

MUTISMO SELETIVO

2019 edição

**Beate Oerbeck, Katharina Manassis, Kristin Romvig Overgaard
& Hanne Kristensen**

Edição em Português

Editores: Bruno Soleman Maritan, Yoichi Takaki Konno / Tradutora: Simone Facuri Lopes



Beate Oerbeck PhD

Oslo University Hospital,
Divisão de Saúde Mental e
Dependência, Oslo, Noruega

Conflito de interesse: nenhum
reportado

Katharina Manassis MD,
FRCP(C)

University of Toronto,
Departamento de Psiquiatria,
Toronto, Canadá

Conflito de interesse: nenhum
reportado

Kristin Romvig Overgaard
MD, PhD

Oslo University Hospital,
Divisão de Saúde Mental e
Dependência, Oslo, Noruega

Conflito de interesse: nenhum
reportado

Hanne Kristensen MD, PhD

Centre for Child and Adolescent
Mental Health, Eastern and
Southern Norway, Oslo,
Noruega

Conflito de interesse: nenhum
reportado

Esta publicação é destinada ao treinamento ou prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são dos autores e não necessariamente representa a visão dos Editores ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever as melhores práticas e tratamentos baseados nas evidências científicas disponíveis no momento de sua elaboração, de acordo com a avaliação dos autores e podem sofrer modificações após novas pesquisas. Os leitores devem aplicar seus conhecimentos em seus pacientes de acordo com as diretrizes e leis do país da prática. Algumas medicações podem não estar disponíveis em certos países e os leitores devem consultara informação específica da droga, visto que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e páginas de internet são citadas ou direcionadas por hyperlink para ilustrar problemas ou como fonte de mais informação. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP, endossem o conteúdo e recomendações deles, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. Páginas de internet podem mudar ou deixarem de existir.

©IACAPAP 2019. Esta é uma publicação de acesso aberto, sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio é permitida sem autorização prévia, desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial.

Sugestão para citação: Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Mutismo seletivo. En Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed) . Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.

Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno caracterizado por um fracasso consistente para falar em situações específicas (p. ex., na escola, situação social) apesar de falar normalmente em outras (p. ex., em casa). MS é uma condição relativamente rara, mas séria e que pode causar um comprometimento social e escolar severo se não for tratada.

Desde a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-5) da American Psychiatric Association, 2013, o MS tem sido classificado como um transtorno de ansiedade. O nome mudou de mutismo eletivo para mutismo seletivo, refletindo a mudança de entendimento do MS de um ato voluntário de não falar para uma incapacidade de falar em situações específicas. Este capítulo faz uma revisão da apresentação clínica, prevalência, curso, etiologia,

Tabela F.5.1 Mudanças na compreensão do mutismo seletivo ao longo do tempo.

1877	1934	1994	2013
Neurologistas Adolph Kussmaul: <i>Afasia voluntária</i>	Psiquiatra da Infância Moritz Tramer: <i>Mutismo Eletivo</i>	DSM-IV: <i>Mutismo seletivo classificado entre outros transtornos diagnosticados na primeira infância, infância ou adolescência.</i>	DSM-5: <i>Mutismo Seletivo classificado como transtorno de ansiedade</i>

diagnóstico, mensuração e tratamento do MS, com ênfase nos aspectos relevantes para a prática clínica.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

O sintoma cardinal do MS é o fracasso para falar em certas situações, comumente percebido na pré escola ou na escola. Os sintomas são tipicamente relacionados à determinados contextos específicos. Esta discrepância no comportamento de falar é central para este transtorno. Frequentemente, pode levar a falsas interpretações e suspeitas dos professores e pais, pois estes tendem a pensar que a criança se comporta em todas as situações da mesma forma que eles observam (p. ex., se a criança não fala na escola, a professora pode concluir que ela também não fala em sua casa). MS pode também ser relacionado a determinadas pessoas (p. ex., a criança pode ficar muda com algumas pessoas e não com outras). Diferentes indivíduos podem apresentar aumento ou redução dos sintomas ao longo de uma mesma situação. Por exemplo, são muito úteis pessoas que são amigáveis e engraçadas, que falam e mantêm uma “conversação” independente de uma participação ativa da criança. Crianças com MS frequentemente acham mais fácil conversar com outra criança do que com os adultos. Algumas, ocasionalmente, são capazes de sussurrar para a melhor amiga na escola. Os vídeos cliques ilustram as características clínicas tipicamente encontradas no MS. Uma outra característica do MS, é que as crianças podem apresentar ampla variação nas suas habilidades no uso da comunicação não verbal (p. ex., contato visual, gestos, movimentar a cabeça

“Eu não posso começar a falar, porque todo mundo vai falar sobre o que eu fiz...”

(Garoto adolescente)



[Clique na imagem para ver o vídeo clip de uma criança com Mutismo Seletivo](#)

e apontar). Enquanto algumas usam a comunicação não verbal de forma efetiva, outras não são comunicativas e nem ao menos sorriem ou tosse na frente dos outros. Estas últimas em geral são incapazes de expressar suas necessidades (ir ao banheiro, fome, sede ou dor), mostrando o potencial de gravidade desta entidade clínica. Apesar do considerável estresse experienciado na escola, a recusa escolar é rara. Com frequência o MS apresenta comorbidade com outros transtornos de ansiedade, especialmente o transtorno de ansiedade social e transtornos do neurodesenvolvimento, particularmente transtorno de linguagem. Imigrantes, crianças bilíngues estão sobrerrepresentadas.

A vinheta clínica de Ann ilustra um traço de temperamento encontrado com frequência nas crianças com MS. Mostra também como a inabilidade de falar pode ser diferente nos diversos cenários, os quais podem causar frustração devido ao fato das pessoas pensarem que o mutismo é deliberado.

Tipicamente o MS inicia entre os 2 e 5 anos de idade, mas usualmente não é reconhecido até a criança iniciar a escola, onde a fala é parte integral do processo de aprendizado e da socialização. Crianças com MS geralmente tem medo de cometer erros e não gostam de ser o foco das atenções. A “solução” — é o mutismo e algumas vezes, tentar ser invisível — se torna parte do problema. Quando elas ocasionalmente falam, elas atraem a atenção de todos e elas vivenciam isso como um provocador de ansiedade, o que perpetua o mutismo em um ciclo vicioso.

Crianças com MS com frequência são questionadas sobre o por que falar é tão difícil, elas geralmente acham difícil explicar. Algumas crianças mais velhas com

“gostaria de falar com você, mas alguma coisa, e eu não sei o que é, faz com que isto seja impossível para mim...”

(Garota Adolescente)



[Clique nas imagens para ver os documentários \(Ajude me a falar\) que acompanhou duas crianças com mutismo. Parte 1 \(acima, 12:15\) e parte 2 \(abaixo, 13:11\) ilustra os sintomas e comportamento.](#)



Ann

Ann, uma menina de 5 anos, foi encaminhada ao serviço de saúde mental por suspeita de MS. O mutismo iniciou desde que entrou para a pré escola aos 3 anos. Os pais e professores tinham esperança que o mutismo melhorasse espontaneamente e adiaram a procura por ajuda. Agora, eles estão preocupados com a persistência da ausência da fala e decidiram buscar o serviço.

Ann vinha desenvolvendo normalmente, mas os pais a descreveram como tímida, e que demorava a “aquecer” em situações novas e quando encontrava com estranhos. Ambos os pais identificam este traço de temperamento neles mesmos, e a mãe ainda luta com uma ansiedade social. Em casa, Ann é uma menina viva e alegre. Ela fala livremente com os pais, com a irmã mais nova e com as amigas. Quando os demais familiares os visitam, ela conversa com os avós maternos, mas com os avós paternos não, o que os deixa muito infelizes. Eles pensam que ela não conversa com eles deliberadamente, argumentam e a pressionam para falar, o que gera conflito entre os pais.

Fora de casa, Ann fala com seus pais quando ninguém está escutando, mas os pais conversam com ela em todas as situações, como nas lojas e no dentista. Quando é convidada para uma festa de aniversário de amigos, ela vai se os pais a acompanharem, mas não fala.

Na escola, Ann parece estar feliz, mas não conversa nem com os adultos, nem com as crianças. Ela conversa com os pais no *hall* de entrada, mas silencia quando outras pessoas aparecem. Entretanto, ela usa gestos livremente e se comunica bem com os professores e colegas usando movimentos de cabeça e apontando. Ela é sempre incluída nas brincadeiras, as outras crianças conversam com ela e parecem que não se incomodam com sua falta de fala. Este comportamento contrasta com aquele dos primeiros meses na escola. Naquela época ela chorava extensivamente quando os pais a deixavam e não se comunicava por gestos. O aumento da comunicação não verbal e o comportamento geral na escola alimentou a esperança dos pais de uma remissão espontânea do mutismo.

