

## INTERFACES ENTRE A ANSIEDADE SOCIAL NA INFÂNCIA E O MUTISMO SELETIVO NA ÓTICA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL<sup>1</sup>

Marina Santos Guimarães<sup>2</sup>

Auxiliatrice Caneschi Badaró<sup>3</sup>

### RESUMO:

Considerando a relevância de identificar o diagnóstico correto do paciente, o presente trabalho tem como objetivo discutir as interfaces entre o Mutismo Seletivo e a Ansiedade Social em crianças a partir de fatores coincidentes e diferenciais, através de uma revisão narrativa abrangente, por meio de estudos de publicações, livros e artigos referentes ao assunto, sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-comportamental. A interseção entre esses transtornos, que ocorrem na infância, resulta em prejuízos significativos, causando grande sofrimento e afetando diversas áreas da vida da criança, ocasionando baixa estima e dificuldades em suas interações sociais. Com a pesquisa feita, foi possível reconhecer que ambos os diagnósticos, por mais que se sobreponham em diversos aspectos, merecem uma devida atenção para que o tratamento seja adequado com o perfil do paciente. É possível destacar que a Terapia Cognitivo-comportamental demonstra um grande potencial no diagnóstico e tratamento, pois pretende restaurar os laços sociais saudáveis da criança através de treinos de habilidades sociais, modificar os padrões comportamentais e reestruturar os pensamentos da criança.

Palavras-chave: Mutismo Seletivo. Ansiedade Social. Crianças. Terapia Cognitivo-comportamental.

## INTERFACES BETWEEN SOCIAL ANXIETY IN CHILDHOOD AND SELECTIVE MUTISM FROM THE COGNITIVE-BEHAVIORAL PERSPECTIVE

### ABSTRACT:

Given the importance of identifying the patient's correct diagnosis, the present work aims to discuss the interfaces between Selective Mutism and Social Anxiety in children based on coincident and differential factors, through a comprehensive narrative review, through studies of publications, books and articles relating to the subject, from the perspective of Cognitive-Behavioral Therapy. The intersectionality between these disorders, which occur in childhood, results in significant losses, causing great

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 19/05/24 e aprovado, após reformulações, em 19/06/24.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: marinapsiped@gmail.com

<sup>3</sup> Mestra em Psicologia pela Universidade de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Centro Universidade Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

suffering and affecting different areas of the child's life, causing low self-esteem and difficulties in their social interactions. With the conclusion of the research, made it possible to recognize that both diagnoses, even though they overlap in different aspects, deserve due attention so that the treatment is appropriate to the patient's profile. It is possible to highlight that Cognitive-Behavioral Therapy demonstrates great potential in diagnosis and treatment, as it aims to restore the child's healthy social bonds through social skills training, modify behavioral patterns and restructure the child's thoughts.

Keywords: Selective Mutism. Social Anxiety. Children. Cognitive-Behavioral Therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

A Ansiedade Social pode se manifestar em diversas fases da vida, desde a infância até a vida adulta. Em crianças, esse diagnóstico pode estar associado ao de Mutismo Seletivo, por envolverem dificuldades significativas de interação social e comunicação e compartilharem características semelhantes. Essas condições, presentes na infância, apresentam uma falta de habilidades sociais, podendo haver um desequilíbrio do bem-estar do paciente de modo que afete de forma significativa sua vida, tornando-se pontos cruciais na avaliação infantil (Perednik, 2022). Presente em diversas partes do DSM-5-TR, a Ansiedade Social está nos tópicos de comorbidade, que releva a importância, a complexidade clínica e o tratamento adequado de um paciente (APA, 2022).

Habilidades como a de se comunicar, a capacidade de ser empático, de obter soluções para conflitos, manter o autocontrole emocional e a assertividade favorecem o desenvolvimento infantil por oferecer um repertório mais elaborado. Este repertório visa melhorar o funcionamento adaptativo, principalmente em suas relações interpessoais. Além disso, está, também, associado ao desempenho da criança, que se manifesta através da capacidade da criança de interagir com os outros de maneira positiva e satisfatória, contribuindo para seu próprio bem-estar emocional e para o desenvolvimento saudável de suas relações interpessoais (Freitas; Porfírio; Buarque, 2018).

O Transtorno de Ansiedade Social, segundo o DSM-5-TR, é caracterizado por um medo intenso de ser negativamente avaliado em situações sociais, levando a preocupações excessivas quanto ao comportamento e aparência. Isso pode resultar

em evitação de interações sociais, como apresentações públicas. A ansiedade é desproporcional ao risco real e persiste por pelo menos seis meses, interferindo significativamente na vida diária, incluindo desempenho acadêmico, ocupacional e relações sociais (APA, 2022).

O Mutismo Seletivo, no DSM-5-TR, é caracterizado por uma alta ansiedade social, onde crianças evitam falar em convívio social, especialmente na escola. Embora falem em casa, recusam-se a falar em outros ambientes, o que pode impactar seu desempenho acadêmico. Elas podem se comunicar por meios não verbais e participar de atividades sociais sem exigência de fala, como desempenhar papéis não verbais em peças escolares (APA, 2022).

Os impactos que a Ansiedade Social e o Mutismo Seletivo podem ter na vida da criança influenciam seus prognósticos e exigem intervenções específicas, que neste trabalho, será na ótica da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) (Perednik, 2022). Por meio de técnicas específicas, a TCC aborda cada déficit associado às patologias, trabalhando em conjunto para restaurar os laços sociais saudáveis da criança, sempre levando em consideração o seu processo de desenvolvimento (Santos; Souza; Morais, 2020).

Quanto ao percurso metodológico dessa pesquisa, trata-se de uma revisão narrativa de caráter exploratório, que foi realizada através de uma seleção bibliográfica de livros e artigos científicos, a fim de debater ideias de diferentes autores sobre o Mutismo Seletivo e a Ansiedade Social em crianças e os seus fatores transdiagnósticos. Como descritores, foram utilizadas as combinações entre Mutismo Seletivo, Ansiedade Social, crianças e Terapia Cognitivo-comportamental, com o intuito de explorar os diagnósticos, a sobreposição existente entre eles e algumas possíveis intervenções no âmbito da TCC.

