

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA

ESCALA BRASILEIRA DE MUTISMO SELETIVO: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIA DE VALIDADE

CAMPINAS
2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA

ESCALA BRASILEIRA DE MUTISMO SELETIVO: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIA DE VALIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Solange Muglia Wechsler

CAMPINAS
2024

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Rizziolli Pires CRB 8/6920
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

616.855
V658e

Vieira, Elisa Maria Neiva de Lima

Escala brasileira de mutismo seletivo: construção e evidência de validade / Elisa Maria Neiva de Lima Vieira. - Campinas: PUC-Campinas, 2024.

97 f.: il.

Orientador: Solange Muglia Wechsler.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2024.

Inclui bibliografia.

1. Mutismo seletivo. 2. Psicodiagnóstico. 3. Diagnóstico. I. Wechsler, Solange Muglia. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

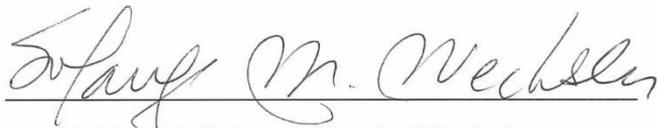
23. ed. CDD 616.855

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA

**ESCALA BRASILEIRA DE MUTISMO SELETIVO: CONSTRUÇÃO E
EVIDÊNCIA DE VALIDADE**

Dissertação defendida e aprovada em 16 de
fevereiro de 2024 pela Comissão Organizadora



Prof.(a) Dr.(a) Solange Muglia Wechsler

Orientador(a) da Dissertação e Presidente da
Comissão Examinadora

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas)

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDRE LUIZ MONEZI ANDRADE
Data: 22/02/2024 11:51:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. André Luiz Monezi Andrade
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas)

Assinado por: Ana Filipa Gordino Beato
Num. de Identificação: 11994867
Data: 2024.02.22 14:58:03+00'00'

Prof.(a) Dr.(a) Ana Filipa Beato
Universidade Lusófona

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Lázaro Agostinho de Lima (*in memoriam*) e Maria Lúcia Neiva de Lima, ao meu marido Uirajara e aos meus filhos Guilherme e Bernardo, que sempre estiveram ao meu lado na construção do caminho do conhecimento.

Agradecimentos

À Professora Doutora Solange Muglia Wechsler, por aceitar minhas explicações sobre o Mutismo Seletivo e acreditar que este trabalho seria possível. Quantas portas me foram fechadas, antes que esta pudesse ter sido aberta com generosidade, afeição e impulso ao conhecimento.

A meus professores do curso de Pós-Graduação, que transmitiram todo seu conhecimento, em especial ao Prof. Dr. João Carlos Messias, hoje professor e há mais de 30 anos colega de turma. Foi uma honra estar ao seu lado.

Aos professores que contribuíram com sugestões em minha banca examinadora, e ao Prof. Dr. André Monezi, grande ouvinte deste projeto, meus sinceros agradecimentos

Aos mestres Julia Negreiros e Maria Júlia Scarpano, por todo carinho e atenção e paciência. Vocês me ensinaram muito e moram em meu coração. Cada gesto de simplicidade e sorrisos largos estarão para sempre guardados comigo.

A Luigi Augusto Pereira Botacini, que me ajudou na condução das análises estatísticas desta dissertação com muita sabedoria e paciência. Um jovem psicólogo que será um grande profissional.

À professora, orientadora e amiga, Prof^a. Dr^a. Vera Joffe, uma das grandes incentivadoras deste processo de mestrado, que acompanhou a minha caminhada, e à Prof^a. Dr^a. Ruth Perednik, por sempre acreditar em meu trabalho no Brasil, mesmo à distância, em Israel.

Aos membros da Selective Mutism Association (SMA) e ao seu Conselho, por me ofertarem conhecimento sobre o Mutismo Seletivo e concederem a mim a coordenação internacional da SMA no Brasil.

Aos amigos, Prof^a. Dr^a Isabel Sartorelli e Prof. Dr. Haroldo Sato, pelas orientações valiosas nesse longo processo.

Às amigas irmãs, Patrícia Mazieiro Mendonça e Maria Nora Muarrek, por me ouvirem e incentivarem a seguir em frente, sempre para concluir os ciclos de conhecimento, desde nossa infância e adolescência, até os dias de hoje. Distância alguma irá nos separar!

Aos meus filhos, Guilherme e Bernardo. Faltam palavras que traduzam a importância de vocês em minha vida. Vocês são luz, amor e renovação transformadas em movimento. São o pulsar da minha vida.

Ao meu marido Uirajara, pelo incentivo constante, amor, paciência e por sempre suavizar meus passos nos momentos mais difíceis, ao mostrar que a fonte do conhecimento é a maior

riqueza que temos.

Aos meus pacientes de Mutismo Seletivo, ao longo destes 28 anos de trabalho; sem exceção, agradeço a todos por terem me ensinado tanto.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.”

“This study was financed in part by The Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.”

RESUMO

Mutismo Seletivo (MS) é um transtorno de ansiedade no qual o indivíduo apresenta incapacidade de falar em ambientes sociais definidos, e ocorre em uma prevalência aproximada de 0,03% e 1,9% da população no que se refere a estudos dos Estados Unidos e Israel. A criança com MS se comunica em ambientes confortáveis para ela, como sua casa, mas apresenta dificuldades em se comunicar em ambientes sociais específicos. Portanto, é importante a identificação do MS devido às implicações familiares, sociais e educacionais causadas por esse transtorno. Entretanto, no Brasil, não existem instrumentos para identificar esse tipo de transtorno, o que deixa psicólogos e outros profissionais desprovidos de critérios objetivos para sua avaliação, e acabam por utilizar, muitas vezes, instrumentos internacionais sem estudos de validade para a realidade brasileira. Portanto o objetivo deste estudo foi construir e buscar evidências de validade para a Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBSM). Para a construção da EBSM, foram elaborados itens a partir de estudos sobre a literatura em relação a este constructo, divididos em 4 áreas a saber: escolar, social, familiar e comorbidades. No estudo 1 desta pesquisa, 4 juízes avaliaram a escala, sendo 1 médico psiquiatra e 3 psicólogos com experiência de mais de cinco anos na área de MS. Do total de 40 itens que compuseram a escala, obteve-se o Índice de Concordância (IC): 80% a 100% para 35 itens, 60% a 80% para 3 itens e 20 a 40% para 1 item. Os quatro itens que não obtiveram IC entre 80% e 100% foram submetidos a uma segunda avaliação, passando a apresentar o IC de 80% a 100%. Concluiu-se então, que a segunda versão da escala de MS estava apta ser utilizada no segundo estudo. Os resultados apresentaram evidências de validade para a estrutura interna da EBMS. Em uma segunda etapa, no estudo 2, buscou-se evidências de validade da EBMS pela relação com variáveis externas. Verificou-se se existiam diferenças entre grupos que foram ou não diagnosticados com o MS. Essa análise foi feita por meio de comparação entre as respostas de 30 pais de crianças e adolescentes de cada grupo (clínico e não clínico), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre sete e onze anos de idade. O grupo 1 foi composto por pais de crianças que apresentavam (convidados a participar do estudo por meio de mídias sociais), e o grupo 2 por pais de outras crianças que tinham o diagnóstico de MS alunos de uma escola municipal. As médias dos pais dos dois grupos foram comparadas pelo teste t-Student. Das 40 perguntas que compuseram a escala, 24 apresentaram diferenças de médias significativas de acordo como teste t-Student, e em 13 destas respostas, o tamanho do efeito calculado pelo d de Cohen foi considerado Grande ($d \geq 0.8$). Os resultados indicaram que a escala possui evidências de validade para discriminar grupos contrastantes, ou seja, para diferenciar crianças diagnosticadas com MS daquelas que não apresentaram quadro de MS. Dessa maneira, pretende-se contribuir para a avaliação psicológica infanto-juvenil com uma escala construída e validada para a nossa realidade.

Palavras-chave: Mutismo Seletivo; Avaliação Psicológica; Diagnóstico.

ABSTRACT

Selective Mutism (SM) is an anxiety disorder in which the individual is unable to speak in defined social settings and occurs in an approximate prevalence of 0.03% and 1.9% of the population in studies of United States and Israel. Children with SM communicate in settings that are comfortable for them, such as their home, but have difficulties communicating in specific social situations. Therefore, it is important to identify SM due to the family, social and educational implications caused by such disorder. However, in Brazil, there are no instruments to identify this type of disorder, which lets psychologists and other professionals without objective criteria for its assessment, and often end up using international instruments without validity studies for the Brazilian reality. Therefore, the objective of this study was to build and seek validity evidence for the Brazilian Selective Mutism Scale (EBSM). To construct the EBSM, items were created based on studies on the literature in relation to this construct, divided into 4 areas: school, social, family and comorbidities. In study 1 of this research, 4 judges evaluated the scale, including 1 psychiatrist and 3 psychologists with more than five years' experience in the SM area. From the total of 40 items that made up the scale, the following Agreement Index (CI) was obtained: 80% to 100% for 35 items, 60% to 80% for 3 items and 20 to 40% for 1 item. The four items that did not obtain a CI between 80% and 100% were subjected to a second evaluation, now presenting a CI of 80% to 100%. It was then concluded that the second version of the SM scale was suitable for use in the second study. The results presented evidence of validity for the internal structure of the EBMS. In a second stage, in study 2, evidence of the validity of the EBMS was sought through its relationship with external variables. It was verified whether there were differences between groups that were or were not diagnosed with SM. This analysis was carried out by comparing the responses of 30 parents of children and adolescents from each group (clinical and non-clinical), of both sexes, aged between seven and eleven years old. Group 1 was made up of parents of children who were diagnosed with SM (invited to participate in the study through social media), and group 2 was made up of parents of students at a municipal school who didn't have any formal diagnostic of SM. The means of the parents' responses to the questionnaire of the two groups were compared using the Student's t-test. Of the 40 questions that constitutes the scale, 24 showed significant mean differences according to the Student's t-test, and in 13 of these answers, the effect size calculated by Cohen's d was considered Large ($d \geq 0.8$). The results indicated that the scale has evidence of validity to discriminate contrasting groups, that is, to differentiate children diagnosed with SM from those who did not present it. In this way, we intend to contribute to the psychological assessment of children and adolescents with a scale constructed and validated for our reality.

Keywords: Selective Mutism; Psychological Assessment; Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Áreas da EBMS na Avaliação de Juízes.....	36
Tabela 2 – Índice de Concordância entre Juízes para os Itens da Escala.....	38
Tabela 3 – Descrição dos Grupos por Idade.....	40
Tabela 4 – Frequência por Série de cada Grupo.....	41
Tabela 5 – Ficha de Identificação dos Grupos.....	42
Tabela 6 – Médias e Desvio Padrão das respostas por questão em ambos os grupos.....	45
Tabela 7 – Tamanho do Efeito.....	49
Tabela 8 – Teste de Diferenças de média t-Student e Cohen´s d.....	50
Tabela 9 – Teste de Diferenças de média Wilcoxon.....	53
Tabela10 – Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Distribuição de Áreas e Perguntas.....	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 MUTISMO SELETIVO: CONCEITUAÇÃO E CARACTERÍSTICAS	14
1.1 Conceituação	14
1.2 Características do Mutismo Seletivo	20
1.3 Comorbidades associadas ao Mutismo Seletivo	22
2 DIAGNÓSTICO DO MUTISMO SELETIVO	25
3 INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS NO MUTISMO SELETIVO: A FAMÍLIA E A ESCOLA	30
4 TRATAMENTO DO MUTISMO SELETIVO	33
5 MÉTODO E RESULTADOS	35
5.1 Estudo 1	35
5.2 Estudo 2	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
6.1 Discussão	58
6.2 Limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	77
ANEXO A	78
ANEXO B	82
ANEXO C	85
ANEXO D	89
ANEXO E	90
ANEXO F	94

APRESENTAÇÃO

Apesar de ainda ser considerada baixa a incidência do Mutismo Seletivo, indivíduos que são diagnosticados com essa patologia sofrem prejuízos consideráveis relacionados ao seu aprendizado escolar e à socialização, além de vivenciarem sentimentos de grande sofrimento (Olivares-Olivares et al., 2021). Estima-se que menos de 1% da população receba diagnóstico de MS (Sharp et al., 2007a). O MS usualmente se manifesta entre 3 a 6 anos de idade (Koskela et al., 2023). O transtorno psicológico, atualmente nomeado como Mutismo Seletivo (MS), foi primeiramente descrito como afasia voluntária por Kussmaul, em 1877, como uma condição em que o indivíduo escolhia voluntariamente não falar em determinadas situações. Em 1934, mais de cinco décadas depois, o transtorno foi renomeado por Tramer como Mutismo Eletivo, e sugeria que a criança elegia o momento de ficar calada (Cunnigham et al, 2006).

Na quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-4 (*American Psychiatric Association, 1994*) o transtorno foi definido como Mutismo Seletivo, o que atribui maior ênfase à falha involuntária do sujeito em se comunicar em determinados ambientes, do que na escolha voluntária de não o fazer. O DSM-4 caracteriza esta patologia como relacionada a transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e na adolescência, enquanto no DSM-5 já é diagnosticado como transtorno de ansiedade, no qual a criança apresenta incapacidade de se comunicar em ambientes sociais específicos (*American Psychiatric Association, 2014*).

A prevalência desse transtorno, baseada em estudos realizados na Europa Ocidental, Estados Unidos e Israel, está situada entre 0,47% a 0,74% da população (Perednik,2022). Por outro lado, pesquisas relatam que a taxa de prevalência de MS em estudos anteriores foi de 0,2 e 0,75 da população geral (Oerbeck et al., 2020a). Pesquisas recentes têm mostrado uma variação de 0,03 a 2% na prevalência do transtorno, sendo este fator variável, de acordo com o ambiente em que a criança está inserida (clínica, escola e ambientes sociais), assim como a idade dos indivíduos impactados pelo transtorno (Capozzi et al., 2018). Por outro lado, questões transculturais, apontam para uma análise epidemiológica realizada no Japão no ano de 2011, onde a prevalência de MS era de 1,9% da população em comparação com a prevalência global de cerca de 1% (Matsushita et al., 2019). No Japão, as características demográficas, culturais, assim como os tratamentos propostos para o MS, podem ser diferentes daqueles propostos em outros países (Iimura et al.,2023). A prevalência do MS também pode ser ligeiramente maior entre crianças imigrantes e crianças com atrasos na fala e na linguagem (Elizur & Perednik, 2003a; Manassis et al., 2003).

O MS é comumente detectado entre cinco e oito anos de idade, quando a criança começa a frequentar ambientes escolares, sendo mais frequente no sexo feminino do que no masculino (Wong, 2010). Estudos relacionados à ansiedade indicam que as comparações realizadas entre os sexos apontam para o fato de mulheres apresentarem uma maior predisposição à ansiedade, se comparadas aos homens, podendo essas diferenças serem correlacionadas a fatores biológicos, hormonais e ambientais, o que pode indicar a prevalência maior do MS em meninas (Dagru et al., 2023). Por outro lado, pesquisas recentes não referem diferença de gênero no transtorno, embora estudos denotem o predomínio de meninas sobre meninos (Muris & Ollendick, 2021b).

Em termos da evolução do transtorno, estudos sugerem que, sem tratamento adequado, o MS dificilmente é superado, destacando-se a importância do diagnóstico precoce (Hipolito & Johnson, 2021), tornando-se extremamente necessário que os pais sejam orientados em como conduzir seus filhos no tratamento, assim como estarem cientes de como procurar a intervenção adequada para o transtorno (Perednik, 2022). Portanto, o MS deve ser pesquisado devido à sua importância científica e o impacto afetivo e social que ele traz para a vida do indivíduo (Rozenek et al., 2020).

A maior parte da bibliografia para diagnóstico e tratamento do MS tem como origem autores dos Estados Unidos, Israel e Europa, sendo o material brasileiro extremamente escasso. A falta de produção de instrumentos brasileiros, de qualquer ordem, apresenta uma séria deficiência, não só para o diagnóstico, mas também para o tratamento do MS. De forma usual, materiais têm sido traduzidos e adaptados sem terem sido validados no Brasil. Este ponto gera grande preocupação, pois devemos considerar as características culturais de cada país. No entanto, não existe até o momento uma escala validada para avaliar o MS no Brasil, sendo importante a construção e a validação desse instrumento como objetivo deste estudo.

A inexistência de um instrumento brasileiro validado para fins diagnósticos aponta para uma lacuna em termos de tratamento e diagnóstico precoce, e faz com que a intervenção clínica seja mais longa do que o esperado, corroborando com os achados de Koskela et al. (2023). Sendo assim, o diagnóstico do MS segue pautado na anamnese e na observação clínica, autorrelatos dos pais, observações, relatos de professores ou de outras pessoas que façam parte do universo da criança (Muris & Ollendick, 2021a).

Dessa forma, um instrumento de avaliação psicológica validado e padronizado para identificar o MS pode ajudar no diagnóstico precoce, e, por conseguinte, no encaminhamento

para o tratamento necessário para as crianças que sofrem do problema. Conclui-se então a importância desse instrumento para os profissionais de psicologia e professores como ferramenta básica em seu trabalho. Diante disso, como profissional, que dedicou mais de 27 anos de trabalho com MS, buscamos instrumentos (testes/escalas) que se adequassem à realidade do nosso país, para avaliar as apresentações clínicas de MS em diversas faixas etárias, baseada nos estudos de Bergman et al. (2008). Esta autora se preocupou em orientar pais e professores sobre a importância de serem identificados os primeiros sinais de MS, para distinguir esse de outros transtornos psicológicos.

O envolvimento pessoal desta profissional de psicologia na prática clínica de atendimento de pessoas com MS demonstra a dificuldade de identificar, distinguir, diagnosticar e diferenciá-lo de outros transtornos psicológicos. Considerando que existem, na literatura, distinções entre esses construtos, é necessária a construção e a validação de um instrumento para realizar o diagnóstico diferencial do MS de outras comorbidades. Por isso, o objetivo deste estudo é colaborar com os profissionais de psicologia no sentido de realizar o diagnóstico precoce, a fim de evitar que esse transtorno, além de outros que, possivelmente, estejam correlacionados ao MS, se agravem, durante o desenvolvimento do indivíduo. Em conclusão, nota-se a importância do diagnóstico precoce do MS, para evitar que a criança sofra maiores dificuldades pessoais, familiares e educacionais. Contudo, a falta de um instrumento validado no Brasil para diagnosticar o MS dificulta a identificação do transtorno.

Para concluir, o objetivo deste trabalho será propor e validar uma escala para os pais, voltada para a identificação do MS, sendo que o capítulo I da dissertação será devotado à definição conceitual da patologia, sua conceituação e características para maior compreensão do MS.

1 MUTISMO SELETIVO: CONCEITUAÇÃO E CARACTERÍSTICAS

1.1 Conceituação

Historicamente, a patologia que hoje é descrita pelo nome de Mutismo Seletivo (MS) vem intrigando pesquisadores e clínicos da área de psicologia e psiquiatria, por quase um século e meio (Muris & Ollendick, 2021a). Inicialmente, foi descrito em 1987 pelo médico alemão Adolf Kussmaul, sob a denominação de afasia voluntária, evidenciando o fato de que as crianças escolhiam voluntariamente não falar em determinadas situações (Kristensen et al., 2019). Em 1934, Mortiz Tramer usou a denominação “Mutismo Eletivo” para descrever os mesmos sintomas, ressaltando sua crença de que crianças com este comportamento optavam por permanecer em silêncio, elegendo pessoas e ambientes nos quais iriam falar (Cohan et al., 2006a).

Por muito tempo, o silêncio dessas crianças era visto como uma forma grave de contrariedade, manipulação, teimosia ou grosseria, sendo que, a partir da década de 1960, o MS foi considerado como uma forma incapacitante de ansiedade (Smith & Sluckin, 2015). Em 1967, escritores acadêmicos progressivamente iniciaram o uso do termo “Mutismo Seletivo” (Hultquist, 1995), sendo o termo eleito pela *American Psychiatric Association* no ano de 1994 (Letamendi et al., 2008).

Atualmente, o fato de uma criança não falar em situações específicas é entendido como demonstração de ansiedade, em contraponto com a literatura anterior, que descrevia o ato de estar mudo como sendo intencional (Kristensen et al., 2019). A fim de se qualificar o diagnóstico de MS, os seguintes critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e da Classificação Internacional de Doenças (CID 11) devem ser seguidos, e estão listados na Figura 1.