MS tem descrito o sentimento de uma grande bola na garganta dificultando a fala. Crianças com MS exibem um comprometimento social e acadêmico significativo. (Carbone et al, 2010; Remschmidt et al, 2001; Bergman et al, 2002). Os vídeos à direita ilustram o sintoma típico em duas crianças, uma menina e um menino.

PREVALÊNCIA E CURSO

Estima-se que o MS acometa aproximadamente 1% da população infantil; taxa de prevalência de 0.1% a 2.2%, dependendo da amostra e do critério diagnóstico usado. Embora taxas similares entre os gêneros têm sido descritas, a maioria das pesquisas sugerem que seja mais comum em meninas (razão menina/menino de 1.5:1 a 2.6:1) (Bergman et al, 2002; Hua & Major, 2016). Ao perguntar aos pais quando os sintomas iniciaram, eles geralmente acham difícil apontar o ponto exato do início e com frequência dizem que “a criança sempre foi assim”. Este tipo de comentário sublinha o traço temperamental encontrado no MS: inibição comportamental—caracterizado por timidez, retraimento e medo do não familiar (Gensthaler et al, 2016a; Muris et al, 2015).

Os poucos estudos longitudinais que existem mostram que, embora os sintomas de MS reduzem ao longo do tempo, alguns persistem. Na idade adulta estes indivíduos tipicamente sofrem de problemas de comunicação, ansiedade social e são de alto risco para outros transtornos psiquiátricos (Remschmidt et al, 2001; Steinhausen & Juzi, 1996). Entretanto, a pressão para falar diminui porque o adulto pode, mais facilmente, escolher com quem quer estar e o que quer fazer.

ETIOLOGIA

Até o momento, nenhuma causa única de MS foi encontrada. Entretanto, o entendimento deste transtorno tem mudado ao longo dos anos, de um ato voluntário da criança, para uma inabilidade de falar em certas situações (veja Tabela F.5.1). Como a maioria dos transtornos psiquiátricos, pode-se considerar a hipótese da interação entre genética, temperamento, neurodesenvolvimento e fatores ambientais sintetizados abaixo (para um panorama sobre o MS e um exame de sua etiologia, veja Cohan et al, 2006b; Muris & Ollendick, 2015; Hua & Major, 2016):

- *Fatores genético.* MS, reticência social e ansiedade social identificada nos familiares (Black & Uhde, 1995). Uma variação genética tem sido encontrada associada tanto ao MS quanto à ansiedade social (Stein et al, 2011)
- *Temperamento.* O traço de inibição comportamental (medo e evitação em situações não familiares) é geralmente associado a um maior risco para desenvolver posteriormente um transtorno de ansiedade (Hirshfeld-Becker et al, 2007). Consistentemente com a conexão do transtorno de ansiedade social e o MS, existe uma associação ente o MS e a inibição comportamental (Gensthaler et al, 2016a)
- *Fatores do Neurodesenvolvimento.* Crianças com MS apresentam altas taxas de várias condições do neurodesenvolvimento. A mais prevalente são os problemas de fala e linguagem, mas transtornos de eliminação e atrasos motor também são comuns. Existe uma pequena sobreposição com os transtornos do espectro autista e com capacidade intelectual

rebaixada, embora a maioria das crianças com MS tem o QI dentro da faixa normal (Kristensen, 2000; Cohan et al, 2006b)

- *Fatores ambientais.* Crianças bilíngues estão sobrerrepresentadas no MS. Momentos de transição, como começar a frequentar a escola e encontrar pessoas novas, podem ser o gatilho e serem especialmente difíceis para a criança com MS. Em contraste com a criança tímida, que vai se ambientando e aquecendo ao longo do tempo, a criança com MS continua muda e retraída.

DIAGNÓSTICO

Critério Diagnóstico

- Mutismo seletivo é caracterizado no DSM-5 como uma fracasso consistente em falar em cenários ou situações específicas (p.ex., escola, situações sociais) apesar de falar normalmente em outros cenários (p.ex., em casa) (American Psychiatric Association, 2013)
- DSM-5 especifica que a ausência seletiva da fala deve estar presente por pelo menos um mês para se estabelecer o diagnóstico. *Isto não se aplica ao primeiro mês da escola*, pois muitas crianças pequenas ficam silenciosas quando estão frente à situações novas, como o ingresso à escola.
- Importante que o fracasso em falar não pode ser atribuído ao desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido em uma situação social.
- A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (p. ex., transtorno da fluência com início na infância ou gagueira) nem ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico.
- Finalmente, a falta da fala das crianças pode interferir no funcionamento diário: a ausência da fala esconde a capacidade funcional da criança na escola e nas interações sociais.

O MS é chamado mutismo seletivo também no CID-11 (World Health

QUESTÃO DIAGNÓSTICA CHAVE

A criança fala normalmente em pelo menos uma situação ou cenário (p.ex., em casa) mas apresenta mutismo em outras situações (p.ex., na pré escola ou escola)?

- Em caso afirmativo, peça aos pais para descreverem de forma mais elaborada a apresentação clínica do comportamento da criança com relação a fala, quanto tempo o mutismo dura, o que já foi feito e qual foi o efeito para ajudar a criança.
Adiciona-se:
- Certifique-se que a criança não tenha um problema auditivo.
- Reúna informações sobre a história do desenvolvimento geral da criança (oral, motor, linguagem) para excluir um mutismo agudo devido a um trauma psicológico ou a uma lesão cerebral adquirida.
- Informações sobre o funcionamento acadêmico na pré escola/escola é mandatório.
- Avaliar a linguagem não verbal e habilidade de raciocínio (inteligência) é recomendável.

Organization, 2018). A descrição é similar à do DSM-5, e foi incluída na seção “Ansiedade ou distúrbios relacionados ao medo”. Na CID-11 o critério de exclusão inclui transtorno do espectro autista, esquizofrenia, e mutismo transitório que é uma manifestação da ansiedade de separação em crianças pequenas.

Desafios diagnósticos

A superposição diagnóstica entre MS e muitos outros transtornos psiquiátricos da infância, frequentemente encontrados na clínica, pode fazer com que o diagnóstico de MS seja difícil. O DSM e a CID não especificam se o critério “falta consistente da fala” significa a fala com adultos. É digno de nota que algumas crianças com MS falam ou sussurram para um “melhor amigo” na escola. Outro desafio é quando existe algumas falas (como em pequenos grupos de estudantes na escola, sozinha com o professor, ou com professores e crianças em pequenos grupos) se a qualificação para o diagnóstico se mantém. Nestes casos, a base para afirmar a favor ou contra o diagnóstico pode ser obtida no grau de prejuízo que o mutismo gera. Entretanto, não existem diretrizes mais específicas. O julgamento clínico do prejuízo deve ser utilizado e a decisão dependerá da experiência e habilidade do clínico.

O diagnóstico de MS em crianças bilíngues é particularmente difícil. O sintoma pode ser negligenciado e o mutismo pode ser atribuído à falta de compreensão da nova língua. Da mesma forma as comorbidades com transtornos de fala e linguagem neste subgrupo podem ser mascaradas pelo mutismo e pelo fato de ser bilíngue. A busca de informação ou mensuração da habilidade de linguagem da criança em sua língua nativa é essencial. Para o diagnóstico, o principal ponto é que o mutismo deve ser prolongado ou ser desproporcional ao grau de conhecimento e de exposição a esta segunda língua (Toppelberg et al, 2005).

Comorbidades

Crianças com MS frequentemente apresentam sintomas de outros transtornos de ansiedade, particularmente transtorno de ansiedade social. Estudos têm mostrado comorbidade em cerca de 90 % dos casos (Gensthaler et al, 2016b; Oerbeck et al, 2014).

Transtorno de ansiedade de separação é comum especialmente na criança pequena. Entretanto, recusa escolar é rara. Condições neurodesenvolvimentais são frequentes, sendo as mais prevalentes os problemas de fala e linguagem, transtorno de eliminação e atraso motor. O MS tem sido encontrado em comorbidade com o transtorno do espectro autista em <10% dos casos e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é raro (Kristensen, 2000).

Existem algumas controvérsias quanto a compreensão do comportamento oppositor observado em algumas crianças com MS. Crianças com MS têm sido descritas ao longo dos anos como controladoras, teimosas e opositoras, o que geralmente implica em um problema primário na dinâmica familiar. A mudança no DSM-5, onde o MS foi considerado um transtorno de ansiedade e não uma manifestação de um comportamento oppositor é, portanto significativo.