## **2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA CLÍNICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Os transtornos de ansiedade, conforme descritos no DSM-5-TR, são marcados por padrões de medo ou ansiedade intensos e duradouros em resposta a determinadas situações ou objetos. Esses transtornos apresentam uma variedade de

sintomas, como medo exagerado, comportamentos de evitação e pensamentos relacionados. Eles frequentemente têm início na infância, e podem continuar ao longo da vida se não forem tratados de maneira adequada. Além disso, vale destacar que esses transtornos são mais prevalentes em meninas do que em meninos, com uma proporção aproximada de 2:1 (APA, 2022).

Clark e Beck (2012) relatam que a ansiedade é gerada quando o sistema de processamento de informações de uma pessoa interpreta uma situação como uma ameaça aos seus interesses vitais e bem-estar, além de aumentar o senso de vulnerabilidade. Em sua percepção, ela se sente sujeita a perigos internos e externos sobre os quais ela não tem controle. Nesse processo, a situação é vista como perigosa. Assim, a forma como se interpreta e se atribui significado às situações desempenha um papel fundamental na sensação de ameaça.

Com base no modelo cognitivo de ansiedade, um dos princípios centrais é a sensação de impotência, que faz com que a ansiedade leve o sujeito a avaliar erroneamente seus recursos de enfrentamento, subestimando sua capacidade diante da ameaça. Outro impacto visível, é o distúrbio emocional proveniente do processamento negativo das informações recebidas de seu mecanismo cognitivo. Nesses casos, ocorre também uma inibição dos pensamentos reais e lógicos, tornando-os inacessíveis, e disso decorre a impossibilidade de reduzir a ansiedade, pela falta de um pensamento construtivo e reflexivo (Clark; Beck, 2012)

Dentro do Transtorno de Ansiedade no DSM-5-TR estão: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada (APA, 2022). Já Petersen *et al.* (2011), ao descreverem os Transtornos de Ansiedade em crianças, incluem: fobias específicas, ansiedade generalizada, fobia social e ansiedade de separação. Apesar de diferentes, esses transtornos têm pontos em comum, todas essas condições estão relacionadas à ansiedade, embora se manifestem de maneiras diferentes, elas envolvem medo excessivo e preocupação, afetando o bem-estar do indivíduo.

Nogueira *et al.* (2021) comentam sobre as diferenças entre quadro de ansiedade e Transtorno de Ansiedade, e pontuam que muitas vezes, eles são confundidos. A ansiedade é uma forma de manifestação natural humana, sendo algo

com que habitualmente se convive, na maior parte dos casos. Já no Transtorno de Ansiedade, os sintomas se intensificam de forma que trazem prejuízos ao bem-estar e à vida do indivíduo e há uma perduração desses sintomas. O DSM-5-TR destaca que o Transtorno de Ansiedade se diferencia do medo ou ansiedade normais devido à sua intensidade e duração excessiva, ultrapassando os períodos normais de desenvolvimento. Além disso, esses transtornos não são apenas reações temporárias ao estresse, eles são persistentes, geralmente durando seis meses ou mais (APA, 2022).

Para Clark e Beck (2012), quando a ansiedade traz impactos significativos em diversas áreas da vida do indivíduo, tais como social e profissional, onde irá trazer prejuízos persistentes para ele, pode assim, ser interpretada como um transtorno. Em outros casos, como a timidez, que pode ser um estado momentâneo, que não interfere significativamente nas atividades diárias, a ansiedade proveniente da timidez é apenas um sintoma. Essa diferença é significativa, pois enquanto a timidez pode ser considerada uma reação comum e passageira, os transtornos de ansiedade envolvem uma resposta mais intensa e prolongada, que pode exigir intervenção terapêutica para ser adequadamente gerenciada.

Baseado nos estudos de Nogueira *et al.* (2021), os sintomas predominantes dos distúrbios de ansiedade em crianças se manifestam através do aumento da frequência cardíaca, dificuldade para respirar, tensão muscular, contração ou expansão dos vasos sanguíneos, tremores, sensação de tontura, transpiração excessiva e formigamentos. Quanto ao aspecto cognitivo, é comum observar preocupação, desconforto mental e agitação interna. Essas expressões são mecanismos de autopreservação que podem variar de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e suas experiências passadas.

As Terapias Cognitivo-comportamentais destacam-se significativamente nos avanços da Psicologia Clínica. Isso se deve à comprovada eficácia de suas técnicas no tratamento de várias psicopatologias, além do foco renovado na complexidade do psiquismo humano, considerando-o responsável pelos comportamentos normais e patológicos (Petersen; Wainer, 2011). Para desenvolver o plano de intervenção, inicialmente, utiliza-se ferramentas essenciais, como o diagrama de conceitualização cognitiva, que auxilia na realização de uma compreensão sobre as crenças

subjacentes, os pensamentos automáticos, os padrões de comportamento, a emoção e o pensamento do indivíduo.

A partir disso, a tríade cognitiva é, justamente, o estudo das inter-relações entre os pensamentos, emoções e comportamentos do paciente. Isso garante ao psicólogo uma orientação na organização e estruturação do caso em análise e no plano que será traçado através disso. Assim, obtêm-se o plano terapêutico que possui o intuito de modificar padrões disfuncionais (Beck, 2022). Durante a avaliação, ao compreender melhor os sintomas apresentados através dos modelos cognitivos, o terapeuta não só compreende o caso em questão, mas também já começa implementar uma intervenção terapêutica ao construir a conceitualização (Caminha, M.; Caminha, R., 2017).

Petersen e Wainer (2011) alegam que crianças e adolescentes costumam ser encaminhados para terapia por pais e professores devido aos desafios apresentados e detectados em seus comportamentos ou emoções. Complementando essa perspectiva, Dutra e Serra (2017) destacam o crescente foco dos pesquisadores na visão desenvolvimental das questões comportamentais e emocionais, ressaltando a infância como uma fase na qual podem surgir problemas psiquiátricos de forma relevante que quando identificados precocemente poderá minimizar as dificuldades decorrente disso.

