



**ESEF - ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE FAFE**

**Mutismo Seletivo: um Estudo de Caso**

*O Silêncio Nem Sempre é de Ouro*

Dissertação de Mestrado em Educação Especial,  
Domínio Cognitivo Motor

Mestranda: **Lénia Cristina Martins Filipe**, n.º 34261

**IESF- Escola Superior de Educação de Fafe**

Setembro de 2019

ANO LETIVO 2018/2019



ESEF - ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE FAFE

**Mutismo Seletivo: um Estudo de Caso**

*O Silêncio Nem Sempre é de Ouro*

Dissertação de Mestrado em Educação Especial,  
Domínio Cognitivo Motor

Mestranda: **Lénia Cristina Martins Filipe**, n.º 34261

Sob a Orientação da Professora Doutora  
**Maria Cristina Neves Machado**

## **Dedicatória**

À minha querida família que sempre me apoiou nas decisões e etapas mais importantes da minha vida e em especial ao meu querido PAI (a minha estrela guia), que fisicamente já não está entre nós.

## **Agradecimentos**

Antes de mais, refiro que a realização deste trabalho só foi possível devido ao apoio incondicional de determinadas pessoas.

Expresso o meu profundo agradecimento:

À minha orientadora de mestrado, Professora Doutora Maria Cristina Neves Machado, que sempre demonstrou disponibilidade, prontidão e simpatia em ajudar-me a enveredar pelos caminhos mais adequados, para que fosse possível a realização desta dissertação.

Agradeço, especialmente:

À minha querida família pelo incentivo de seguir em frente e nunca recuar e em especial ao meu querido PAI (a minha estrela guia).

Um obrigada, em particular, à AR, à encarregada de educação, à diretora de turma e à docente de Educação Especial, pois foram fundamentais para a concretização deste estudo.

Agradeço também a todas as pessoas envolvidas nesta investigação, que em muito contribuíram para que a mesma se tornasse uma realidade.

## **Mutismo Seletivo: Um estudo de caso**

**Autoria:** Lénia Cristina Martins Filipe

**Resumo:** O presente artigo tem como tema o mutismo seletivo, nomeadamente em crianças do 3.º ciclo do ensino básico. O estudo tem como objetivo principal analisar um caso real, visando a aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais e respetivas estratégias de intervenção, consideradas mais pertinentes e adequadas ao respetivo caso. Trata-se de um estudo de caso, que conta com a participação de uma aluna de 14 anos, a frequentar o 8.º ano de escolaridade, e de elementos da escola que frequenta. Após a análise do caso, é possível verificar a importância de a escola estar atenta aos seus alunos e desenvolver estratégias que atendam às suas necessidades e, ao mesmo tempo, promovam a inclusão e a participação de todos os alunos da turma e da escola.

**Palavras-chave:** Mutismo Seletivo; Crianças/Adolescentes; Escola; Inclusão.

**Abstract:** This article focuses on selective mutism, especially in children in the 3rd cycle of basic education. The main objective of this study is to analyze a real case, aiming at the application of cognitive-behavioral techniques and their intervention strategies, which we consider more pertinent and appropriate to the case in focus. This is a mixed research that counts on the participation of a 14-year-old student who attends the 8th year of schooling and elements of the school that she attends. After analyzing the case, it is possible to verify the importance of teachers being attentive to their students and develop strategies that meet their needs and, at the same time, promote the participation of all students in the class and the school.

**Keywords:** Selective Mutism; Children / Teens; School; Inclusion.

# Índice

Resumo.....	iii
Lista de Anexos.....	v
Introdução.....	1
1. Mutismo Seletivo .....	3
1.1. Abordagem histórica do conceito .....	3
1.2. Etiologia.....	5
1.3. Prevalência.....	6
1.4. Diagnóstico .....	6
1.5. Comorbidades .....	8
1.6. Prognóstico .....	10
1.7. Intervenção.....	10
2. Método .....	12
2.1. Desenho do estudo .....	12
2.2. Apresentação dos resultados .....	13
2.2.1. Anamnese .....	13
2.2.2. Descrição da situação atual.....	14
2.3. Estratégias de intervenção.....	15
3. Discussão.....	23
Conclusão .....	28
Referências Bibliográficas .....	30
Anexos.....	35

