

# MUTISMO SELETIVO INFANTIL: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM LUDOTERAPIA COMPORTAMENTAL

## CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM: EVALUATION AND INTERVENTION IN BEHAVIORAL PLAY THERAPY

Amine Nassif M. Serretti<sup>1</sup>  
Florêncio M. da Costa-Júnior<sup>2</sup>

1. Discente no curso de Psicologia,  
centro de Ciências Humanas;  
Universidade do Sagrado Coração  
(USC), Bauru-SP.

2. Docente e Supervisor de  
estágio - Psicologia, Centro de  
Ciências Humanas; Universidade  
do Sagrado Coração (USC),  
Bauru-SP; Doutorando no  
Programa de Pós-Graduação  
em Medicina Preventiva,  
Universidade de São Paulo  
(USP) São Paulo-SP. mcostaju-  
nior@gmail.com

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

### RESUMO

O Mutismo Seletivo (MS) caracteriza-se pelo fracasso persistente em falar em uma ou mais situações sociais específicas, geralmente quando a fala é mais esperada. Essas crianças são plenamente capazes de falar efetivamente quando não se encontram em situações que produzem ansiedade social. Este estudo descreve o processo terapêutico com menina de cinco anos, cuja queixa se referia a comportamentos inadequados após o nascimento do irmão, sendo a queixa principal a baixa emissão de comportamentos verbais em situações sociais, especialmente na escola. A avaliação confirmou a condição de MS e outros déficits e excessos comportamentais como, recusar-se a comer e usar blusas de alça e agredir o irmão foram identificados. A intervenção psicoterapêutica se fundamentou nos pressupostos teóricos da Análise do Comportamento com sessões semi-estruturadas

Recebido em: 09/11/2010  
Aceito em: 20/02/2011

a partir de recursos lúdicos. Orientações periódicas foram dadas à mãe com o objetivo de estabelecer novas condições funcionais entre o comportamento-alvo e as práticas educativas maternas, mantenedoras das dificuldades da criança. Os resultados demonstram o aumento progressivo de contato visual, tentativas para interação interpessoal, maior autonomia e verbalização de seus sentimentos com familiares. Nas sessões iniciais a cliente não expressou linguagem oral tampouco contato visual, o que foi gradativamente progredindo até o encerramento dos atendimentos. Contudo o padrão comportamental de MS parece depender funcionalmente das práticas parentais conduzindo a necessidade de intervenções pontuais junto aos pais e outros vínculos sociais relevantes. O processo de intervenção indica a relevância de atendimento contínuo e de longo prazo que facilitem o estabelecimento e manutenção de vínculo terapêutico.

**Palavras-chave:** Mutismo Seletivo. Avaliação. Ludoterapia Comportamental.

## ABSTRACT

Selective mutism (SM) is characterized by a persistent failure to speak in one or more specific social situations in which there is usually an expectation for speaking. These children are fully able to speak effectively when they aren't in settings causing social anxiety. This study describes a therapeutic process with a five-year-old girl whose complaints referred to inappropriate behaviors after her brother's birth, and the main complaint was the decrease in the emission of verbal behaviors in social settings, especially at school. The evaluation confirmed the SM condition and identified other behavioral excesses, such as refusing to eat and wear strap blouses and assaulting her brother. Psychotherapeutic intervention was based on Behavior Analysis theoretical assumptions with semi-structured sessions starting from play resources. Periodical guidelines were given to the mother in order to establish new functional conditions between the problem behavior and the maternal educational practices that supported the child's difficulties. Results show a progressive increase of eye contact, attempts of interpersonal interaction, greater independence and verbalization of her feelings with family members. In the early sessions, the client didn't express oral language or made eye contact,

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

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

which was gradually progressing until the end of the attendances. However, the SM behavioral pattern seems to functionally depend on parental practices guiding to the need for punctual interventions with parents and other relevant social bonds. The intervention process indicates the relevance of a continuous and long-term care, which facilitates the establishment and maintenance of a therapeutic bond.

**Keywords:** Selective Mutism. Evaluation. Behavioral Play Therapy.

## Introdução

O Mutismo Seletivo (MS) está entre os distúrbios psiquiátricos que afetam amplamente o desenvolvimento nas suas diferentes dimensões, sendo geralmente diagnosticado pela primeira vez na infância e é mais prevalente no sexo feminino. Muitas vezes, as perturbações do mutismo seletivo podem não chegar à atenção clínica até o ingresso da criança no contexto escolar, pois nas interações familiares a criança pode não apresentar as dificuldades de interação social (BERGMAN; PIACENTINI; MCCRACKEN, 2002) são ainda escassos os estudos que abordam tal condição, sobretudo de estudos objetivados em descrever intervenções clínicas junto a crianças com MS.

Dentre as manifestações do Mutismo Seletivo (MS) estão o fracasso persistente em falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para falar (interações com pares, contexto escolar, etc.) e seletividade para falar em outras situações. É, portanto uma condição caracterizada pela seletividade marcante e emocionalmente determinada na fala, de modo que a criança demonstra a sua competência de linguagem em algumas situações, mas falha em outras situações identificáveis e definidas (DSM, 1994). A recusa em falar nas situações não familiares à criança, deve interferir diretamente no funcionamento educacional, ocupacional ou na comunicação social e o “não falar” pode ser uma forma de comportamento operante possivelmente relacionado a situações estressoras.

Os critérios diagnósticos para o MS definidos no DSM-IV (1994) são:

- a. Fracasso persistente em falar em situações sociais específicas (nas quais existe a expectativa de falar, como por exemplo na escola), apesar de se capaz de falar em outras situações.

- b. Perturbação que interfere na realização educacional ou ocupacional, ou na comunicação social.
- c. Duração mínima de um mês (não limitada ao primeiro mês na escola).
- d. Fracasso para falar que não se deve a um desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido pela situação social.
- e. Perturbação que não é bem explicada por um transtorno da comunicação (ex. tartamudez), nem ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico (DSM-IV, 1994, p.149).