Figura 1*Critérios Diagnósticos Atuais para o Mutismo Seletivo*

Critério Diagnóstico DSM - 5 – TR

1. É apresentado um fracasso persistente para falar em determinadas situações sociais específicas, onde se espera que a comunicação ocorra (p. ex., na escola), sendo que em outras situações a comunicação se encontra preservada

 2. A desordem vem a interferir nas conquistas educacionais, profissional, e até mesmo na comunicação social

 3. Apresenta a duração mínima de um mês (não circunscrito ao primeiro mês escolar)

 4. A incapacidade de falar não se deve à falta de conhecimento ou desconforto com a linguagem exigida em situações sociais

 5. O distúrbio não é um transtorno de comunicação, e não ocorre exclusivamente durante o curso do Transtorno do Espectro Autista (TEA), a esquizofrenia ou outro transtorno psicótico
-

Critérios do CID -11

Mutismo Seletivo

É caracterizado pela seletividade consistente na fala, de modo que uma criança demonstra competência linguística adequada em situações sociais específicas, geralmente em casa, mas consistentemente falha em falar em outras, geralmente na escola. A perturbação dura pelo

menos um mês, não se limita ao primeiro mês de escola e é suficientemente grave para interferir no desempenho educacional ou na comunicação social. A incapacidade de falar não se deve à falta de compreensão ou incapacidade de falar a língua exigida em situações sociais (por exemplo, usar uma língua diferente na escola e em casa).

Exclusões

Esquizofrenia (6A20)

Mutismo transitório como parte da ansiedade de separação em crianças pequenas (6B05) Transtorno do espectro autista (6A02)

Adaptado do DSM-5-TR e CID 11

Atualmente, o MS é definido como um transtorno de ansiedade, no qual a criança apresenta incapacidade de falar e de se comunicar em ambientes sociais selecionados. É mais frequente no sexo feminino, tendo início antes dos cinco anos de idade, podendo persistir até a idade adulta (Muris & Ollendick, 2021 a). É provável que seja um transtorno com etiologias variadas, estimando-se que mais de 90% das crianças com mutismo também sofram de fobia social (*American Psychiatric Association*, 2013a). É frequente que o MS seja subdiagnosticado, o que resulta em falta de tratamento, ou até mesmo em tratamento inadequado, e traz desfechos negativos para o desempenho escolar e social das crianças que sofrem desse transtorno (Rodrigues Pereira et al., 2023).

No Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-11), o MS está presente na categoria de Transtornos da Ansiedade, sendo que esta mudança evidencia maior foco em possíveis problemas de ansiedade social subjacentes ao transtorno (Kogan et al., 2016). Pesquisas recentes indicam novos rumos referentes à etiologia do MS, que apontam múltiplos fatores para seu desenvolvimento (Koskela et al., 2023). Os fatores genéticos, temperamentais, ambientais, psicológicos e socioambientais são considerados como prováveis para o desenvolvimento do MS, e é possível que ele esteja relacionado a uma forte carga

genética para a ansiedade (Kearney & Rede, 2021). Elas também indicam que a prevalência do transtorno pode apresentar variação por sexo ou raça/etnia (Ruiz et al., 2023), considerando-se haver uma associação entre MS e o Transtorno do Aspecto Autista - TEA (Kearney & Rede, 2021). O MS pode ser entendido como tendo particularidades maiores do que um transtorno de ansiedade, e está associado à ansiedade social em, particular, tendo associadas em suas particularidades diagnósticas características do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Muris & Ollendick, 2021). Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), manifestam lacunas no uso e interpretação de comportamentos não verbais, sendo eles: olhar nos olhos, expressões de emoções faciais, postura corporal e gestos necessários para a regulação da interação social, como a tendência frequente de monopolizar conversas ou manter-se afastado enquanto há a tentativa de um processo de interação oriundo de outras pessoas (Bailey, 2001). Fatores de risco, assim como o prognóstico do MS, podem estar relacionados a fatores temperamentais, à afetividade negativa (neuroticismo), à inibição comportamental, à história parental de timidez, ao isolamento e à ansiedade social (DSM-5-TR, 2013). Essas crianças ainda podem apresentar dificuldades leves de linguagem (Muris & Ollendick, 2021a). Já fatores ambientais, genéticos, fisiológicos e comportamentais são causas consideradas predisponentes para o MS e indicam que a inibição social dos pais pode ser entendida como um modelo; por outro lado, os fatores genéticos e fisiológicos têm uma apresentação significativa entre o MS e Transtorno de Ansiedade Social (TAS), sendo possível haver fatores genéticos compartilhados por ambos (Schwenck et al., 2022).

Em termos etiológicos, apresenta-se de forma relevante, não só para os transtornos de ansiedade em geral, mas para o MS, de forma particular (Kearney & Rede, 2021). Em contextos clínicos, crianças com MS, na maioria dos casos, recebem um diagnóstico complementar do transtorno de ansiedade social (Muris & Ollendick, 2021 a). A Inibição Comportamental (IC) demonstra significativa importância nos transtornos de ansiedade, e em particular no MS, tendo em vista que está relacionada ao comportamento de timidez, medo e angústia para com o novo (Milic et al., 2020). Segundo as pesquisas científicas, a IC tem sido amplamente reconhecida como um forte preditor do Transtorno de Ansiedade Social (TAS), sendo que crianças com MS apresentam comportamento mais inibido do que as crianças diagnosticadas com TAS e outros transtornos internalizantes e desenvolvimento típico (Muris et al., 2021). A IC pode ser entendida como sendo um aspecto particularmente essencial da maioria desses casos, relacionada ao medo das consequências negativas de falar (Luis-Joaquin et al., 2020). Estudos nessa área apontam para uma porcentagem relativamente alta de casos de crianças que receberam o diagnóstico de MS e que também atendem aos critérios para a ansiedade social

(Patel & Kirk, 2022). As crianças com MS e TAS podem apresentar traços de timidez, inibição comportamental, déficit de habilidades sociais e ansiedade de separação, e pertencerem a famílias socialmente quietas e retraídas (Gensthaler et al., 2016).

Outra possível causa considerada para o MS é a redução no processamento auditivo em crianças que apresentam o transtorno (Arie et al., 2007). Fatores como a timidez, a ansiedade, o bilinguismo, assim como problemas de desenvolvimento da fala e da linguagem, são considerados de risco e não devem ser desprezados (Muris & Ollendick, 2015), considerando-se que o início de uma nova vida escolar também atua como um dos fatores desencadeantes do MS (White & Bond, 2022a). No que tange à esfera comportamental, estilos parentais controladores têm sido conferidos às características do MS, correlacionados à ansiedade apresentada pelas crianças e à de seus pais (Shorer et al., 2023).

Mesmo sendo caracterizado como um transtorno de ansiedade, ainda existe uma lacuna em sua referência de critérios diagnósticos, relacionada aos quesitos medo e ansiedade (Kearney & Rede, 2021b). Evidências científicas apontam para o fato de que o MS esteja correlacionado a outros transtornos de ansiedade, em particular às fobias sociais (Muris et al., 2017). Se comparado ao TEA, o MS não pode ser considerado como raro, pois ambos correspondem à prevalência de 1% da população, mas, se comparado a outros transtornos da infância, permanece como raro e subdiagnosticado (Schwenck et al., 2022). Considera-se que as causas do MS estejam relacionadas a fatores predisponentes (incluem os fatores de origem psicológica e fisiológica), desencadeantes (eventos como o início do processo escolar) e de manutenção do MS (diagnóstico impreciso, falta de intervenção precoce, entre outros. (Perednik 2022).

O MS pode se apresentar em níveis que vão desde a ausência total de comunicação, onde a fala em contextos sociais é inexistente e os movimentos corporais restritos (fase de congelamento), que passam pela comunicação não verbal (sussurros e apontamentos), pela emissão de sons, pelo uso de uma pessoa como intermediária verbal e, finalmente, pela comunicação total. Estes níveis foram descritos por Shipon-Blum na Ponte da Comunicação Social, sendo estes os critérios diagnósticos e de tratamento mais utilizados para a compreensão do estágio em que a criança se encontra no transtorno. No nível 1, a falta de comunicação verbal ou corporal para expressar seus desejos pode levar a um estado de “congelamento”, em que a criança geralmente não apresenta expressão facial, considerado o nível mais grave de MS. No nível 2, a criança pode utilizar gestos, como acenar com as mãos, balançar a cabeça para indicar "sim" ou "não" e apontar com os dedos para demonstrar seus desejos, apresentando leves expressões

faciais, entretanto não há o início de uma conversa. A comunicação pode ocorrer por meio de sussurros para uma pessoa em quem confie (porta-voz ou intermediário verbal). Sequencialmente, no nível 3, a criança com MS é capaz de emitir sons e sussurra em um volume baixo, necessitando de intervenção para que sua voz seja ouvida, entretanto as palavras e frases são ditas em tom e volume audíveis (Klein et al., 2017a). O processo é gradual, porém a criança começa a se fazer entender aos poucos, por meio do uso da sua própria voz, e adquire confiança para vencer o silêncio. Estes níveis não seguem uma sequência em sua apresentação clínica e dependem do ambiente em que a criança está inserida e das pessoas que estão ao seu entorno para que façam parte do seu comportamento (Johnson & Wintgens, 2017). Tendo em vista que uma vertente considerável da literatura correlaciona o MS à ansiedade social como a sustentação para o transtorno (Schwartz & Shipon-Blum, 2005), pode-se dizer que crianças que apresentam o quadro de MS são vistas em contexto clínico apresentando comportamentos relacionados à ansiedade, à submissão, à dependência, à timidez, à insegurança, à inibição, ao medo, à retração e a comportamentos compulsivos (Kristensen et al., 2019b). Pesquisas apontam para o fato de crianças com MS apresentarem características de timidez excessiva, possuírem um comportamento mais inibido, socialmente sendo vistas como retraídas e dependentes (Oerbeck et al., 2020).

É fato, que indivíduos diagnosticados com MS sejam confundidos com crianças tímidas, o que pode postergar o diagnóstico e o tratamento do transtorno, sendo necessário que se faça a distinção entre esses dois quadros (Schwartz & Shipon-Blum, 2005). Crianças tímidas comumente apresentam preocupação ao falar e não apresentam aversão à fala, ao passo que as crianças com MS demonstram ficar apavoradas em falar longe de seu ambiente de conforto, geralmente em suas casas (Johnson & Wintgens, 2017). Estudos apontam para o fato do MS ser considerado uma forma extrema de ansiedade social (Poole et al., 2021). Indivíduos diagnosticados com este transtorno apresentam medo persistente de situações sociais, ou de seu próprio desempenho, o que causa sentimentos de constrangimento que os tornam excessivamente autoconscientes e com medo de julgamentos ou avaliações negativas (Patel & Kirk, 2022). Como o MS é considerado um transtorno de ansiedade, espera-se que reações fisiológicas adversas, tais como o aumento da frequência cardíaca, sudorese, tremores, rubor, náuseas, problemas abdominais e tensão muscular, sejam esperadas, visto que estas reações são consideradas como impeditivos maiores para a comunicação da criança (Arroyo, 2023).

1.2 Características do Mutismo Seletivo

A característica principal do MS mostra crianças que falam com desenvoltura em determinados ambientes sociais onde se sentem confortáveis, entretanto em ambientes em que não se sentem confortáveis (p. ex., a escola) a incapacidade de falar fica evidente (Perednik, 2022). A maioria dessas crianças na maior parte do tempo não demonstram dificuldades de falano ambiente doméstico (Johnson & Wintgens 2015b). Quando expostas a ambientes desconhecidos, usualmente se comunicam através de comportamentos não-verbais, tais como gestos, acenos com a cabeça, além de poderem usar frases curtas e geralmente inaudíveis (Kotrba & Saffer, 2018). As crianças diagnosticadas com MS apresentam as seguintes características comportamentais: dificuldade em responder iniciar verbalmente conversas dificuldade em realizar a comunicação verbal, normalmente apresentam inteligência acima da média, são sensíveis, podem não emitir nenhum tipo de verbalização e apresentar reatividade em expressões corporais consideradas a fase de congelamento (Vogel & Schwenck, 2021).

Ainda compondo essas características, fica evidente a recusa do contato visual, declínioda cabeça, tendendo a evitar que seu rosto fique à mostra, respondendo às perguntas que lhe são realizadas através de gestos (Kortba & Saffer, 2018). O comportamento mudo é reforçado por inúmeros estímulos que incitam a ansiedade e são inerentes à comunicação social, sendo esses estímulos agrupados em três categorias: pessoa local e atividade (Schwenck et al., 2021). Majoritariamente, as crianças com MS apresentam dificuldades mais expressivas em falar com pessoas desconhecidas, entretanto o grau de dificuldade com familiares é a variável se comparado a pessoas estranhas e ao núcleo familiar materno e paterno (Gensthaler, 2016).

Indivíduos diagnosticados com MS, podem apresentar dificuldades da fala que corroboram com a falta de confiança em sua linguagem expressiva oriunda do bilinguismo (Perednik, 2022). Estando a linguagem diretamente associada ao MS entende-se que crianças bilíngues têm uma maior solicitação da aquisição da linguagem sendo a incidência de Mutismo Seletivo nessas crianças três vezes maior do que em crianças que falam apenas um idioma (Elizur & Perednik, 2003b). Sendo a evitação um dos sintomas mais comuns do MS crianças e adolescentes com esse transtorno relatam medos que podem se enquadrar em quatro categorias principais: a) persistência nos sintomas físicos de ansiedade; b) foco persistente em seus pensamentos sentimentos; c) sentimentos opressores de ansiedade; d) comportamento de evitação (mutismo) para alívio dos sintomas (Klein et al., 2017). A maioria das características observadas em crianças diagnosticadas com MS podem ser atribuídas à ansiedade (Chavira et al., 2007 b). As principais características e descrições comportamentais apresentadas pelas

crianças com MS baseadas em pesquisas de Shipon-Blum (2012), apontam para o fato de que crianças diagnosticadas com MS apresentam Inibição Comportamental (IC) observada desde a infância, podendo haver uma correlação com a Ansiedade de Separação (AS), além de comportamento tímido e cauteloso quando são expostas a situações desconhecidas (Driessen et al., 2020). A Ansiedade Social (AS) está presente em mais de 90% das crianças que são diagnosticadas com MS, sendo que podem experimentar medos relacionados a erros, julgamentos e críticas (Vogel et al., 2022b). É comum apresentarem dificuldade em se alimentar e comer na frente dos outros, temendo ser o centro das atenções (Murriss & Ollendick, 2021 a). Apresentam sintomas físicos característicos da ansiedade, tais como náuseas, vômitos, dores de cabeça, dores de barriga e nas articulações, falta de ar, dor no peito, diarreia (Klein et al., 2019b). A maioria destas crianças apresenta um rosto inexpressivo e rígido, com falta de contato visual quando ansiosas, sendo que seus corpos podem se apresentar rígidos e congelados (sem movimentos) (Perednik, 2022). O Transtorno do Processamento Sensorial em ambientes sociais com múltiplos estímulos presentes (sala de aula), faz com que estas crianças apresentem uma defasagem sensorial (Keraney & Rede, 2021) uma vez que a ansiedade é criada, e causa um modo de 'congelamento' (mutismo) segundo Vogel e Schwenck (2021a). É comum que estas crianças apresentem outros sintomas, tais como exigência alimentar, problemas intestinais e urinários, sensibilidade a luzes, sons, multidões, toques corporais (Arroyo, 2023). Em sala, estas crianças podem permanecer sozinhas, serem retraídas, apresentar hesitação em dar respostas (até mesmo não verbais), serem distraídas e demonstrarem dificuldade em seguir instruções e concluir tarefas (Perednik, 2022). Algumas destas crianças apresentam distúrbio do processamento auditivo, e ansiedades como comorbidades: Ansiedade de Separação (AS), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Tricotilomania, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (Rodrigues-Pereira et al., 2021; Koskela et al., 2023). As Dificuldades de Comunicação se traduzem no fato de que algumas destas crianças podem apresentar dificuldades em iniciar conversas, em responder perguntas de forma não verbal por meio de apontamentos, gestos e acenos (oi/tchau), segundo Schwartz e Shipon-Blum (2005). Frequentemente evitam ir até seus professores para fazer perguntas e indicar necessidades e desejos à eles, apresentando também dificuldade de engajamento social, sendo que com pessoas desconhecidas ou menos familiares, usualmente se retraem e evitam o contato visual (Dogru et al., 2023; Poole et al., 2021;). Muitas destas crianças são incapazes de ter um desenvolvimento social adequado (Schwenck et al., 2022)

1.3 Comorbidades associadas ao Mutismo Seletivo

Pesquisas recentes ressaltam que o entendimento do MS pode estar ligado a particularidades maiores do que apenas ser definido como um transtorno de ansiedade, e pode estar associado à ansiedade social em particular (Muris & Ollendick, 2021b). A ansiedade e a ansiedade social prevalecem entre as características particulares do MS com início na primeira infância (Chavira et al., 2007 c), fato este que implicará limitações em diversas áreas, entre elas habilidades funcionais em contextos sociais, acadêmicos e psicológicos, além de dificuldades psicossociais, como as mais frequentemente observadas (Cunningham et al., 2006). Os sintomas de ansiedade geralmente são acentuados durante as situações específicas nas quais o paciente vivencia o mutismo, o que indica a necessidade de avaliação e tratamento simultâneos dessas comorbidades em conjunto com o MS (Cengher et al., 2021). Em termos fisiológicos, a superexcitação da amígdala em resposta a estímulos preponderantemente negativos vem sendo observada em diversos transtornos de ansiedade, incluindo o MS (Babaev, 2018). Outros autores apontam para o fato de que o MS vem acompanhado de outras comorbidades, tais como: Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), depressão, pânico, ansiedade de separação, dificuldades associadas à fala, transtorno de processamento sensorial e transtorno de ansiedade social, Transtorno do *Deficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre outros (Holka-Pokorska et al., 2018). Foram revelados indícios de que problemas de fala e de linguagem possam estar presentes em uma população considerada alta de crianças diagnosticadas com MS (Muris & Ollendick, 2021a). Estudos indicam que crianças diagnosticadas com MS podem atender a critérios diagnósticos para o Transtorno do Processamento Sensorial, sendo que essas dificuldades podem afetar as suas respostas emocionais (Johnson & Wintgens, 2017).

O Transtorno do Processamento Sensorial pode fazer com que a criança interprete de maneira errônea os ambientes sociais nos quais estão inseridas, o que manifesta em seu comportamento como inflexibilidade, frustração e ansiedade, sendo que esta última pode fazer com que as crianças se “desliguem”, vindo a evitar situações e, conseqüentemente, se retirar delas, o que pode levá-las a exibir comportamentos desafiadores (Brimo, 2017). Os problemas de fala e de linguagem trazem dificuldades com narrativas detalhadas, discriminação de fala, gramática, consciência fonológica e linguagem receptiva (Klein et al., 2017); ademais, o MS frequentemente pode estar associado a outras condições psiquiátricas da infância (Sharp et al., 2007b). As questões associadas à linguagem podem incluir dificuldades na produção de sons da fala ou na compreensão e na expressão da linguagem, sendo que algumas das condições mais comuns são o atraso na fala, a dislexia e a gagueira, sendo considerados impeditivos para a boa evolução do tratamento do MS (Bergman et al., 2002).

A associação do Transtorno do Espectro Autista (TEA) ao MS é altamente considerada pelos pesquisadores, sendo que aproximadamente 30% a 75% das crianças com MS apresentam sintomas de TEA (Cengher et al., 2021). A presença de TEA consta no DSM-5- TR como critério de exclusão do MS e, atualmente, nota-se um significativo aumento de evidências em pesquisas que mostram a existência de uma relação clara entre MS e TEA (Steffenburg et al., 2018). Desde que o MS foi incluído nos sistemas de classificação psiquiátricas, pesquisadores trabalharam para garantir que a exclusão relacionada ao TEA não seja ignorada, como ocorre significativamente em ambos os transtornos (Muris et al., 2021).