## **Lista de Anexos**

Anexo I - Pedido de Autorização ao Diretor do Agrupamento .....	36
Anexo II - Autorização do Diretor do Agrupamento .....	37
Anexo III - Autorização da Encarregada de Educação .....	38
Anexo IV - Guião da entrevista realizada à Encarregada de Educação/Mãe da AR.....	39
Anexo V - Guião da entrevista realizada à Diretora de Turma da AR.....	40
Anexo VI - Guião da entrevista da realizada à Professora de E.E. que apoia diretamente a AR nas aulas de Português e de Matemática .....	41
Anexo VII - Transcrição da entrevista realizada à Encarregada de Educação/Mãe da AR.....	42
Anexo VIII - Transcrição da entrevista realizada à Diretora de Turma da AR .....	44
Anexo IX - Transcrição da entrevista realizada à Professora de E.E. que apoia diretamente a AR nas aulas de Português e de Matemática.....	47
Anexo X - Inquérito por Questionário aplicado a membros da direção, a professores, a técnicos e aos assistentes do agrupamento (através do Google Forms) .....	50
Anexo XI - Tratamento dos dados das respostas ao Inquérito por Questionário .....	55

## Introdução

A comunicação humana consiste na troca, através de um código, de conceitos ou sentimentos entre indivíduos, a qual pode ser realizada através de linguagem oral e escrita, mímica, gestos, bandeiras, ruídos, gráficos, fumo, apitos, etc. (Vallejo, 2003).

Na sociedade atual, a aquisição e uso da linguagem oral tornou-se indispensável, constituindo o seio familiar o espaço privilegiado onde ocorre a socialização primária e são dados os primeiros passos desta importante aprendizagem. Mais tarde, surge o contributo do ambiente escolar pois, tal como referem Fitzgerald e Gaviria (2013), um dos objetivos da escola consiste na promoção e fortalecimento dessa capacidade comunicativa, através dos programas educacionais nos diferentes ciclos escolares.

Porém, nem sempre o processo de aquisição e desenvolvimento do uso da linguagem oral decorre sem problemas, pelo que podem surgir situações de atraso de linguagem, passando por: Agnosia geral; Afasia: Afasias expressivas ou motoras; Afasia sensorial; Afasia de condução; Dislalia e o Mutismo Seletivo (MS).

Desse modo, o objetivo principal do presente estudo passa por analisar um caso real de MS, visando a aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais e respetivas estratégias de intervenção, consideradas mais pertinentes e adequadas ao respetivo caso.

A escolha desta temática deve-se ao facto de o MS ser uma problemática rara e pouco conhecida por parte dos pais e professores e que afeta crianças e adolescentes em idade escolar. Os indivíduos acometidos por esta patologia apresentam dificuldade ou incapacidade em falar em ambientes específicos, apesar de terem competências vocabulares e académicas que o permitem fazer noutras circunstâncias, como por exemplo em contexto familiar (Ribeiro, 2013).

Dado que as crianças com MS, frequentemente, não apresentam sintomas no contexto familiar, é comum que os pais não se apercebam precocemente da existência do problema. Para além disso, e de acordo com Martinez *et al.* (2015), apesar das crianças com MS exibirem mais sintomas na escola, a verdade é que a avaliação da MS, tipicamente, não envolve os professores e ainda existe muita escassez de estudos empíricos que permitam compreender qual a melhor forma de apoiar e intervir, em contexto escolar, junto destes alunos. Assim, torna-se fundamental que os professores estejam alertados para esta patologia, pois desempenham um papel crucial na deteção precoce e encaminhamento destas crianças.

Tendo em consideração a particularidade da problemática exposta e a importância de estudar o fenómeno exhaustivamente e dentro do respetivo contexto, optou-se, em termos metodológicos, pela realização de um estudo de caso exploratório e descritivo. A presente dissertação compõe-se de cinco partes. A primeira parte refere-se à introdução, onde são definidos o objetivo, a metodologia e a estrutura do trabalho. A segunda parte aborda o conceito, a prevalência, o diagnóstico, as comorbidades, o prognóstico e as evidências empíricas, que permeiam a intervenção junto das crianças/adolescentes com mutismo seletivo. A terceira parte aborda o método, onde será delineado o desenho do estudo, assim como o procedimento de recolha e análise de dados, a apresentação de resultados e as estratégias de intervenção. A quarta parte aborda discussão dos resultados. Por último, a quinta parte aborda as considerações conclusivas.