O maior estudo com dados sobre MS (n=130) encontrou que a ansiedade

Diagnosticando Mutismo seletivo em crianças bilíngues

- Mutismo deve ter se a duração de pelo menos 6 meses
- Mutismo está presente em ambas as línguas
- Existem sintomas de ansiedade e inibição comportamental.

social é a característica adicional mais proeminente. Embora a metade também apresentem escores limítrofes para problemas de fala e de linguagem, é importante lembrar que estes problemas podem facilmente ser subnotificado nestas crianças. Outros 45% mostram escores clínicos limítrofes de comportamentos opositores. Apenas 12% tem uma ansiedade social “pura” (Cohan et al, 2008). Os autores sugerem que a oposição da criança com MS frequentemente está presente apenas nas situações que requerem uma comunicação verbal. Estas crianças se tornariam opositoras e não cooperativas quando pressionadas a falar em momentos em que existe ansiedade para tal comportamento.

Diagnóstico diferencial

A superposição de sintomas frequentemente encontrados na clínica pode dificultar o diagnóstico, particularmente quando se usa o critério da CID-11, que requer a exclusão da presença do transtorno do espectro autista, esquizofrenia, e mutismo transitório como parte da ansiedade de separação na criança pequena.

De acordo com o DSM-5, MS não deve ser diagnosticado se os sintomas são *melhor explicados por outro transtorno* como transtorno de comunicação, autismo, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico.

Embora exista certa dificuldade, a importância do diagnóstico de transtornos do neurodesenvolvimento é sublinhada. O propósito deste diagnóstico é apontar as áreas de forças e de dificuldades, de forma que um suporte adequado e intervenções sejam organizados na escola. Se a criança mostra múltiplos atrasos sociais e de comunicação ou mutismo, no contexto de outros comportamentos sociais estranhos, o transtorno do espectro autista é mais provável como diagnóstico primário. A grande sobreposição entre MS e transtorno de ansiedade social é reconhecida em ambas classificações, DSM e CID. Para os indivíduos com transtorno de ansiedade social e suspeita de MS, fazer um diagnóstico com acurácia é essencial. No caso do MS, obter informações de múltiplas fontes é necessário. Considerar, erroneamente, uma criança com MS como apenas socialmente ansiosa pode potencialmente gerar um grande dano.

AVALIAÇÃO

A avaliação diagnóstica do MS deve ser baseada na informação de ambos os pais e de professores para assegurar a acurácia sobre o fracasso da criança em falar apropriadamente em certa situação social. A perspectiva da multi informação é essencial devido a natureza situacional da condição. Os pais podem desconhecer por longo tempo o mutismo da criança na escola. A avaliação geralmente inclui uma combinação de entrevistas diagnósticas e preenchimento de questionários pelos pais e professores e observação do comportamento da criança pequena. A criança maior pode-se pedir para responder perguntas com sinais, movimentando a cabeça ou responder questionários escritos. Algumas crianças pequenas com MS (4 a 5 anos de idade) são capazes de preencher “mapas de fala”. Entretanto, a qualidade desta informação, que a criança com MS fornece nesta situação nova e estressante e com adultos não familiares, é bastante variável e não é essencial para realizar o diagnóstico.

QUESTÕES PRÁTICAS NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

- A maioria das crianças cooperam na situação de testes estruturados se elas estiverem motivadas e bem preparadas
- Os pais podem se juntar ao exame e assistir a apresentação dos itens se ela desejar
- Antes do início do teste, diga à criança que ela não precisa falar com você
- Mostre o material do teste e explique os formatos alternativos de respostas que eles podem usar, como por exemplo, apontar, responder com a cabeça ou escrever as respostas (crianças maiores)
- A criança deve sentar ao lado do clínico, não de frente, como o usual durante testes, para evitar o contato direto dos olhos, pois pode fazer com que a criança fique desconfortável. Desta maneira, tanto a criança quanto o clínico focam no material do teste que está à frente
- Os testes, preferencialmente, não devem ter tempo determinado e conter um vocabulário receptivo, pois as crianças com MS podem ser lentas para responder pelo medo de cometer erros
- Um teste útil é o *Peabody Picture Vocabulary Test* (Dunn & Dunn, 2007), onde o clínico fala uma palavra e a criança aponta para a figura correspondente entre algumas alternativas. Outro teste não verbal, que promova uma rápida estimativa da habilidade verbal, da aptidão escolar e da inteligência, também pode ser usado.
- Para avaliar o potencial da criança de articular os problemas e a linguagem pragmática da criança, os pais são encorajados a gravar a linguagem nas situações do dia a dia em casa (p. ex., brincando, falando com um irmão ou com os pais)
- Criar situações de atenção compartilhada ou com uma brincadeira agradável no lugar de estar focado na criança
- “Pensar alto” (p. ex., “Será que isto caberá aqui?”) ao falar com a criança, ao invés de perguntar diretamente à criança
- Escolher temas de conversa conectados às atividades que vocês estejam fazendo juntos ou a outros temas neutros, ao invés de falar sobre os sentimentos da criança ou assuntos pessoais
- Períodos de silêncio são inevitáveis no trabalho com estas crianças. Algumas pessoas acham estes períodos de silêncios estranhos e tendem a conversar para terminá-los. Trabalhe relaxadamente, tenha certeza de estar deixando tempo suficiente para a criança responder e não fale pela criança o tempo todo. Depois de algum tempo, continue o “diálogo” calmamente, mesmo que a criança não responda verbalmente, tirando assim a pressão da criança para falar, aumentando o seu conforto e levando “o diálogo” para a frente
- Receba uma eventual resposta verbal de forma neutra e não muito emocional. Reconheça calmamente o que a criança disse e prossiga com o que vocês estavam fazendo juntos.

Entrevistas diagnósticas

O Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Kaufman et al, 2013) e a *Anxiety Disorder Interview Versão para Crianças e pais para DSM-IV (ADIS-IV-C/P)* (Albano & Silverman, 1996) . Estas entrevistas são desenhadas para crianças de 6-18 anos, mas um diagnóstico adequado pode ser feito em crianças com menos de 6 anos, desde que os conceitos comportamentais e a compreensão das interferências da vida sejam adaptadas e relevantes à criança pré-escolar (Birmaher et al, 2009). Alternativamente, a *Preschool Age Psychiatric Evaluation (PAPA)* (Egger & Angold, 2004) pode ser usada.

A entrevista ADIS pode ser particularmente relevante pelo fato do

EXEMPLO DE MAPA DE FALA PARA CRIANÇAS MENORES, VERSÃO PARA ESCOLA

O mapa de fala é útil na avaliação do Mutismo Seletivo. Dependendo da idade, pode-se pedir a criança para apontar ou desenhar uma estrela nas situações em que a criança fala. Ou usar um papel de notas coloridas autoadesivas, por exemplo, verde para as situações onde ela fala, amarelo onde apresenta comunicação não verbal e vermelho onde fica muda. O mapa pode fornecer informações a visão da criança sobre seu comportamento de fala em cada situação diferente. Ele pode ser utilizado para avaliar as mudanças ao longo do tempo.

Nome da criança: _____ Idade: _____

Quem ajudou no preenchimento do mapa _____ Data _____

No caminho da escola



Na sala de aula



Em pequenos grupos



Sozinho com a professora ou outros adultos (Quem?)



Em outros locais da escola



Durante as refeições



Na hora do recreio



MS ser um transtorno de ansiedade. A ADIS mensura ansiedade, humor, sintomas externalizantes, tiques, uso de substâncias, e transtornos pervasivos do desenvolvimento de acordo com o DSM. O “termômetro de sentimento” permite que as crianças e os pais quantifiquem a severidade dos sintomas de ansiedade e o grau de interferência no funcionamento da criança. O ranking de ansiedade é usado para auxiliar o diagnóstico. Além disto, pode ser usado para automonitoramento, no caso de crianças maiores), para o monitoramento pelos pais e para avaliar a resposta ao tratamento ao longo do tempo.

As crianças menores podem usar um modelo visual mais simples como desenho a mão ou uma figura de uma carinha com sorriso ou uma carinha aborrecida. Um exemplo de um *mapa de fala* para uso na escola para crianças menores pode ser encontrado acima. Dependendo da idade, pede-se a criança que aponte ou desenhe estrelas nas situações em que ela fala. Ou pode ser usado papéis de notas coloridos: verde para colocar em situações em que fala, o amarelo naquelas onde usa comunicação não verbal e as vermelhas onde fica muda. Crianças mais velhas podem construir seus próprios mapas de fala, como listar pessoas com quem fala, e pessoas com as quais está tentando ser capaz de falar em diferentes ambientes. Os clínicos precisam ser criativos para entrar em contato com as crianças neste processo.