Segundo Peixoto (2006), ainda que nos casos de MS a criança tenha sua função de linguagem, desenvolvimento e potencial intelectual intactos, elas podem apresentar baixos desempenhos nas performances escolares. A autora apresenta que a maioria dos estudos de caso em MS, descrevem crianças que falam livremente no ambiente reservado da família, mas quando se encontram em lugares diferentes de seu núcleo familiar, apresentam diminuição da frequência de fala ou se tornam mudas. Tais crianças manifestam comportamento ansioso e tímido e não respondem nem iniciam conversas, mesmo que essas solicitações sejam feitas por pessoas que fazem parte da sua intimidade (PEIXOTO, 2006).

Peixoto (2006) descreve o estudo de Hayden (HAYDEN, 1980 apud PEIXOTO, 2006) o qual identificou quatro subtipos de mutismo seletivo:

- a) mutismo simbiótico, caracterizado por uma relação simbiótica com aquele(a) que cuida dele(a) e por uma relação negativista e manipuladora controlando os adultos em volta dele(a);
- b) mutismo com fobia para falar, caracterizado por um medo de escutar sua própria voz, acompanhado de comportamento obsessivo-compulsivo;
- c) mutismo reativo, caracterizado por timidez, retraimento e depressão, que aparentemente parece ser resultado de algum evento traumático na vida da criança;
- d) mutismo passivo-agressivo, caracterizado por um uso hostil do silêncio como se fosse uma arma (Peixoto, 2006, p. 24).

Associando o MS à ansiedade, o estudo de Ford *et al* (1998) indicam a estreita relação entre o MS e a ansiedade ou a fobia social, bem como as semelhanças comportamentais dos indivíduos que compartilham tais condições. Peixoto (2006) acrescenta que o MS pode ser um sintoma relacionado à problemas na interação com familiares e que provavelmente produzem ansiedade. A etiologia do MS é apresentada a partir de diferentes vieses nos estudos da área, prevalecendo atualmente a hipótese de que as origens desta condição

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

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

estejam relacionadas ao contexto familiar ou a situações traumáticas vividas pela criança, de ordem física (violência física), ou psicológica (quando ela vivencia uma desintegração familiar, por exemplo).

Em relação ao contexto familiar, Kolvin e Fundudis (1981) reportaram que mais da metade de crianças com MS possuem combinações com patologia paterna/materna e discordância entre os pais. Estudos indicam que o histórico familiar e os comportamentos de ansiedade dessas crianças apontam para preocupações excessivas, problemas de separação, relação de dependência entre mãe e filho/a, além de superproteção materna, na qual a relação entre mãe/pai e filho/a era considerada como fechada, dependente e controladora. Nestes estudos as mães são descritas como solitárias, deprimidas, hostis na relação com o marido, passivas, socialmente isoladas e desconfiadas em relação a pessoas fora de seu ambiente familiar próximo (KROHN *et al.*, 1999; KROLIAN, 1999 *apud* PEIXOTO, 2006).

Peixoto (2006) aponta uma abordagem alternativa para a etiologia do mutismo na qual o enfoque se dá na interação entre a criança e seu ambiente. Fundamentado à luz das teorias da aprendizagem, esta abordagem têm visto o comportamento não-verbal como uma resposta aprendida na qual a recusa em falar é um método eficaz de controle sobre o ambiente social. Segundo este posicionamento teórico o comportamento não-verbal e verbal é mantido por reforçadores sociais significativos provenientes da interação com os pais e professores.

Segundo Dummitet *et al.* (1997), sete a cada mil crianças americanas apresentam mutismo seletivo, levando tal condição a ser duas vezes mais prevalente que o autismo. No Brasil são escassos os estudos sobre mutismo seletivo, assim como profissionais especializados para o diagnóstico precoce e tratamento desta condição psicológica.

Nos estudos norte-americanos, a terapia comportamental é referida como mais efetiva para o tratamento de crianças com MS. Kratochiwill *et al.* (2002) descrevem quatro modelos comuns de terapia comportamental tradicionalmente utilizados para o tratamento de MS e outras queixas: 1) modelo baseado em técnicas para dessensibilização sistemática: exposição gradual para reduzir a ansiedade enquanto um estado de relaxamento é introduzido; 2) o modelo que aplica análise comportamental: aprendizagem baseada em princípios de condicionamento operante (reforço positivo, extinção e punição); 3) modelo baseado na teoria de aprendizagem social, utilizado para desenvolver habilidades sociais e comportamento adaptativo; 4)

modelo fundamentado na utilização da terapia cognitivo-comportamental, que tem por objetivo modificar o comportamento da criança através dos sentimentos e das cognições.

Como premissa fundamental as teorias comportamentais, advogam que todo repertório comportamental, seja ele típico ou atípico, funcional ou disfuncional, é adquirido em sua maior parte por processos de aprendizagem mediados pelo contexto. Nesta direção a análise do contexto que produz as dificuldades da criança se dá por meio da análise funcional e contextual na qual a criança se desenvolve. As mudanças nesse repertório também ocorrerão por meio de condições de aprendizagem e experimentação, e esta é uma tarefa do psicoterapeuta frente ao planejamento de sua intervenção. São estes direcionamentos teóricos que fundamentam o estudo de caso aqui descrito.

Diante do exposto o presente estudo de caso objetiva descrever o processo terapêutico de abordagem comportamental desenvolvido em uma clínica-escola com uma menina de cinco anos, a qual denominamos de “*Flor*”. O nome fictício foi escolhido por representar uma característica da criança que passou a trazer semanalmente uma flor para a terapeuta. A queixa apresentada pela família era de que a criança havia desenvolvido diferentes comportamentos inadequados após o nascimento do irmão, dentre eles a mãe relatou que a filha possuía timidez em excesso, com baixa emissão de comportamentos verbais em situações sociais, especialmente na escola.

A intervenção descrita neste estudo de caso ocorreu entre Março e Dezembro de 2011, totalizando 32 sessões semanais de aproximadamente 50 minutos. Todos os aspectos éticos foram atendidos e o termo de consentimento livre informado foi assinado pela responsável da criança. Foram feitas supervisões semanais que objetivaram acompanhar o planejamento das sessões, as análises e intervenções, bem como para desenvolver junto a terapeuta, habilidades terapêuticas necessárias para o manejo do caso. A seguir estão descritos as diferentes fases do processo terapêutico, a conceituação do caso e os resultados obtidos com a intervenção.