É importante frisar que com a entrada em vigor do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) em 25 de Maio de 2018, o caso é real, contudo o nome da aluna é fictício e o nome do agrupamento de escolas também não é revelado, assim como outros dados que permitam qualquer identificação com a especificidade do caso.

## 1. Mutismo Seletivo

Neste capítulo procede-se a uma revisão da literatura, a qual gravita em torno do conceito-chave – Mutismo Seletivo (MS), salientando as evidências empíricas que permeiam a intervenção junto das crianças/adolescentes com esta patologia.

O MS é uma perturbação infantil rara e multidimensional que, normalmente, afeta crianças na idade escolar (Wong, 2010) e, se não for adequadamente detetada e tratada, pode persistir na adolescência e acarretar comorbidades importantes. Etimologicamente, o vocábulo mutismo provém do étimo latino “*mutus*”, que significa mudo, e do sufixo “*ismo*”. Por sua vez, o termo seletivo advém do étimo latino “*selectum*”, que corresponde ao particípio passado do verbo “*seligere*”, que significa “escolher”, com o sufixo “*ivo*”, dando origem à palavra seletivo, ou seja, “que seleciona” (Rocha, 2014).

O MS caracteriza-se por uma incapacidade persistente de falar em determinadas situações, particularmente, em situações sociais onde é expectável que a criança verbalize, como por exemplo no ambiente escolar. De salientar que essa incapacidade não se manifesta noutros contextos, como por exemplo no ambiente familiar, em que a criança fala normalmente com os pais e pessoas mais próximas (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen, & Gutenbrunner, 2001).

Portanto, a criança acometida pelo MS, em contexto social mais alargado, numa situação em que lhe é pedido que comunique, não obstante compreender o idioma e aquilo que lhe é pedido, revela-se incapaz de comunicar. Esta incapacidade surge permeada de grande ansiedade, podendo interferir na realização educacional ou ocupacional da criança, assim como nos relacionamentos e interações sociais (Figueiras, 2017).

### 1.1. Abordagem histórica do conceito

De acordo com Wong (2010), o MS foi identificado, pela primeira vez, pelo médico alemão Adolph Kussmaul, em 1877, quando este apelidou esta patologia de afasia voluntária e a descreveu como uma condição em que os indivíduos não falam voluntariamente em determinadas situações, apesar de possuírem todas as capacidades linguísticas para o fazer (Melo, 2016). Kussmaul advertiu, ainda, que a perda da linguagem não se devia a uma patologia orgânica do cérebro, mas a uma inibição voluntária da fala por parte do sujeito (Rocha, 2014).

Cerca de vinte anos mais tarde, em 1897, Truper denominou esta patologia de “inibição da fala”, salientando as mesmas características que o antecessor. Posteriormente, surgiram novos trabalhos com particular destaque para o trabalho de Moritz Tramer, psiquiatra suíço, o qual cunhou o termo "*elective mutism*" (mutismo eletivo- a criança elege com quem fala), em 1934, para descrever uma circunstância em que as crianças, persistentemente, não falam em situações sociais específicas.

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), na sua terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM – III), adotou a terminologia de Tramer. Posteriormente, em 1994, no DSM – IV a expressão “mutismo eletivo” foi substituída por “mutismo seletivo”, a fim de evidenciar que a suspensão da fala não é um ato volitivo mas um contingente no contexto social, fortemente permeado pela ansiedade e fobia social. Efetivamente, Vecchio e Kearney (2005), através de um estudo de controle, verificaram que todas as crianças, da sua amostra de crianças com MS, preenchiam os critérios para a fobia social do DSM-IV e 53% também preenchiam os critérios para uma perturbação de ansiedade adicional. Estudos descritivos e de controlo de caso têm encontrado, consistentemente, evidências de uma associação entre MS e ansiedade social clinicamente significativa. Dois estudos descritivos iniciais de crianças clinicamente encaminhadas com MS descobriram que quase todas essas crianças preenchiam os critérios diagnósticos do DSM-III-R para fobia social ou perturbação evitativa da infância (Black & Uhde, 1992; Dummit *et al.*, 1997). No DSM-5 o Mutismo Seletivo está inserido nas perturbações de ansiedade e é caracterizado por ausência da fala em um ou vários contextos e/ou cenários. Refere-se ainda que muitas das crianças com mutismo seletivo podem falar normalmente em locais considerados "seguros" para as mesmas (ex.casa ou junto dos amigos mais próximos).