Escalas de avaliação

Geral

Muitas escalas para mensurar a ansiedade estão disponíveis (veja [Capítulo F.1 deste livro texto](#)). O uso livre da *Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)* inclui um item para rastrear o comportamento da fala:

Item 38. *Minha criança sente medo quando precisa falar na frente da sala.*

As alternativas de respostas são “nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”. Existe um guia para o uso disponível na internet.

Questionários para o Mutismo seletivo

Os questionários padronizados mais amplamente utilizados foram desenvolvidos por Lindsey Bergman e estão incluídos em seu manual para o tratamento do MS (Bergman, 2013). Uma versão para pais, *The Selective Mutism Questionnaire* (Bergman et al, 2008) e para preenchimento pelos professores, *School Speech Questionnaire* (Bergman et al, 2002), estão disponíveis gratuitamente na internet. Versões em outras línguas podem ser solicitadas diretamente [contactando a autora](#).

Embora uma pontuação geral possa ser obtida e adiciona uma cotação que expressa a severidade do mutismo, estes questionários são quantitativos medindo a severidade, mas não existe um ponto de corte para ser utilizado como instrumento diagnóstico. O diagnóstico deve ser baseado na avaliação clínica. Os questionários auxiliam na mensuração dos sintomas do MS antes, durante e depois do tratamento. A cotação da versão para os pais é feita para três diferentes ambientes: escola, casa, e em situações sociais fora da escola. Pode ser obtido um escore geral e um para cada subescala. A versão do professor faz a cotação do comportamento de fala na escola e é avaliado pelo professor.

Exemplos de itens da the Bergman School Speech Questionnaire (avaliado por professores)

- Item 3. *Quando chamado pelo professo, este aluno responde verbalmente.*
- Item 4. *Quando apropriado, este aluno faz perguntas à você (o professor).*

As opções são: sempre, frequente, raramente, nunca)

O *Social Communication Anxiety Inventory* (S-CAI) de Elisa Shipon-Blum sobressalta uma variedade de comportamentos do MS acrescentando opções de respostas: não-comunicativo, não verbal, estágios transicional e verbal (veja abaixo os exemplos de itens de situações em casa).

A Escala de Frankfurt para Avaliação do Mutismo Seletivo (FSSM) de Angelika Gentshaler inclui uma escala diagnóstica e uma escala de severidade. A FSSM está disponível em 3 versões para pré escolar de 3 a 7 anos (FSSM 3-7), escolares de 6 a 11 anos (FSSM 6-11), e adolescentes de 12 a 18 anos (FSSM 12-18). A versão alemã foi validada em 2018 (Gentshaler et al). O manual e algumas traduções autorizadas da FSSM estão disponíveis para download.

TRATAMENTO

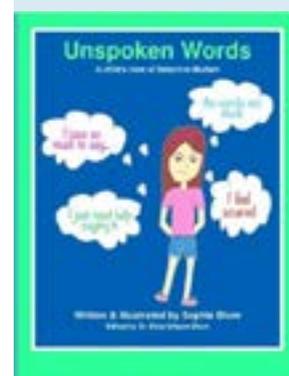
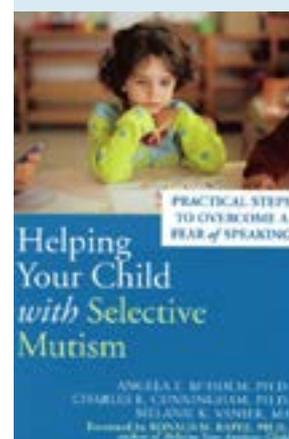
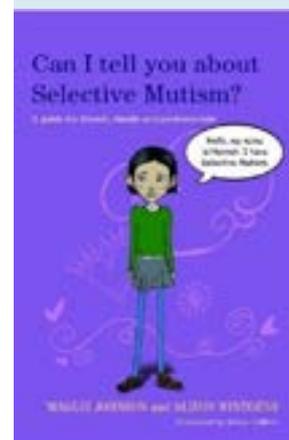
É útil conceitualizar o tratamento considerando três grupos de fatores:

1. *Fatores de vulnerabilidade* (genético, temperamental, ansiedade social, inibição comportamental, e transtorno do neurodesenvolvimento). O foco do tratamento não é mudar o temperamento. Se o transtorno do neurodesenvolvimento está presente, uma ajuda adequada deve ser implementada na escola.
2. *Fatores desencadeantes* (eventos inesperados ou de transição, como início na pré-escola ou escola, migração, uso de uma nova língua). Crianças com MS se beneficiam de preparação, treinamento, e permissão de um maior tempo para se adaptar às novas situações e momentos de transição, assim como de um ambiente estruturado e previsível.
3. *Fatores mantenedores* (o comportamento das pessoas em torno da criança). Existem dois tipos de riscos opostos. Um é a aceitação da evitação da criança, conversando com ela e aceitando sua incapacidade de melhorar sua comunicação. O outro é ter uma expectativa de comunicação que a criança é incapaz realizar na situação. Embora bem intencionadas, ambas atitudes não ajudam, aumenta o desconforto das crianças e pode agravar os sintomas (veja na caixa abaixo).

O MS é amplamente considerado difícil de tratar e existem poucos estudos de efetividade. A literatura sobre tratamento tem sido dominada por estudos de casos ou série de casos, incluindo ampla gama de abordagens refletindo a variedade da orientação teórica dos autores. Os dados sobre os desfechos destes tratamentos e a predição das evoluções são escassos. Os poucos estudos sobre a evolução a longo prazo são retrospectivos, com pouca informação específica sobre o tratamento realizado no passado. Em 2006, uma revisão acerca do tratamento psicossocial estabeleceu, com cautela, uma recomendação da terapia cognitivo comportamental (TCC) (Cohan et al, 2006a). Nos últimos anos, evidências baseadas nas intervenções de TCC adaptadas às crianças com MS têm sido desenvolvidas (Klein et al, 2016; Bergman, 2013; Oerbeck et al, 2014). Todos defendem uma intervenção precoce, embora existam algumas diferenças de formato, frequência, duração e locais das sessões terapêuticas; existem similaridades impressionantes entre elas. Trabalhos pioneiros de tratamentos de MS são dos grupos Ingleses, Canadenses e Americanos (Johnson & Wintgens, 2016; McHolm et al, 2005; Kearney, 2010). Outro grupo Canadense revisou e publicou uma revisão de tratamento para MS (abordagem

A Psicoeducação é útil para crianças com mutismo seletivo e seus familiares

(clique na imagem para obter informação)





Orientações sugeridas aos pais

Muitas pessoas têm medo de algumas coisas. Esta criança acha difícil falar. Existem algumas maneiras de ajudá-la a falar. Você pode ajudar:

- Quando alguém não fala, pessoas podem se sentir desajeitadas de ficar por perto. Seja amigável com a criança e tente incluí-la na brincadeira/atividade
- Não fale com outras pessoas que a criança é incapaz de falar. E, em geral, não fale com a criança.
- Não faça reboliço se a criança falar, apenas continue o que estava fazendo.

psicossocial e uso de medicamentos) (Manassis, 2009).

Tratamentos Psicossociais

Para simplificar, características chaves do tratamento serão listadas abaixo. A seguir apresentaremos um breve resumo das evidências acerca das intervenções psicossociais apresentadas e ilustraremos com exemplos de casos. As intervenções são em geral multidisciplinares com foco na redução da ansiedade, aumento da fala social e amenizar o prejuízo social relacionado ao MS.

- Todas as abordagens enfatizam o componente comportamental da TCC, pois o sintoma do mutismo e a idade típica do início dos mesmos, tornam a reestruturação cognitiva menos factível. Exposição gradual à tarefas e recompensa pelo comportamento de fala (prêmio contingencial) são usados.
- O envolvimento dos pais é essencial. Realizar a psicoeducação sobre MS e informar sobre a melhor maneira de ajudar a criança, reduzindo comportamentos de falar pela criança e promover oportunidades de comunicação em situações de baixo nível de ansiedade (em casa e em situações públicas) são mandatórios. Veja o texto, na caixa ao lado, para sugestão de literatura para usar com as crianças com MS. Veja também o panfleto informativo oferecido para pais pela [SMIRA](#), um

grupo inglês de apoio ao MS.