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

## AVALIAÇÃO DO CASO

### Fase inicial: O contrato terapêutico e o diagnóstico comportamental

O início do processo terapêutico incluiu a entrevista inicial e o estabelecimento do contrato com os pais. Neste momento foi realizada a identificação inicial da queixa e também das expectativas parentais em relação à psicoterapia. Em um segundo momento se deu o contato e entrevista inicial com a criança e o estabelecimento do contrato terapêutico com a mesma. Já na primeira sessão com a criança a terapeuta apresentou-se e explicou sobre sua prática psicoterapêutica e elucidou qual a queixa apresentada pelos pais ou responsáveis. No primeiro contato com a criança também foi explicitado o sigilo profissional, expondo seus direitos quanto ao conteúdo de seu relato e sobre as informações advindas das entrevistas e sessões com os pais.

Na etapa de diagnóstico comportamental e formulação do caso, a terapeuta entrevistou a mãe por meio de entrevistas semi-estruturadas previamente planejadas com a finalidade de promover a coleta e análise conjunta de dados sobre as variáveis que produzem e mantêm a queixa. A formulação do caso se baseou em uma adaptação dos modelos propostos por Caminha, Soares e Caminha (2011), Kanfer e Saslow (2002) e por Araújo e Shinohara (2002).

Kanfer e Saslow (2002) sugerem que uma formulação inicial de casos clínicos deve fundamentar-se na identificação de uma lista de comportamentos alvo percebidos como problema por ocorrerem de forma excessiva ou deficitária. Para estes autores a avaliação deve contemplar a descrição de: **a) Excessos Comportamentais:** uma classe de comportamentos relacionados que ocorrem de forma problemática devido ao excesso em (1) frequência, (2) intensidade, (3) duração, ou (4) ocorrência sob condições em que sua frequência socialmente aceita é próxima a zero; **b) Déficits Comportamentais:** uma classe de respostas descritas como problemáticas porque deixam de ocorrer (1) com suficiente frequência, (2) com intensidade adequada, (3) da maneira apropriada, ou (4) sob condições socialmente previstas. **c) Reservas Comportamentais:** são aqueles comportamentos não problemáticos e que podem servir de recursos iniciais para o desenvolvimento de novos repertórios. Portanto, são os

comportamentos sociais adequados e seus talentos especiais, bem como outros segmentos das atividades do paciente que possam ser usados para o desenvolvimento de novos comportamentos.

Os resultados obtidos na fase inicial e coletados a partir da adaptação dos procedimentos de avaliação clínica infantil estão descritos a seguir.

## Descrição da queixa e natureza dos problemas apresentados

Dentre as circunstâncias que precederam e motivaram a consulta, a mãe queixou-se de *Flor* ter “*regredido comportamental e emocionalmente*” após o nascimento do irmão. A mãe descreveu o comportamento da criança como sendo “birrento”: excesso de choro por vezes se jogando no chão quando era contrariada e em algumas situações rasgava suas próprias roupas. Segundo a mãe, *Flor* acordava de madrugada gritando e chorando e procurava a mãe para agredi-la fisicamente, parou de comer as coisas que a mãe fazia e se escondia embaixo da cama quando alguma visita adentrava a sua casa, parando de se comunicar com pessoas fora do círculo familiar nuclear. A partir disto o pediatra e a escola da criança orientaram a família a procurar por terapia.

Ao longo da avaliação inicial do caso outras dificuldades foram identificadas a partir do relato da mãe: dificuldade extrema de se comunicar verbalmente; rejeição e seletividade alimentar e comportamentos excessivos de birra e agressividade quando suas vontades eram contrariadas pela mãe.

Dentre as queixas, também foi relatada a alta seletividade e exigência da criança quanto às escolhas de roupas. *Flor* discriminava-as através de três critérios: era necessário que fossem saias ou vestidos, que não mostrassem os ombros e que fossem, preferencialmente, velhas ou muito usadas.

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



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

## Outros dados relevantes acerca do contexto e da queixa

*Flor* se desenvolveu até os dois anos de forma típica e satisfatória. Após este período, contíguo ao nascimento do irmão, passaram a ser frequentes os comportamentos de raiva e agressividade, sendo observado também, um alto nível de ansiedade, especialmente em situações nas quais era frustrada ou contrariada.

Os pais de *Flor* possuíam repertório restrito de habilidades parentais para lidar com os comportamentos inadequados da filha, perdendo muitas vezes a paciência e ameaçando ou punindo de forma inconsistente. Ora superprotegiam, ora não manifestavam a cuidado necessário, minimizando as dificuldades da criança e gerando, com isso, o que denominamos de um ciclo coercitivo: emissão de externalizantes de *Flor* – punição verbal ou física – diminuição de interações sociais (déficits de interação por esquiva/fuga) – aumento do cuidado recebido e atenção dos pais (geralmente com regras rígidas e pouca autonomia da criança).

As relações sociais diziam respeito às maiores dificuldades de *Flor*: a criança não conseguia estabelecer nenhum tipo de contato social fora de casa; conversava com apenas duas amigas, mas na escola não conseguia se relacionar adequadamente com nenhuma criança, não manifestando repertórios de interações sociais em contextos fora do círculo familiar. Seu círculo social se restringia apenas à família nuclear, alguns familiares (avó e poucas tias), as duas amigas e um casal de vizinhos. Fora dos vínculos familiares a criança não interagiu, não apresentava iniciativa, ficando imóvel, sem expressão. Através das observações de *Flor* e sua mãe na sala de espera da Clínica, pode-se constatar que aparentemente a quantidade e qualidade de contato físico era regular e que a mãe, na presença de estranhos, buscava atender todas as demandas expressas por *Flor* e inclusive respondia em nome da criança a qualquer momento, sendo desnecessário o esforço da criança para se comunicar.

A criança gostava de brincar preferencialmente com a boneca Barbie®, com ursos de pelúcia e, durante as sessões, apresentava grande interesse nas atividades com as comidas de brinquedo. A escolha pela boneca Barbie®, parecia ter estreita relação à aparência da boneca, já que a mãe relatou que a criança só gosta da boneca, pois elas são magras, preterindo os bonecos imitativos de bebês re-

ais (segundo a mãe, *Flor* chamava-os de “gordos”). Quando questionada sobre este comportamento, a mãe da paciente disse que as tias paternas falavam muito sobre padrão estético e faziam piadas de pessoas que estejam acima do peso. O padrão estético também é uma característica muito valorizada pela mãe da paciente, que mantinha regras rígidas de como a criança deveria se vestir ou como o cabelo deveria estar penteado, não havendo abertura para negociações quanto a isso.