A avaliação inicial na TCC envolve dois estágios, o primeiro consiste em obter uma visão geral e descritiva, identificando as dificuldades e o funcionamento global da criança. Após a identificação dos sintomas, os terapeutas cognitivistas exploram a influência dos fatores cognitivos na origem das perturbações emocionais e comportamentais (Petersen; Wainer, 2011). Por se tratar dessa faixa etária, é necessário adentrar o universo infantil, portanto, as ferramentas, instrumentos, jogos e desenhos corroboram para acessar suas narrativas, facilitando, ao máximo, a abordagem terapêutica com a criança (Caminha, M.; Caminha, R., 2017).

A fase inicial de avaliação assemelha-se a uma investigação, exigindo a formulação e teste de hipóteses. Já os testes psicológicos atuam como ferramentas de pesquisa nesse processo. Portanto, essa avaliação é concebida como um formato único de estudo de caso, onde a conceitualização do caso é um processo dinâmico. Com isso, durante a terapia, é essencial considerar a variável tempo, refinando,

continuamente, a compreensão que o terapeuta constrói da criança, sendo a habilidade na elaboração e análise de dados fundamental para organizar a conceitualização do caso (Petersen; Wainer, 2011).

Quanto a estrutura das sessões, Petersen e Wainer (2011) esclarecem que as consultas seguirão uma estrutura básica constante ao longo do tratamento, com a participação dos pais podendo ocorrer em diferentes níveis, dependendo dos fatores como idade, desenvolvimento da criança, prejuízos e comorbidades. O envolvimento ativo dos pais varia, influenciando o prognóstico junto com a estrutura da sessão e a aliança terapêutica construída. Portanto, é fundamental definir o foco da consulta, criando um ambiente agradável para o trabalho com a criança e ainda registrar avanços terapêuticos. As atividades incluem também tarefas para casa, que funcionam como uma "prescrição" na Terapia Cognitivo-comportamental, adaptadas ao indivíduo e conforme a patologia apresentada.

Para Caminha e Caminha (2017), a participação dos pais é fundamental para sempre estarem alinhados com o processo terapêutico da criança, para que não reforcem certos comportamentos desadaptativos para ela e para que recebam as instruções necessárias para enfrentarem certos momentos de dificuldade quanto aos seus comportamentos. Ademais, afirmam que, a aliança terapêutica com todos os envolvidos é de grande valor e, sem isso, o processo se torna mais longo e difícil.

Petersen e Wainer (2011) apresentam os modelos de tratamentos manualizados testados empiricamente, ou seja, técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental que, baseadas em estudos, já demonstram uma certa eficácia, ao ponto de sugerir a sua aplicação e reprodução nos casos de tal patologia. Para a Ansiedade, foi visto como eficaz o Programa *CopingCat* que, basicamente, consiste em contribuir com o paciente para que ele consiga reconhecer seus sintomas de ansiedade, modificando as cognições negativas e criando uma estratégia para enfrentamento da ansiedade, promovendo a exposição gradual às situações temidas e incentivando o autoreforço (Isolan; Pheula; Manfro, 2007).

Na esfera da Avaliação Clínica dos Transtornos de Ansiedade na Infância, Petersen *et al.* (2011) destacam a importância das terapias cognitivo-comportamentais. A eficácia comprovada dessa abordagem, como evidenciada pelos modelos de tratamentos manualizados, oferece uma base sólida para lidar com

desafios específicos, como a ansiedade. Os métodos empregados, como o Programa *CopingCat* e a Terapia Sistêmica Focada no Indivíduo, apontam para intervenções eficazes, reiterando que estruturas de sessões consistentes, envolvimento ativo dos pais e a prescrição de tarefas para casa enfatizam a abordagem integral na compreensão e tratamento dos Transtornos de Ansiedade em crianças. Essa perspectiva não apenas realça o impacto positivo dessas terapias, mas também ressalta a importância contínua das pesquisas para enfrentar os desafios em constante evolução na área da saúde mental infantil.

Nogueira *et al.* (2021) salientam a necessidade de novos estudos clínicos que investiguem as manifestações desses quadros para contribuir para o avanço da compreensão do fenômeno de ansiedade infanto-juvenil. Dutra e Serra (2017) acreditam que muitos avanços foram feitos a respeito dos estudos sobre a psicopatologia infantil, mas ainda é preciso dar continuidade, para que a prática clínica seja consolidada, com um aumento significativo da eficácia das abordagens terapêuticas para o tratamento e prevenção dos transtornos que podem surgir mesmo nos anos iniciais. Além disso, é essencial examinar, meticulosamente, a trajetória de desenvolvimento de cada indivíduo, atentando sempre para sua individualidade, que o torna único aos comportamentos esperados, e se há indícios de sofrimento para a criança e o seu entorno.

### **3 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE SOCIAL**

Além das considerações da prática clínica, é fundamental explorar como funciona a Ansiedade Social em crianças, que é um tópico de crescente relevância na área de psicopatologia infantil. No DSM-5-TR, há diversos critérios diagnósticos para os Transtornos de Ansiedade Social, que de modo geral, vão desde o sentimento de medo de ser avaliado negativamente até a interferência na rotina normal do indivíduo, no seu funcionamento profissional, cognitivo, atividades sociais e relacionamentos interpessoais causando significativo sofrimento, considerados importante para a clínica (APA, 2022). Contudo, em crianças e adolescentes esses critérios se diferem em certos pontos, sendo um deles o fato de a criança não possuir autonomia sobre suas ações, de modo a conseguir evitar os fatores que desencadeiam a ansiedade,



como também não serem dotadas de habilidades cognitivas, o que as impossibilita de identificar e compreender a natureza de sua ansiedade (Souza, 2017).