A hipótese de que o diagnóstico de TEA pode estar presente em algumas crianças também diagnosticadas com MS traz uma série de implicações clínicas, sendo imprescindível a avaliação dos sintomas de TEA durante a intervenção diagnóstica de crianças já identificadas com MS (Muris et al., 2021). Diante do exposto acima, não é raro que, em alguns casos, possamos ter a presença do TEA e do MS conjuntamente, visto que crianças que apresentam esses quadros geralmente demonstram desafios substanciais advindos do TEA, agregados a uma divergência na comunicação (Muris & Ollendick, 2021b). A associação entre essas psicopatologias, provavelmente acarreta sérias dificuldades na diferenciação entre o TEA e os transtornos de ansiedade social (Steffenburg, 2018).

A depressão se apresenta como outra comorbidade associada ao MS, sendo importante ressaltar que esse quadro pode estar presente antes do início do MS, ou surgir como comorbidade, e fica evidente a importância de ela ser avaliada e tratada juntamente com o MS (Schwenck 2016), já o TDAH é um transtorno encontrado em pacientes com MS, com prevalência de aproximadamente 31% (Kristensen et al., 2019). A ansiedade de separação é um transtorno de ansiedade caracterizado pelo medo ou ansiedade excessiva e inadequada em relação à separação da pessoa com a qual a criança tem vínculo emocional significativo, geralmente os pais ou cuidadores, e é considerada uma das comorbidades mais comuns associadas ao MS e de grande relevância em seu diagnóstico (Joshi et al., 2023).

Já a deficiência intelectual é uma condição em que a pessoa tem limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, em comparação com outras pessoas da mesma idade, e é mais comum em crianças com Mutismo Seletivo do que na população em geral (Kearney & Rede, 2021). Em termos prognósticos, é de suma importância destacar que crianças e adolescentes com MS apresentam maior risco de comportamento autolesivo e de suicídio, e o isolamento social, visto que as dificuldades de comunicação e a ansiedade social podem ser fatores contribuintes para esses comportamentos (Johnston, 2022).

2 DIAGNÓSTICO DO MUTISMO SELETIVO

O diagnóstico do MS é baseado em critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), e pode variar em termos de gravidade, dependendo do grau de dificuldade do indivíduo em se comunicar em situações sociais específicas (Cohan et al., 2008a), visto que a intensidade dos sintomas do MS também se apresenta como variável (Muris & Ollendick, 2021a). Os dados relacionados à etiologia do MS ainda são considerados limitados e, em muitos casos, o levantamento de hipóteses diagnósticas é construído com base nas suposições oriundas de avaliações parciais de pais, professores, médicos e psicólogos, e medidas de autorrelatos (Viana et al., 2009). A identificação da gravidade do MS pode orientar profissionais de saúde mental na realização de uma avaliação inicial, para delinear, então, parâmetros da conduta do tratamento (Chavira et al., 2007). Estudos nesta área revelam pesquisas limitadas em relação ao diagnóstico do MS, devido à ausência de medidas de avaliação padronizadas e psicometricamente sólidas (Oerbeck et al., 2020).

Tendo em vista o exposto acima, é importante salientar que o diagnóstico precoce do MS incide em altas chances de superação do transtorno, e é importante destacar que, quanto mais avançada for a idade destes indivíduos, mais evidentes são as dificuldades de superação e de remissão dos sintomas (Gensthaler et al., 2020). O diagnóstico tardio do MS se mostra como um grave problema, e está relacionado não só à falta de conhecimento de profissionais da saúde sobre o transtorno, mas também à falta de instrumentos diagnósticos padronizados e validados (Gensthaler et al., 2020).

Até o presente momento, o elemento diagnóstico do MS está pautado na habilidade que a criança possui em falar livremente em ambientes em que se sente confortável, ao passo que não se comunica em ambientes externos (situações sociais específicas), sendo que a escola é o local onde a falta de comunicação é maior e mais evidente (Muris et al. 2021). Os critérios diagnósticos clínicos são baseados em observação direta do comportamento da criança pelo profissional, incluindo a observação da fala do indivíduo, seu comportamento de ansiedade em situações sociais específicas e relatos dos pais ou cuidadores sobre a incapacidade da criança de falar em determinados locais. Porém, é importante ressaltar que o uso de testes deve ser complementar à avaliação clínica (Gensthaler et al., 2020).

As crianças diagnosticadas com MS apresentam as seguintes características comportamentais: dificuldades em responder e iniciar conversas verbalmente e em realizar a

comunicação verbal, são sensíveis, podem não emitir nenhum tipo de verbalização e apresentar reatividade em expressões corporais considerada a fase de congelamento (Perednik, 2022). Ainda para compor este quadro, fica evidente a recusa do contato visual (evitação do contato olho a olho), declínio da cabeça, tendência a evitar que seu rosto fique à mostra e respostas às perguntas que lhes são feitas por meio de gestos (Rodrigues Pereira et al., 2023).

O comportamento mudo é reforçado por inúmeros estímulos que incitam a ansiedade e são inerentes à comunicação social, entre eles a pessoa, o local e a atividade (Schwenck et al., 2022). A interação entre esses fatores é de extrema relevância, pois todos influenciam em situações sociais, sendo natural que essas crianças enfrentem mais de um estímulo eliciador de ansiedade (Muris & Ollendick, 2015).

O silêncio da maioria das crianças com MS parece ser provocado por pessoas desconhecidas (Black & Uhde, 1995a). Além disso, o silêncio típico de crianças com MS foi associado a ambientes públicos e novos, reuniões familiares e eventos sociais (locais); a relação com atividades estressantes também é um fator predisponente (Ford et al., 1998). Muitas vezes, a criança com MS consegue falar com algumas crianças e não com outras (Longobardi et al., 2019a).

Indivíduos bilíngues diagnosticados com MS podem apresentar dificuldades da fala, que corroboram a falta de confiança em sua linguagem expressiva em determinado idioma (Perednik, 2022). Já que a linguagem está diretamente associada ao MS, entende-se que crianças bilíngues têm uma maior solicitação da aquisição da linguagem (Elizur & Perednik, 2003c). A evitação é reconhecida como um dos sintomas preponderantes do MS, sendo que indivíduos diagnosticados com esta condição relatam medos que podem ser classificados nas seguintes categorias: persistência dos sintomas físicos de ansiedade, foco persistente em seus pensamentos, sentimentos opressores de ansiedade e comportamentos de evitação (mutismo) para alívio dos sintomas (Klein et al., 2017).

A Ansiedade Social está relacionada ao MS nas diversas fases do desenvolvimento infantil, que resulta na restrição das habilidades funcionais em contextos sociais, acadêmicos e psicológicos, e apresenta frequentes dificuldades psicossociais (Muris & Ollendick, 2021a; Cunningham et al., 2006).

Com vistas a ampliar as possibilidades diagnósticas, estudos realizados por Gensthaler et al. (2020) objetivaram a construção da escala proposta pela autora, com o objetivo de ampliar a perspectiva diagnóstica do MS, destacando-se o fato de que profissionais da área clínica não estão suficientemente habilitados para avaliar o MS, e que, por este motivo, torna-se importante

o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos para reconhecer esta patologia (Hua & Major, 2016). A relevância e a necessidade dos estudos sobre instrumentos de avaliação voltados ao MS se dão em função do possível impacto debilitante no funcionamento psicossocial e acadêmico na infância e na adolescência causado pelo transtorno (Oerbeck et al., 2020b).

Estudos comparativos realizados sobre instrumentos de avaliação para triagem ou diagnóstico da sintomatologia MS apresentaram-se como amplos e recentes (Rodrigues Pereira et al., 2023).

Nas últimas duas décadas, foram desenvolvidas diversas ferramentas diagnósticas, de possível aplicabilidade para diagnosticar o MS e investigar a intensidade de seus sintomas em situações diferenciadas (White & Bond, 2022b). Estudos neste campo mostram uma revisão sistemática em seis bases de dados, onde foram identificados 1469 estudos publicados na última década sobre o diagnóstico do MS, visto que 38% deles não adotaram medidas padronizadas ou objetivas para a investigação dos sintomas centrais do MS, sendo muitos deles utilizados apenas uma vez, e não foram validados (Muris & Ollendick, 2021b). Em uma comparação de 52 instrumentos de avaliação psicológica, incluindo observações clínicas, questionários e entrevistas, concluiu-se que a Escala de Frankfurt (FSSM) é prevalente entre eles (Rodrigues-Pereira et al., 2021).

Dessa comparação serão considerados apenas dois instrumentos para a composição desta comparação: o Selective Mutism Questionnaire (SMQ) e o Frankfurt Selective Mutism Scale (FSSM). O SMQ examina a capacidade de uma criança para falar com outras pessoas na escola, em casa (no ambiente familiar) e em situações públicas; já o School Speech Questionnaire (SSQ) é respondido por um professor atento ao comportamento de fala da criança dentro da instituição escolar sendo um questionário complementar ao SMQ (Bergman et al., 2008 a). O SMQ figura entre os mais utilizados para avaliar a fala em crianças com MS, pois mensura os sintomas do transtorno, sua gravidade, sua abrangência e seu comprometimento funcional (Melfsen et al., 2022).

O SMQ é composto por dezessete itens que usam uma escala Likert de quatro pontos, subdivididos da seguinte forma: avaliação da frequência do comportamento de fala da criança na escola, em casa e com a família e em ambientes públicos; já o SSQ é avaliado pelo professor, é pontuado pela mesma escala (Oerbeck et al., 2020c). Os 17 itens do SMQ obtêm respostas que levam a uma pontuação total e escores de subescalas para as áreas: casa/família, público/social e escola com consistência interna do α de Cronbach = 0,84 a $\alpha = 0,97$ (Gensthaler, 2020). Esses instrumentos foram criados para propiciar medidas quantitativas de gravidade e prejuízos

relacionados ao Mutismo Seletivo. Esse questionário não é considerado uma ferramenta diagnóstica, entretanto, foi desenvolvido para avaliar a eficácia do tratamento e, portanto, não fornece um escore de corte.

O estudo psicométrico original dos autores e estudos subsequentes produziram valores de referência do SMQ que são, frequentemente, usados por autores de pesquisas empíricas para comparação (Bergman et al., 2008 b). Estudos relacionados ao SMQ apontam que crianças com MS obtiveram uma pontuação inicial de $\geq 0,5$ na subescala SMQ Escola, sem diferenças significativas de gênero. No estudo de Oerbeck et al., (2020), que incluiu crianças com MS em três faixas etárias (3-5, 6-8 e 9-11 anos), observou-se que as crianças mais velhas apresentaram escores mais baixos no SMQ, em detrimento das faixas etárias mais jovens. Um estudo psicométrico independente apoiou uma solução de três fatores para o SMQ (na escola, em casa e em público), mas não encontrou diferenças de idade e sexo (Bergman et al., 2008c).

Estudos anteriores de Bergman et al. (2008) constataram que o SMQ diferenciava crianças com MS de crianças controle, porém com amostras pequenas. No entanto, não há dados na literatura sobre o SSQ que é avaliado pelo professor, nem dados do SMQ sobre o comportamento de fala esperado em crianças com MS. Esses dados poderiam esclarecer se há diferenças no comportamento de fala de crianças com MS, bem como diferenças de idade e de gênero. Essas questões poderiam ajudar a construir validade adicional para o SMQ e o SSQ e aumentar a sua confiabilidade para a avaliação e o tratamento do MS (Oerbeck et al., 2020d). O SMQ não diferencia indivíduos que apresentam fobia social daqueles que apresentam também MS, o que faz com que o diagnóstico diferencial do Mutismo Seletivo seja dificultado.

A análise dos itens demonstrou alta consistência interna em ambas as escalas e foi considerada muito boa, obtendo α de Cronbach = 0,90-0,98. A FSSM foi validada tendo como sujeitos experimentais, em sua maioria, pais de pacientes da própria clínica da universidade patrocinadora do estudo e uma minoria de pais de pacientes de instituições específicas para tratamento de crianças e adolescentes com estas patologias, além de pais de crianças e adolescentes de um grupo de controle (Gensthaler, et al., 2020). Entre eles, 95 eram pais de pacientes com diagnóstico de Mutismo Seletivo, 89 apresentavam quadro de fobia social como comorbidade associada, 74 eram pais de pacientes com diagnóstico único de fobia social, 46 eram pais de pacientes com outras desordens psicológicas endógenas, e 119 eram pais de criança e adolescentes que não apresentavam patologias - o grupo de controle. Esse estudo objetivou avaliar esse novo questionário que foi inicialmente avaliado por pais de sujeitos na faixa etária de 3 a 18 anos ($n = 334$) diagnosticados com MS, fobia social, transtornos

internalizantes, assim como um grupo de controle.

3 INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS NO MUTISMO SELETIVO: A FAMÍLIA E A ESCOLA

O MS é um transtorno de início precoce, que passa a ser foco de atenção clínica quando as crianças ingressam na escola (Steinhausen et al., 2006a). O ambiente escolar frequentemente solicita a comunicação oral em todos os contextos e com exigências gradativamente maiores, fato este que pode aumentar a ansiedade das crianças, sendo este espaço o mais provável para que elas se mostrem incapazes de se comunicar verbalmente (Figueiras, 2017). É considerado comum que crianças com Mutismo Seletivo apresentem ansiedade ou hesitação em falar socialmente, e é provável que este fato só comece a ser considerado um problema efetivo quando a criança inicia o processo escolar (Kotrba & Saffer, 2018), vindo a ser um dos motivos da exacerbada dificuldade de se fazer um diagnóstico precoce e preciso do transtorno (Kearney & Rede, 2021).

O início do processo escolar faz com que a criança se depare com desafios constantes relacionados à fala, portanto, o MS está intrinsecamente ligado aos primeiros grandes desafios sociais e educacionais que a criança enfrenta (Rozenek et al., 2020). O desenvolvimento infantil é impactado pela relação professor/aluno e é considerado de extrema importância durante os primeiros anos escolares, momento em que as crianças sedimentam aprendizados e desenvolvem concepções cognitivas de si mesmas como alunos (Longobardi et al., 2019b). Muitas vezes, o comportamento mutista é observado na escola, mas não em casa, ambiente no qual a criança está em conforto (White et al., 2022a).

A ansiedade é um fator limitante para a formação de interações sociais de crianças com MS (Capozzi et al., 2018), por esta razão há o bloqueio da capacidade de comunicação e, dessa forma, há a repercussão na capacidade de recuperação das palavras, na memória, na formulação de sentenças e, conseqüentemente, no tempo de resposta, sendo este fator exacerbado na escola, pelo contexto geral do ambiente (Lorenzo et al., 2020). É esperado que essas crianças façam uso de outras formas de comunicação para se fazer entender no ambiente escolar, entre elas gesticular, apontar, escrever, sussurrar ou usar expressões monossilábicas (Perednik, 2022).

As crianças que apresentam este transtorno frequentemente são mal compreendidas, ou até mesmo rotuladas como quietas, tímidas e opositoras por seus professores e, por vezes,

podem vir a sofrer *bullying* por parte de seus colegas (White & Bond, 2022c). A falta de entrosamento entre pares, a não utilização da voz, a ausência de respostas às perguntas direcionadas às crianças levam os professores a iniciem o levantamento da hipótese de que o comportamento da criança não se apresenta de forma adequada, o que pode resvalar para julgamentos morais sobre elas (Bergman et al., 2002).

Na maioria das vezes, os professores não detêm conhecimento sobre o transtorno, no entanto, em casos mais específicos, é possível que os pais sejam sinalizados pela escola sobre a possibilidade de seus filhos estarem vivenciando o MS (Perednik, 2022). Dessa forma, entendemos a escola como um ambiente de extrema importância para a criança com diagnóstico de MS, visto que é nesse contexto que muitas vezes ela irá apresentar um comprometimento mais grave de seu quadro (White & Bond 2022a).

É importante ressaltar que não podemos prever a idade em que a criança será diagnosticada, pois é comum que esta criança passe despercebida no ambiente escolar, sendo vista como uma criança tímida ou excessivamente educada (Kamani & Monga, 2020). Características importantes do comportamento das crianças com MS são anunciadas dentro do ambiente escolar, podendo ser consideradas como critério de diagnóstico inicial: a incapacidade de pedir para ir ao banheiro ou para beber água, aceitar e/ou dar objetos para outras pessoas, dificuldade em levantar as mãos ou usar a voz para responder à chamada de seu nome, dificuldade para se alimentar na frente de outras crianças/adultos (Schwartz et al., 2005).

A escola é entendida como um ambiente que gera níveis de ansiedade elevados para essas crianças, originários das demandas de desempenho, organização, principalmente no que tange a necessidade da comunicação verbal (Longobardi et al., 2019c). O grau de gravidade de MS será fator determinante para as atividades que essas crianças consigam ou não desenvolver no ambiente escolar e, conseqüentemente, como se dará sua interação com adultos e crianças (Johnson & Wintgens, 2017). É esperado que as escolas desempenhem um papel essencial para a condução e o apoio de crianças com necessidades relacionadas à saúde mental, contudo, o papel destas instituições, no que concerne aos alunos com MS é bastante complexo (Cohan et al., 2006b).

A instituição escolar é a representante do primeiro ambiente em que a criança vivencia uma separação contínua de seus pais, sendo essencial considerar os inúmeros fatores advindos da escolarização, entre eles as relações sociais (White & Bond, 2022d). Pesquisas recentes afirmam que 45% das crianças e jovens que apresentam o MS nas escolas terão a apresentação dos sintomas na frente de seus colegas, enquanto 21% o apresentarão na frente de seus

professores (Gesthaller et al. 2020). Situações que exijam o uso da fala e a exposição diante de outras pessoas, principalmente do professor, podem suscitar a reação de um comportamento mudo (Bergman et al., 2002). Há uma lacuna de tempo considerável entre o início dos sintomas do MS e a detecção do problema em si, fato que pode ser explicado pelo comportamento verbal da criança no ambiente familiar, visto que, provavelmente, o transtorno não seja diagnosticado até o momento em que a criança inicia o processo de escolarização (Vogel et al., 2022).

Há uma defasagem entre o momento em que a criança começa a frequentar o ambiente escolar e a percepção de que seu comportamento não está condizente com seu desenvolvimento psicossocial (Bergman, 2008). Neste momento é realizado o encaminhamento para o tratamento tardiamente (Ford et al., 1998). Este fato sugere que uma criança acometida pelo MS pode viver mais de 4 anos apresentando fala restrita no ambiente escolar e/ou em sala de aula, antes de haver qualquer tipo de encaminhamento para profissionais da área da saúde (Sharp et al., 20). O espaço de tempo entre a hipótese diagnóstica e a busca pelo tratamento pode estar relacionada ao fato de que os familiares e professores podem não conhecer o MS (Perednik, 2022). Tendo em vista o exposto acima, ressalta-se de extrema importância o diagnóstico precoce (Holka-Pokorska et al., 2018), realizado também por meio de instrumentos de avaliação, o que impede que o quadro de MS se agrave (Viana et al., 2009).

É provável que as crianças, inicialmente, tenham sido observadas com um comportamento mais retraído em ambientes sociais ou com determinados familiares, havendo o equívoco da associação com um comportamento meramente tímido (Dummit et al., 1997). A gravidade dos quadros de MS varia entre as crianças, já que uma parte delas pode falar e interagir ‘apenas’ com familiares imediatos, enquanto outras também falam com amigos mais próximos, ou apenas com os pais em casa (Cunningham et al., 2006; Viana et al., 2009). Existe ainda a possibilidade de um outro grupo de crianças vir a falar com adultos selecionados, que sejam presentes em suas vidas, e, por outro lado, não falar com seus professores (Cunningham et al., 2006).

Estudos recentes apontam para um argumento preciso e inicial nos casos de MS: compreender e identificar o transtorno dentro do ambiente escolar, com vistas a proporcionar a sua detecção precoce (White & Bond, 2022e). Dessa forma, faz-se essencial não apenas a compreensão do diagnóstico do MS por todos os envolvidos no processo, mas também seu tratamento. Para tanto, o capítulo que segue contemplará as formas de tratamento consideradas mais adequadas para o MS, segundo as pesquisas atuais.