- Envolvimento extenso e coordenado com os professores é necessário, pois as crianças com MS tendem a ser mais sintomáticas na escola. Psicoeducação sobre MS, consultoria durante o tratamento e tarefas de exposição simples na escola são usadas.
- As crianças com MS frequentemente falham em falar com o terapeuta, a estratégia para assegurar um vínculo inicial com a criança é vital. Se informar sobre o que a criança realmente gosta, usar jogos e brincadeiras divertidas e preparar recompensas e retornos atrativos são essenciais.
- O principal objetivo do tratamento é reduzir a ansiedade ao falar, diminuindo a pressão para falar e deixando a criança mais confortável, sem a expectativa que a criança olhe diretamente para o terapeuta. Este comportamento pode parecer uma intervenção paradoxal que atuaria contra o objetivo final que é a promoção da fala. Entretanto, observa-se que esta abordagem tem sido crucial para a criança, com MS, relaxar e se engajar na comunicação com pessoas não familiares e em situações novas.

A terapia comportamental integrativa para MS desenvolvida por

Lindsey R. Bergman

O tratamento é conduzido na clínica, conduzido por clínicos experientes com participação parental usando tarefas graduais de exposição à situações e estímulos temidos (comunicação verbal) (Bergman, 2013). Os terapeutas ficam em contato próximo com os professores, para assegurar que existam tarefas de exposição relevantes na escola. Um estudo piloto controlado e randomizado incluindo 21 crianças (4 a 8 anos de idade) encontrou melhora significativa após

A questão de uma mãe

Minha filha M. tem 8 anos e está no segundo grau. Ela sempre foi tímida, falava apenas comigo, meu marido, irmão, avós e alguns tios e tias. Hoje ela fala com todos da família mais próxima. Na escola ela fala apenas quando está sozinha com um professor de educação física. Nós estamos em tratamento com um terapeuta há 1 ano. [...] O terapeuta e eu estamos tentando informar os professores de M. sobre o MS. Eu tenho levado M. mais cedo para a escola, antes da chegada das outras crianças, e M. lê algumas palavras para a professora. Eu também gravo os resumos que ela faz oralmente para mostrar à professora. M. tem uma melhor amiga com quem ela fala na escola. Ela se sente muito confortável com esta amiga e, por causa dela, tem feito novos amigos, e se junta a eles após as atividades da escola. Seus professores, especialmente o de educação física, sentem que M. está usando a amiga como uma muleta. Eles querem separá-las no próximo ano. Eu sou totalmente contra porque M. fica menos ansiosa perto desta amiga. Eu sei como é frustrante quando você não se comunica. Eu acho que os professores acham que podem curar M. mantendo as duas separadas. Eu acho que manter M. com as crianças com as quais ela se sente mais confortável pode ajudá-la. Eles parecem pensar que ela precisa de ter outros amigos. M. tem outros amigos, mas ela não consegue iniciar uma amizade por conta própria.

Minha questão para vocês é, "M. deve ser separada da única amiga com quem ela consegue falar confortavelmente?"

O que você acha?

Greta

Greta era uma menina de 5 anos e tinha MS desde os 3 anos, quando entrou para a pré escola. Ela era bilingue com mutismo em ambas as línguas. Seu irmão adolescente ainda sofria com MS, apesar de longo contato com serviços de saúde mental.

Tarefas de exposição foram introduzidas pela terapeuta em três visitas domiciliares. Greta começou a falar com o terapeuta na segunda sessão, quando brincavam seu jogo favorito. Ela continuou a falar com o terapeuta em uma sala separada na escola. Ela desejava muito participar e fazia lista de pessoas que desejaria convidar para entrar. Interessante que, a primeira que convidou foi uma garota tímida e acanhada. Greta disse à terapeuta que esta amiga também precisava de ajuda para falar!

Após 6 semanas, Greta começou a sussurrar com os colegas fora da sala de treinamento, e durante as 2 semanas seguintes ela começou a falar livremente com seus colegas e adultos. No acompanhamento após 5 anos, ela continuava falando em todas as situações e sem sintomas de ansiedade social.

o tratamento, e sem mudanças no grupo controle da lista de espera (Bergman et al, 2002). Importante que, 67% das crianças que receberam tratamento não preencheram mais os critérios para MS, e os ganhos clínicos se mantiveram por 3 anos de acompanhamento (Bergman et al, 2013). O diagnóstico de comorbidade não foi aferido, mas foi encontrado uma redução significativa de ansiedade social pelos pais, mas não pelos relatórios dos professores. Veja Apêndice F.5.1 para uma visão geral das 20 sessões da abordagem terapêutica de Bergman.

O manual de Bergman fornece formulários, e fichas que auxiliam na mensuração e tratamento do MS, incluindo exercícios de exposição. Atribuições estruturadas, recompensas planejadas, descrições de evoluções e quantificação dos sentimentos das crianças são enfatizados. Veja Apêndice F.5.2 e F.5.3 como exemplos. [Clique aqui](#) para acessar os recursos e fazer o download do manual.

O Tratamento da Ansiedade de Comunicação Social (The Communication Anxiety Treatment, S-CAT) desenvolvido por Elisa Shipon-Blum

Este tratamento também é conduzido na clínica com a participação dos pais com exposição gradual à tarefas de exposição. Da mesma forma existe a consultoria aos professores, para assegurar a compreensão do MS e as tarefas de exposição relevantes na escola. A terapia consiste em nove sessões de 3 semanas, emprega a transferência extensiva do controle aos pais entre as sessões para promover a generalização dos ganhos terapêuticos. S-CAT incorpora estratégias comportamentais e cognitivas para ajudar a criança a se comunicar socialmente em uma moldura de estágios de verbalização (veja Apêndice F.5.3) que aumenta a demanda progressivamente, usando a *SM-Social Communication Comfort Scale*.

Um estudo piloto com o programa S-CAT, sem grupo controle e com 40 crianças com MS de 5 a 12 anos, encontrou um aumento significativo da fala mensurada pelos pais. A redução da severidade do MS e a alta participação familiar estavam associadas a uma melhor evolução (Klein et al, 2016).

Intervenção em casa e na escola para MS, por Hanne Kristensen e seu grupo

Este tratamento inicia-se em casa, onde a criança se sente segura e onde é mais provável que comece a falar, e se estende para a escola onde os sintomas são mais severos. Esta abordagem pode ser particularmente útil em zonas rurais ou onde não existe o acesso a um clínico especialista. A professora ou outra pessoa importante pode desenvolver as intervenções sob supervisão de um clínico. Veja Apêndice F.5.4 para uma visão geral das intervenções em casa e na escola.

Uma evolução favorável foi mostrada em um estudo piloto com 7 crianças pré escolares diagnosticadas com MS de longa evolução (média de 20 meses) (Oerbeck et al, 2012). Após uma média de 14 semanas de tratamento, 6 das 7 crianças estavam falando livremente na escola, e isto se manteve após 1 ano e meio de acompanhamento. Em um estudo randomizado controlado incluindo 24 crianças (de 3 a 9 anos de idade), foi encontrado um aumento significativo na fala após 3 meses, e nenhuma mudança no grupo controle da lista de espera (Oerbeck

et al, 2014).

O estudo de acompanhamento 1 ano e meio após o programa de tratamento não mostrou declínio do efeito positivo. Ao contrário, houve um pequeno, porém significativo aumento do comportamento de falar ao longo do tempo (Oerbeck et al, 2015). Crianças menores, que iniciaram o tratamento mais precoce com sintomas mais leves, mostraram maior associação com melhor evolução. Um acompanhamento de 30 das 32 crianças (de 3 a 9 anos) que completaram este programa na Noruega mostraram, de acordo com pais e professores, que 21 das 30 crianças não preenchiam mais os critérios do MS, 04 persistiram com o MS e 5 mostraram remissão parcial (p. ex., falam em algumas situações na escola, mas não em todas). Incluíram neste acompanhamento informações das próprias crianças, que reportaram no geral boa qualidade (Oerbeck et al, 2018).

Farmacoterapia

A farmacoterapia em crianças com MS é amplamente usada “off label” devido a falta de evidências; a medicação deve ser considerada apenas em circunstâncias especiais. Atualmente, existem dois pequenos estudos clínicos, cegos, um com



Clique nas figuras para ver o documentário (Ajude-me a falar) que acompanha 2 crianças com mutismo seletivo. Parte 3 (acima, 14:05) e parte 4 (abaixo, 13:11) ilustra aspectos do tratamento farmacológico e psicológico.