Freitas, Porfírio e Buarque (2018) afirmam que, caso na primeira infância a criança não consolide um leque de habilidades sociais, isso poderá influenciar nos anos posteriores, possibilitando a ocorrência de diversas alterações de comportamento. Os problemas advindos de uma disfunção adaptativa podem ser de várias ordens, tais como: internalizante e externalizante. Sendo a primeira, em relação a si próprio, caracterizada por Ansiedade Social ou Fobia Social. Já a segunda é expressa por agressividade física e verbal, comportamentos opositor/desafiador, condutas antissociais no convívio.

Quando Del Prette e Del Prette (2017) se referem aos transtornos associados à problemas internalizantes, afirmam que a ansiedade quando excessiva se torna patológica, inibindo processos adaptativos. Dessa forma, a ansiedade se manifesta nas crianças através de preocupações com seus afazeres, sua saúde, sua organização do tempo e podem ser acompanhadas de irritação, tensão muscular, falta de concentração e críticas sobre si e o outro, gerando brigas e afastamentos. Nos sintomas externalizantes, como: agressividade, indisciplina e oposição, estes estão associadas à forma como as crianças se expressam e reagem diante os desafios e tomadas de decisão. No entanto, são disfuncionais a partir do momento em que são voltadas, somente, para os objetivos interpessoais imediatos e impulsivos que não se revelam como competências sociais ideais, e são denominadas pseudocompetências.

Aqueles que possuem a Ansiedade Social estão sujeitos a desenvolver crenças negativas sobre si mesmo, os outros e o mundo social. Acreditam ser desprovidos de habilidades sociais importantes e temem que seu comportamento seja inadequado ou inapropriado. De outra forma, uma pessoa não ansiosa consideraria a interação social como uma oportunidade de lazer e diversão de forma fluida, encontrando possibilidades, como fazer amigos, sem se intimidar (Hope; Heimberg; Turk, 2012).

Em alguns momentos, a criança se encontra diante de situações que poderão levá-la a manifestação de ansiedade como, por exemplo, o convívio social fora da família em momentos quando a criança precisa demonstrar *performance* (Freitas; Porfírio; Buarque, 2018). Partindo dessa ideia, Nogueira *et al.* (2021) compreendem também que se não tratados, com os devidos cuidados e atenção, os transtornos de ansiedade

infantil podem contribuir para gerar grandes riscos à saúde física e mental, em curto e em longo prazo.

De acordo com Freitas, Porfírio e Buarque (2018), mais especificamente na ansiedade em contextos sociais, a aquisição das habilidades sociais está associada à forma como a criança se adapta em diferentes ambientes, estabelece bons relacionamentos e adquire uma certa competência social, demonstrados através de indicadores, tais como uma desenvoltura para as relações interpessoais, desempenho acadêmico positivo e menos questões e problemas relacionados ao comportamento. Torna-se fundamental que a criança construa e usufrua de seu repertório para desenvolver habilidades sociais, sendo essas: a empatia, formas de como lidar com as emoções, encontrar soluções diante de conflitos, ter uma boa comunicação e saber se expressar. Dessa forma, entende-se que essas habilidades são necessárias para o funcionamento adaptativo em suas relações com o mundo (Del Prette; Del Prette, 2017).

Freitas, Porfírio e Buarque (2018) descrevem uma tríade de conceitos que corroboram com a compreensão acerca desse campo das interações sociais: o desempenho social, que engloba todas as ações que uma pessoa realiza em contextos sociais, ou seja, tudo o que faz ao se relacionar com outros indivíduos; as habilidades sociais que representam as diferentes capacidades que uma pessoa possui para agir de maneira funcional em situações sociais variadas. Estas habilidades contribuem para a qualidade dos relacionamentos, pois influenciam em como as pessoas se comunicam, resolvem conflitos e se comportam em grupo; e a competência social é a capacidade de como manejam as habilidades considerando seus próprios interesses e aquilo que a sociedade requer delas. Em outras palavras, trata-se da habilidade de se adaptar e se comportar de forma eficaz em diferentes contextos sociais.

Del Prette e Del Prette (2017) exploram como as regras sociais são tantas vezes contraditórias e, ao mesmo tempo em que exigem cobranças, se mostram permissivas. Portanto, deixam pais e educadores confusos em como educar mediante esses e demais desafios. Para corresponder a essas demandas, é importante o desenvolvimento de habilidades sociais pois, sua falta ou déficit poderão indicar sintomas de algum desajuste psicológico. Por isso, é tão necessário a atenção de

pais, educadores e profissionais de saúde em relação ao desenvolvimento de competências, que irá refletir na promoção e prevenção de condições patológicas na infância.

Ao se pensar em uma abordagem para tratar dessas condições patológicas, Petersen *et al.* (2011), com base em evidências de estudos, consideram a TCC como uma conduta eficaz para tratar os Transtornos de Ansiedade. Com a utilização do "CopingCat", um tipo de intervenção da TCC, as crianças aprenderão estratégias para lidar com seus medos e ansiedades, recorrendo a técnicas de exposição gradual, por exemplo. Ressaltam também que a ansiedade em crianças se manifesta nas dimensões de emoções, comportamentos, pensamentos e fisiologia interligados com medos específicos, que tendem a diminuir com o tempo. Além disso, enfatizam a importância de considerar o contexto ecológico da criança na avaliação, envolvendo família e escola.

#### **4 MUTISMO SELETIVO**

Também considerado um transtorno com altos níveis de ansiedade na infância, o Mutismo Seletivo, é caracterizado como um distúrbio de ansiedade infantil em que a principal manifestação é a resistência em se comunicar verbalmente com determinadas pessoas, muitas vezes optando por formas alternativas de expressão e restringindo o uso da fala (Peixoto; Caroli; Mariama, 2017).