Quanto ao sistema de classificação proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o MS só foi reconhecido pela primeira vez em 1978, com a denominação de Mutismo Eletivo e esta incluída nos *Transtornos Emocionais Específicos da Infância e Adolescência*, designadamente, na categoria *Sensibilidade, Timidez e Transtorno retraimento Social*. No entanto, o seu diagnóstico também era compatível com o *Transtorno de Adaptação*, inserido na categoria de *Outros* com a designação de *Mutismo Eletivo Adaptativo* (Rocha, 2014).

Em 1992, a OMS incluiu o MS na categoria dos transtornos do comportamento social, com início na infância e na adolescência, caracterizando-se pela seletividade, de origem emocional, no modo de falar. Nessa altura foi, também, reconhecido que esta patologia se manifesta na primeira infância, sendo acompanhada de sintomas de ansiedade, retraimento, hipersensibilidade e negativismo (Rocha, 2014).

## 1.2. Etiologia

De acordo com Figueiras (2017), até à data, ainda não foi possível encontrar uma etiologia única para o MS, mas reconhece-se que esta patologia pode ser desencadeada por uma complexa interação entre fatores genéticos, comportamentais, neuro-desenvolvimentais e ambientais (Cohan, Chavira, & Stein, 2006; Hua & Major, 2016; Muris & Ollendick, 2015).

A DSM-5 descreve que a afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar algum papel, assim como a atitude superprotetora dos pais e história parental de timidez, isolamento e ansiedade social (APA, 2013). De facto, e segundo Black e Uhde (1995), o MS, a reticência social e a ansiedade social tendem a ser hereditárias. Isto foi corroborado por Stein *et al.* (2011) que constataram que existe uma variação genética específica que está associada tanto ao MS quanto à perturbação de ansiedade social.

Em termos comportamentais, o traço de inibição comportamental (medo e evitamento de situações desconhecidas) é, geralmente, associado a um risco aumentado de, mais tarde, apresentar ansiedade (Hirshfeld-Becker *et al.*, 2007). Refira-se que a associação entre MS e inibição comportamental também foi observada por Gensthaler *et al.* (2016).

No que concerne aos fatores de desenvolvimento neurológico, as crianças com esclerose múltipla apresentam maiores taxas de perturbações do neuro desenvolvimento. Os mais prevalentes são os distúrbios de fala e de linguagem, mas os atrasos motores também são frequentes. Há uma ligeira sobreposição com a perturbação do espectro do autismo e deficiência intelectual, embora a maioria das crianças com MS tenha um Quociente de Inteligência no parâmetro médio (Cohan *et al.*, 2006; Kristensen, 2000).

Remschmidt *et al.* (2001) também descreveram alguns fatores que contribuem para a manifestação do mutismo, são eles: (a) atraso no desenvolvimento da linguagem; (b) comunicação deficiente e presença de perturbações psiquiátricas na família; (c) superproteção parental; (d) atraso no desenvolvimento mental; (e) hospitalização e trauma após os três anos de idade.

No que concerne às perturbações psiquiátricas, destaca-se o estudo de Alyanak *et al.* (2013), os quais encontraram correlações entre a psicopatologia materna e a gravidade dos problemas emocionais e comportamentais manifestados por crianças com MS. De facto, os pais constituem importantes modelos para a criança, influenciando o seu comportamento social e, também, a fala (Muris & Ollendick, 2015). Por exemplo, através do reforço do comportamento de evicção da fala quando denotam que os filhos ficam ansiosos se questionados por outrem.

De salientar que Ford, Sladeczek, Carlson e Kratochwill (1998) enumeraram alguns eventos de vida que parecem influenciar o início do MS: mudança para uma nova escola, mudança de casa, conflito conjugal entre pais, hospitalização, doença grave, morte de um familiar próximo, abusos físicos e sexuais e outros eventos traumáticos não especificados.

### **1.3. Prevalência**

O MS é uma condição clínica rara, mas importante, que, se não for adequadamente tratada, causa um impacto negativo com significado no funcionamento social e acadêmico.

Os estudos de prevalência do MS têm sido dificultados pela variabilidade em termos de critérios de diagnóstico, métodos de avaliação e população (Viana, Beidel, & Rabian, 2009).