4 TRATAMENTO DO MUTISMO SELETIVO

Durante anos, o MS tem sido visto como um transtorno difícil de ser tratado, devido à sua complexidade, que requer abordagens multidisciplinares que visam a ajudar os indivíduos diagnosticados com o transtorno a superarem sua ansiedade (Mitchell & Kratochwill, 2021). Para garantir a eficácia do tratamento de indivíduo com MS, torna-se primordial que ele seja feito em consonância com uma equipe multiprofissional (McDaniel, 2021). É necessário que essa equipe seja composta por profissionais das áreas de psiquiatria, terapia ocupacional, fonoaudiologia, além de educadores e pais (Cornacchio et al., 2019). As diferentes modalidades profissionais visam a atender as necessidades apresentadas pela criança, que vão além do MS, como no caso em que haja a associação de outras comorbidades (Aldrich et al., 2023).

O psicólogo clínico pode ser considerado o profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento do MS, e tem como função ajudar a criança a identificar e a gerenciar a sua ansiedade, fornecer *coaching* social e subsídios para a adequação das habilidades de comunicação. Já o fonoaudiólogo se apresenta como outro profissional importante na equipe de tratamento do MS (Rozenek et al., 2020), e ele tem como função ajudar a criança na melhora da sua capacidade de comunicação verbal, principalmente nos casos em que patologias da fala estão associadas ao transtorno (Keraney & Rede, 2021). O médico psiquiatra é outro profissional de extrema importância e que deve estar envolvido no tratamento do MS, e sua função é a prescrição de medicamentos para a diminuição da ansiedade (Muris & Ollendick, 2021b). Por fim, os pais da criança com MS fazem parte da equipe de tratamento e são importantes para o seu pleno sucesso (Catchpole et al., 2019), e devem estar envolvidos no processo de tratamento e receber orientações sobre a melhor forma de apoiar a criança em seu tratamento (Cornacchio et al., 2019).

A literatura científica relata que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é destacada como a intervenção psicológica mais eficaz para o tratamento de indivíduos com MS, pelo fato desse transtorno ter entre suas causas o medo e a ansiedade (Aldrich et al., 2023). A TCC é uma abordagem de tratamento baseada em evidências para o MS, e oferece suporte para o manejo da ansiedade da criança (Patel & Kirk, 2022). É uma forma de tratamento organizada que enfatiza a importância das cognições na determinação de como as pessoas se sentem e o que fazem, sendo definida como uma abordagem no aqui e agora (Lang et al., 2016).

Este tipo de terapia utiliza preceitos convencionais para o tratamento da ansiedade nos casos de MS, dentre eles a exposição, a terapia familiar, a terapia de grupo, o gerenciamento de contingência, a automodelagem, a modelagem, as habilidades sociais baseadas nos pais, o treinamento baseado em linguagem e o desvanecimento de estímulos, bem como a farmacoterapia (Kearney & Rede, 2021). Estudos realizados entre 1980 e 2015 mostraram diversas estratégias analisadas para o tratamento do MS, sendo que a TCC se mantém como uma intervenção que apresenta grande suporte empírico para transtornos de ansiedade infanto-juvenil (Yeganeh, 2006). Na impossibilidade de o paciente progredir somente com o processo psicoterápico, faz-se necessário o uso de medicações específicas, que trazem boas perspectivas para o tratamento do MS, e grande parte das pesquisas apontam para o uso de antidepressivos, que são indicados com maior frequência, seguidos pelos ansiolíticos (Ostergaard, 2018).

De acordo com estudos recentes, o tratamento multimodal tem se expandido para intervenções intensivas e orientadas para grupos (Lorenzo et al., 2021). Este tipo de terapia usa uma combinação de *coaching* de pais e interação dirigida, bem como a terapia de interação pais e filhos, a Parent-Child Interaction Therapy for Selective Mutism – PCIT/SM – (Kearney & Rede, 2021). Em um estudo piloto realizado por Klein et al. (2017), foram examinados os resultados do tratamento de ansiedade social por meio do Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT), desenvolvido por Elisa Shipon-Blum, que usa psicoeducação e tarefas que exigem exposição gradual, com o objetivo de fazer com que os pais assumam o controle da situação e estabeleçam metas de comunicação social para seus filhos quando estão em locais públicos (Kristensen, et al., 2019). Baseado em evidências científicas, o Tratamento da Ansiedade e Comunicação Social (S-CAT) preconiza que o MS vai além de um transtorno de ansiedade, sendo considerado por esta pesquisadora uma fobia da fala (Shipon-Blum, 2012a). A tecnologia digital vem se tornando um tratamento que pode ser incluído nas intervenções mencionadas anteriormente, com instrumentos planejados que melhoram a frequência da fala e o comportamento (Bork & Bennet, 2019). É importante destacar que o tratamento do MS pode ser complexo, considerando-se as numerosas comorbidades associadas ao transtorno (Zakszeski & DuPaul, 2017). Por outro lado, os nossos estudos têm demonstrado que é possível a intervenção do MS por meio da tecnologia a construção de avatares e memojis para o tratamento de pacientes. Nossos resultados demonstraram que as técnicas de comunicação estabelecidas através destes recursos são eficazes para o tratamento do MS. (Vieira et al., 2023).

5 MÉTODOS E RESULTADOS

Objetivos

Geral

Construir e analisar as evidências de validade da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS).

Específicos

- a) Buscar evidências de validade da estrutura interna da EBMS;
- b) Buscar evidências de validade da EBMS com variáveis externas, com grupos contrastantes.

Hipótese

Existem diferenças significativas, nos resultados da EBMS, entre o grupo de Mutismo Seletivo e o grupo controle nas áreas de comportamento escolar, social e familiar.

Método

Este trabalho foi conduzido por meio da realização de dois estudos.

5.1 Estudo 1

Objetivo: buscar evidência de validade de estrutura interna da EBMS

O Estudo I teve como objetivo analisar as evidências de validade fundamentadas no conteúdo da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS), por meio de análise realizada por especialistas no tema (juízes).

Participantes

Participaram desse estudo, como avaliadores (juízes), cinco profissionais especialistas em Mutismo Seletivo, sendo quatro psicólogas do sexo feminino e um psiquiatra do sexo masculino, com tempo mínimo de formação profissional de cinco anos. Todos os juízes

possuíam experiência no atendimento de casos de Mutismo Seletivo e conhecimento da patologia.

Instrumento

Para construir a Escala Brasileira de Mutismo Seletivo, foram propostos, originalmente, 40 itens, embasados nos critérios diagnósticos do DSM-5-TR e da CID-11, além de dados obtidos na literatura científica internacional. Os itens de cada área foram classificados conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1

Áreas da EBMS na Avaliação de Juízes

Áreas	Itens
Escolar	1, 8, 11, 17, 19, 20, 23, 25, 26, 30, 33
Social	4, 6, 7, 9, 13, 14, 28, 29, 32, 34
Familiar	2, 10, 15, 16, 18, 21, 24, 37, 39, 40
Comorbidades	3, 5, 12, 22, 27, 31, 35, 36, 38

Estes itens foram divididos em quatro áreas: Escolar, Familiar, Social e Comorbidades, sendo que a representatividade de cada item proposto para a EBMS foi verificada pela análise de juízes (ANEXO A).

Procedimentos

Inicialmente, o projeto de pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (CAAE:68795723.6.0000.5481), e estava em conformidade com o parecer substanciado (ANEXO F)

Após esse processo, os juízes foram convidados a participar do estudo. Depois de estabelecida a concordância em participar do estudo, por intermédio de carta convite enviada

por *e-mail*, os juízes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), e receberam as instruções para o preenchimento da escala, que foi realizada de forma *online*. A escala foi composta por itens elaborados de forma clara e compreensível, listados em uma tabela, juntamente com a descrição das respectivas áreas propostas para avaliação. Os juízes receberam a escala com uma tabela descritiva das áreas, que perfazem os 40 itens do instrumento, e estes itens podem ser avaliados por meio de espaços em branco destinados a esta finalidade. Os itens da escala foram dispostos de maneira não sistemática, com o propósito de impossibilitar o reconhecimento dos juízes dos subgrupos de itens.

Os critérios para a análise dos itens da escala foram definidos por consenso dos juízes em um índice de 80% ou mais de concordância. Além disso, foram pedidas sugestões de alteração do item, caso houvesse indicação para tal. Nessa etapa, a escala foi formatada para que fossem preenchidos os campos em branco, caso houvesse a indicação de alteração ou correção do item.

Na sequência, foi realizada a tabulação de cada item, em termos de frequência e de porcentagem das respostas auferidas por cada juiz. Os itens com concordância acima de 80% foram empregados na elaboração da versão 1 da escala. Os itens que não alcançaram esta porcentagem foram revistos e analisados, para uma nova submissão e apreciação dos juízes. Esses itens foram aperfeiçoados, para se alcançar a concordância prevista de 80%, ou seja, de 4 juízes.

Primeiramente, foi solicitado aos juízes que classificassem cada um dos itens, de acordo com as quatro áreas (escolar, familiar, social e comorbidades) e, em seguida, que verificassem a representatividade e a relevância de cada item, classificando-o como: “1. Não relevante ou não representativo”, “2. Realizar grande revisão para o que o item seja representativo”, “3. Realizar pequena revisão para que o item se torne representativo”, e “4. Item considerado relevante ou representativo”. Tanto a primeira versão da EBMS quanto as instruções para a realização da análise pelos juízes foram enviadas via *e-mail* para cada um dos selecionados. Ao juiz cabia identificar para qual área de pertencimento era proposto cada item. Dessa forma, foram contabilizadas duas avaliações realizadas pelos juízes em diferentes momentos e de forma complementar, o que deu como resultado a primeira versão da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS), que posteriormente foi aplicada no Estudo 2.

Resultados

O tempo médio utilizado para a resposta do conjunto de itens foi de 15 minutos.

Aqueles itens classificados como “4. Item considerado relevante ou representativo” por, no mínimo, quatro juízes, ou seja, com Índice de Concordância (IC) maior ou igual a 80%, foram considerados adequados a serem utilizados na escala. Os itens que não foram classificados como representativos ou relevantes foram revisados e submetidos a uma nova avaliação (versão 2), até que atingissem IC maior ou igual a 80%. A frequência e porcentagem de concordância das respostas dos juízes a respeito da versão 1 para cada item da escala são descritos na Tabela 2.

Tabela 2

Índice de Concordância entre Juízes para os Itens da Escala

Versão 1

Índice de concordância (IC)	Itens da escala
80 – 100%	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
60 – 80%	15, 27, 31
40 – 60%	
20 – 40%	22

Versão 2

Índice de concordância (IC)	Itens da escala
80 – 100%	15, 22, 27, 31
60 – 80%	
40 – 60%	

A avaliação dos juízes indicou a sugestão de alteração para as perguntas 15 “se comunica com familiares na escola”, sendo que esta pesquisadora optou por manter a perguntano mesmo formato, devido às características que são inerentes ao MS e que são apresentadas na escola. A pergunta 26 “se alimenta na frente dos outros na escola”, que

inicialmente constava na área Comorbidades, passou a fazer parte da área escolar.

As alterações dos itens subsequentes foram feitas da seguinte forma: o item 22 “tem ataques de birra na escola” obteve sugestão de mudança para “foi diagnosticado com transtorno de ansiedade social”; o item 27 “tem dificuldades para articular palavras e fonemas” foi modificado para “foi diagnosticado com transtorno de fala e linguagem”; o item 31 “tem baixa tolerância à frustração” passou a ser considerado como “foi diagnosticado com transtornos depressivos”. Estes itens sofreram alterações e passaram a fazer parte da ficha de identificação do paciente, que antecede o início da escala. O termo comorbidade também recebeu sugestão de alteração para “tipos de distúrbios associados”.

Discussão

Os resultados apresentaram evidências de validade para a estrutura interna da EBMS. Os itens com menor nível de concordância foram revistos e analisados novamente. Concluiu-se que a segunda versão da escala de MS pode ser utilizada no segundo estudo.

5.2 Estudo 2

Objetivo

Buscar evidências de validade da EBMS pela relação com variáveis externas.

Hipóteses

Existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$) entre o grupo de crianças diagnosticadas com MS (Grupo Clínico) e o grupo de controle (Grupo Não Clínico) composto de crianças entre 6 e 11 anos que frequentam da 1ª a 6ª séries do ensino fundamental em escola em Sorocaba, interior de SP.

Participantes

O Grupo Clínico foi originalmente composto por 55 pais de crianças com MS que responderam a escala EBMS *online*. Posteriormente, este grupo foi reduzido a 36 pessoas, pois 19 participantes não se enquadravam, ou nos critérios de inclusão por idade (4

peças), ou por série escolar (4 pessoas), ou ainda porque não possuíam diagnóstico formal de MS (11 pessoas). O Grupo Não Clínico iniciou com 38 participantes e posteriormente foi reduzido a 30 pessoas, devido à idade (7 pessoas), ou por não concordar com Termo de Consentimento (1 pessoa). A Tabela 3 mostra a frequência da idade dos participantes válidos do Grupo Clínico (média 8,9 anos, desvio padrão 1,5 ano) e do Grupo Não Clínico (média 8,8 anos, desvio padrão 1,5 ano).

Tabela 3

Descrição dos Grupos por Idade

Idade	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico	
	N	%	N	%
6	2	6%	2	7%
7	12	33%	9	30%
8	6	17%	6	20%
9	6	17%	3	10%
10	5	14%	9	30%
11	5	14%	1	3%
Total Válidos	36	100%	30	100%
Média Válidos	8,891		8,833	
Desvio Padrão	1,547		1,491	

A Tabela 4 mostra a frequência para série e apresenta a distribuição por série escolar de cada participante válido.

Tabela 4

Frequência por Série de cada Grupo

Série	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico	
	N	%	N	%
1	7	19%	6	20%
2	11	31%	7	23%
3	5	14%	5	17%
4	6	17%	5	17%
5	2	6%	7	23%
6	5	14%	0	0%
Total Válidos	36	100%	30	100%
Média Válidos	3		3	

A descrição dos Grupos Clínico e Não Clínico, bem como as respostas contidas na

ficha de identificação da EBMS, são reproduzidas na Tabela 5. Nessa ficha se encontram as informações acerca do sexo da criança, tipo de escola, ensino (se bilíngue), existência de algum diagnóstico psicológico clínico prévio, uso de remédios psiquiátricos, prévio diagnóstico de MS e se os pais possuem conhecimento prévio a respeito do MS e se acreditam que seu (sua) filho(a) apresentem características de MS.

Tabela 5

Ficha de Identificação dos Grupos

		Grupo Clínico		Grupo Não Clínico	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	14	39%	14	47%
	Feminino	22	61%	15	50%
	Não declarado	0	0%	1	3%
	Total	36	100%	30	100%
Escola	Pública	12	33%	30	100%
	Particular	24	67%	0	0%
	Total	36	100%	30	100%
Escola bilíngue	Não	23	64%	30	100%
	Sim	13	36%	0	0%
	Total	36	100%	30	100%
Apresenta algum diagnóstico psicológico	Não	5	14%	26	87%
	Sim	31	86%	4	13%
	Total	36	100%	30	100%
Faz uso de alguma medicação psiquiátrica	Não	17	47%	29	97%
	Sim	19	53%	1	3%
	Total	36	100%	30	100%
Recebeu diagnóstico formal de Mutismo Seletivo	Não	0	0%	27	90%
	Sim	36	100%	3	10%
	Total	36	100%	30	100%
Você conhece o Mutismo Seletivo?	Não	1	3%	16	53%
	Sim	35	97%	14	47%
	Total	36	100%	30	100%
Você já pesquisou sobre o assunto?	Não	1	3%	13	43%
	Sim	35	97%	17	57%
	Total	36	100%	30	100%
	Não	1	3%	26	87%

Você acredita que seu filho possa ter Mutismo Seletivo?	Sim	35	97%	4	13%
	Total	36	100%	30	100%

No Grupo Clínico, 39% dos respondentes se declararam do sexo masculino e 61% do sexo feminino, sendo que no Grupo Não Clínico, 47% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino. No Grupo Clínico prevaleceram respondentes do sexo feminino. Apenas um participante do Grupo Não Clínico preferiu não declarar o sexo na Ficha de Identificação. Os participantes do Grupo Clínico frequentavam majoritariamente escola particular (67%), sendo 64% em ensino bilíngue, em oposição ao Grupo Não Clínico, com 100% de alunos de escola pública e 0 alunos em aprendizado bilíngue.

Do total de respondentes do grupo clínico 86% apresentavam algum tipo de diagnóstico psicológico (não foi solicitada a especificação de diagnósticos), contra 13% do grupo não clínico. O uso de medicação se apresenta com uma variável de 53% para o grupo clínico versus 3% do grupo não clínico. O exposto acima mostra uma maior prevalência de patologias e uso de medicações no grupo clínico.

A pergunta “recebeu diagnóstico formal para Mutismo Seletivo” foi positiva para 100% dos participantes do grupo clínico e 10% para o grupo não clínico. Dos respondentes do grupoclínico 97% responderam “conhecer o Mutismo Seletivo e haver pesquisado sobre o assunto. Já no grupo não clínico 47% conheciam sobre o Mutismo Seletivo e 57% haviam pesquisado sobre o transtorno. A pergunta “Você acredita que seu filho possa ter Mutismo Seletivo” contabilizou u total de 97% de respostas positivas no grupo clínico *versus* 13% do Grupo NãoClínico. A Ficha de Identificação também continha perguntas a respeito da existência diagnósticos psicológicos prévios, ou reconhecimento por parte dos pais e responsáveis de condições psiquiátricas que poderiam influenciar um diagnóstico de MS.

Instrumento

Foi utilizado neste estudo a segunda versão da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (vide ANEXO E) após a modificação dos juízes (Estudo 1). Esta é uma escala Likert de 5 pontos, onde 5 corresponde a “Nunca”, 4 a “Quase nunca”, 3 a “Às vezes”, 2 a “Quase sempre” e 1 a “Sempre”.

Procedimento

Os dados deste estudo somente foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (ANEXO F). Inicialmente, para o grupo não clínico, foi realizado contato com a coordenação da escola onde foi aplicada a Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS), quando foram expostos os objetivos da pesquisa e verificada a possibilidade de participação institucional. Após o aceite do coordenador da instituição escolar, foi assinada a Carta de Autorização de Pesquisa Institucional (ANEXO D) e iniciada a pesquisa. As perguntas da EBMS estiveram disponíveis para serem respondidas pelos participantes dos Grupos Clínico e Não Clínico, nos meses de agosto e setembro de 2023, de forma *online*, através do aplicativo Forms, do Office da Microsoft ®. O *link* para o questionário foi enviado pela coordenação da escola para os pais e responsáveis do Grupo Não Clínico. Já o Grupo Clínico recebeu um convite pelas mídias sociais especialmente direcionadas ao MS. O tempo médio de resposta gasto pelos participantes *online* foi de 20 minutos.

As diferenças das médias das respostas dos Grupos Clínico e Não Clínico foram então analisadas. Devido à quantidade de comparações, foi exigida uma diferença estatística $p \leq 0,01$. As diferenças de média foram analisadas pelo teste de t-Student, para tamanhos amostrais e variâncias diferentes, e também pelo teste de Diferença de Média de Wilcoxon, para medidas não-paramétricas. Para avaliação do tamanho do efeito, foi calculado o parâmetro “*Cohen’s d*”. As análises estatísticas foram realizadas no *software* livre Jeffrey’s Amazing Statistics Program (JASP®).

Resultados

A Tabela 6 mostra as médias e desvios padrões das respostas por questão em ambos os grupos organizadas as quatro áreas para cada uma das 40 perguntas (Escolar, Familiar, Comorbidades, Social).