Segundo o DSM-5-TR, o Mutismo Seletivo consiste em um Transtorno de Ansiedade que afeta principalmente crianças. Tal condição pode ser entendida através da dificuldade persistente em falar em situações sociais específicas, destacando que ela tem essa capacidade em outros contextos. A incapacidade de fala interfere significativamente nas realizações educacionais ou ocupacionais da criança, bem como nas relações sociais. A duração dessa incapacidade de fala, ao persistir por pelo menos um mês, é denominada como afasia (APA, 2022).

O Mutismo Seletivo é considerado um Transtorno de Ansiedade, e muitas crianças com esse diagnóstico também podem apresentar sintomas de ansiedade, como nervosismo, tensão e medo em situações em que se exija que ela fale. Sendo mais comum possuir essa recusa no ambiente escolar, prejudicando-a

academicamente em diversos âmbitos, sociais e educacionais, por exemplo. As características associadas ao Mutismo Seletivo podem abranger extrema timidez, temor de situações embaraçosas, reclusão social, apegos intensos, padrões compulsivos, tendência ao negativismo e episódios leves de resistência ou comportamento desafiador leve (APA, 2014).

De forma análoga, o Mutismo Seletivo se caracteriza por sintomas de ansiedade social, comportamento evitativo, timidez, dificuldades de linguagem e um padrão inicialmente reservado, especialmente com pessoas fora de seu círculo íntimo. É causado por uma combinação de fatores internos, como predisposição à ansiedade, timidez e perfeccionismo, e externos, como eventos estressantes como início escolar ou mudanças de ambiente. Quando esses fatores se combinam, há uma maior probabilidade de manifestação do Mutismo Seletivo (Perednik, 2022).

Esse transtorno ocorre, de forma prevalente, entre as idades de quatro a oito anos, onde cada criança possui um conjunto de características únicas, apesar de já terem conseguido nivelar em graus de gravidade (Perednik 2022). Reafirmando esse aspecto, o DSM-5 trouxe que o Mutismo Seletivo, geralmente, começa antes dos 5 anos de idade, mas dificilmente pode ser notado clinicamente até a criança entrar na fase escolar, pois é quando as interações sociais e atividades que envolvem a fala se tornam mais comuns. A persistência do transtorno varia e, embora relatos clínicos sugiram que muitas pessoas superam o Mutismo Seletivo, seu curso futuro é incerto. Em alguns casos, especialmente em indivíduos com Transtorno de Ansiedade Social, o Mutismo Seletivo pode desaparecer, mas os sintomas do Transtorno de Ansiedade Social continuam a existir (APA, 2014).

Na mesma lógica, o Mutismo Seletivo é compreendido como um Transtorno de Ansiedade ainda pouco conhecido e, devido ao desconhecimento, muitas crianças e adolescentes regridem em seu movimento de falar publicamente, sem terem uma certa explicação ou nomeação sobre o que lhe acontece. Surge então a necessidade de se atentar mais às crianças, buscar diagnósticos corretos e, de preferência, no tempo adequado para evitar sofrimentos maiores para as famílias e as crianças. Além disso, é importante investigar se o “não falar” é oriundo de níveis altos de ansiedade e/ou falta de habilidades sociais para o seu convívio (Perednik, 2022).

Quanto à origem do nome desse distúrbio, o termo “Mutismo Seletivo” se deu através de várias atualizações que evoluíram ao longo dos anos. Inicialmente, foi descrito em 1877 como "afasia voluntária" por Kussmaul, um médico alemão. Em 1897, Treuper o descreveu como "inibição da fala". A denominação "mutismo seletivo" substituiu "mutismo eletivo" no DSM-IV em 1994, enfatizando a dependência seletiva do contexto social. O Mutismo Seletivo agora é considerado um transtorno da infância e adolescência, com semelhanças clínicas da Ansiedade Social (Peixoto; Caroli; Mariama, 2017).

Sabe-se que as crianças que possuem esse diagnóstico podem agir de maneiras diferentes dependendo dos contextos. Tendo isso em vista, as categorizações não são absolutas, mas estão subdivididas em quatro níveis. O nível mais grave é o da falta de comunicação total, no qual a criança não fala, nem utiliza a comunicação não verbal, e pode apresentar um certo congelamento em seus gestos corporais, sendo muitas vezes diagnosticada de forma errada como autista. Em seguida, há o nível onde existe somente a comunicação não verbal. Nele, a criança se comunica usando gestos e expressões faciais, mas não fala. No próximo nível, a criança emite sons ou sussurra, ela até consegue dizer palavras, mas opta por fazê-las de forma sussurrada. O nível menos grave é o da comunicação verbal, onde a criança reproduz palavras em bom som e está envolvida em um processo gradual de eliminar as barreiras que a impedem de se comunicar com as pessoas à sua volta (Perednik, 2022).

Em resumo, as etapas de comunicação de uma criança que possui esse diagnóstico podem ser descritas também, como: “congelado” (não responde a nenhum tipo de intervenção); comunicação não verbal (gestos, desenhos); comunicação verbal (sussurros e fala). Além disso, educar as pessoas sobre Mutismo Seletivo é essencial, pois ainda há muito desconhecimento sobre esse distúrbio, resultando em sofrimento daqueles que não possuem um diagnóstico certo e um tratamento adequado. Entender as situações em que as crianças se sentem confortáveis ou desconfortáveis ao falar é imprescindível para ajudá-las. Ademais, é fundamental que a criança se sinta confortável para progredir e superar os desafios associados ao Mutismo Seletivo (Vieira, 2015).

Del Prette, Rocha e Del Prette (2011) sugerem que os treinamentos de habilidades sociais podem oferecer à criança uma chance significativa de melhorar suas habilidades de relacionamento, de manter comportamentos assertivos e empáticos, e também de aprimorar sua capacidade de comunicação verbal. Isso ocorre porque o Mutismo Seletivo, muitas vezes, está associado a habilidades sociais subdesenvolvidas, tornando essas intervenções particularmente relevantes para o progresso da criança nessa área.