## Histórico e variáveis contextuais da dinâmica familiar

A condição socioeconômica da família se enquadra na classe média baixa, sendo que apenas o pai da criança trabalha, pois a mãe deixou de trabalhar após o nascimento de *Flor*.

Sobre o histórico pré-natal e perinatal, a mãe relatou que sua gravidez se deu de forma típica, apesar de se descrever como muito nervosa durante a gestação. A criança nasceu de parto cesáreo, após muito sofrimento de sua mãe na maternidade. Desenvolveu-se de forma típica e responsiva às interações sociais até o nascimento do irmão.

Quando a mãe engravidou do filho caçula, *Flor* possuía quase dois anos e até então, era a única criança da família paterna e da família materna, portanto, recebia muita atenção e cuidado de todos os parentes. A partir do primeiro mês de gravidez do irmão, a criança apresentou mudanças de comportamentos externalizantes e internalizantes, tais como: gritar e chorar, rasgar suas roupas, agredir fisicamente a mãe e se recusar a comer e a falar na presença de estranhos. Considerando a situação insustentável, a mãe pediu para que o marido voltasse para a cidade, já que não estava conseguindo cuidar da criança sozinha.

A principal mudança com o nascimento de *Flor* foi o abandono da vida profissional da mãe, fato este que fez com que gerasse sentimentos de menos valia nela, sendo relatado pela própria mãe da criança. O principal evento na vida de *Flor* foi o nascimento do irmão, sendo que este fato se conciliou com a volta do pai para a casa, já que este trabalhava anteriormente em outro município durante a semana.

Sobre o histórico conjugal dos pais, a mãe de *Flor* relatou que um dia depois do seu aniversário e no terceiro mês de gravidez do fi-

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

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

lho, o pai da paciente contou o filho que tinha com uma ex-namorada, decorrente de uma traição que houvera quando namoravam (no terceiro ano de namoro) e mostrou para a esposa a foto da criança que estava com 7 anos na ocasião. Segundo a mãe, a relação com o marido se modificou após este fato e que por isto “*viviam distantes emocionalmente*” e que não havia demonstração de afeto nem sentimentos.

O único aspecto médico relevante corresponde à constante ane-mia de *Flor*, causada, segundo o pediatra, pela seletividade alimentar.

A criança está inserida em uma cultura familiar na qual o pai se abstém de qualquer tipo de cuidado com os filhos, desde cuidados básicos até a educação das crianças, assim como se abstém também de qualquer tipo de ajuda no funcionamento da casa, estando disponível apenas para as atividades lúdicas, exercendo muitas vezes, força contrária à mãe, incitando conflitos contra a mesma.

## Dados que ilustram a dificuldade da criança

Em sua casa, *Flor* nem sempre acatava regras, porém, nas sessões, a criança sempre seguiu as regras dadas pela terapeuta. Quando *Flor* entrou na escola, a adaptação foi muito difícil tanto para a criança quanto para a mãe, que precisava ficar no mesmo ambiente para que a criança permanecesse na escola - quando a mãe se afastava, a paciente chorava e gritava com emissão de comportamentos de agressividade e ansiedade. Na escola a criança não se comunicava verbalmente com seus pares, não brincava, não transitava nos espaços da escola e nunca solicitava beber água ou ir ao banheiro.

O padrão de déficits de comportamentos de comunicação e interação se estendeu também para as sessões de terapia, nas quais a criança ao longo das primeiras semanas apresentava excessos de comportamentos de ficar cócoras, imóvel e sem manter contato visual. A frequência, a duração e a intensidade destes comportamentos foram diminuindo ao longo das intervenções, entretanto a comunicação não se estabeleceu verbalmente até o final do atendimento, sendo apenas mediada por gestos e mímicas.

Segundo os relatos da mãe, logo após o nascimento do irmão, *Flor* acordava no meio da noite gritando, rasgando sua própria roupa e batendo na mãe. Porém, estes comportamentos deixaram de ocorrer e *Flor* passou a apresentar outros comportamentos inadequados nas situações de comer na presença da mãe, passando a ser extremamen-

te seletiva com a alimentação e funcionalmente sua seletividade para comer parecia deixar a mãe irritada (brigar, dar castigos, ameaçar). Os alimentos escolhidos pela criança e que irritavam a mãe eram: farinha pura, pão puro, doces etc. Porém, quando a mãe levava o prato de comida da criança para a casa da vizinha, *Flor* comia sem emitir comportamentos opostos nem birra, indicando que a presença da mãe poderia controlar o comportamento alimentar da criança. Observou-se que a criança emitia mais comportamentos pró-sociais na presença do irmão, ficando mais descontraída e desinibida.

## Conceituação comportamental da problemática da cliente

Para julgar a normalidade ou anormalidade de determinada porção do comportamento, é necessário avaliar o comportamento de duas maneiras: se ele é congruente ou incongruente às exigências adaptativas da interação da criança com seu ambiente. Em geral, há forte suspeita de patologia quando o comportamento se torna fixado e repetitivo, perde sua plasticidade e valor adaptativo e se torna menos reativo aos estímulos internos e pressões do ambiente (ACKERMAN, 1986). No que diz respeito à criança, *Flor* apresenta uma timidez fora dos parâmetros, não conseguindo se relacionar com qualquer pessoa fora do círculo familiar, manifestando até mesmo, recusa extrema (com crises de choro) em usar roupas de alças que apareçam os ombros, pois segundo a mãe, a criança diz ter vergonha e que as pessoas vão olhá-la.

*Flor* está na escola há três anos e até o momento nunca ninguém ouviu sua voz no local. Porém, em sua casa, é uma criança “típica”, mas como dito, quando alguém de fora entra em casa, a criança manifestava comportamentos de fuga e esquiva constantes, chegando inclusive, a se esconder embaixo da cama.

No caso da paciente em questão, pode-se levantar a hipótese do nascimento do irmão, como marcador para o desenvolvimento do mutismo, já que anteriormente a isso, *Flor* era “saudável”.