Médias e Desvio Padrão das respostas por questão em ambos os grupos

Perguntas	Fatores	Clínico			Não Clínico		
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
1- Comunica-se verbalmente na escola	Escolar	36	2,306	1,215	30	4,7	0,877
2- Tem atitude para atender telefones em casa	Familiar	36	1,972	1,055	30	4,233	1,305
3- Foi diagnosticado(a) com TEA (Transtorno do Espectro Autista)	Comorbidades	36	1,1389	0,543	30	1,2	0,805
4- Fala espontaneamente na frente dos pais em ambientes públicos	Familiar	36	3,444	1,027	30	4,567	0,935
5- Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Aprendizagem (discalculia, dislexia, entre outros)	Comorbidades	36	1,4722	1,028	30	1,5	1,137
6- Fica desconfortável quando é solicitado(a) a falar em público	Social	36	4,1944	1,167	30	2,767	1,382

Tabela 6

Médias e Desvio Padrão das respostas por questão em ambos os grupos

Perguntas	Fatores	Clínico			Não Clínico		
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
7- Comunica-se verbalmente em ambientes sociais (restaurantes, lojas, parques etc.)	Social	36	3,3333	1,287	30	4,433	1,135
8- Comunica-se com professores	Escolar	36	2,278	1,210	30	4,6	0,894
9- Prefere falar outros idiomas que não sejam o português	Social	36	1,4722	1,000	30	1,267	0,691
10- Comunica-se com familiares paternos	Familiar	36	2,8611	1,355	30	4,133	1,408
11- Comunica-se com colegas de classe	Escolar	36	2,750	1,273	30	4,633	1,066
12- Foi diagnosticado(a) com Transtorno do <i>Deficit</i> de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	Comorbidades	36	1,4722	1,230	30	1,7	1,418
13- Usa gestos, aponta ou balança a cabeça para se comunicar	Social	36	3,5	1,082	30	2,033	1,351
14- Usa sussurros para se comunicar	Social	36	3,222	0,989	30	1,433	0,858
15- Comunica-se com familiares maternos	Familiar	36	3,361	1,355	30	4,567	1,040
16- Os pais falam mais de um idioma com a criança em casa	Familiar	36	1,5	1,082	30	1,367	0,718
17- Fala nos ouvidos dos professores	Escolar	36	1,9444	1,286	30	1,867	1,408
18- Comunica-se naturalmente na sua casa	Familiar	36	4,6389	0,899	30	4,733	0,828
19- Comunica-se verbalmente com os pais dentro do ambiente escolar	Escolar	36	3,139	1,334	30	4,667	0,884

Tabela 6

Médias e Desvio Padrão das respostas por questão em ambos os grupos

Perguntas	Fatores	Clínico			Não Clínico		
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
20- Fala no ouvido dos colegas na escola	Escolar	36	1,9444	1,145	30	1,833	1,341
21- Comunica-se com cuidadores (babás etc.)	Familiar	36	2,528	1,647	30	4,4	1,276
22- Foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Social	Comorbidades	36	2,5	1,648	30	1,3	0,877
23- Levanta as mãos para tirar dúvidas na classe	Escolar	36	1,528	1,108	30	3,667	1,322
24- Comunica-se com sua mãe e seu pai	Familiar	36	4,7222	0,659	30	4,733	0,828
25- Comunica-se com adultos na escola	Escolar	36	1,944	1,068	30	4,467	1,137
26- Alimenta-se na frente dos outros na escola	Escolar	36	3,6111	1,440	30	4,4	1,192
27- Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Fala e Linguagem	Comorbidades	36	1,4167	0,937	30	1,167	0,747
28- Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada	Social	36	4,25	1,228	30	2,8	1,584
29- Fala no ouvido dos pais na frente de outras pessoas	Social	36	3,5833	1,156	30	2,1	1,423
30- Pede para ir ao banheiro na escola	Escolar	36	2,389	1,479	30	4,433	1,165
31- Foi diagnosticado com Transtornos Depressivos	Comorbidades	36	1,25	0,732	30	1,133	0,730

Tabela 6

Médias e Desvio Padrão das respostas por questão em ambos os grupos

Perguntas	Fatores	Clínico			Não Clínico		
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
32- Comunica-se com crianças e não se comunica com adultos	Social	36	2,6667	1,474	30	1,7	1,317
33- Participa de Exposições orais na frente da classe	Escolar	36	1,750	1,131	30	3,9	1,242
34- Tem medo de ser ouvido falando	Social	36	3,639	1,570	30	1,767	1,135
35- Foi diagnosticada com Atraso no Desenvolvimento Intelectual	Comorbidades	36	1,3611	0,931	30	1,1	0,403
36- Foi diagnosticada com Ansiedade de Separação (medo excessivo de separação de pessoas às quais é apegada)	Comorbidades	36	1,75	1,339	30	1,533	1,074
37- Recebe amigos em casa e se comunica verbalmente com eles	Social	36	3,1389	1,552	30	4,3	1,291
38- Foi diagnosticado(a) com encoprese ou enurese (falta de controle das fezes e/ou urina)	Social	36	1,4167	1,105	30	1,167	0,747
39- Permanece junto aos familiares quando recebe visitas em casa	Familiar	36	3,4722	1,000	30	3,733	1,337
40- Comunica-se com os avós paternos e maternos	Familiar	36	3,5833	1,228	30	4,467	1,252

A fim de verificar se há uma diferença estatística entre as médias das respostas dos Grupos Clínico e Não Clínico, fez-se uso do teste t-Student paramétrico de amostras independentes, com tamanhos amostrais e variâncias diferentes. A distribuição t-Student surge no problema de determinação de uma média populacional (que segue uma distribuição normal) a partir de uma amostra. A hipótese testada com nível de confiança maior que 99% ($p \leq 0.01$) é que as médias dos Grupos Clínicos e Não Clínicos sejam iguais. Para testar o tamanho do efeito, foi utilizado o parâmetro d de Cohen. A Tabela 7, sobre o Tamanho do Efeito, mostra o critério de medição para os parâmetros d de Cohen.

Tabela 7
Tamanho do Efeito

Cohen's d	Tamanho de Efeito
< 0.2	Insignificante
≥ 0.2	Pequeno
≥ 0.5	Médio
≥ 0.8	Grande

Das 40 perguntas, 24 (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 37 e 40) apresentaram diferenças de médias significativas de acordo como teste t-Student, e em 13 (1, 2, 6, 8, 11, 14, 19, 21, 23, 25, 30, 33 e 34) destas respostas, o tamanho do efeito calculado pelo d de Cohen foi considerado Grande ($d \geq 0,8$). Dentre estas 8 itens pertencem ao Fator “Escolar”, 2 ao “Familiar”, 3 ao “Social” e 0 ao “Comorbidades”. A Tabela 8, Teste de Diferenças de média t-Student apresenta os valores da estatística t , do nível de significância e do parâmetro d de Cohen, bem como o efeito do tamanho associado. Aquelas perguntas consideradas insignificantes foram destacadas.

Tabela 8

Teste de Diferenças de média t-Student e Cohen's d

Perguntas	t	p	Cohen's d	Tamanho do Efeito
1- Comunica-se verbalmente na escola	-10,075	< .001	-1,839	Grande
2- Tem atitude para atender telefones em casa	-6,504	< .001	-1,187	Grande
3- Foi diagnosticado(a) com TEA (Transtorno do Espectro Autista)	-0,177	0,861	-0,032	Insignificante
4- Fala espontaneamente na frente dos pais em ambientes públicos	-4,364	< .001	-0,797	Médio
5- Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Aprendizagem (discalculia, dislexia, entre outros)	-3,631	0.001	-0,663	Médio
6- Fica desconfortável quando é solicitado(a) a falar em público	4,581	< .001	0,836	Grande
7- Comunica-se verbalmente em ambientes sociais (restaurantes, lojas, parques etc.)	-3,257	0.003	-0,595	Médio
8- Comunica-se com professores	-10,186	< .001	-1,86	Grande
9- Prefere falar outros idiomas que não sejam o português	1,07	0,293	0,195	Insignificante
10- Comunica-se com familiares paternos	-4,043	< .001	-0,738	Médio
11- Comunica-se com colegas de classe	-5,924	< .001	-1,082	Grande
12- Foi diagnosticado(a) com Transtorno do <i>Deficit</i> de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	-0,576	0,569	-0,105	Insignificante

Tabela 8*Teste de Diferenças de média t-Student e Cohen's d*

Perguntas	t	p	Cohen's d	Tamanho do Efeito
13- Usa gestos, aponta ou balança a cabeça para se comunicar	4,119	< .001	0,752	Médio
14- Usa sussurros para se comunicar	7,913	< .001	1,445	Grande
15- Comunica-se com familiares maternos	-4,379	< .001	-0,799	Médio
16- Os pais falam mais de um idioma com a criança em casa	0,656	0,517	0,12	Insignificante
17- Fala nos ouvidos dos professores	-0,111	0,913	-0,02	Insignificante
18- Comunica-se naturalmente na sua casa	-0,501	0,62	-0,091	Insignificante
19- Comunica-se verbalmente com os pais dentro do ambiente escolar	-5,936	< .001	-1,084	Grande
20- Fala no ouvido dos colegas na escola	0,518	0,609	0,095	Insignificante
21- Comunica-se com cuidadores (babás etc.)	-5,392	< .001	-0,984	Grande
22- Foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Social	3,247	0,003	0,593	Médio
23- Levanta as mãos para tirar dúvidas na classe	-6,503	< .001	-1,187	Grande
24- Comunica-se com sua mãe e seu pai	1,216	0,234	0,222	Pequeno
25- Comunica-se com adultos na escola	-10,79	< .001	-1,97	Grande
26- Alimenta-se na frente dos outros na escola	-2,305	0,029	-0,421	Pequeno
27- Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Fala e Linguagem	1,381	0,178	0,252	Pequeno

Tabela 8

Teste de Diferenças de média t-Student e Cohen's d

Perguntas	t	p	Cohen's d	Tamanho do Efeito
28- Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada	3,935	< .001	0,718	Médio
29- Fala no ouvido dos pais na frente de outras pessoas	4,295	< .001	0,784	Médio
30- Pede para ir ao banheiro na escola	-6,515	< .001	-1,189	Grande
31- Foi diagnosticado com Transtornos Depressivos	0,183	0,856	0,033	Insignificante
32- Comunica-se com crianças e não se comunica com adultos	2,649	0,013	0,484	Pequeno
33- Participa de Exposições orais na frente da classe	-6,579	< .001	-1,201	Grande
34- Tem medo de ser ouvido falando	5,745	< .001	1,049	Grande
35- Foi diagnosticada com Atraso no Desenvolvimento Intelectual	1,063	0,297	0,194	Insignificante
36- Foi diagnosticada com Ansiedade de Separação (medo excessivo de separação de pessoas às quais é apegada)	1,055	0,3	0,193	Insignificante
37- Recebe amigos em casa e se comunica verbalmente com eles	-2,818	0,009	-0,515	Médio
38- Foi diagnosticado(a) com encoprese ou enurese (falta de controle das fezes e/ou urina)	0,925	0,363	0,169	Insignificante
39- Permanece junto aos familiares quando recebe visitas em casa	-0,98	0,335	-0,179	Insignificante
40- Comunica-se com os avós paternos e maternos	-2,866	0,008	-0,523	Médio

O teste não paramétrico de diferença de média Wilcoxon também foi utilizado para verificar quais perguntas apresentam diferenças de médias estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$). A Tabela 9 apresenta o Teste de Diferenças de média Wilcoxon como resultado desta análise.

Tabela 9

Teste de Diferenças de média Wilcoxon

Perguntas	W	z	p
1- Comunica verbalmente na escola	0,000	-4,541	< .001
2- Tem atitude para atender telefones em casa	24,000	-4,076	< .001
3- Foi diagnosticado(a) com TEA (Transtorno do Espectro Autista)	7,000	-0,135	1
4- Fala espontaneamente na frente dos pais em ambientes públicos	30,000	-3,285	< .001
5- Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Aprendizagem (discalculia, dislexia, entre outros)	23.500	0.118	0.952
6- Fica desconfortável quando é solicitado(a) a falar em público	275,000	3,571	< .001
7- Comunica-se verbalmente em ambientes sociais (restaurantes, lojas, parques etc.)	48,500	-2,722	0,006
8- Comunica-se com professores	0,000	-4,541	< .001
9- Prefere falar outros idiomas que não sejam o português	37,500	1,019	0,327
10- Comunica-se com familiares paternos	49,000	-3,213	0,001

Tabela 9

Teste de Diferenças de média Wilcoxon

Perguntas	W	z	p
11- Comunica-se com colegas de classe	24,500	-3,952	< .001
12- Foi diagnosticado(a) com Transtorno do <i>Deficit</i> de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	22,500	-0,510	0,638
13- Usa gestos, aponta ou balança a cabeça para se comunicar	303,500	3,251	0,001
14- Usa sussurros para se comunicar	347,000	4,356	< .001
15- Comunica-se com familiares maternos	29,500	-3,443	< .001
16- Os pais falam mais de um idioma com a criança em casa	54,000	0,594	0,568
17- Fala nos ouvidos dos professores	77,000	0,024	1
18- Comunica-se naturalmente na sua casa	15,000	-0,420	0,722
19- Comunica-se verbalmente com os pais dentro do ambiente escolar	6,000	-4,015	< .001
20- Fala no ouvido dos colegas na escola	120,000	0,560	0,583
21- Comunica-se com cuidadores (babás etc.)	11,000	-3,750	< .001
22- Foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Social	107,500	2,698	0,007
23- Levanta as mãos para tirar dúvidas na classe	26,000	-3,916	< .001
24- Comunica-se com sua mãe e seu pai	46,000	1,156	0,256
25- Comunica-se com adultos na escola	0,000	-4,541	< .001

Tabela 9

Teste de Diferenças de média Wilcoxon

Perguntas	W	z	p
26- Alimenta-se na frente dos outros na escola	58,500	-1,981	0,047
27- Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Fala e Linguagem	35,000	1,481	0,147
28- Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada	261,500	3,186	0,001
29- Fala no ouvido dos pais na frente de outras pessoas	265,000	3,286	< .001
30- Pede para ir ao banheiro na escola	11,000	-4,076	< .001
31- Foi diagnosticado com Transtornos Depressivos	6,000	-1,680	0,103
32- Comunica-se com crianças e não se comunica com adultos	217,000	2,403	0,015
33- Participa de Exposições orais na frente da classe	21,000	-4,036	< .001
34- Tem medo de ser ouvido falando	328,500	3,886	< .001
35- Foi diagnosticada com Atraso no Desenvolvimento Intelectual	15,000	0,943	0,396
36- Foi diagnosticada com Ansiedade de Separação (medo excessivo de separação de pessoas às quais é apegada)	44,000	0,978	0,346
37- Recebe amigos em casa e se comunica verbalmente com eles	57,500	-2,448	0,014
38- Foi diagnosticado(a) com encoprese ou enurese (falta de controle das fezes e/ou urina)	15,000	0,943	0,395

Tabela 9

Teste de Diferenças de média Wilcoxon

Perguntas	W	z	p
39- Permanece junto aos familiares quando recebe visitas em casa	102,000	-0,795	0,42
40- Comunica-se com os avós paternos e maternos	56.000	-2.494	0.012

Das 40 perguntas, 21 (1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 33 e 34) apresentaram diferenças de médias significativas, de acordo com o teste Wilcoxon, sendo que 8 pertencem à área Escolar, 5 à área Familiar, 7 a área Social e 1 à área de Comorbidades. Restringindo-se apenas às perguntas que apresentaram diferenças de médias significativas, de acordo com ambos os testes, chega-se a 22 perguntas. Quando se ordenam estas perguntas, de acordo com o tamanho do efeito, isto é, do maior efeito para o menor, tem-se a seguinte lista: 25, 8, 1, 14, 33, 30, 2, 23, 19, 11, 34, 21, 6, 15, 4, 29, 13, 10, 28, 7, 40 e 37, sendo que 8 pertencem à área “Escolar”, 6 à área “Familiar”, 8 à área “Social” e 0 à área “Comorbidades”, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10

Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Distribuição de Áreas e Perguntas

Área	N	Pergunta
Social	6	Fica desconfortável quando solicitado para falar em público
	7	Comunica-se verbalmente em ambientes sociais (restaurantes, lojas, parques etc.)
	13	Usa gestos, aponta ou balança a cabeça para se comunicar
	14	Usa sussurros para se comunicar

	28	Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada
	34	Tem medo de ser ouvido falando
	4	Fala espontaneamente na frente se seus pais
Familiar	29	Fala no ouvido dos pais
	2	Tem atitude para atender telefones em casa
	10	Comunica-se com familiares paternos
	15	Comunica-se com familiares maternos
	21	Comunica-se com cuidadores (babás etc.)
	37	Recebe amigos em casa e se comunica verbalmente com eles
	40	Comunica-se com os avós paternos e maternos
Escolar		
	1	Comunica-se verbalmente na escola
	8	Comunica-se com professores
	11	Comunica-se com colegas de classe
	19	Comunica-se verbalmente com os pais dentro do ambiente escolar
	23	Levanta as mãos para tirar dúvidas na classe,
	25	Comunica-se com adultos na escola
	30	Pede para ir ao banheiro na escola
	33	Participa de exposições orais na frente da classe

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Discussão

O Mutismo Seletivo é uma patologia que, apesar de ter sido descrita ainda no século XIX, demorou para ter uma melhor definição de seus sintomas, o que pode ser entendido pela evolução de seu nome, inicialmente afasia voluntária, para depois se tornar mutismo eletivo (Kristensen et al., 2019). Ambas as denominações apontavam para o caráter de escolha da criança em ficar muda. Por último, Mutismo Seletivo, nome recebido apenas em 1994, por ocasião da publicação da 4ª revisão do DSM (*American Psychiatric Association, 1994*), no qual se reconhece que a mudez em ambientes específicos acontece mais por uma dificuldade encontrada pela criança nesses locais específicos do que por uma opção dela mesma (Rodrigues Pereira et al., 2023).

Mesmo assim, nesta revisão, o MS foi considerado como um transtorno de desenvolvimento típico da infância e adolescência, que só recebeu, na 5ª revisão do DSM, sua classificação dentro dos transtornos de ansiedade, o que mostra que os critérios diagnósticos desta patologia estão sendo paulatinamente construídos, o que dificulta, para os profissionais, o seu conhecimento e compreensão (Bogels et al., 2010). A baixa incidência do transtorno na população total, possivelmente abaixo de 1%, também contribui para o pouco conhecimento do transtorno entre os psicólogos (Bergman et al., 2002; Elizur & Perednik, 2003d; Kumpulainen et al., 1998).

A partir dos problemas levantados neste estudo, entendemos que o estabelecimento de uma escala brasileira de detecção do Mutismo Seletivo, baseada nos sintomas típicos do transtorno, poderia ser útil para os psicólogos de nosso país, dado que, para estabelecer a hipótese diagnóstica de MS, eles tinham que recorrer à anamnese, ou ao uso de escalas estrangeiras, que não foram validadas pelos devidos testes com a nossa população. Para a construção de escalas, a International Test Commission (ITC, 2023) aponta que ela segue algumas etapas, sendo que a primeira delas consiste em “procedimentos teóricos, elaboração dos itens e evidências de validade baseadas no conteúdo”. Esta etapa objetiva estabelece as categorias comportamentais que definem o objeto psicológico a ser medido, operacionalizando seus construtos em itens (Reppold et al., 2014).

Neste projeto, foram definidos dois estudos. No estudo 1, buscou-se analisar as evidências de validade fundamentadas no conteúdo da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS), por meio de análise realizada por juízes, que apontaram critérios relacionados à

relevância ou à representatividade dos itens. Os resultados deste estudo demonstram a eficácia da estrutura interna do EBMS. No estudo 2, buscou-se evidências de validade da EBMS pela relação com variáveis externas, através da discriminação de grupos. A escala avaliou 4 áreas relacionadas ao comportamento da criança com MS, sendo elas: social, familiar, escolar e comorbidades. No caso da EBMS, as categorias comportamentais foram definidas a partir dos sintomas característicos da patologia, a partir de manuais psicopatológicos, como o DSM-5-TR e o CID-11, além de textos de especialistas no assunto que apontam possíveis comorbidades psicopatológicas e princípios de exclusão do diagnóstico de MS, a partir de outras patologias (Muris & Ollendick, 2021a).

Antecedendo as respostas da escala (estudo 2), cada pai participante do estudo respondeu a uma ficha de identificação do paciente, que continha dados gerais sobre a criança e perguntas sobre seu estado de saúde mental. Perguntas sobre o MS fizeram parte dessa ficha e foram consideradas como critérios de exclusão para este estudo. A análise da ficha de identificação mostra que houve uma pequena prevalência de respondentes do sexo feminino em ambos os grupos. Apenas um participante do Grupo Não Clínico preferiu não declarar o sexo nessa ficha. Nos dados analisados, houve uma discreta preponderância de meninas, o que corrobora os dados da literatura pesquisada que apontam para uma maior incidência de MS em meninas do que em meninos (Cohan et al., 2008b).