Vieira (2015) destaca a importância do acolhimento aos pais no processo de tratamento do Mutismo Seletivo em crianças. Reconhecer e abordar as angústias e preocupações dos pais é essencial, seja trabalhando terapeuticamente com eles individualmente ou em conjunto com a criança. Lidar com essa realidade, ainda desconhecida para muitos, é particularmente desafiador para todos os envolvidos, especialmente para os pais, que enfrentam o medo do desconhecido. Estabelecer uma rotina estruturada e criar ambientes seguros para a criança são medidas importantes, assim como ensinar estratégias para lidar com a ansiedade e o estresse. Não obrigar a criança a falar em situações desconfortáveis, como apresentações escolares, e não permitir que outros falem por ela, são recomendações fundamentais neste processo.

## **5 ASPECTOS COMUNS ENTRE ANSIEDADE SOCIAL EM CRIANÇAS E MUTISMO SELETIVO**

É reconhecível que o Mutismo Seletivo e a Ansiedade Social em crianças compartilham uma série de características e sintomas que frequentemente se sobrepõem. Ambos os transtornos são enraizados na ansiedade e manifestam-se como medo excessivo e evitação de situações sociais. As crianças com Mutismo Seletivo, por exemplo, muitas vezes experimentam um medo paralisante de falar em situações específicas, enquanto as crianças com Ansiedade Social podem enfrentar um temor avassalador em interações sociais (Perednik, 2022). Em termos de prevalência, segundo o DSM-5-TR, o Mutismo Seletivo é mais raro do que o Transtorno de Ansiedade Social (APA, 2022).

A ansiedade, enquanto sintoma, é o principal obstáculo para que as crianças com Mutismo Seletivo consigam falar. Mesmo que essas crianças tenham habilidades de fala preservadas, sua dificuldade em se expressar verbalmente em situações sociais decorre, principalmente, da falta de habilidades sociais desenvolvidas. Isso faz com que elas evitem falar por longos períodos em contextos sociais, resultando em um comportamento que difere do esperado para o desenvolvimento típico de uma criança ou adolescente (Vieira, 2015).

As causas mais comuns de ansiedade em crianças incluem fatores genéticos, que às vezes se manifestam sem uma causa óbvia; aprendizado de um padrão de reação que faz a criança enxergar o mundo como ameaçador; sensação de desamparo devido à percepção de situações perigosas ou difíceis de lidar; medo de fracassar diante de desafios; e sentimentos reprimidos de agressividade ou hostilidade em relação a figuras importantes em suas vidas, como pais, irmãos, professores ou colegas (Vieira, 2015).

Ao analisar o DSM-5-TR, pode-se afirmar que o Mutismo Seletivo e o Transtorno de Ansiedade Social possuem tanto interseções quanto diferenças significativas, particularmente em crianças. Enquanto o Mutismo Seletivo e o Transtorno de Ansiedade Social compartilham uma base comum de ansiedade social, diferem em suas manifestações, duração dos sintomas, e algumas características associadas. A compreensão dessas nuances é determinante para o diagnóstico e tratamento eficaz de crianças afetadas por esses transtornos. Apesar das semelhanças, há algumas diferenças entre os dois transtornos. No Mutismo Seletivo, a ansiedade se manifesta de forma muito específica: a criança não fala em certas situações sociais, mas pode se comunicar normalmente em outras. Por outro lado, no Transtorno de Ansiedade Social, o medo e a ansiedade são mais amplos, envolvendo uma variedade de situações sociais nas quais a criança teme ser julgada negativamente. Este medo pode ser expresso de várias formas, incluindo choro, acessos de raiva, congelamento ou apego excessivo, e frequentemente leva à evitação dessas situações (APA, 2022).

Em muitos casos, crianças e adolescentes com Mutismo Seletivo e Ansiedade Social demonstram seus sintomas de forma intensa quando expostos a situações específicas que os proporcionam tal reação. Eles tendem a evitar o contato visual,

desviando o olhar ou abaixando a cabeça, e podem se sentir desconfortáveis em expor seus rostos. Ao invés de responder verbalmente, podem optar por gestos como forma de comunicação, refletindo respostas não verbais. Além disso, fisicamente, essas crianças podem parecer frágeis e sem energia, manifestando-se como crianças apáticas corporalmente (Vieira, 2015). Ambos os grupos de pacientes podem apresentar sintomas físicos psicossomáticos, como dores de cabeça e estômago, aumento da frequência cardíaca, tremores e tensão muscular, além de um medo profundo de serem julgados ou criticados (Perednik, 2022).

Entende-se que a interseção entre o Mutismo Seletivo e a Ansiedade Social é evidente quando se considera que muitas crianças com Mutismo Seletivo também atendem aos critérios de diagnóstico para Ansiedade Social, sendo essa uma característica comumente encontrada. A ansiedade social, enquanto sintoma, é o traço que está mais associado ao Mutismo Seletivo. Essas semelhanças destacam a complexidade e a sobreposição entre os transtornos, sublinhando a importância de uma avaliação precisa e da intervenção terapêutica personalizada para melhor atender às necessidades individuais dessas crianças (Perednik, 2022).

Ao pensar em aspectos comuns de ambos os transtornos, cabe a discussão do conceito nomeado como transdiagnóstico, entendido enquanto um conjunto de fatores, elementos, ou características comuns a vários transtornos mentais, ao invés de estarem restritos a um único diagnóstico. Descrevem-se aspectos que podem contribuir para a origem, manutenção ou tratamento de uma ampla gama de transtornos psicológicos. A 'TCC transdiagnóstica' como uma abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental que se baseia na identificação desses fatores para tratar diferentes condições psicológicas sem a necessidade de protocolos de tratamento específicos para cada uma delas. Portanto, os fatores mencionados são os princípios terapêuticos compartilhados que permitem essa abordagem (Almeida; Marinho, 2021).