Em termos de idade de início, Garcia, Freeman, Francis, Miller, e Leonard (2004) referem que a idade estimada é a de três anos de idade, porém, Ford *et al.* (1998) e Standart e Couteur (2003) referem que a idade de referência será o início do ensino básico, ou seja, entre os 6,5 e os 9 anos de idade.

Efetivamente, o MS é uma condição infantil, mal compreendida, que afeta, aproximadamente, entre 0,7% a 2% da população (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002; Cohan *et al.*, 2008; Elizur & Perednik, 2003; Hua & Major, 2016). No entanto, convém salientar que a prevalência varia entre países, com relato de 0,18% na Suécia (Kopp & Gillberg, 1997) e 1,9% na Finlândia (Kumpulainen, Rasanen, Raaska, & Somppi, 1998), enquanto um estudo americano efetuado em crianças do jardim de infância até às crianças do primeiro ciclo do ensino básico sugerem uma taxa de prevalência de 0,71% (Bergman *et al.*, 2002), em muito semelhante ao valor de 0,69% encontrado nas escolas primárias do Reino Unido (Brown & Lloyd, 1975).

### **1.4. Diagnóstico**

Tal como já foi referido, o MS destaca-se pela incapacidade de a criança falar em contextos sociais onde seria expectável que comunicasse oralmente, sendo que esse mutismo, geralmente, surge acompanhado de grande ansiedade. Neste âmbito, é comum a criança apresentar: recusa em ir para a escola, dificuldades em deixar os pais, choro e gritos, desejo de fuga da escola, queixas de dor de barriga ou de cabeça, inquietação, perturbações do sono e irritabilidade. Pode ocorrer o desenvolvimento de formas alternativas de comunicação, por

exemplo: gestos, expressões faciais, movimentos corporais. Em contraste, a criança, no seu contexto familiar, brinca e fala livremente (Ribeiro, 2013).

De acordo com Ximenes e Ballone (2009), as crianças com MS são muito quietas na escola, falam pouco com os amigos e apresentam dificuldades em verbalizar, quando são solicitadas para tal, ficando em completo silêncio durante situações que para elas são consideradas *stressantes* e, normalmente, são vistas pelo outro como crianças tímidas. Todavia, estes casos podem denunciar sinais de MS, onde a observação é importante, uma vez que estas crianças em casa conversam normalmente com os pais e irmãos, mas quando chega um adulto ou uma criança estranha, ela opta por se calar. Podem ocorrer padrões de comportamento diferentes de uma criança para outra, por exemplo, a criança pode optar por não falar com toda a gente ou especificamente só com um adulto, como pode também escolher uma criança com quem quer falar ou ainda falar muito baixinho como se estivesse a murmurar algo.

Ademais, nas situações de interação que despoletam os estados de ansiedade e de mutismo, as crianças com MS podem revelar: dificuldade em manter contacto ocular, respiração ofegante, palpitações, expressões faciais “vazias”, ausência de sorriso perante pessoas fora do círculo de confiança, imobilidade, movimentação rígida ou espasmos nervosos, transpiração exagerada (sobretudo nas palmas das mãos), retração social e/ou física, dificuldade em realizar um cumprimento, uma despedida ou um agradecimento, dificuldade em falar sobre si e expressar sentimentos e acessos de raiva e/ou comportamentos controladores (Ribeiro, 2013).

O DSM-5 enumera os seguintes critérios de diagnóstico de MS: a) existência de uma incapacidade constante em comunicar oralmente em situações específicas (por exemplo, escola e outros contextos sociais), apesar de ser capaz de fazê-lo em outras situações (por exemplo, em casa); b) essa ausência específica de comunicação oral deve persistir, no mínimo, durante um mês, com exclusão do primeiro mês de integração na escola, porque muitas crianças adotam o silêncio quando enfrentam uma nova situação; c) a ausência da comunicação oral não pode ser atribuída à falta de conhecimento ou desconforto com a linguagem falada e exigida pela situação social; d) a perturbação manifestada pela criança não pode ser melhor explicada por uma perturbação de comunicação (por exemplo, perturbação de fluência na infância ou gaguez) e não pode ocorrer exclusivamente durante o decurso de uma perturbação do espectro do autismo, esquizofrenia ou outra patologia psiquiátrica; e) a ausência de comunicação oral por parte da criança deverá interferir no seu funcionamento diário.