O grupo clínico apresentou um total de 33% dos participantes como frequentadores de escola pública e 67% de escola particular. Já o grupo não clínico é oriundo de escola pública em sua totalidade. Em relação aos itens da ficha de identificação, notou-se que o bilinguismo não foi considerado um fator de risco para o desenvolvimento da fala e da linguagem (Perednik, 2022). Nesta pesquisa, o bilinguismo não se mostrou como um fator determinante, o que contraria os achados na literatura estudada. Dessa forma, este dado não se apresentou como substancial para esta pesquisa.

Os resultados obtidos para a pergunta “apresenta algum diagnóstico psicológico” contabilizaram 86% dos participantes do grupo clínico, contra 13% do grupo não clínico. No Brasil, há alta prevalência de doenças mentais entre crianças e adolescentes, o que significa que 12,7% a 23,3 % desses indivíduos vivenciam algum tipo de transtorno (Ronchi et al., 2010). Pesquisas indicam que cerca de 10% das crianças e adolescentes brasileiros atenderão aos critérios diagnósticos para, pelo menos, um transtorno de ansiedade em algum momento de suas vidas (Asbahr, 2004). Dessa forma, seria esperado que as respostas deste item denotassem

alto índice de transtornos psicológicos nos dois grupos, além do diagnóstico de MS.

Os resultados também indicaram que o uso de medicação é mais elevado no grupo clínico (53%) em comparação ao grupo não clínico (3%). Diante dessa análise, este número pode ser considerado baixo, devido ao fato de ainda encontrarmos crianças subdiagnosticadas para o MS. Adiciona-se a esta questão a resistência dos pais em medicarem seus filhos devido a pré-conceitos ou estigma (Oliveira & Nakano, 2022).

Em sua totalidade, o grupo clínico recebeu diagnóstico formal de MS, o que revela que esta população buscou maiores informações sobre a suspeita diagnóstica do MS, chegando a uma taxa de 97% de conhecimento acerca do MS, tendo a mesma porcentagem de participantes pesquisados sobre o transtorno. Em contrapartida, no grupo não clínico, 47% conhecem o MS e 57% pesquisaram sobre o assunto. Dos pais do grupo clínico, 97% acreditam que seus filhos possam ter MS; em contrapartida, 13% dos pais do grupo não clínico acreditam que seus filhos possam ter o transtorno. As respostas positivas para o conhecimento do MS relatadas no grupo não clínico podem estar relacionadas ao fato de que os professores da escola em que a pesquisa foi realizada receberam palestras prévias sobre o MS.

Um total de 7 itens relacionados à área comorbidades foram excluídos da tabela, pois não corresponderam aos critérios de uma Escala Likert: 3. “Foi diagnosticado(a) com TEA (Transtorno do Espectro Autista)”, 12-“ Foi diagnosticado(a) com Transtorno do *Deficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH)”, 27- “Foi diagnosticado(a) com Transtornos de Fala e Linguagem” 31- “Foi diagnosticado com Transtornos Depressivos”, 35- “Foi diagnosticada com Atraso no Desenvolvimento Intelectual”, 36- “Foi diagnosticada com Ansiedade de Separação (medo excessivo de separação de pessoas às quais é apegada)”, 38- “Foi diagnosticado(a) com encoprese ou enurese (falta de controle das fezes e/ou urina)”. Estes itens estão associados aos quadros de MS. Pesquisas apontam para uma crescente correlação entre eles e o Transtorno, podendo ocorrer de forma isolada, ou seja, o MS associado apenas a uma comorbidade, ou o MS associado a mais comorbidades (Rodrigues-Pereira et al., 2021; Kearney e Rede 2021; Koskela et al., 2022). Desta forma, estes itens passaram a fazer parte da ficha inicial de avaliação do paciente. As perguntas de número 9- “prefere falar outro idioma que não seja o português”, e 16- “os pais falam mais de um idioma em casa”, estão relacionadas com o fato do bilinguismo ser um fator predisponente e agravante do MS, segundo achados de Perednik (2022). Os itens 17- “Fala nos ouvidos dos professores” e 20- “Fala no ouvido dos colegas na escola” denotam o nível/grau que a criança apresenta do MS, assim como a possibilidade de avanço no tratamento, quando a criança deixa sua voz ser ouvida (Shipon- Blum, 2012). Já o

item 26- “Alimenta-se na frente dos outros na escola” está relacionado à área escolar, a possibilidade de a criança enfrentar seus medos e sua inibição em poder deixar que outros vejam que ela está se alimentando, entretanto também pode estar associada a quadros de ansiedade social; já o item 32- Comunica-se com crianças e não se comunica com adultos denota uma das apresentações possíveis do MS. Sequencialmente os itens 18- “Comunica-se naturalmente em casa”, “24-Comunica-se com sua mãe e seu pai”, e 39 “permanecem junto aos familiares quando recebem visitas” indica o grau de conforto que a criança tem no ambiente “natural” (entendido como o “lar”). Especial atenção deve ser dada ao item 24, uma vez que a falta de constância e permanência de um dos genitores pode ser um fator preditivo para que a criança abandone a fala com um deles ou com ambos.

O segundo passo da etapa de elaboração da escala consistiu em definir a dimensão desta, e a elaboração de seus itens (Reppold et al., 2014 2014). Para tal, como citado acima, partiu-se para a elaboração das perguntas da escala por meio das definições diagnósticas do CID-11 e DSM- 5-TR e de estudos sobre as patologias que, se estão presentes, podem ser consideradas comorbidades ou princípios de exclusão da categoria diagnóstica MS. Foi decidido que uma escala Likert de 5 pontos, com 40 perguntas sobre o paciente, dividida entre 4 áreas com 10 perguntas para cada área (escolar, familiar, social e comorbidade), respondida pelos pais, seria a mais adequada.

Com relação às evidências de validade de estrutura interna, contou-se com a participação de 5 juízes, 4 psicólogas e 1 médico psiquiatra, aos quais os 40 itens foram expostos, para que se soubesse as opiniões deles sobre os itens (Estudo 1). Foi encontrada concordância de 80% indicando que a escala possui evidência de validade em sua estrutura interna.

As 10 perguntas relacionadas às comorbidades foram realocadas para a ficha de identificação do paciente, pois não diferenciaram o grupo clínico do não clínico, sem diferença estatística significativa e não atendiam as características de uma Escala Likert. Para compor a escala final, foram consideradas apenas perguntas com efeito grande ($Cohen-d \geq 0,80$) e significância estatística, e elas estão descritas nos exemplos a seguir.

As respostas do grupo clínico referentes à pergunta 1: “comunica-se verbalmente na escola”, encontram-se entre “nunca” e “quase nunca”, e a média das respostas do grupo não clínico situam-se entre “sempre” e “quase sempre”. O mesmo acontece para a pergunta 25: “comunica-se com adultos na escola”. Estes dados, usados como exemplo, corroboram a literatura pesquisada, em que a escola se mostra um ambiente desafiador para uso da linguagem,

inibe a fala da criança e é uma das características do MS (Kortba & Saffer, 2018). Esta pesquisadora optou por dividir as perguntas de maior efeito nas áreas social, escolar e familiar, explanando a importância das mesmas e sua relação com as pesquisas bibliográficas.

A escala final foi composta por itens das áreas social, escolar e familiar. A área social englobou respectivamente as perguntas: 4 “Fala espontaneamente na frente se seus pais” 6. “fica desconfortável quando solicitado para falar em público”, 7 “Comunica-se verbalmente em ambientes sociais (restaurantes, lojas, parques etc.)”, 13 “Usa gestos, aponta ou balança a cabeça para se comunicar”, 14 “Usa sussurros para se comunicar”, 28 “Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada”, 29 “Fala no ouvido dos pais” e 34 “Tem medo de ser ouvido falando”.

No que tange aos conflitos sociais enfrentados pelas crianças com MS, a literatura indica que elas muitas vezes permanecem em silêncio quando interagem com outras crianças ou adultos; por outro lado, há crianças que são incapazes de falar com pessoas específicas (Kortba & Saffer, 2018; Johnson & Wintgens, 2017). Além de não serem verbais, algumas crianças podem não emitir outros sons, como rir, chorar, tossir, ou fazer gestos, balançar a cabeça ou apontar.

Desta forma há crianças que conseguem se comunicar usando gestos e linguagem corporal, outras que brincam com seus amigos mesmo que não usem palavras, até a criança “congelada” que apenas assiste os colegas brincarem, mas apresentam o nível de congelamento do MS, onde não são incapazes de emitir qualquer som, tendo o corpo paralisado. Os sintomas variam amplamente entre situações e pessoas.

Algumas crianças ficam completamente silenciosas (mudas) fora de casa, enquanto outras conversam com um ou dois amigos. Em casa, estas crianças conversam com visitas, familiares e colegas após a “fase de aquecimento”, onde se acostumam com a presença das pessoas e tem seu nível de ansiedade diminuído. Por outro lado, crianças com níveis mais severos de MS sequer conversam com os pais ou irmãos quando outras pessoas estão presentes. O medo de ser visto e ouvido falando tem relação com a crença de julgamentos externos (cognições relacionadas ao medo), e pode também estar associado à ansiedade social (Muris & Ollendick, 2021a). A maior parte das crianças do grupo clínico, como relatado pelos pais, se comunica através de sussurros, e é esta uma das formas de comunicação eleita como característica diagnóstica do MS, segundo parâmetros da ponte da comunicação social (Shipon-Blum, 2012). A comunicação não-verbal fora do ambiente de conforto da criança (apontamentos com as mãos, balanço da cabeça para sim e não) também fazem parte das formas

de comunicação usadas pela criança, sem que haja a comunicação verbal (Perednik, 2022); já a fala espontânea com os pais na frente de outras pessoas ocorre em alguns casos de MS, em que a criança se sente mais segura e confortável (Schwenck et al., 2021).

Como citado neste estudo, há três fatores principais que influenciam no comportamento de fala de crianças com MS: a) a pessoa com a qual a criança interage; b) o local onde se dá a interação; e c) a atividade realizada (Schwenck et al., 2022). Dessa forma, considera-se que a casa (ambiente de conforto) da criança é o local mais propício para o uso da fala.

Tendo em vista que a situação social é habitualmente influenciada pelos três fatores supracitados, pode-se considerar que existe uma interação entre estes componentes. Isto posto, as crianças enfrentam frequentemente mais estímulos, que suscitam a ansiedade (Shipon-Blum, 2012). Dessa forma, falar com os pais (pessoas consideradas de conforto e confiança), em ambientes sociais, pode aumentar consideravelmente o nível de ansiedade da criança, o que faz com que a comunicação, por vezes, cesse ou ocorra através de gestos e sussurros (Ford et al., 1998). O fato de ser visto e ouvido falando em público também é um fator de grande importância, uma vez que a criança com MS se apresenta inibida comportamentalmente e evita ser o centro das atenções (Chavira et al., 2007 d).

A área social traz à luz os fatores de manutenção do MS, sendo que um deles é o uso do “comportamento de não falar” como forma de evitação de contato (Perednik, 2022). Este comportamento terá como consequência o controle e a redução da ansiedade em situações consideradas estressantes, tal como a escola ou outras situações sociais (Scott & Beidel, 2011). Dessa forma, destaca-se o ciclo do reforço negativo do MS, ou seja, a criança é inquirida a falar quando está na presença de um adulto. Nesse momento, sua ansiedade atinge picos muito elevados e, frequentemente, um adulto intervém e antecipa a resposta (Catchpole et al., 2019). No momento da intervenção, a criança compreende que foi resgatada da situação de ansiedade extrema e que permanecer em silêncio pode aliviar os sintomas de ansiedade, desconforto e medo (Lorenzo et al., 2020), o que nos faz entender as perguntas “fica desconfortável quando solicitado para falar em público” e “Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada”, ademais, crianças com MS evitam ser o centro das atenções.

A área familiar foi constituída com as seguintes perguntas: 2 “tem atitude para atender telefones em casa”, 10 “comunica-se com familiares paternos”, 15 “comunica-se com familiares maternos”, 21 “se comunica-se com cuidadores (babás etc.)”, 37 “recebe amigos em casa e se comunica verbalmente com eles e 40 “comunica-se com os avós paternos e maternos”. Estas perguntas representam o nível de conforto que a criança tem quando está em ambientes nos

quais se sente confortável e onde detém o controle da situação (Johnson e Wintgens, 2017). Consequentemente, ocorre a redução de sua ansiedade em seu ambiente familiar, onde sua verbalização/comunicação pode ocorrer de forma natural (Perednik, 2022).

Muitas das crianças diagnosticadas com Mutismo Seletivo não conseguem atender a telefonemas ou gravar sua voz em mensagens, pelo medo e o constrangimento de serem ouvidos e vistos falando (Bork & Harwood, 2014). O DSM-5-TR coloca que um dos principais aspectos do MS é um padrão de fala estável em alguns lugares, mas não em outros. Dessa forma, o MS não apresenta oscilações repentinas, em tese, e apresenta-se tão consistente que tanto a criança como a família podem antever quando a criança falará ou quando permanecerá em calada (Johnson & Wintgens, 2015). Cada criança tem sua própria apresentação de fala: algumas falam com outras crianças, mas não com adultos, outras falam com um ou dois adultos, mas não com os seus pares; alguns conversam com os avós, outros não; alguns conversam com os pais fora de casa, outros apenas conversam em casa (Schwenck et al., 2021).

Fizeram parte da área escolar as perguntas descritas a seguir: 1 “comunica-se verbalmente na escola”, 8 “comunica-se com professores”, 11 “Comunica-se com colegas de classe”, 19 “Comunica-se verbalmente com os pais dentro do ambiente escolar”, 23 “Levanta as mãos para tirar dúvidas na classe”, 25 “Comunica-se com adultos na escola”, 30 “Pede para ir ao banheiro na escola”, 33 “Participa de exposições orais na frente da classe”. O MS é um transtorno relativamente incomum na infância e que causa um impacto negativo significativo no funcionamento social e acadêmico, sendo que suas causas apontam para a hereditariedade, associada a traços de inibição comportamental, comportamentos aprendidos e ambientes desencadeadores de ansiedade.

Há grandes variações relacionadas ao fato da criança se apresentar verbalmente na frente de outras pessoas dentro do ambiente escolar. A pressão e a manutenção de altas expectativas para o comportamento verbal da criança se modifica culturalmente (Perednik, 2022; Shipon-Blum, 2012). Algumas culturas exigem um maior esforço e exposição da criança, enquanto outras tendem a ser mais flexíveis neste sentido (Starke, 2018). A figura do professor pode ser algo extremamente amedrontador para a criança, em qualquer faixa etária, ademais, será na escola que ela sofrerá as primeiras cobranças comportamentais e intelectuais (Bergman et al., 2002).

Para crianças mais novas, a escola representa um espaço muito grande, distante de sua realidade de pertencimento e conforto: o lar (Longobardi et al., 2019d). Nesse momento, é observável que a ansiedade de separação possa se apresentar de forma mais exacerbada na relação família *versus* criança, o que faz com que o sofrimento da criança e dos familiares possa

ser potencializado (Chavira et al., 2007e). Dessa forma, entendemos que diversas apresentações do MS podem estar presentes na escola.

Algumas crianças demonstram grande dificuldade para realizar perguntas, levantar as mãos para sanar dúvidas, e este fato é justificado pelo medo de se expor e evitar ser o centro das atenções (Sati, 2023). Podem permanecer em silêncio durante todo o período escolar, ou eleger pessoas com as quais se sintam confortáveis e confiantes para falar (Bergman et al., 2008). O volume e o timbre de sua voz podem ser variáveis, de acordo com as pessoas com as quais ela se relacionará (Shipon-Blum, 2012). Muitas destas crianças encontram-se comprometidas dentro do ambiente escolar no que tange às suas necessidades fisiológicas, uma vez que, devido ao MS, elas evitam o uso do banheiro, tanto pela dificuldade do uso da voz/comunicação, assim como por sentirem-se exposta (Wang & Monga, 2023).

É comum que essas crianças fiquem sem beber água ou se alimentar durante todo o período escolar (Kotrba & Saffer, 2018). A não ingestão de líquidos é proposital, pois evita a vontade de frequentar o banheiro, e dessa forma a criança evitará fazer este pedido para auxiliares ou professores. Até mesmo a possibilidade de usar o banheiro de forma autônoma é especialmente difícil para essas crianças, pois o simples fato de usar o banheiro pode chamar a atenção de outras pessoas e a criança passa a ser alvo de comentários (Kehle et al., 1998).

Muitas dessas crianças passam por problemas urinários frequentes, devido à retenção da urina por tempo prolongado. As situações mais angustiantes são aquelas em que as crianças perdem o controle dos esfíncteres na frente de professores e dos colegas, o que as faz se sentirem extremamente constrangidas. Por vezes, elas mantêm o ocorrido em sigilo para evitar serem notadas.

Há grandes variações relacionadas ao fato da criança se apresentar verbalmente na frente de outras pessoas dentro do ambiente escolar, especialmente quando esta questão é relacionada a fatores culturais. A pressão e a manutenção de altas expectativas para o comportamento verbal da criança se modifica culturalmente (Kristensen et al., 2019).

Em conclusão, este estudo visou à construção de um instrumento de avaliação psicológica padronizada para o Mutismo Seletivo. O MS é uma patologia que, apesar de ter um longo histórico, apenas recentemente foi incluída nas classificações psicopatológicas reconhecidas internacionalmente, como o DSM e a CID, o que leva a um relativo desconhecimento dela por parte de profissionais da saúde e da educação, assim como parte da população. A pequena prevalência do transtorno, em termos da população geral, também concorre para reforçar o desconhecimento da doença.

O fato de existirem muitas crianças que sofrem do transtorno, e que não são diagnosticadas, contribui para que estas não recebam o tratamento adequado, acarretando a persistência do seu sofrimento e prejuízos psicossociais importantes, que podem impactar seu destino. Desta forma, o estabelecimento de uma Escala Brasileira de Mutismo Seletivo se faz importante, dado que os outros instrumentos diagnósticos desse transtorno são internacionais não normatizados para nossa população.

Outro inconveniente destes instrumentos é o fato de não estarem disponíveis em nosso idioma, o que concorre para a dificuldade de sua utilização por parte dos profissionais de nosso país. O próprio processo de construção da escala levou esta pesquisadora a reconhecer melhor os sintomas significativos da patologia, em termos da população brasileira. Nesse sentido, foi de suma importância a participação dos juízes, assim como dos familiares participantes do grupo clínico e não clínico, sem a qual não seria possível a construção desta escala.

Na presente pesquisa, construiu-se uma escala que permite a avaliação psicológica diferencial de indivíduos que possam sofrer de mutismo seletivo, que visa a oferecer a estas crianças um tratamento psicológico e de saúde específicos para a patologia, fomentando o estabelecimento, junto à escola e outras instâncias sociais, de estratégias para a diminuição dos sofrimentos e a superação do transtorno.

Espera-se que esta pesquisa e o instrumento apresentado tragam grandes avanços para o diagnóstico precoce do MS no Brasil, inclusive para fomentar o encaminhamento de indivíduos acometidos por essa patologia para tratamentos adequados e de forma precoce, reconhecendo que novos estudos poderão ser realizados para o aprimoramento da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS). Tendo em vista os estudos apresentados anteriormente para a construção da escala, chega-se, como conclusão desta pesquisa, a uma escala construída e validada para a realidade brasileira

6.2 Limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas

Conforme pesquisas teóricas realizadas, foi constatado que a Escala Brasileira de Mutismo Seletivo se mostrou um instrumento que evidencia sua validade em relação ao conteúdo, estrutura interna e correlação com variáveis externas. Considerando a importância do desenvolvimento de instrumentos que contemplem o diagnóstico do Mutismo Seletivo e que possam ser úteis à profissionais da área da saúde, espera-se que a EBMS, possa vir a contribuir para esta finalidade em nosso país.

Estudos futuros ainda serão necessários, pois um dos fatores limitantes encontrados

nesta pesquisa foi a necessidade de uma amostra maior dos grupos. Apesar deste estudo ser considerado pequeno em sua amostragem, vários critérios apresentam evidência de validade discriminando os dois grupos. Cabe ressaltar que nenhuma das perguntas da ficha de entrevista recebeu a opção de justificativa da resposta para uma análise mais pormenorizada, o que limitou a compreensão da existência de possíveis transtornos no grupo não clínico.

Outro fator limitante foi a estrutura dos itens relacionados a “comorbidades” que foram escritos em formato de Escala Likert quando deveriam ser escritos em formato de uma escala bidimensional. Em futuros estudos este tipo de revisão de itens deverá ser feito.