Nos últimos anos, houve um crescente interesse na Terapia Cognitivo-comportamental em busca de identificar aspectos comuns entre diferentes transtornos mentais. Foi introduzida a ideia da terapia transdiagnóstica ao descobrirem princípios terapêuticos que podem ser aplicados às várias condições, sem a necessidade de especificar os tratamentos para cada uma delas. Essas considerações delineiam a



abordagem citada anteriormente na psicopatologia e, busca compreender e tratar os processos fundamentais que atravessam diferentes transtornos, levando a tratamentos mais eficazes e adaptáveis para uma variedade de condições (Almeida; Marinho, 2021)

Segundo Hayes e Hoffmann (2020), há considerações significativas sobre fatores transdiagnósticos na psicopatologia e intervenção psicológica. Eles discutem uma abordagem que transcende as categorias diagnósticas tradicionais e se concentram em características fundamentais dos transtornos. Nesse contexto, as considerações sobre fatores transdiagnósticos ganham relevância, especialmente ao abordar a comorbidade entre o Mutismo Seletivo e a Ansiedade Social. As taxas de comorbidade entre eles variam entre 50% até 80%. Ambos começaram a fazer parte da mesma categoria do DSM de Transtorno de Ansiedade pelo fato de, após muitos estudos, observarem que eles possuíam uma estreita ligação (Souza, 2017).

Além disso, os autores destacam o progresso considerável na identificação de dimensões centrais da psicopatologia, como a desregulação das emoções, que é vista como um problema transdiagnóstico central. Eles enfatizam a importância de definir alvos de tratamento, que podem ser específicos para um transtorno ou transdiagnósticos, visando processos fundamentais que contribuem para vários transtornos (Hayes; Hoffman, 2020).

Quanto ao tratamento do Mutismo Seletivo, Vieira (2015) indica que pode incluir diferentes abordagens, como psicoterapia e, em alguns casos, medicação para lidar com a ansiedade subjacente à dificuldade de falar em certas situações. É essencial que o psicólogo trabalhe em colaboração com um psiquiatra especializado em desenvolvimento infantil. Além disso, intervenções como terapia ocupacional e terapia de integração sensorial podem ser recomendadas, dependendo das necessidades da criança. Em relação à medicação, quando se trata do Transtorno de Ansiedade Social em crianças e adolescentes com níveis leves a moderados, a TCC é o tratamento preferencial. No entanto, em casos mais graves ou quando a abordagem Cognitivo-comportamental não é viável, a terapia medicamentosa deve ser considerada em conjunto (Isolan; Pheula; Mafro, 2007).

Para manter os progressos e auxiliar as crianças em sua comunicação, os medicamentos juntamente a um conjunto de estratégias psicológicas

comportamentais tornam-se eficazes. Além disso, no tratamento do Mutismo Seletivo a dessensibilização sistemática é uma técnica comum, envolvendo relaxamento e exposição gradual a situações que causam ansiedade. O treinamento de habilidades sociais também é importante, ensinando a criança a iniciar conversas, entender seu papel em interações sociais e gradualmente melhorar o contato visual e a compreensão do comportamento não verbal dos outros (Vieira, 2015). Por mais que o autor traga o tratamento mais focado em um dos diagnósticos, que é o de Mutismo, deu para concluir em sua fala que as mesmas estratégias e técnicas usadas no Mutismo pode facilmente servir para os casos de Ansiedade Social, já que os sintomas rondam em meio a uma ansiedade que os lugares e situações geram para o indivíduo.

Na visão de Souza (2017), o tratamento se constitui de forma multifacetada, contendo orientação tanto com os pais quanto com a criança, investigando o início dos sintomas e possíveis fatores que podem ter desencadeado, além dos dados sobre o desenvolvimento da mesma. Ao se pensar no sintoma de ansiedade, pode se dizer que ela se manifesta em quatro dimensões, isso inclui: as emoções, os comportamentos, os pensamentos e as sensações físicas. Portanto, a abordagem terapêutica deve abranger as áreas comportamental, cognitiva, emocional e social. No contexto do tratamento, isso envolve a implementação de práticas, recompensas, tarefas para serem feitas em casa, análise dos pensamentos, identificação e expressão de sentimentos, bem como a inclusão dos pais e pares no processo. A Terapia Cognitivo-comportamental é uma jornada de autodescoberta guiada, na qual a participação ativa da criança, a qualidade da relação terapêutica e a capacidade de adaptação do terapeuta são fatores determinantes para o sucesso do tratamento (Petersen; Wainer, 2011).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O tema em questão é relevante devido a forma como os transtornos afetam a vida dos indivíduos que os possuem. Ao serem incompreendidas, por serem mais reservadas e pouco participativas, as crianças se afastam do meio social em que vivem devido aos sintomas de ansiedade que as acompanham, sofrendo com a

exclusão o que resulta no aumento dos seus medos e tensões relacionadas ao convívio social.

A criança que apresentam estes transtornos, geralmente, tem uma visão totalmente negativa de si mesma e está bastante vulnerável no meio de suas interações. A abordagem terapêutica vista como a mais adequada e valiosa na remissão dos sintomas é a TCC, que em seus preceitos fundamentais, pretende minimizar e recriar novos conceitos, caminhos em uma capilaridade que levará a criança a adquirir novas percepções de si mesma, com interações sociais mais fluídas e uma restauração de sua autoestima e, conseqüentemente, irá melhorar seu desempenho como um todo. Isso se torna possível na medida que o profissional utiliza as ferramentas e recursos da TCC para ampliar o repertório da criança de forma que se consolide suas habilidades sociais consideradas fundamentais para o seu desenvolvimento saudável.

Quanto ao tratamento, a abordagem transdiagnóstica pode proporcionar a oportunidade de desenvolver um plano de tratamento com foco na redução da ansiedade e no fortalecimento das habilidades sociais, independentemente do diagnóstico específico, uma vez que esses são os sintomas predominantes em ambos os transtornos. Essa abordagem pode ser benéfica ao personalizar as intervenções terapêuticas para atender às necessidades individuais das crianças, resultando em melhores resultados clínicos e uma abordagem mais eficaz para o tratamento de sintomas semelhantes em ambas as condições.