Por vezes, o Mutismo Seletivo (MS) é confundido com o Autismo, sendo que o aspecto mais obviamente diferenciado do MS é a seletividade, embora crianças com Autismo possam apresentar sintomas de Mutismo a conduta não é variável com as situações,

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

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

ambiente ou audiência. Uma das melhores formas para que os profissionais da saúde mental descartem a presença de Autismo é observar a gravação de um vídeo de uma criança em seu ambiente familiar e confortável (normalmente a casa). A maioria dos pais que compartilham o problema descrevem que as crianças com MS gostam muito de falar e de forma muito animada em casa. Este dado foi observado nos vídeos gravados pela mãe a partir da solicitação da terapeuta.

O padrão de comportamentos da criança pode ser definido como mutismo passivo-agressivo que tal como sugere Peixoto (2006), se caracteriza como um uso hostil do silêncio como se fosse estratégia de contra-controle. O que possivelmente está relacionado a um repertório que visa contra-controlar um ambiente hostil, que a partir dos dados coletados na fase de diagnóstico, parece ser modulado pelas práticas parentais inconsistentes. A seletividade para comer, se vestir e se comunicar pode estar funcionalmente relacionada à esquiva de aversivos existentes no ambiente (avaliação de pessoas desconhecidas, interações verbais, etc.) e a reforçadores produzidos nas interações. O “não falar” evitava contatos pessoais desagradáveis para a criança e nestes momentos a mãe se comportava como dispositivo de interação da criança – falava pela criança e para que isto ocorresse, a interação entre as duas se tornava mais intensa e constante. Produzindo perdas significativas nas interações com outras pessoas disponíveis no ambiente.

Algumas das dificuldades de interação social apresentadas pela criança podem ser definidas como déficit de desempenho, pois embora haja aquisição dos comportamentos, estes não ocorrem com a frequência esperada diante das demandas do ambiente. Segundo Del Prette e Del Prette (2005) tais dificuldades podem estar associadas a fatores pessoais e ambientais tais como: problemas de comportamento, ausência de *feedback*, falhas de reforçamento e ansiedade interpessoal excessiva.

O **Quadro 1** ilustra os déficits, excessos e reservas comportamentais identificados ao longo do processo de avaliação e conceituação do caso.

Quadro 1. Déficits, excessos e reservas comportamentais

<b>Déficits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-escassos repertórios de habilidade/interação social;</li> <li>- déficit de comportamentos adaptativos diante de situações aversivas;</li> <li>- déficit em resolução de problemas;</li> <li>- déficit em comunicação verbal;</li> </ul>
<b>Reservas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- habilidade para descrever para a mãe suas dificuldades em interagir socialmente</li> <li>- comer diversos alimentos na ausência da mãe;</li> <li>- interage melhor socialmente quando está na presença do irmão;</li> <li>- estratégias para interagir sem utilizar repertório verbal.</li> </ul>
<b>Excessos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- seletividade alimentar;</li> <li>- retraimento social;</li> <li>- recusa a vestir as roupas sugeridas pela mãe;</li> <li>- agressividade física e verbal voltada à mãe e ao irmão;</li> <li>- comportamento de esquiva frente a elogios</li> <li>- excesso de comunicação não verbal</li> <li>- agressividade para fazer críticas.</li> <li>- agressividade para expressar seu desagrado.</li> </ul>

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

## Objetivos terapêuticos

A intervenção em ludoterapia comportamental teve como objetivo promover condições para que a criança pudesse ampliar seu repertório comportamental de interações sociais positivas, através do relacionamento com a terapeuta que seria posteriormente generalizado a outros contextos. Esse objetivo teve como foco o fortalecimento de repertórios de interação não verbal tais como: brincar junto, colaborar, participar e se expressar de formas não verbais. Os repertórios de interação verbal não se enquadraram como objetivos pois entendemos que inicialmente seria necessário ampliar contextos reforçadores por meio das reservas comportamentais sem expor a criança aos aversivos dos quais já era sensível.

No que se refere às orientações aos pais, as intervenções tiveram como objetivo o treino de habilidades parentais (no caso somente a mãe comparecia para as orientações), a fim de estimular práticas consistentes e responsivas, contextualizar os ganhos que a mãe obtinha com os comportamentos da filha, elaborar novos repertórios funcionalmente concorrentes aos que produziam tais ganhos e assim, minimizar o ciclo coercitivo. Esse último objetivo teve como foco, produzir mudanças no contexto de interação no sentido de re-

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

duzir progressivamente a funcionalidade dos repertórios de esquiva e eliminar os reforçadores que mantinham os comportamentos externalizantes.

## INTERVENÇÃO

Uma formulação consistente das dificuldades/queixas trazidas para terapia subsidia o planejamento de procedimentos efetivos para alcançar as mudanças desejadas, além de nos possibilitar avaliar se um determinado tipo de intervenção psicológica é uma terapêutica realmente eficaz ou não diante do caso. Tal como nos aponta Araújo e Shinohara (2002):

uma vez que cada um possui uma história de experiências e aprendizagens única, e que, por isso, não pode haver uma receita ou fórmula terapêutica que sirva para todos indiscriminadamente, mas sim, uma adaptação do conhecimento científico à história pessoal de cada um (ARAÚJO; SHINOHARA, 2002, p.3).

O método usado fundamentou-se em sessões semi-estruturadas a partir de diferentes recursos lúdicos, assim como ensaios comportamentais, biblioterapia para a criança e sugestões de leitura para a mãe e para a professora. Além dos recursos utilizados com a criança, orientações periódicas foram dadas a mãe com o objetivo de estabelecer novas condições funcionais entre o comportamento alvo e as práticas educativas maternas mantenedoras da condição. Os métodos variaram conforme as necessidades de cada momento, assim divididos:

### 1 – Atividades lúdicas com a criança e com a mãe:

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

Justificativa: a paciente possuía muitas dificuldades de interação, se recusava a ficar sem a mãe, e a terapeuta necessitava es-

tabelecer vínculo inicial. Como o funcionamento social da criança dependia da mãe, foi necessária a presença da mesma para que ocorresse o atendimento nas primeiras sessões.

## 2 – Atividades lúdicas com a criança e o irmão:

Objetivo: compreender como a criança se comportava na presença do irmão e a relação estabelecida entre os dois.

Justificativa: segundo as informações da mãe, a paciente se comportava de forma funcional na presença do irmão (interagia/brincava) e tais repertórios poderiam ser utilizados como reservas comportamentais.