Ellen

Ellen era uma menina de 6 anos e meio durante a primeira avaliação. Ela emigrou aos 3 anos, para Europa com sua família, vinda do sudeste Asiático. Em casa ela era fluente em ambas as línguas, a nativa e a local. Ellen era descrita pelos pais como quieta e tímida ao longo de sua vida, mas por outro lado aparentava um desenvolvimento normal. Quando começou a pré escola, ela era completamente silenciosa, mas os professores estavam satisfeitos por ter uma criança cooperativa e não disruptiva na classe. Eles tranquilizaram os pais que Ellen participaria bem na medida que se adaptasse ao novo ambiente. Entretanto, Ellen não falou na escola durante este ano e o seguinte.

Ellen foi encaminhada para avaliação da saúde mental no final do primeiro ano devido ao seu silêncio. Os professores tiveram dificuldade de avaliar seu progresso acadêmico. Ellen foi diagnosticada com MS. Observava-se a existência de uma comunicação não verbal com os colegas, o que resultou em algumas amizades. Com frequência ela era incluída nos jogos pelos colegas e muitos deles falavam por ela na classe. A avaliação clínica sugeriu terapia comportamental para encorajar a fala. A família estava convencida que um novo começo em uma escola nova resolveria o problema, e as intervenções sugeridas não foram seguidas.

Em sua nova escola, no segundo ano, Ellen mantinha-se sem fala. Agravado pela perda do contato com seus colegas da escola anterior e pelo bullying que sofria na nova escola, ela se tornou crescentemente retraída. Colocava a cabeça na mesa escolar a maior parte das aulas, sem olhar para frente. A escola providenciou um profissional de fala para trabalhar com Ellen e introduziu um programa de modificação comportamental, que em casos semelhantes foi efetivo. Após 4 meses, não houve progresso. Uma segunda avaliação de saúde mental foi feita, Ellen tinha 7 anos e meio, e a medicação foi recomendada. Frente à deterioração do quadro da filha, os pais consideraram a decisão e concordaram com a medicação.

Iniciou-se fluoxetina 10mg ao dia. Ellen tolerou bem o medicamento, sem efeitos colaterais. Após seis meses, ela estava mais sorridente, mas não estava falando, apesar do trabalho com o fonoaudiólogo e do programa comportamental. A dose foi aumentada para 15mg ao dia (20mg e 10mg, cápsulas em dias alternados). Em 3 semanas, ela começou a sussurrar com os colegas. No mês seguinte, ela começou a falar com a professora, desde que estivesse sozinha com ela. Ellen continuou com a medicação e foi permitido que continuasse com a mesma professora no terceiro ano. Neste ano, apresentou um desenvolvimento social normal da fala, das amizades, e um bom progresso acadêmico. A medicação foi reduzida assim que iniciou o quarto ano, pois Ellen continuava falando normalmente em todos ambientes.

Assim como em outras condições psiquiátricas, em que faltam estudos sobre a dose ótima, a regra geral para prescrição no MS é, “inicie em doses baixas e aumente gradualmente”.

fluoxetina e o outro com sertralina (Manassis et al, 2016). A escolha das medicações usadas baseia-se nos resultados extrapolados dos resultados nos tratamentos dos outros transtornos de ansiedade. É importante estar ciente destes fatos e o uso racional da indicação dos medicamentos, por exemplo, frente a falta de resposta ao tratamento psicológico e uma conexão forte entre o MS e o transtorno de ansiedade social (Compton et al, 2014). Estes aspectos fazem as famílias considerarem se vale a pena o risco dos potenciais efeitos colaterais da medicação. Entretanto, o risco de deterioração social e das funções acadêmicas pode ser alto quando o MS não é efetivamente tratado e a medicação pode melhorar o desfecho funcional (Manassis & Tannock, 2008). Se a medicação reduz a ansiedade, algumas crianças podem progredir mais rapidamente com o tratamento psicossocial. É assegurado à família que a resposta à medicação (positiva ou negativa) e os efeitos colaterais serão monitorados de perto, e o objetivo é descontinuar o medicamento na medida que a criança esteja falando normalmente na maioria dos ambientes sociais.

Quando a medicação é útil no MS?

No caso da Ellen, os sintomas persistiram ao longo de 2 anos, apesar do tratamento psicossocial. A tentativa de um novo começo na vida escolar, mudando de escola, fracassou e o seu funcionamento social deteriorou claramente. Estas situações justificam o uso da medicação. Entretanto, a questão de quando usar o medicamento no MS não é de fácil resposta (veja também o vídeo clips 3 e 4). Ao considerar a recomendação ou não do uso da medicação, alguns fatores devem ser considerados:

- Evidências de efetividade e os potenciais efeitos colaterais são limitadas, em particular nas crianças pré púberes.
- A medicação deve ser usada em conjunto com o tratamento psicossocial, e não como uma monoterapia, embora futuros estudos acerca desta combinação terapêutica sejam necessários (Ostergaard, 2018).
- É importante identificar a falência de resposta aos tratamentos psicossociais, a severidade dos sintomas e o prejuízo social. Existe um debate sobre quanto tempo deve-se aguardar o efeito do tratamento psicossocial antes de adicionar a medicação. A maioria dos autores sugerem alguns meses.
- A medicação pode ser considerada precocemente nas crianças mais velhas, pois estas apresentam taxas mais baixas de resposta aos tratamentos psicossociais do que as mais jovens (Oerbeck et al, 2015). Nos locais onde as abordagens psicossociais não estão disponíveis a farmacoterapia pode também ser iniciada mais precocemente.
- Os clínicos devem pesar os potenciais riscos e benefícios da medicação em cada caso e ajudar as famílias a compreendê-los.

Na medida que a criança está progredindo com a fala social, é importante manter a medicação por alguns meses para otimizar o benefício do tratamento psicossocial paralelo. O tratamento permite a criança construir a confiança em sua nova habilidade social, e evita contratempos.

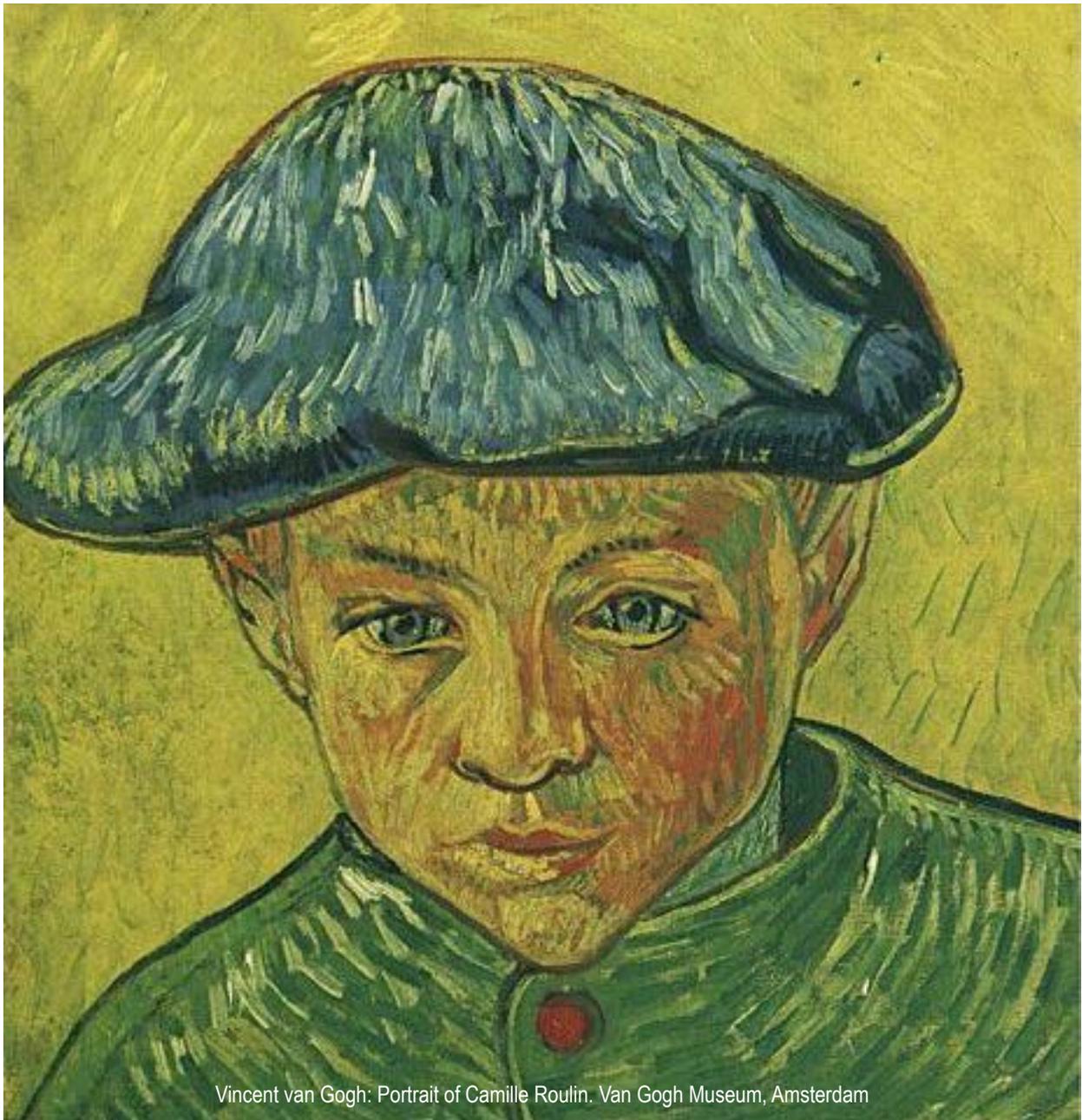
Escolha da medicação

A Fluoxetina é a mais estudada, embora existam estudos com outros inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e dois inibidores da monoamina oxidase (IMAOs): fenelzina e moclobemida (Manassis et al, 2016). O uso dos IMAOs em crianças devem ser evitados pelos efeitos colaterais e pela interação com alguns alimentos. Recomendamos iniciar com fluoxetina e mudar para sertralina, se houver intolerância ou falta de resposta.