Cabe também a utilização de técnicas da TCC para auxiliar a criança a enfrentar gradualmente as situações de fala, com o uso da dessensibilização sistemática, a criança teria uma exposição gradual das situações que a causa ansiedade, começando por situações menos ameaçadoras e encorajando o indivíduo. O apoio e a intervenção vindo da família é muito benéfico para proporcionar um ambiente confortável e tranquilizador. Cogita-se, em alguns casos, o uso de medicamentos quando o transtorno for mais grave ou não responder a outras intervenções, corroborando assim para redução dos sintomas de ansiedade.

Salientamos a dificuldade em encontrar mais estudos acerca da temática do Mutismo Seletivo, já que os que foram analisados se mostraram redundantes, dificultando a ampliação do texto sobre diferentes perspectivas e olhares. Entendendo

que o Mutismo Seletivo é um diagnóstico/transtorno mais raro e com poucos estudos na área e que, muitas vezes, pode ser confundido com o diagnóstico de Ansiedade Social que é a mais prevalente. Além disso, as diferenças entre os dois diagnósticos não são transparentes nem muito citados nos estudos.

Surge então a necessidade de futuras pesquisas que possam preencher essas lacunas, expandir o conhecimento sobre o assunto de forma interdisciplinar. Torna-se necessário, também, uma investigação criteriosa dos diagnósticos para que as famílias e os educadores compreendam a Ansiedade Social e o Mutismo Seletivo, podendo assim contribuir com o tratamento e suporte mais adequado, amenizando os seus efeitos e prejuízos na infância.

Perante o exposto, espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para o aprimoramento das práticas em Psicologia, fornecendo conhecimentos que possam formar intervenções mais eficazes e estratégias de tratamento centradas em nuances desses fenômenos psicológicos específicos. O alcance dessa pesquisa reside na sua capacidade de aprofundar o entendimento dos conceitos e da interação entre Ansiedade Social e Mutismo Seletivo na infância, influenciando positivamente a abordagem terapêutica da TCC e, por conseguinte, promovendo avanços significativos na prática clínica e nos estudos psicológicos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Diogo; MARINHO, Guadalupe. Terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 22, n. 3, p. 6, 2020. Disponível em: <https://www.sp-ps.pt/uploads/jornal/855.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

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

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

CAMINHA, Marina Gusmão; CAMINHA, Renato Maiato. Conceitualização Cognitiva e Outros Aspectos do Diagnóstico Teórico (org.). In: CAMINHA, Renato Maiato;

CAMINHA, Marina Gusmão; DUTRA, Camila Arguello. **A Prática Cognitiva na Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Sinopsys, 2017. p.99-111.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva para os Transtornos de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012

DEL PRETTE, Zilda A. P.; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das habilidades sociais da infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2017.

DEL PRETTE, Zilda A. P.; ROCHA, Margarette Matesco; DEL PRETTE, Almir. Habilidades sociais na infância: avaliação e intervenção com a criança e seus pais. In: PETERSEN, Circe; WAINER, Ricardo. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed, 2011. p. 46-61

DUTRA, Camila Arguello; SERRA, Rodrigo. A Psicopatologia na Infância e as Contribuições da Terapia Cognitiva-Comportamental (org.). In: CAMINHA, Renato Maiato; CAMINHA, Marina Gusmão; DUTRA, Camila Arguello. **A Prática Cognitiva na Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Sinopsys, 2017. p.131-145.

FREITAS, Lucas Cordeiro; PORFIRIO, Jonas Caio Costa; BUARQUE, Camila do Nascimento Lins. Indicadores de ansiedade social infantil e suas relações com habilidades sociais e **problemas** de comportamento. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. e09-118, jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/201800120020020>. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472018000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 nov. 2023.

HAYES, Steven C.; HOFMANN, Stefan G. **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos**. Porto Alegre: Artmed, 2020.

HOPE, Debra A.; HEIMBERG, Richard G.; TURK, Cynthia L. **Terapia cognitivo-comportamental para Ansiedade Social**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ISOLAN, Luciano; PHEULA, Gabriel.; MANFRO, Gisele. Gus. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 3, p. 125–132, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/3bH8LzZCq5Qq5JP39x6fYLJ/#>. Acesso em: 03 mai. 2024.

NOGUEIRA, Maria Eduarda Martins; COELHO, Luiza Helena Everton.; SILVA, Ana Letícia Lopes Abreu.; TORRES, Mylena Andreia Oliveira. Características dos transtornos de ansiedade na infância e na adolescência: revisão de literatura. In: **II Congresso Nacional de Inovações em Saúde (CONAIS)–Fortaleza-Ceará**. 2021.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo; CAROLI, Andréa Lúcia Guimarães; MARIAMA, Sílvia Regina. Mutismo seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar. **Rev. bras.ter. cogn.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-11, jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170003>. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872017000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 abr. 2024.

PEREDNIK, Ruth. **Guia de Tratamento do Mutismo Seletivo**: Manual para Pais, Professores e Terapeutas. 1. ed. Juruá Editora. Curitiba, 2022.

PETERSEN, Circe; BUNGE, Eduardo; MANDIL, Javier; GOMAR, Martín. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade (org.). In: PETERSEN, Circe; WAINER, Ricardo. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed, 2011. p.232-255.

PETERSEN, Circe; WAINER, Ricardo. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes (org.). In: PETERSEN, Circe; WAINER, Ricardo. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed, 2011. p.16-31.

SANTOS, Matheus Elias dos; SOUZA, Angela Ketlyn de; MORAIS, Luciene Costa Araújo. MUTISMO SELETIVO: considerações teóricas e as contribuições da terapia cognitivo-comportamental. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 6, n. 2, p. 443-452, 2020.

SOUZA, Maria Augusta Mansur de. Transtorno de Ansiedade Social e Mutismo Seletivo na Infância (org.). In: CAMINHA, Renato Maiato; CAMINHA, Marina Gusmão; DUTRA, Camila Arguello. **A Prática Cognitiva na Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Sinopsys, 2017. p.329-362.

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, XX, 2015. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos\\_anais\\_congressos.htm](http://www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm). Acesso em: 17 abr. 2024.