## 3 – Atividades lúdicas com a criança.

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

Justificativa: as atividades foram planejadas para aumentar a emissão de comportamentos funcionais dentro do *setting* terapêutico, já que a criança não interagia ou se movimentava no início da intervenção. As atividades artísticas além de exigirem movimentos amplos, permitiam a maior interação entre terapeuta e cliente, além de contribuir para a criatividade da criança.

## 4- Sessões em salas de ludoterapia.

Objetivo: promover a autonomia da criança em ambientes diferenciados e desenvolver resistência a frustração e flexibilidade comportamental.

Justificativa: como a criança não possuía autonomia nas sessões e fora delas, a terapeuta propôs diversificar os contextos das sessões de modo a produzir demandas de comportamento exploratório e adaptação.

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



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

No decorrer das sessões, a terapeuta utilizou técnicas comportamentais tais como: reforço positivo, reforço diferencial, retirada progressiva da presença da mãe (“*fading out*”), entre outros.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### As sessões com a criança

Nos primeiros atendimentos, a criança manteve-se completamente paralisada e de cócoras, sendo que a terapeuta conseguiu apenas desenvolver as atividades lúdicas com a mãe. A partir do terceiro atendimento, a criança participou, estabelecendo poucos contatos visuais e interagindo apenas se a mãe ou a terapeuta pegassem em sua mão e conduzissem o movimento. A partir do terceiro atendimento a criança passou a trazer uma flor para a terapeuta (e o fez até o último atendimento) e a interação com a terapeuta foi progressivamente mais frequente, com contatos visuais, físicos e com gestos.

Ao longo dos atendimentos, a terapeuta se dirigia à criança, porém, a mãe aparentemente era intolerante ao silêncio da filha e então, falava por ela, ou seja, a mãe respondia e falava como se estivesse expressando o que a criança sentia, pensava ou queria. Diante do contexto e da interação mãe-criança, a terapeuta necessitou fazer o início da retirada progressiva da mãe do *setting* terapêutico, com a técnica de “*fading out*”. A presença da mesma estava sendo prejudicial para o andamento das sessões, através de suas condutas inadequadas e por inviabilizar que a interação produzisse demandas de comunicação verbal ou não verbal entre a criança e a terapeuta. A técnica foi realizada em quatro atendimentos seguidos, sendo que a cada sessão, a mãe era solicitada a se posicionar mais distante da criança e próxima da porta. Neste procedimento não foi observada resistência por parte da criança.

Segundo Guilhardi (2011) o uso do “*fading out*” pode ser relevante nas situações que existam potencialmente reforçadores positivos disponíveis, mas cuja existência o cliente desconhece, ou aos quais ele é insensível. No caso de *Flor* era necessário diferenciar seu repertório comportamental para que tivesse acesso aos possíveis reforçadores sociais disponíveis na sessão, aumentando a variabilidade de seu repertório. E, para isto a retirada progressiva da mãe

permitiu que a criança pudesse ter acesso a tais reforçadores a partir da interação e dos procedimentos terapêuticos.

A criança teve dificuldade para sentar-se sozinha durante os meses iniciais da terapia, precisando da ajuda para pegar no lápis de cor, giz de cera e brinquedos. A criança gostava de adesivos e isso possibilitou que durante o procedimento de modelagem, os adesivos fossem utilizados como reforço arbitrário para os desempenhos de interação com a terapeuta. Aos poucos, *Flor* foi aumentando sua interação visual, mas sem gesticular.

Para Caballo (2003), a comunicação não-verbal é inevitável diante da presença de outras pessoas. Um indivíduo pode decidir não falar ou ser incapaz de se comunicar verbalmente, porém, continua emitindo mensagens sobre si mesmo aos demais por meio de suas expressões faciais e de seu corpo. O olhar possui a função tanto de canal (receptor) como de sinal (emissor) e explorando a função dos comportamentos não verbais da criança a terapeuta buscou aumentar a intensidade e frequência da interação durante a sessão. Partindo destas premissas e das reservas comportamentais da criança, a terapeuta constantemente sinalizava dizendo “*não é preciso falar, aqui nós podemos brincar sem ter que falar*”.

Em alguns atendimentos, foi observado que nas vezes em que *Flor* era elogiada, a criança se retraía e encerrava a interação, por exemplo, deixando o giz de cera na primeira atividade de pintura. Desta forma, levantou-se a hipótese de que elogios assumiram função de punidores contingentes a diferentes desempenhos. Entretanto, através dos relatos da mãe, percebe-se que a cliente era sensível a elogios, e se queixou para a mãe quando a terapeuta deixou de elogiar sua roupa. As respostas inconsistentes diante de elogios, sugeriu que a criança respondia diferencialmente a estes elogios a partir do contexto e da topografia. Quando o elogio parecia estar em um contexto de avaliação, tinha função de punidor e isto nos pareceu estar contingente ao uso de algumas roupas e sapatos e a presença de uma determinada comunidade verbal.

No primeiro atendimento da criança com o irmão caçula, a cliente permaneceu na sala de atendimento somente com o irmão e com a terapeuta, não havendo, portanto, resistência à ausência da mãe ou dificuldades para interagir e brincar. Durante o atendimento a criança manteve contato visual com o irmão e se engajou na brincadeira proposta.

Considerando a dificuldade de estabelecer vínculo entre terapeuta e cliente e os conflitos alimentares que a criança apresentava, a

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

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

terapeuta levou, em algumas sessões, alguns alimentos que poderiam despertar interesse de *Flor* para que seu repertório comportamental durante a sessão pudesse ser ampliado e a cliente pudesse se alimentar na frente da terapeuta, visto que este comportamento ocorria apenas na presença de poucas pessoas. A terapeuta utilizou bolachas recheadas, morangos e chocolates. Ainda que seja uma estratégia incomum, o uso de alimentos potencialmente motivadores a criança foi negociado com a mãe e testado como contextos de interação. Nas primeiras sessões, *Flor* não aceitou as comidas oferecidas e nem a interação que pudesse surgir naquele contexto, porém, com o passar das sessões, a própria criança começou a levar bolachas recheadas para serem repartidas com a terapeuta, durante a sessão. A mãe relatou no quarto mês de intervenção a criança pedia para que ela guardasse as bolachas para levar na sessão. Uma das estratégias utilizadas foi a atividade de fazer brigadeiros utilizando um pote de brigadeiro e granulado de chocolate. Esta atividade deu continuidade às intervenções que visavam à ampliação de repertório comportamental dentro do *setting* terapêutico e que, assim, pudessem ser generalizados para outros contextos. Durante a sessão com o brigadeiro, *Flor* interagiu ininterruptamente, comeu, solicitou ajuda quando encontrou dificuldades e criava estratégias para resolução de problemas.