Destaca-se ainda como uma limitação importante deste estudo a dificuldade de obter uma amostra mais balanceada de participantes, pois houve uma predominância de respostas do grupo clínico. Não foi investigada neste estudo, de forma mais aprofundada, a relação entre o Mutismo Seletivo e outras comorbidades, especialmente o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Futuros estudos poderão tentar realizar uma análise discriminativa entre grupos MS e TEA.

Dados referentes à cultura do nosso país, como pacientes de diferentes etnias, podem ser relevantes na análise de casos de Mutismo Seletivo. Para estudos futuros, sugere-se considerar amostras mais adequadas e equilibradas em termos de idade, sexo, etnia e populações de diferentes regiões, além de incluir outros instrumentos de comparação na população estudada. Recomenda-se também que a fase da adolescência e vida adulta sejam estudadas, ampliando assim esta escala e permitindo uma maior contribuição para a detecção e tratamento de casos de MS no Brasil.

REFERÊNCIAS

Aldrich, J. T., Blossom, J. B., Moss, A., Ray, B., Couckuyt, M., Ward, T., Fox, A. R., & Read, K. L. (2023). Effectiveness of an eight-week multidisciplinary selective mutism treatment group. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 105–119. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.2007818>

American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. APA.

Arie, M., Henkin, Y., Lamy, D., Tetin-Schneider, S., Apter, A., Sadeh, A., & Bar-Haim, Y. (2007). Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with selective mutism. *Biological Psychiatry*, 61(3), 419–421. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.020>

Arroyo, A. (2023). *Exploring selective mutism and determining the best treatment options*. Eastern Kentucky University.

Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: Aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 28–34. <https://doi.org/10.1590/s0021-75572004000300005>

Babaev, O., Piletti Chatain, C., & Krueger-Burg, D. (2018). Inhibition in the amygdala anxiety circuitry. *Experimental & Molecular Medicine*, 50(4), 1–16. <https://doi.org/10.1038/s12276-018-0063-8>

Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association*, 37(2), 456–464. <https://doi.org/10.1080/15374410801955805>

Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946. [https://doi.org/10.1097/00004583-](https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012)

200208000-00012

Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00007>

Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken,

- M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168–189. <https://doi.org/10.1002/da.20670>.
- Bork, P., & Harwood, D. (2014). Use play as a key to unlocking the silence of children with selective mutism. *Canadian Children*, 39(3), 24–33.
- Bork, P.M. & Bennett, S. (2019). Video Self-modeling, fading, and reinforcement: Na effective treatment package for children with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1-10. doi 101177/1359104519855110
- Brimo, K. (2017). *More than shyness: Selective mutism and its link to Sensory Processing Disorder*. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/51545>
- Camposano, L. (2011). Silent suffering: Children with selective mutism. *The Professional Counselor*, 1(1), 46–56. <https://doi.org/10.15241/lc.1.1.46>
- Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C. (2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 775–783. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1075-y>
- Catchpole, R., Young, A., Baer, S., & Salih, T. (2019). Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 66(102112), 102112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102112>
- Cengher, M., Clayborne, J. C., Crouch, A. E., & O'Connor, J. T. (2021). Assessment and treatment of selective mutism in a child with Autism Spectrum Disorder. *Clinical Case Studies*, 20(3), 248–264. <https://doi.org/10.1177/1534650120983451>
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464–1472. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 37(4), 770–784. <https://doi.org/10.1080/15374410802359759>
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 27(4), 341–355. <https://doi.org/10.1097/00004703-200608000-00011>
- Cornacchio, D., Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., Feinberg, L. K., Tenenbaum, R., Del Busto, C., Bry, L. J., Poznanski, B., Miguel, E., Ollendick, T. H., Kurtz, S. M. S., & Comer, J. S. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(8), 720–733. <https://doi.org/10.1037/ccp0000422>

- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selectivemutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*(5), 245–255. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0529-4>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). *American Psychiatric Association*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. (s. d.). AmericanPsychiatric Publishing Inc.
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, *51*(2), 330–341. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1>
- Dummit, E. S., III, Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A.(1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(5), 653–660. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00016>
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(12), 1451–1459. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012>
- Figueiras, A. S. N. (2017). *Fatores de eficácia na intervenção clínica no mutismo seletivo: estudo de caso*.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly: The Official Journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, *13*(3), 192– 227. <https://doi.org/10.1037/h0088982>.
- Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2020). Evaluation of a novel parent-rated scale for Selective Mutism. *Assessment*, *27*(5), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1073191118787328>.
- Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(10), 1113–1120. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0835-4>.
- Hipolito, G., & Johnson, M. (2021). Selective Mutism. *Handbook of Pragmatic Language Disorders* (pp. 247–281). Springer International Publishing.
- Holka-Pokorska, J., Piróg-Balcerzak, A., & Jarema, M. (2018). The controversy around the diagnosis of selective mutism: A critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria. *Psychiatria polska*, *52*(2), 323–343. <https://doi.org/10.12740/pp/76088>
- Hong, N., Herrera, A., Furr, J. M., Georgiadis, C., Cristello, J., Heymann, P., Dale, C. F., Heflin,

B., Silva, K., Conroy, K., Cornacchio, D., & Comer, J. S. (2022). Remote intensive group behavioral treatment for families of children with selective

mutism. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/23794925.2022.2062688>

Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114–120. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000300>

Hultquist, A. M. (1995). Selective mutism: Causes and interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(2), 100–107. <https://doi.org/10.1177/106342669500300205>

ICD-11. (s. d.). Who.int. Obtido 18 de novembro de 2023, de <https://icd.who.int/en>.

Iimura, D., Tsujita, N., & Hagihara, H. (2023). Prospects for clinical reports on selective mutism conducted in Japan: A scoping review¹. *The Japanese Psychological Research*. <https://doi.org/10.1111/jpr.12476>.

International test commission. (s.d.). Intestcom.org. Obtido 9 de dezembro de 2023, de <https://www.intestcom.org/>.

Johnson, M., & Wintgens, A. (2017). Viewing selective mutism as a phobia of talking: The importance of accurate conceptualisation for effective clinical and parental management. *Making parenting work for children's mental health*, 31, 61–71.

Johnston, D. R. (2022). *The effects of trauma on special education students specifically within certain disability categories such as selective mutism, autism, and other health disabilities*. Bethel University.

Joshi, K., Gohil, D., Saiyed, F., & Gujariya, V. (2023). A critical review on different types of anxiety in children and adolescents. *Journal of Coastal Life Medicine*, 11, 850–854. <https://www.jclmm.com/index.php/journal/article/view/1093>

Kamani, Z., & Monga, S. (2020). Understanding the Outcome of Children who Selectively Do not Speak: A Retrospective Approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(2), 58.

Kearney, C. A., & Rede, M. (2021). The heterogeneity of selective mutism: A primer for amore refined approach. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745>

Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S., & Bray, M. A. (1998). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology*, 36(3), 247–260. [https://doi.org/10.1016/s0022-4405\(98\)00013-2](https://doi.org/10.1016/s0022-4405(98)00013-2)

Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2017). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 90–108. <https://doi.org/10.1177/1359104516633497>

Koskela, M., Ståhlberg, T., Yunus, W. M. A. W. M., & Sourander, A. (2023). Long-term outcomes of selective mutism: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05279-6>

Kotrba, A., & Saffer, S. J. (2018). *Overcoming selective mutism: the parent's field guide*.

Summit & Krest Publishing.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>

Kristensen, H., Oerbeck, B., & Manassis, K. (2019). Selective Mutism. S. N. Compton, M. A. Villabø, & H. Kristensen (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 225–250). Elsevier.

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European child & adolescent psychiatry*, 7(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s007870050041>

Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J., & Gothelf, D. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 175(4), 481–487. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2651-0>

Letamendi, A. M., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Roesch, S. C., Shipon-Blum, E., & Stein, M. B. (2008). Selective mutism questionnaire: Measurement structure and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1197–1204. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181825a7b>

Longobardi, C., Badenes-Ribera, L., Gastaldi, F. G. M., & Prino, L. E. (2019). The student–teacher relationship quality in children with selective mutism. *Psychology in the Schools*, 56(1), 32–41. <https://doi.org/10.1002/pits.22175>

Lorenzo, N. E., Cornacchio, D., Chou, T., Kurtz, S. M. S., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2020).

Expanding treatment options for children with selective mutism: Rationale, principles, and procedures for an intensive group behavioral treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.002>

Luis-Joaquin, G.-L., Lourdes, E.-F., & José A, M.-M. (2020). Behavioral inhibition in childhood as a risk factor for development of social anxiety disorder: A longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3941. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113941>

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003).

Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 18(3), 153–161. <https://doi.org/10.1002/da.10125>

Matsushita, H., Okumura, M., Sakai, T., Shimoyama, M., & Sonoyama, S. (2019).

Enrollment rate of children with selective mutism in kindergarten, elementary school, and lower secondary school in Japan. *Journal of Special Education Research*, 8(1), 11–19. <https://doi.org/10.6033/specialeducation.8.11>

- McDaniel, K. (2021). The silent response: Selective mutism. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, 13(3), 45–49. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1306818.pdf>
- Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M., & Walitza, S. (2022). Emotion regulation in selective mutism: A comparison group study in children and adolescents with selective mutism. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 710–715. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.040>
- Milic, M. I., Carl, T., & Rapee, R. M. (2020). Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 133(103696), 103696. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103696>
- Mitchell, A. D., & Kratochwill, T. R. (2013). Treatment of selective mutism: Applications in the clinic and school through conjoint consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation: The Official Journal of the Association for Educational and Psychological Consultants*, 23(1), 36–62. <https://doi.org/10.1080/10474412.2013.757151>
- Muris, P., Monait, N., Weijsters, L., & Ollendick, T. H. (2021). Symptoms of selective mutism in non-clinical 3- to 6-year-old children: Relations with social anxiety, autistic features, and behavioral inhibition. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669907>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (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(2), 151–169. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021a). Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159–167. <https://doi.org/10.2147/prbm.s274538>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021b). Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(2), 294–325. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00342-0>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Bergman, R. L., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2020). The Selective Mutism Questionnaire: Data from typically developing children and children with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 754–765. <https://doi.org/10.1177/1359104520914695>
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, Á., Nuñez, R., & Olivares, J. (2021). Psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire in Spanish children. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 21(3), 100249. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100249>
- Oliveira, M. G., & Nakano, T. de C. (2022). Escala de avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico: Construção de instrumento e qualidades psicométricas iniciais. *Pubsaúde*, 11, 1–8. <https://doi.org/10.31533/pubsaude11.a396>
- Østergaard, K. R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(4), 240–250. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530>
- Patel, R., & Kirk, L. (2022). A prospective treatment for selective mutism through an analysis of social anxiety disorder. *Journal of Student Research*, 11(3). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v11i3.3236> [PDF] *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV American*

Psychiatric Association -pdf download free book. (s. d.). Gammaconstruction.mu. Obtido2 de novembro de 2023, de <https://www.gammaconstruction.mu/sites/default/files/webform/cvs/pdf-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-iv-american-psychiatric-association-pdf-download-free-book-9223cc7.pdf>.

Perednik, R. (2022). *Guia de Tratamento do Mutismo Seletivo Manual para Pais Professores e Terapeutas*. Juruá.

Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Schmidt, L. A. (2021). Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 1059–1069. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01588-3>

Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2014). El proceso de construcción de las escalas psicométricas. *Revista Avaliação Psicológica*, 13(2), 307–310. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712014000200018&script=sci_abstract&tlng=es

Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner†, M. G., Lindauer, R. J. L., De Jonge, M.V., & Utens, E. M. W. J. (2023). Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 1821–1839. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2>

Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2010). Mental health of children and adolescents: the experience of Capsi in the city of Vitoria-ES. *Psicologia - Teoria e Prática*, 12(1), 71–84. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100007&script=sci_arttext&tlng=en

Rozenek, E. B., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilczyńska, K., & Waszkiewicz, N. (2020).

Selective mutism - An overview of the condition and etiology: Is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatria Polska*, 54(2), 333–349. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/108503>

Ruiz, E., Beatty, A., & Weyandt, L. (2023). An investigation of diversity in childhood and adolescent antidepressant studies: A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33(5), 164–175. <https://doi.org/10.1089/cap.2022.0090>

Sati, K. B. I. S. (2023). *Breaking the sound of silence the role of the teacher, educator and therapist in the early identification of Selective Mutism and subsequent intervention*.

Schwartz, R. H., & Shipon-Blum, E. (2005). «Shy» child? Don't overlook selective mutism: Recognize this social anxiety disorder and treat it early to help prevent long-term dysfunction. *Contemporary Pediatrics*, 22, 30+. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA134782065&sid=googleScholar&v=2.1&it=r>

&linkaccess=abs&issn=87500507&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E3f66e07e

Schwenck, C., Gensthaler, A., & Vogel, F. (2021). Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, *40*(12), 6006–6013. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00546-w>

Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., Pfeffermann, A., Laerum, S., & Stahl, J. (2022).

Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(9), 1419–1429. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01777-8>

Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: Sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & sociedade*, *24*(2), 293–299. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822012000200006>

Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(4), 568–579. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.07.002>

Shipon-Blum, E. (2012). *The selective mutism summer vacation & back-to-school guide: Recommendations & strategies for building social communication skills*. Createspace Independent Publishing Platform.

Shorer, M., Ben-Haim, Z., Krispin, O., Ben-Ami, N., & Fennig, S. (2023). Parents' social anxiety, authority style and accommodation are associated with symptom severity in children with selective mutism. *Journal of Child and Family Studies*, *32*(9), 2748–2760. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02555-7>

Smith, B. R., & Sluckin, A. (2015). *Tackling selective mutism : A guide for professionals and parents*. Jessica Kingsley Publishers.

Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, *74*, 45–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.05.001>

Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 1163–1169. <https://doi.org/10.2147/ndt.s154966>

Steinhausen, H.-C., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *47*(7), 751–756. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>

University of Southampton research repository. (s. d.). Soton.ac.uk. Obtido em 2 de outubro de 2023, de https://eprints.soton.ac.uk/433893/1/Claire_Williams_Final_Thesis.pdf

van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Wood, J. J. (2013). Autism spectrum traits in children with anxiety disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(2), 361–370. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1575-z>

Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration

of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>

Vieira, E. M. N.L, Wechsler, S. M., & Solci, L. (2023). Mutismo Seletivo e Deficiência Intelectual: um estudo de caso sobre o desafio do uso da tecnologia como forma inovadora de tratamento. *Revista Ibero-Americana de Criatividade e Inovação - RECRIAI*, 4. <https://recriai.emnuvens.com.br/revista/article/view/111>

Vogel, F., Gensthaler, A., & Schwenck, C. (2022). Frozen with fear? Attentional mechanisms in children with selective mutism. *Cognitive Therapy and Research*, 46(3), 629–645. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10289-3>

Vogel, F., & Schwenck, C. (2021). Psychophysiological mechanisms underlying the failure to speak: A comparison between children with selective mutism and social anxiety disorder on autonomic arousal. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental*

Health, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00430-1>

Wang, R., & Monga, S. (2023). Practical Tips for Paediatricians: Helping kids find their voices in selective mutism. *Paediatrics & Child Health*, xad043. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad043>

White, J., & Bond, C. (2022). The role that schools hold in supporting young people with selective mutism: A systematic literature review. *Journal of Research in Special Educational Needs: JORSEN*, 22(3), 232–242. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12561>

White, J., Bond, C., & Carroll, C. (2022). An exploration of how selective mutism training informs teachers' understanding and practice. *Support for Learning*, 37(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12392>

Wong, P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 7(3), 23–31.

Zakszeski, B. N., & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: A review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*, 9(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9198-8>

ANEXOS

ANEXO A

ITENS DA ESCALA BRASILEIRA DE MUTISMO SELETIVO CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIA DE VALIDADE

Estudo 1

Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Construção e Evidência de Validade (ESBM)

Elisa Maria Neiva de Lima Vieira

Você está sendo convidado para avaliar uma escala que tem como objetivo a possibilidade de diagnosticar o Mutismo Seletivo em crianças de 7 a 11 anos de idade.

Instruções para preenchimento da escala

Esta escala está dividida em 4 áreas, sendo elas: ambiente familiar (casa), escola, ambiente social e comorbidades associadas ao Mutismo Seletivo. Não há resposta certa ou errada. Leia atentamente cada uma das frases desta escala e assinale a opção de área que mais se adequa às características comportamentais descritas nela.

Áreas

1. **Escolar** A criança não se comunica na escola, seja com professores ou alunos. Evita usar a fala para a comunicação, valendo-se de gestos, apontamentos e, por vezes, sussurros, ou, então, há ausência total da fala.
2. **Ambientes Sociais:** locais em que apresenta dificuldades em fazer e responder perguntas, não consegue estabelecer comunicação verbal, evita situações em que a fala é esperada, mantendo-se sem comunicação.
3. **Familiar:** pessoas ou locais nos quais as crianças possivelmente se sintam mais confortáveis, e podem se comunicar normalmente, valendo ressaltar que, por vezes, alguns familiares são excluídos do circuito de comunicação da criança.

4. **Tipos de Distúrbios Associados:** outros distúrbios/transtornos que possam estar associados ao quadro de Mutismo Seletivo.

Para responder a esta escala, por favor, considere a pontuação abaixo:

- 1 **Nunca**
- 2 **Quase nunca**
- 3 **Às vezes**
- 4 **Quase Sempre**
- 5 **Sempre**

	1	2	3	4	5	Áreas
	nunca	quase nunca	Às vezes	quase Sempre	Sempre	1. Escolar 2. Social 3. Comorbidades 4. Familiar
A criança						
1. Comunica-se verbalmente na escola						1
2. Tem atitude para atender telefones e interfones em casa						4
3. Foi diagnosticada com TEA (Transtorno do Espectro Autista)						3
4. Fala espontaneamente na frente de seus pais						2
5. Tem dificuldades de aprendizagem						3
6. Fica desconfortável quando é solicitada a falar em público						2
7. Comunica-se verbalmente em ambientes sociais						2
8. Comunica-se com professores						1
9. Prefere falar outro idioma, que não seja o português						2
10. Comunica-se com familiares paternos						4
11. Comunica-se com colegas de classe						1

12. Tem diagnóstico de TDAH (transtorno do <i>Deficit</i> de Atenção e Hiperatividade)	3
13. Usa gestos, aponta, balança a cabeça para se comunicar	2
14. Usa “sussurros” para se comunicar	2
15. Comunica-se com familiares maternos	4
16. Os pais falam mais de um idioma com a criança	4
17. Fala no ouvido dos professores	1
18. Comunica-se naturalmente em sua casa	4
19. Comunica-se com os pais dentro do ambiente escolar	1
20. Fala no ouvido dos colegas na escola	1
21. Comunica-se com cuidadores (babás etc.)	4
22. Tem ataques de birra quando contrariada	3
23. Levanta as mãos para tirar dúvidas	1
24. Comunica-se com sua mãe	4
25. Comunica-se com adultos na escola	1
26. Alimenta-se na escola	3
27. Tem dificuldades em articular palavras e fonemas	3
28. Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada	2
29. Fala no ouvido dos pais	2
30. Pede para ir ao banheiro na escola	1
31. Tem baixa tolerância à frustração	3
32. Comunica-se com crianças e não se comunica com	2

adultos

33. Participa de exposições orais na frente da classe	1
34. Tem medo de ser ouvido falando	2
35. Tem diagnóstico de transtorno do processamento sensorial (dificuldade com volumes altos, luzes, cheiros, toques)	3
36. Tem medo excessivo de separação de pessoas às quais é apegada	3
37. Recebe amigos em casa e se comunica com eles	4
38. Tem medo excessivo de ser avaliado pelos outros em situações sociais	3
39. Permanece junto aos familiares quando recebem visitas	4
40. Comunica-se com avós paternos e maternos	4

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Juízes

Prezado profissional da área de psicologia e psiquiatria:

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa intitulado “Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Construção e Evidência de Validade”. Ele foi desenvolvido pela Psicóloga Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC- Campinas).