Como a medicação deve ser prescrita?

Crianças menores (abaixo de 7 anos) devem iniciar com 5mg de fluoxetina ao dia, na apresentação líquida, ou se não tiver disponível, 10mg, dia sim, dia não. Devido a longa vida média da fluoxetina a dosagem pode ser titulada ajustando o número de cápsulas administradas durante a semana. No caso da sertralina, 12,5mg ao dia pode ser prescrito inicialmente (i.e., metade do comprimido de 25mg). O ajuste da dose irá variar em cada caso, segundo a necessidade e a tolerância.

É prudente monitorar o peso da criança, que algumas vezes é afetado pela náusea causada pelo medicamento, especialmente no início. A ativação comportamental, um efeito adverso dos ISRS, não é incomum em crianças (Strawn et al, 2015); o que pode requerer uma redução da dose ou mudança da medicação. A possibilidade de aumentar o risco de comportamento suicida, embora incomum



Vincent van Gogh: Portrait of Camille Roulin. Van Gogh Museum, Amsterdam

(Bridge et al, 2007), deve ser mencionada à família e adotar medidas de segurança adequadas.

Ao avaliar os benefícios, é importante obter informação dos professores, dos pais e da criança, desde que esta tenha uma comunicação mínima. Ao iniciar a medicação, a melhora frequentemente não é percebida em casa, onde os sintomas tipicamente são menos severos, na escola são mais identificáveis. A melhora pode levar um tempo: tipicamente 2 a 4 semanas em dose ótima e, em geral, mais algumas semanas antes que a mudança se traduza em uma comunicação verbal mais apropriada. Um acompanhamento regular, por exemplo, a cada duas semanas, é ideal para monitorar os efeitos adversos, ajustar doses e continuar com o tratamento psicossocial.

A redução do medicamento nas férias de verão usualmente não é aconselhável, uma vez que o início da escola no outono é uma época desafiadora para estas crianças com MS, pois funciona como desencadeador de recaídas. Todavia, quando a criança está falando normalmente na maioria dos ambientes sociais, e estabeleceu um bom funcionamento social e acadêmico, o clínico deve iniciar a redução da medicação. Usualmente, é feito diminuindo a dose, aguardando algumas poucas semanas para observar se ocorre reaparecimento dos sintomas e segue-se reduzindo e observando novamente, até a retirada total se os sintomas não retornarem. Caso os sintomas reapareçam, a medicação deve ser aumentada até a menor dose previamente efetiva. A dose da medicação deve ser reavaliada a cada 6 meses para assegurar-se que a criança continue com a menor dose necessária. O risco e benefício do uso a longo prazo da medicação é desconhecido.

QUESTÕES CULTURAIS ESPECÍFICAS

Os limites entre a normalidade e a patologia varia nas diferentes culturas. Consequentemente, um comportamento será considerado patológico ou não de forma diferente. O limite de tolerância ao mutismo varia nas diferentes culturas, ambientes sociais e famílias. Entretanto para o MS, em termos do transtorno propriamente dito, praticamente todas as culturas (mesmo aquelas em que a timidez/ reticência é considerada uma qualidade positiva) o consideram um comportamento aberrante e os pais gostariam de ajudar a melhorar o comportamento de suas crianças.

Na nossa opinião, a questão cultural que demanda maior sensibilidade no MS tem relação com o tratamento:

- Internacionalmente existe uma variação acerca da importância dada à habilidade da criança de fazer apresentações orais na escola. Varia também a quantidade aceitável de pressão para ajudar a criança a melhorar seu comportamento de fala.
- A forma de oferecer o tratamento psicossocial varia entre os países, se permitem ou desejam que os profissionais de saúde ajudem as crianças em casa ou na escola.
- Com relação à farmacoterapia, existe grande variação na aceitação do uso de medicamentos no MS. Em muitos países este tratamento é considerado “off label”, o que significa que a prescrição não tem a aprovação das agências oficiais reguladoras de saúde, usualmente, por falta de evidências de efetividade suficientes.

- Você tem alguma questão a fazer?
- Comentários?

Clique aqui e vá para a página do livro no Facebook, compartilhe sua visão sobre este capítulo com outros leitores e comente sobre os autores ou editores.

PONTOS-CHAVE

- O MS é um transtorno da infância que pode causar prejuízos no funcionamento social e acadêmicos
- O sintoma cardinal do MS é um fracasso consistente para falar em situações específicas (p. ex., na escola, situação social) apesar de falar normalmente em outras (p. ex., em casa)
- O MS ocorre em famílias e está associado ao traço temperamental de inibição comportamental
- Condições comórbidas são prevalentes, especialmente outros transtornos de ansiedade e transtornos do neurodesenvolvimento, e é importante avaliar na criança
- A avaliação requer experiência, sensibilidade e informações detalhadas de pais e professores bem como a avaliação da criança
- Psicoeducação e gestão comportamental são geralmente os primeiros passos
- Uma abordagem de tratamento estruturada com foco na exposição gradual à tarefa temida (falar) com contingência de recompensa é o tratamento de escolha
- A medicação pode ser útil quando não há resposta ou resposta parcial ao tratamento psicossocial. O medicamento pode ser considerado mais cedo quando o tratamento psicossocial não estiver disponível
- Se possível, a medicação deve ser usada em conjunto com o tratamento psicossocial para MS, não como uma monoterapia
- Atualmente, nenhum medicamento é aprovado para crianças e adolescentes com MS. No entanto, um crescente número de estudos sugere otimismo cauteloso em relação aos ISRSs
- Se não for tratada, o MS está associado a um maior risco de outros transtornos psiquiátricos,

REFERÊNCIAS

- Albano AM, Silverman WK (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Graywind Publications Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bergman LR (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism. An integrative Behavioral approach*. New York: Oxford University Press.
- Bergman LR, Keller ML, Piacentini J et al (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:456-464.
- Bergman LR, Piacentini J, Mccracken JT (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:938-946.
- Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J et al (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 51:680-689.
- Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA et al (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children. A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, 43:680-686.
- Black B, Uhde TW (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:847-856.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297:1683-1696.
- Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC et al (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1057-1067.
- Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E et al (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37:770-784.
- Cohan SL, Chavira DA, Stein MB (2006a). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1085-1097.
- Cohan SL, Price JM, Stein MB (2006b). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27:341-355.
- Compton SN, Peris TS, Almirall D et al (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82:212-224.