Todo o processo com *Flor* foi baseado em infinitas e intensas tentativas de manter a aliança terapêutica, ou seja, confiança, acolhimento e ambiente não punitivo e potencialmente reforçador. Para Falcone (2011), em qualquer abordagem, a qualidade da aliança terapêutica é um fator preditivo de resultados. A relação terapêutica apresenta melhores resultados de mudança do que as técnicas específicas e se encontra presente nos chamados fatores comuns ou não específicos do tratamento, sendo mais influentes nos resultados da intervenção. A autora diz ainda que um padrão de interação empático, caloroso e acolhedor por parte do terapeuta, facilitará a adesão do cliente às técnicas, favorecendo a mudança. Destaca-se a constante motivação de *Flor* para vir às sessões, as flores que passou a trazer para a terapeuta, como produto da relação terapêutica estabelecida.

Ao longo do processo terapêutico *Flor* começou a interagir de forma mais frequente e contínua com a terapeuta, aumentando a qualidade das atividades lúdicas. Segundo Friedmann (2006), no ato de brincar, a criança troca, socializa, coopera e compete, ganha e perde, emociona-se, erra e acerta, aprende. Assim, as brincadeiras funcionaram como contextos sistemáticos de interação que visavam

modelar novos repertórios de interação mesmo que estes não implicassem em emissão de comportamentos verbais.

Já nas últimas sessões *Flor* operava mudanças no ambiente terapêutico com autonomia e de forma adaptativa, fazendo mímicas, gesticulando e mantendo contato visual. A criança nesta ocasião, manipulou o ambiente para poder interagir com a terapeuta quando levou o irmão em uma sessão por conta própria e sem interferência da mãe. A partir desta ocorrência que poderíamos denominar de salto comportamental, a criança começou a se comportar gesticulando tempo todo, interagindo visualmente, se mantendo ativa e autônoma durante as sessões seguintes.

Durante o processo os resultados identificados no ambiente escolar, indicam que *Flor* começou a brincar com algumas colegas de sala, mas ainda se mantinha retraída. E a esquivia de situações de exposição permaneceram, inclusive impedindo a criança de pedir para ir ao banheiro. A frequência e intensidade dos comportamentos agressivos e externalizantes, diminuíram especialmente quando contrariada e frustrada.

## As orientações com a mãe

Para Haber e Carmo (2007), é fundamental o trabalho junto à criança e à família, pois esta é um sistema social no qual os comportamentos dependem das relações estabelecidas entre os membros. A partir de tais relações, são estabelecidos comportamentos apropriados ou não e, portanto as alterações de comportamento devem ocorrer tanto com os pais como com as crianças. Sendo assim, a terapia comportamental infantil deve promover intervenções que orientem os pais, a fim de levá-los a observar, descrever e analisar funcionalmente os comportamentos, modificar percepções sobre si, a criança e a interação estabelecida, identificar os sentimentos em relação a si, a criança, e possivelmente o que esta sente.

Durante os primeiros atendimentos de *Flor* a mãe estava presente, sendo possível observar as dificuldades da mãe em relação aos problemas de comportamento da criança: insistir para a criança fazer uma tarefa, demonstrar aborrecimento, ficar impaciente. Por exemplo, quando a criança não queria sentar-se no chão e a mãe pegava em seus braços de forma agressiva e hostil. Nessas interações a mãe emitiu falas comparativas entre os filhos e foi orientada pela

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

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

terapeuta para não fazê-lo, principalmente na presença da criança, já que isso poderia prejudicá-la tornando os atendimentos aversivos e formulando critérios altos de desempenho. Com a finalidade de reduzir a frequência das comparações, a terapeuta propôs um treino de empatia, no qual a mãe deveria se comparar com uma de suas irmãs e descrever os possíveis sentimentos da criança quando comparada.

Percebeu-se que a mãe de *Flor* possui conduta excessivamente inadequada, não permitindo (com seus comportamentos) contextos de demanda interpessoal para a criança e inibindo o acesso a reforçadores. Os comportamentos da mãe, pareciam funcionar como discriminativos que inibiam as respostas de interação da criança, mantendo uma relação de dependência e controle excessivos. A mãe foi orientada a diminuir progressivamente os tatos e mandos que emitia como sendo o que a filha falaria e queria.

Com o objetivo de reduzir a frequência das falas da mãe durante as primeiras sessões em que esteve presente, a terapeuta entregou à mãe um cartão com a frase “*não preciso falar pela minha filha*”. Concomitante a estratégia do cartão, foi realizado o “*fading out*” da mãe no contexto de atendimento.

Vale destacar o fato de que na sessão em que iria se posicionar sentada no lado de fora da sala de atendimento, a mãe segurou *Flor* no colo, dizendo “*vem um pouquinho aqui no meu colo*”, e para a terapeuta a mãe disse: “*Só um pouquinho para você descansar enquanto eu e ela brincamos, tá bom?*” mesmo sem a criança emitir nenhuma resposta de choro, tristeza ou evitação do contato com a terapeuta.

No decorrer dos atendimentos foi verificada, a resistência da mãe frente às orientações dadas pela terapeuta, e, sobretudo a dificuldade de autocontrolar seus comportamentos e se distanciar da filha mesmo por alguns minutos. Diferentes orientações foram dadas à mãe e tiveram como foco desenvolver uma análise funcional para que a mãe pudesse identificar os ganhos que obtinha a partir das dificuldades da criança e como suas práticas mantinham tais dificuldades. Os ganhos significativos das orientações dadas a mãe foram as observações que a mesma passou a realizar acerca de suas práticas parentais: chantagens, ameaças e inconsistência.