O objetivo desta pesquisa será investigar a possibilidade diagnóstica de Mutismo Seletivo por meio de uma escala criada para esta finalidade, que avalia dois grupos de crianças, com faixa etária compreendida entre os 7 e 11 anos de idade. O primeiro grupo incluirá crianças com evidência diagnóstica de Mutismo Seletivo (grupo clínico) e o segundo grupo (não clínico) apresenta alunos de escola pública (grupo de controle), que frequentem desde a 1º ano até o 5º ano do Ensino Fundamental I (7 a 11 anos de idade). Esta escala conta com 60 itens e trata da diferenciação comportamental apresentada pela criança em casa, na escola e em ambientes sociais. A escala seguirá os critérios diagnósticos do DSM-5-TR, que são: a) fracasso persistente em falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal (p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações; b) A perturbação interfere na realização educacional ou ocupacional, ou na comunicação social; c) a duração mínima da perturbação é de um mês (não limitada ao primeiro mês de escolarização); d) o fracasso para falar não se deve a um desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido pela situação social; e) a perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (p. ex., transtorno da

fluência com início na infância), nem ocorre exclusivamente durante o curso do Transtorno do Espectro Autista (TEA), esquizofrenia ou outro transtorno psicótico.

Após o presente termo ser assinado, o juiz receberá a escala por um *link* e um crivo, com as áreas a serem avaliadas. Desta forma, solicito sua atenção para promover sugestões de alteração de itens da escala, assim como a avaliação da relevância e representatividade de seus itens. Informamos que a sua participação na presente pesquisa é voluntária, e pode ser retirada a qualquer momento, mesmo que tenha sido dada autorização para a mesma.

O risco psicológico da pesquisa para os participantes é mínimo, porém, caso seja manifestado algum comportamento de desconforto, o profissional poderá optar por não continuar na pesquisa. Ressaltamos que não existe qualquer tipo de ônus financeiro ou ressarcimento pela participação nesta pesquisa. Os dados coletados estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos.

O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas: telefone de contato (19) 3343-6777; *e-mail*: comitedeetica@puc-campinas.edu.br; endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516, prédio A02, térreo – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 - Campinas – SP; horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 17h00, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos quanto à avaliação de caráter ético do projeto.

Dúvidas com relação ao projeto/pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável: Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, pelo *e-mail*: elisa.neiva.vieira@gmail.com, ou pelo celular (15) 99125-4122.

Caso concorde em dar o seu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa supracitado, por favor, assine abaixo.

Atenciosamente,



Elisa Maria Neiva de Lima Vieira

CRP 06/462287

Contato: *e-mail*: elisa.neiva.vieira@gmail.com

Eu, _____

_____, declaro

estar ciente e concordar com a participação nesta pesquisa com os termos citados.

E-mail de contato:

Telefone celular: () _____

Nome/assinatura do(a) participante da pesquisa: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais,

Gostaríamos de convidá-los a participar do projeto de pesquisa intitulado “Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Construção e Evidência de Validade”. Ele foi desenvolvido pela Psicóloga Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC- Campinas).

O objetivo desta pesquisa será investigar a possibilidade diagnóstica de Mutismo Seletivo por meio de uma escala criada para esta finalidade, que avalia dois grupos de crianças, com faixa etária compreendida entre os 7 e 11 anos de idade. A referida escala conta com 40 itens, que serão respondidos em formulário eletrônico da plataforma Forms, do Office da Microsoft. Esses itens são relativos aos comportamentos das crianças em suas casas e na escola. O primeiro grupo incluirá crianças com evidência diagnóstica de Mutismo Seletivo (grupo clínico) e o segundo grupo (não clínico) é formado por alunos de escolas públicas, que frequentem as séries do 1º ano ao 5º ano do Ensino Fundamental I, que compreende a faixa etária de 7 a 11 anos. Esta pesquisa será desenvolvida junto aos pais das crianças, em escolas públicas.

Após o presente termo ser assinado, será aplicada a escala com questões fechadas, que variam em uma pontuação de 1 a 5 (Escala Likert). O instrumento será enviado de forma individual, via *link online* da plataforma Forms, do Office da Microsoft, e deverá ser entregue no prazo de duas semanas após o seu recebimento.

Informamos que a sua participação na presente pesquisa é voluntária, e pode ser retirada

a qualquer momento, mesmo que tenha sido dada autorização para tal. O risco psicológico da pesquisa para os participantes é mínimo, porém, caso seja manifestado algum comportamento de tensão psicológica em qualquer um dos pais, resultante das questões da escala, os pais ou responsáveis poderão entrar em contato com a pesquisadora para tirar suas dúvidas e decidir se querem ou não continuar a responder a ele.

A pesquisadora, que é psicóloga, estará apta para um primeiro atendimento imediato aos participantes que se mostrarem desconfortáveis, assim como para realizar o encaminhamento deste para serviços de psicologia, caso seja necessário.

Após a finalização da pesquisa, esta pesquisadora oferecerá para os pais participantes da pesquisa e professores da escola uma palestra sobre o mutismo seletivo e a importância de sua compreensão e diagnóstico. Ressaltamos que não existe qualquer tipo de ônus financeiro ou ressarcimento pela participação nesta pesquisa. A identidade da instituição e dos pais será preservada em qualquer comunicação pública, e os dados coletados estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos. Os resultados desta pesquisa ficarão de posse do pesquisador responsável por 5 anos e, após esse período, serão descartados.

O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas: telefone de contato (19) 3343- 6777; *e-mail*: comitedeetica@puc-campinas.edu.br; endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516, prédio A02, térreo – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 - Campinas – SP; horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 17h00, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos quanto à avaliação de caráter ético do projeto.

Dúvidas com relação ao projeto/pesquisa, favor entrar em contato com a

pesquisadora responsável: Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, *e-mail*: elisa.neiva.vieira@gmail.com, ou celular (15) 99125-4122.

Caso concorde em dar o seu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa supracitado, assine a ficha abaixo e encaminhe para a escola, guardando uma via para seu arquivo.

Atenciosamente,



Elisa Maria Neiva Lima Vieira

CRP 06/462287

Contato: *e-mail*: elisa.neiva.vieira@gmail.com

Eu, _____,

declaro estar ciente e concordar com a participação nesta pesquisa com os termos citados. Nome da criança:

Idade:

Data de Nascimento:

Série:

Escola:

Nome do responsável:

Contato - telefone celular:

E-mail:

Assinatura do responsável:

Nome/assinatura do(a) participante da pesquisa:

Data:

ANEXO D

Carta Institucional



Secretaria da Educação
EM. "Oswaldo Duarte, Dr"
Rua Luiz Gabriotti, 213 – Wanel Ville II – CEP 18055-089 – Sorocaba – SP
Fone: (15) 3217 - 2001
oswaldoduarte@sorocaba.sp.gov.br

CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezado diretor José Adão Neres de Jesus,

Vimos convidar a sua instituição a participar de um projeto de pesquisa intitulado "Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Construção e Evidência de Validade". O mesmo será desenvolvido pela Psicóloga Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, aluna do curso de Mestrado em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). O objetivo desta pesquisa será investigar a possibilidade diagnóstica de mutismo seletivo através de uma escala criada para esta finalidade, avaliando dois grupos de crianças com faixa etária compreendida entre os 7 a 11 anos de idade.

A escala de identificação de mutismo seletivo é respondida por pais de alunos e conta com 60 itens, que serão respondidos em formulário eletrônico. Esses itens são relativos aos comportamentos das crianças em suas casas e na escola. O primeiro grupo de crianças será composto por aquelas que possuem evidência diagnóstica de mutismo seletivo e o segundo grupo (não clínico) será composto por alunos de escolas, públicas e particulares, que frequentem desde o 1º ano ao 5º ano do Ensino Fundamental I. Esta pesquisa será desenvolvida junto aos pais das crianças, que serão os respondentes da escala, de forma on line. As respostas da escala serão realizadas através da plataforma Forms do Office, sendo que um link será enviado à escola que retransmitirá o mesmo aos pais.

Além do presente termo, também será enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser assinado pelos responsáveis das crianças. Os pais deverão responder a escala construída com perguntas fechadas em pontuação de 1 a 5 (escala Likert), no prazo de duas semanas. Informamos que a participação da instituição é voluntária, podendo ser retirada a qualquer momento, mesmo que tenha sido dada autorização para a mesma. O risco psicológico da pesquisa para os participantes é mínimo, pois os pais irão responder sobre comportamentos de seus filhos que observam em casa e na escola. Caso os pais se sintam emocionalmente desconfortáveis eles poderão entrar em contato com a pesquisadora que poderá lhe dar maiores informações e decidir com os mesmos se querem ou não participar da pesquisa.

ANEXO E

Escala Enviada para os pais – Versão Original

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezados

Gostaríamos de convidá-los a participar do projeto de pesquisa intitulado “Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Construção e Evidência de Validade”. O mesmo foi desenvolvido pela Psicóloga Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, aluna do curso de Mestrado em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC- Campinas). O objetivo desta pesquisa será investigar a possibilidade diagnóstica de mutismo seletivo através de uma escala criada para esta finalidade avaliando dois grupos de crianças com faixa etária compreendida entre os 7 a 11 anos de idade. A referida escala conta com 40 itens que serão respondidos em formulário eletrônico da plataforma *Forms do Office da Microsoft*. Esses itens são relativos aos comportamentos das crianças em suas casas e na escola. O primeiro grupo incluirá crianças com evidência diagnóstica de mutismo seletivo (grupo clínico) e o segundo grupo (não clínico), alunos de escolas públicas, que frequentem as séries do 1º ano ao 5º ano do Ensino Fundamental I, que compreende a faixa etária de 07 a 11 anos. Esta pesquisa será desenvolvida junto aos pais das crianças, em escolas públicas. Após o presente termo ser assinado, será aplicada a escala com questões fechadas que variam em uma pontuação de 1 a 5 (Escala Likert). O instrumento será enviado de forma individual, via link online da plataforma *Forms do Office da Microsoft*, e deverá ser entregue no prazo de duas semanas após o seu recebimento. Informamos que a sua participação na presente pesquisa é voluntária, podendo ser retirada a qualquer momento, mesmo que tenha sido dada autorização para tal. O risco psicológico da pesquisa para os participantes é mínimo, porém, caso seja manifestado algum comportamento de tensão psicológica em qualquer um dos pais, resultante das questões do questionário, os pais ou responsáveis poderão entrar em contato com a pesquisadora para tirar suas dúvidas e decidir se querem ou não continuar respondendo ao mesmo. Após a finalização da pesquisa, esta pesquisadora oferecerá para os pais participantes da pesquisa e professores da escola uma palestra sobre o mutismo seletivo e a importância de sua compreensão e diagnóstico. Ressaltamos que não existe qualquer tipo de ônus financeiro ou ressarcimento pela participação nesta pesquisa. A identidade da instituição e pais será preservada em qualquer comunicação pública, e os dados coletados estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos. Os resultados desta pesquisa ficarão de posse do pesquisador responsável por 5 anos, e após este período serão descartados. O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas, telefone de contato (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puccampinas.edu.br, endereço Rua Professor Doutor Euclides de Jesus Zerbini, 1516, prédio A02, térreo – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087- 571 - Campinas – SP, horário de funcionamento de

segunda a sexta-feira das 08h00 às 17h00, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos quanto à avaliação de caráter ético do projeto. Dúvidas com relação ao projeto/pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) responsável Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, e-mail elisa.neiva.vieira@gmail.com ou celular (15) 991254122 Caso concorde em dar o seu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa supracitado, assine a ficha abaixo e encaminhe para a escola guardand o uma via para seu arquivo. Atenciosamente, Elisa Maria Neiva de Lima Vieira

Ficha de cadastro

Você está sendo convidado(a) a responder uma escala sobre Mutismo Seletivo. Inicialmente pedimos que preencha a ficha de identificação do paciente, e na sequência a escala.

3. Nome do paciente:

Data de nascimento: ___/___/___

4. Sexo Feminino Masculino Prefiro Não Declarar

5. Nome da escola

6. A escola é pública particular

7. Série do (a) aluno(a)

8. Escola bilíngue: sim não

9. Identificação do Paciente

1. Seu filho apresenta algum diagnóstico psicológico? sim não

2. Seu filho faz uso de alguma medicação psiquiátrica

3. Seu filho já recebeu diagnóstico formal de Mutismo Seletivo (laudo, avaliação psicológica)? sim não

4. Você conhece o Mutismo Seletivo? sim não

5. Você já pesquisou sobre o assunto? sim não

6. Você acredita que seu filho possa ter Mutismo Seletivo?

sim não

10. Caso tenha recebido o diagnóstico de Mutismo Seletivo, qual o grau de gravidade avaliado?

A criança é paralisada, não emite nenhum tipo de comunicação com outras pessoas

Se comunica por gestos e apontamentos, movimenta a cabeça para indicar sim ou não e expressar seus desejos

Sussurra ou balbucia, fala no ouvido dos pais ou pessoas de sua confiança

Se comunica plenamente

ESCALA BRASILEIRA DE MUTISMO SELETIVO

Leia atentamente cada uma das questões e assinale a opção que mais se adequa as características comportamentais observadas em seu(a) filho(a). Para cada item, escolha uma das opções que melhor descreve a criança. Os itens estão divididos entre 1 a 5. Responda as questões marcando o círculo que melhor indicar o comportamento do seu filho.

Considere:

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Quase sempre
- 5- Sempre

1 2 3 4 5

- 1- Se comunica verbalmente na escola
- 2- Tem atitude para atender telefones em casa
- 3- Foi diagnosticada com TEA (Transtorno do espectro autista)
- 4- Fala espontaneamente na frente de seus pais em ambientes públicos
- 5- Foi diagnosticada com Transtornos de Aprendizagem (discalculia, dislexia entre outros)
- 6- Fica desconfortável quando é solicitada a falar em público

- 7- Se comunica verbalmente em ambientes sociais (restaurantes, lojas, parques etc.)
- 8- Se comunica com professores
- 9- Prefere falar outros idiomas que não seja o português
- 10- Se comunica com familiares paternos
- 11- Se comunica com colegas de classe
- 12- Foi diagnosticada com Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH)
- 13- Usa gestos, aponta ou balança a cabeça para se comunicar

- 14- Usa sussurros para se comunicar

- 15- Se comunica com familiares maternos
- 16- Os pais falam mais de um idioma com a criança em casa
- 17- Fala nos ouvidos dos Professores
- 18- Se comunica naturalmente na sua casa
- 19- Se comunica verbalmente com os pais dentro do ambiente escolar
- 20- Fala no ouvido dos colegas na escola
- 21- Se comunica com cuidadores (babás etc.)
- 22- Foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Social
- 23- Levanta as mãos para tirar dúvidas na classe

- 24- Se comunica com sua mãe e seu pai
 - 25- Se comunica com adultos na escola
 - 26- Se alimenta na frente dos outros na escola
 - 27- Foi diagnosticada com Transtornos de Fala e Linguagem
 - 28- Fica desconfortável quando exposto a situações em que a fala é esperada
 - 29- Fala no ouvido dos Pais na frente de outras pessoas
 - 30- Pede para ir ao banheiro na escola
 - 31- Foi diagnosticada com Transtornos Depressivos
 - 32- Se comunica com crianças e não se comunica com adultos
 - 33- Participa de Exposições orais na frente da classe
 - 34- Tem medo de ser ouvido falando
 - 35- Foi diagnosticada com Atraso no Desenvolvimento Intelectual
 - 36- Foi diagnosticada com Ansiedade de Separação (medo excessivo de separação de pessoas as quais é apegada)
 - 37- Recebe amigos em casa e se comunica verbalmente com eles
 - 38- Foi diagnosticado com encoprese ou enurese (falta de controle das fezes e/ou urina)
 - 39- Permanece junto aos familiares quando recebe visitas em casa
- 40- Se comunica como avós paternos e maternos**

ANEXO F

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Escala Brasileira de Mutismo Seletivo: Construção e Evidência de Validade"

Pesquisador: ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68795723.6.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.044.579

Apresentação do Projeto:

O mutismo é um transtorno de ansiedade, no qual o indivíduo apresenta incapacidade de falar em ambientes sociais específicos, com prevalência aproximada entre 0,5 e 1,0% da população. A criança com mutismo seletivo se comunica em ambientes confortáveis para ela, como sua casa, apresentando dificuldades em se comunicar em ambientes sociais específicos. Portanto é importante a sua identificação devido as implicações familiares, sociais e educacionais deste transtorno. Entretanto, no Brasil, não existem instrumentos para identificar este tipo de transtorno, deixando psicólogos e profissionais desprovidos de critérios objetivos para sua avaliação, utilizando muitas vezes instrumentos internacionais, não validados para a realidade brasileira. O objetivo deste estudo é construir e buscar evidências de validade para Escala Brasileira de Mutismo Seletivo (EBMS). Para a construção da EBMS, deverão ser elaborados itens a partir de estudos sobre a literatura em relação a este constructo. Em uma segunda etapa, será realizado um estudo de validade discriminativa da EBMS, ou seja, verificar se existem diferenças entre grupos que possuem ou não o mutismo seletivo. Isso será feito, comparando as respostas de pais de 30 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com idades de 07 a 11 anos, que apresentam mutismo seletivo com aquelas, que não apresentam nenhuma psicopatologia diagnosticada. Os pais serão os respondentes da escala. As médias das respostas dos pais serão comparadas pelo teste t- Student. Os resultados esperados indicarão se a escala possui evidências de validade para discriminar grupos contrastantes, ou seja, diferenciar crianças com mutismo

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comiteedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 6.044.579

seletivo daquelas que não apresentam o quadro de MS ou outras psicopatologias. Desta maneira pretende-se contribuir para a avaliação psicológica infanto-juvenil com uma escala construída e validada para nossa realidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e buscar evidências de validade da Escala Brasileira de Mutismo Seletivo.

Objetivo Secundário:

Buscar evidências de validade da EBMS, pela relação com variáveis externas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Destaca-se que os riscos envolvidos nesta pesquisa são mínimos podendo os participantes sentirem apenas algum desconforto na aplicação da escala. Caso isso ocorra, os mesmos serão acolhidos e poderão optar por continuar ou não na pesquisa.

Benefícios:

Primeiramente, os resultados de todos os participantes da pesquisa irão consistir em uma devolutiva individual, que será feita para os pais, oferecendo a estes acesso as informações sobre MS, como diagnóstico ou comorbidades adjacentes. Deste modo, espera-se que a escala propicie aos pais e à comunidade brasileira um olhar mais atento e individualizado aos casos de MS. Por fim, tratando-se especificamente do diagnóstico de MS, destaca-se que esta pesquisa pretende diminuir a lacuna existente na sociedade brasileira para diagnósticos do transtorno, vindo a contribuir para a precocidade diagnóstica do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante em termos do seu valor científico. A metodologia é adequada aos objetivos. O projeto é descrito de forma clara, bem como a abordagem dos participantes, coleta e análise dos dados e cuidados para a preservação do anonimato. Os compromissos éticos e os benefícios foram adequadamente indicados. Os cuidados a serem tomados em caso de desconforto emocional dos participantes estão descritos na nova versão do TCLE para pais. O TCLE para juízes foi reformulado. O cronograma está corrigido na nova versão da brochura.

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 6.044.579

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente preenchidos, assinados e contemplam a CIRCULAR – PROPESQ/CPGSS nº 19/2021 referente à Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as pendências apresentadas pelo CEP foram atendidas integralmente pela pesquisadora, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP “acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa”. Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2104972.pdf	03/05/2023 14:47:54		Aceito
Folha de Rosto	FR030523.pdf	03/05/2023 14:47:29	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLepaisversao2.pdf	01/05/2023 18:20:23	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaComitenovaversaoomit e010523.pdf	01/05/2023 18:19:22	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
Outros	TCLEquizesversao2.pdf	01/05/2023	ELISA MARIA NEIVA	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 º Bloco A02 º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 6.044.579

Outros	TCLEjuizesversao2.pdf	18:12:26	DE LIMA VIEIRA	Aceito
Outros	TERMODECONSENTIMENTOPARATR ATAMENTODEDADOSPESSOAIS_040 423.pdf	01/05/2023 18:10:20	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento130423.pdf	13/04/2023 20:17:14	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Elisa.pdf	13/04/2023 20:14:21	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoSolange.pdf	13/04/2023 20:06:49	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodeinfra.pdf	13/04/2023 19:53:08	ELISA MARIA NEIVA DE LIMA VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 08 de Maio de 2023

Assinado por:
Sérgio Luiz Pinheiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 º Bloco A02 º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

