

### **A emoção da vergonha no Mutismo Seletivo**

A vergonha pode surgir por volta dos dois anos de idade (LEWIS, 1992) e é ativada quando a criança sente que não está performando de acordo com um ideal esperado para alguns ambientes, seja ele real ou imaginado. Nesses momentos, uma voz autocrítica internalizada ganha força, com mensagens como "você é chata", "você não é popular" ou "eles não vão gostar de você". Estas vozes, então, preparam o corpo para reagir de acordo com o conteúdo presente nas "vozes" internas. A emoção da vergonha se manifesta de duas formas: a vergonha interna, que é o julgamento negativo que a criança faz sobre seus próprios atributos, levando-a a se sentir desajustada e defeituosa

e ativando comportamentos de inibição; e a vergonha externa, que é a percepção do que os outros pensam sobre ela, levando-a a se sentir rejeitada e a adotar comportamentos defensivos (LEWIS, 1992).

Assim, é possível distinguir entre uma vergonha saudável ou adaptativa, que nos ajuda a viver em grupo e a evitar a superexposição, e uma vergonha desadaptativa, que surge de experiências de exclusão, inadequação, comparações e críticas, incorporando uma sensação corporal profunda de falha e inferioridade (MENDES, 2021). Na criança com MS, estas experiências com a vergonha não adaptativa predominam, criando um ciclo vicioso. O temperamento predisponente da criança e um ambiente percebido como crítico levam a uma avaliação de si mesmo como "falho". Esta avaliação gera a emoção da vergonha, que, por sua vez, dispara comportamentos de evitação, inibição e submissão, que reforçam a crença inicial de inadequação e mantém a criança em um quadro típico de mutismo em alguns ambientes.

As manifestações físicas da vergonha na criança ou adolescente com MS são claras e reveladoras: o corpo fica robotizado, há evitamento do contato visual, as mãos ficam paradas e retraídas, os ombros caem, os pés se voltam para dentro e a cabeça se inclina para baixo. Elas se recusam a participar de algumas atividades e, de maneira estratégica, podem manipular o ambiente e as pessoas ao seu redor na tentativa desesperada de controlar a situação e mascarar o que acreditam ser suas falhas fundamentais.

Este ciclo da vergonha é frequentemente alimentado por experiências precoces de criticismo e insegurança. A sensibilidade a ameaças de rejeição leva a comportamentos defensivos de inibição. A vivência constante desse ciclo, onde a criança se percebe como um agente social indesejado, desvalorizado ou rejeitado, tem implicações profundas e negativas para a construção de sua identidade e para o seu bem-estar subjetivo (GILBERT et al., 2011).

Para romper com esta tirania da vergonha, é essencial uma intervenção consciente e coordenada dos pais/cuidadores e dos terapeutas. Aos pais, cabe a missão de aceitar e validar a experiência emocional do filho, fornecendo um porto seguro de suporte incondicional. É fundamental estabelecer um foco colaborativo com o crescimento da criança e com o tratamento, apoiando ativamente o surgimento de novos

significados para as suas experiências, mais positivas e realistas. Aos terapeutas, recomenda-se, antes de tudo, empatizar e validar a emoção da vergonha, sem julgamentos. É preciso reconhecer e ajudar a criança a identificar a voz crítica internalizada que a tortura. O trabalho terapêutico deve envolver ajudar a criança a evocar as experiências com a vergonha desadaptativa para, então, transformá-la em uma versão adaptativa (MENDES, 2021). O objetivo final é gerar novas respostas emocionais e quebrar o padrão de autojulgamento e evitação.

### **Considerações finais**

Conclui-se, segundo Stefan Hofmann (2020), que "Tudo passa pela experiência emocional". Esta frase sintetiza a essência da abordagem proposta. Para transformar a vivência do MS, é imperativo navegar pelo universo emocional da criança, compreendendo a função de cada emoção e, especialmente, desarmando a vergonha desadaptativa. Só através de um ambiente seguro, de validação e de ressignificação é que a criança poderá processar as emoções sentidas e ressignificar o silêncio imposto pela ansiedade e medo de ser julgada e encontrar sua própria voz.

### **Referências**

GILBERT, P. et al. Feeling unsafe and social avoidance in shame: The role of attachment styles. *Personality and Individual Differences*, v. 51, n. 3, p. 333-338, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.024>

HOFMANN, S. G. *Emoção em terapia: da ciência à prática*. Porto Alegre: Artmed, 2020.

LEWIS, M. *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press, 1992.

MENDES, M. A. *A clínica das emoções: teoria e prática da terapia focada nas emoções*. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2021.

OLIVEIRA, M. C. F.; SOUZA, L. K. Vergonha: uma emoção moral. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 7, n. 1, p. 31-38, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100004>