A terapeuta fez orientações para manejo das birras decorrentes do vestuário de *Flor*, mas não foram seguidas, já que a mãe da criança possuía repertórios de autocontrole para lidar com os comportamentos da filha e apresentava baixa resistência a frustração quando a filha lhe contrariava. Houve uma sessão na qual a criança foi para

o atendimento sem sapatos e, segundo a mãe, isto ocorreu pelo fato de *Flor* se recusar a calçar a sandália escolhida pela mãe. A criança chegou chorando e a terapeuta ajudou a colocar a sandália na sala de espera e foram para a sessão.

Os dados coletados da avaliação do caso forneceram evidências de que a mãe oferecia reforços intermitentes, ora cedendo ora sendo rígida, mantendo constantemente forte resistência quanto às orientações da terapeuta para negociar com a criança e flexibilizar regras. A resistência em psicoterapia é entendida como “qualquer comportamento que indique oposição, aberta ou encoberta, ao terapeuta, ao processo de aconselhamento ou à agenda terapêutica (FALCONE, 2011). Diferentes variáveis podem produzir a resistência a mudança das práticas parentais, e neste caso, a redução dos comportamentos problemáticos da criança pareciam mudar o contexto ao qual os operantes da mãe eram altamente funcionais, especialmente por poderem produzir esquiva da relação íntima dos pais, pois a mãe estava sempre por conta da criança e seus problemas.

## Considerações Finais

Observou-se que, embora *Flor* tenha tido bons resultados quanto à interação e participação nas sessões, até a elaboração deste estudo de caso, ela não emitiu respostas verbais na interação com a terapeuta. Uma hipótese para o não falar da criança poderia estar no fato de que caso ela falasse, isto iria produzir não só a esquiva dos aversivos do contexto familiar e social, mas também poderia produzir a retirada de estímulos e contextos reforçadores de sua vida, como por exemplo, deixar de ir às sessões, perder o contato semanal com a terapeuta, deixar de receber cuidados especiais da professora etc. *Flor* parecia pouco sensível aos possíveis reforçadores produzidos pelo falar, e muito sensível para os reforçadores produzidos pelo não falar.

Embora o manejo do caso tenha obtido diferentes avanços, o padrão comportamental de MS, parecia depender funcionalmente das práticas educativas parentais, conduzindo a necessidade de intervenções pontuais e contínuas junto aos pais e outros vínculos sociais relevantes. Os objetivos propostos pela terapeuta em relação às práticas educativas da mãe não atingiram os resultados esperados, já que não foram seguidos os direcionamentos e exercícios dados, restringindo o processo de mudança apenas no *setting* terapêutico.

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

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

Durante o processo psicoterapêutico, viu-se a intensa necessidade de vinculação entre terapeuta e paciente. Tal relação possui imensa importância no processo psicoterapêutico com a criança diagnosticada com MS, já que a construção da vinculação com o terapeuta possibilita a maior probabilidade de ampliação e generalização do repertório comportamental de interações positivas a outros contextos. Por vezes, a terapeuta necessitou flexibilizar as regras da Clínica Escola (uso de alimentos em sessão, participação do irmão, atendimento com a porta aberta, etc.) para que o vínculo fosse cada vez mais estreitado.

Outro aspecto de destaque está na mudança de terapeuta ao final do ano letivo, esta é uma condição de funcionamento dos campos de estágios em clínica da instituição e nos pareceu dificultar o processo. Os avanços na relação terapêutica ocorreram no segundo semestre do ano letivo e a finalização dos atendimentos se deu com o encaminhamento para outras instituições que pudessem atender o caso continuamente. Este aspecto sugere a importância de atendimento contínuo e de longo prazo nas intervenções em casos de Mutismo Seletivo e que as intervenções sejam também desenvolvidas nos ambientes sociais, tais como escola, espaços públicos, etc. Destaca, portanto, a relevância da elaboração de estratégias diferenciadas de intervenção que aproximem do ambiente real e natural da criança e que sobretudo garanta vínculo de longo prazo entre cliente e terapeuta.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. F.; SHINOHARA, H. Avaliação e diagnóstico em terapia Cognitivo-comportamental. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 37-43. 2002.

ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BERGMAN; R. L.; PIACENTINI, J.; MCCRACKEN; J. T. Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent**. New York, v. 41, n. 8, p. 938-946, 2002.

CABALLO, V. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2003.

CAMINHA, M. G.; SOARES, T.; CAMINHA, R. M. Avaliação e conceitualização na infância. IN: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2005.

DSM IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

DUMMIT, E. S.; KLEIN, R. G.; TANCER, N. K.; ASCHE, B.; MARTIN, J.; FAIRBANKS, J. A. Systematic Assessment of 50 Children with Selective Mutism. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, New York, v. 36 n. 5, p. 653–660, 1997.

FALCONE, E.M.O. Relação terapêutica como ingrediente ativo de mudança. In: RANGÉ, B (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRIEDMANN, A. **O desenvolvimento da criança através do brincar**. São Paulo: Moderna, 2006.

FORD, M.A; SLADCEK, I. E.; CARLSON, J.; KRATOCHWILL, T. R. Selective mutism: Phenomenological characteristics. **School Psychology Quarterly**, New York, v. 13, n. 3, 1998.

GUILHARDI, H. J. O uso de instrumentos padronizados de avaliação comportamental nas sessões de terapia. Campinas. Acessado em 10 de Agosto de 2011, de: [www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Uso\\_instrumentos.pdf](http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Uso_instrumentos.pdf),

HABER, G. M.; CARMO, J. S. O fantasiar como recurso na clínica comportamental infantil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 45-61, 2007.

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



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

KANFER, F. H.; SASLOW, G. **Um roteiro para o diagnóstico comportamental**. Tradução Aguirre, N. C. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento, Campinas – SP, 2002.

KRATOCHWILL, R. T.; SERLIN, R., SLACLEZCEK, I.; STONE, B. P. Treatment of selective mutism: a best-evidence synthesis. **School Psychology**, New York, v. 17, n.2, p.168-190, 2002.

KOLVIN, I.; FUNDUDIS, T. *Elective mute children: psychological development and background factors*. **Journal child psychooogical Psychiatry**. New York, v. 22, n 3, p. 219-232, 1981.

PEIXOTO, A. C. A. Mutismo seletivo: prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http://teses.ufrj.br/ip\\_d/anaclaudiadeazevedo-peixoto.pdf](http://teses.ufrj.br/ip_d/anaclaudiadeazevedo-peixoto.pdf)