- Dunn LM, Dunn DM (2007) *Peabody Picture Vocabulary Test-IV*. San Antonio, TX: Pearson Assessments.
- Egger HL, Angold AC (2004). The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: Delcarmen-Wiggins R & Carter A (eds) *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gensthaler A, Dieter J, Raisig S et al (2018). Evaluation of a novel parent-rated scale for selective mutism. *Assessment*, epub ahead of print. Doi: 10.1177/1073191118787328.
- Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M et al (2016a). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-016-0835-4
- Gensthaler A, Maichrowitz V, Kaess M et al (2016b). Selective mutism: The fraternal twin of childhood social phobia. *Psychopathology*, 49:95-107.
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A et al (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28:225-233.
- Hua A, Major N (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28:114-120.
- Johnson M, Wintgens A (2016). *The Selective Mutism Resource Manual 2nd ed*, Brackley, UK: Speechmark Publishing.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D et al (2013). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) 2013 Working draft*. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
- Kearney CA (2010). *Helping Children with Selective Mutism and their Parents: A Guide for School-Based Professionals*. New York, NY: Oxford University Press.
- Klein ER, Armstrong SL, Skira K et al (2016). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* DOI: 10.1177/1359104516633497
- Kristensen H (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:249-256.
- Manassis K (2009). Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9:235-243.
- Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25:571-578.
- Manassis K, Tannock R (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:700-703.
- McHolm AE, Cunningham CE, Vanier MK (2005). *Helping your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Muris P, Hendriks E, Bot S (2015). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3- to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 18:151-169.
- Muris P, Ollendick TH (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18:151-169.
- Oerbeck B, Johansen J, Lundahl K et al (2012). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3-5 years: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17:370-383.
- Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 27:997-1009.
- Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH et al (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24:757-766.
- Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T et al (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19:192-198.
- Ostergaard KR (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* 72:240-250.
- Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B et al (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251:284-296.
- Stein MB, Yang B-Z, Chavira DA et al (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69:825-831.
- Steinhausen H-C, Juzi C (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:606-614.
- Strawn JR, Welge JA, Wehry AM et al (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32:149-157.
- Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A et al (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:592-595.
- World Health Organization (2018). [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(11th Revision\)](#).



Apêndice F.5.1

Visão Geral das 20 sessões da Terapia Comportamental integral de Bergman para crianças com Mutismo Seletivo

	TÓPICO	CONTEÚDO
1	Introdução	Visão geral do tratamento e início do aumento do conforto da criança na nova situação
2	Gráficos de sentimentos, sistema de recompensa	Introduzir e praticar o uso de “gráficos de sentimento”, uma medida de estresse subjetiva compatível com o desenvolvimento. Introduzir a criança e a família no uso do sistema de recompensa para reforçar o comportamento de fala e ajudá-los a desenvolver um sistema personalizado.
3	Lista de situações na classe e montar uma hierarquia	Reunir detalhes do comportamento verbal da criança na classe. Construir a “escada da fala” ou hierarquia (lista graduada de situações envolvendo comunicação verbal que a criança irá trabalhar ao longo do tempo)
4	Práticas de exposição*	Revisão racional por trás das intervenções de exposição e iniciar com sessões de exposição internas que guiará futuras sessões de exposições internas e externas.
5-9	Exposições iniciais (leves)*	Desenvolver, executar, e especificar exercícios de exposição para situações em que a criança tenha dificuldade de falar nas sessões internas e nos demais locais (escola, família, comunidade, etc.)
10	Sessão do ponto médio do tratamento	Foco na revisão do processo para definir e resolver obstáculos para o sucesso (p.ex., professor ou pais que não estão em conformidade, problemas com o programa de recompensa, falta de generalização, oposição da criança)
11-14	Intermediar exposição (moderada)	Continue trabalhando nas exposições hierarquizadas pela criança (“escada da fala”) com as contribuições das famílias e dos professores
15	Continuar exposições* e introduzir ou transferir o controle	Continuar as tarefas de exposição e introduzir o conceito de transferência do controle pelo qual a responsabilidade do trabalho em andamento é entregue aos pais e à criança. Começar a extrair idéias dos pais/crianças para fora das sessões de exposição
16-17	Exposição avançada e foco adicional na transferência de controle	Manter o trabalho rotineiro com exposições mais avançadas e mais foco na transferência de controle e responsabilidade do tratamento para a família, assim como para os professores, se apropriado
18-19	Revisão de progresso; exposição avançada e transferência de controle	Reconhecer áreas onde ocorreu progresso e identificar situações onde a dificuldade de fala permanece. Desenvolver estratégias para trabalhar estas áreas, particularmente se tiver prejuízo funcional. Permitir que a família e professores ofereçam sugestões de tarefas de exposição com foco nestas áreas sintomáticas
20	Prevenção de recaídas e graduação	Presentear a criança com gráfico de progresso para reconhecer e reforçar os ganhos. Desenvolver listas de desafios remanescentes e “brainstorm” para continuar o trabalho. Rever estratégias de prevenção de recaídas. Presentear com certificado de graduação e, se o tempo permitir, fazer uma pequena celebração

* Quando apropriado para o nível de desenvolvimento da criança, técnicas simples de reestruturação cognitiva podem ser adicionadas durante essas etapas da intervenção

Apêndice F.5.2

Exemplo de formulário usado para conduzir as atribuições estruturadas de acordo com o manual de Bergman

Atribuição:

Recompensa esperada:

Desfecho: [1] Não tentou - não foi possível
[2] Não tentou - criança não tolerou
[3] Tentou mas não completou
[4] Completou como atribuído
[5] Completou com alterações

Pontuação da criança após a exposição (de 1-5; variando intensidade de sorriso a faces de aborrecimento)

Marque aqui _____ se a classificação da criança não foi obtida.

Explique o desfecho:

Apêndice F.5.3

Estágios na SM-Social Communication Comfort Scale (Elisa Shipon-Blum)

Estágio 0: A criança não responde ou inicia (parece paralisada)

Estágio 1: Criança comunica usando comunicação não verbal (não falada) comunicação e respostas iniciam com apontar, mexer a cabeça, gestos, escrever ou fazendo sons que não seja fala.

Estágio 2: Criança está na transição para comunicação verbal (falada) e responde ou inicia respostas com sons ou usando uma linguagem verbal intermediária que pode incluir sussuros ou um aparelho de gravação

Estágio 3: Criança comunica falando e respondendo ou inicia com palavras com sua voz típica, tranquila ou alterada em uma fala espontânea ou um roteiro ensaiado.

Apêndice F.5.4

Visão geral da intervenção em casa e na escola para MS, de Hanne Kristensen e seu grupo

Uma sessão psicoeducacional *conduzida com pais e professores juntos*.

O Mutismo seletivo frequentemente gera uma especulação etiológica (p.ex., a criança deliberadamente não fala ou é um resultado de um trauma). Esta sessão é importante para garantir uma evidência baseada na compreensão do MS, e qual a melhor maneira de ajudar a criança.

- **Três semanas de sessões em casa com crianças e pais**

Sessão 1. Explica (de acordo com a idade da criança) o propósito da visita, que outras crianças também lutam contra a inabilidade de falar fora de casa, que muitas não sabem o motivo, e que elas realmente querem falar, mas não sabem como fazer isto. Explique que é possível melhorar praticando em pequenos passos, que eles vão ser preparados para isto e vão receber pequenos presentes para falar. Apresente o livro para o trabalho (mapa de fala, adesivos, papéis de desenhos) e um gravador (para brincar e escutar sua voz ou sons), ambos para uso opcional como uma ferramenta para aumentar a adesão. Escolham juntos um jogo favorito—que tenha demanda de fala (p.ex., contar, nomear)—assim como os premios favoritos. Mostre à criança como o jogo (tarefa de exposição) será conduzida na 2ª sessão dos estágios fáceis até os mais difíceis (veja sessão 2).

Sessão 2. Faça uma revisão da sessão 1 e verifique o livro de trabalho/gravador se tiver sido usado entre as sessões. Conduza o plano de exposição em 6 etapas com aumento da dificuldade: (1) pais e crianças jogam o jogo; com o terapeuta fora da sala e a porta fechada; (2) o terapeuta fora da sala e a porta aberta; (3) o terapeuta visita a sala durante o jogo; (4) o terapeuta na sala, mas não joga; (5) o terapeuta senta ao lado, mas não joga; (6) o terapeuta participa do jogo com a criança e os pais.

Sessão 3. Faça uma revisão da sessão 2 e continue a tarefa de exposição onde parou na sessão 2. Prepare a criança para que a próxima sessão seja feita na escola, usando o mesmo jogo e material, inicialmente com os pais e depois com professores.

- **17 sessões/semanas na escola** (se possível divida em duas sessões de 30 minutos para “aquecer” a criança): Conteúdo similar das sessões 1 e 2, porém em outro local (na escola). O programa segue 6 módulos com metas predeterminadas e de crescente dificuldade (veja abaixo). Crianças com MS podem ser descritas como início no nível zero (não conversa com adultos)

Metas

- 1 Fala com o terapeuta em uma sala separada da escola com os pais presentes
- 2 Fala com o terapeuta em uma sala separada da escola sem os pais presentes
- 3 Fala com o professor em uma sala separada da escola com o terapeuta presente
- 4 Fala com outros professores (e criança) em uma sala separada da escola com o terapeuta presente
- 5 Fala com professores (e crianças em alguns ambiente sem o terapeuta presente (fala com alguns, mas não com todos; fala com alguns, mas não com todos os grupos da escola)
- 6 Fala com professores (e crianças) em todos os ambientes sem o terapeuta presente (normal/ próximo da fala normal)