Como critérios de exclusão, na CID-10, estão incluídos: transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia, perturbações específicas do desenvolvimento da fala e da linguagem e mutismo transitório como parte da ansiedade de separação em crianças pequenas. Ressalva-se que o projeto beta da CID-11, disponível desde agosto de 2016, propõe mudar o nome para MS, incluindo-o na seção *Ansiedade e transtornos relacionados ao stress* e tem uma descrição semelhante à do DSM-5.

Para diagnosticar o MS é necessário recorrer à história de vida da criança, com recurso a observações e registos sistemáticos dos seus comportamentos verbais e comunicativos, com pessoas dentro e fora do seu círculo de confiança ou ambiente próximo (Ribeiro, 2013). De salientar que existem escalas de medida e testes psicométricos, que permitem avaliar a presença de MS, sendo essencial a recolha de dados junto de professores, pais e pessoas significativas na vida da criança. Estes dados devem ser complementados com observação direta do comportamento e estilo de comunicação da criança (Ribeiro, 2013).

O diagnóstico de MS em crianças bilíngues é particularmente difícil. Eles são frequentemente negligenciados, o seu silêncio é atribuído à falta de compreensão do novo idioma. É essencial recolher informações ou avaliar a capacidade verbal da criança no seu idioma nativo/ materno. Para fazer o diagnóstico, o principal aspeto é que o mutismo é prolongado ou desproporcional ao grau de conhecimento da segunda língua e à exposição à mesma (Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum, & Burger, 2005).

### **1.5. Comorbidades**

Devido às altas taxas de comorbidade entre as duas condições, alguns teóricos sugeriram que o MS é, na verdade, uma variante mais grave da fobia social (Black & Uhde, 1992). Yeganeh, Beidel, Turner, Pina e Silverman (2003) compararam 23 crianças com MS e fobia social com 23 crianças, da mesma idade, apenas com fobia social. Os resultados indicaram que as crianças com MS eram significativamente mais ansiosas face às entrevistas estruturadas e avaliações de observação comportamental, mas não relataram níveis mais altos de ansiedade social face ao uso de um instrumento de autorrelato ou durante uma tarefa comportamental. Yeganeh, Beidel e Turner (2006) confirmaram esses resultados num estudo prospetivo que comparou as crianças com MS às crianças com fobia social. Embora as crianças com MS não se considerassem mais ansiosas socialmente, os médicos classificaram-nas como tendo níveis mais altos de ansiedade social em relação às crianças diagnosticadas apenas com fobia social. Estes resultados levaram os autores a concluir que as crianças com MS não sofrem

necessariamente de uma forma mais grave ou extrema de fobia social. Noutro estudo, Manassis *et al.* (2007) constataram que as crianças com MS tiveram uma pontuação mais alta num instrumento de autorrelato de sintomas de ansiedade social, em comparação com crianças com perturbações de ansiedade (perturbação de ansiedade generalizada, fobia social, perturbação de ansiedade de separação). As crianças do grupo do MS tiveram pontuação mais baixa do que aquelas com perturbações de ansiedade no referido instrumento de autorrelato de sintomas gerais de ansiedade, sugerindo uma ligação específica entre MS e ansiedade social.

Resultados de estudos descritivos e de controlo de caso sugerem que entre 20% e 50% das crianças com MS apresentam atrasos no desenvolvimento da linguagem. Estes podem assumir a forma de perturbações de comunicação diagnosticáveis ou atrasos de comunicação mais subtis. Vários estudos descritivos precoces encontraram evidências de atraso da fala, problemas de articulação e outras perturbações da comunicação em mais de 30% das crianças clinicamente encaminhadas com MS (Krohn, Weckstein & Wright, 1992; Steinhausen & Juzi, 1996; Wilkins, 1985). Uma taxa ligeiramente maior de perturbações de linguagem do desenvolvimento foi relatada por Kristensen (2000) que descobriu que 50% das crianças clinicamente encaminhadas com MS preenchiam os critérios para perturbação de linguagem expressiva, perturbação de linguagem mista recetiva-expressiva ou desvio fonológico. Da mesma forma, Andersson e Thomsen (1998) encontraram evidências de problemas de articulação e de atraso no desenvolvimento de fala em quase 50% das crianças clinicamente encaminhadas com MS, em contraste com apenas 27% dos controlos psiquiátricos. No primeiro de uma série de estudos, comparando problemas de comunicação entre crianças com MS e aqueles com fobia social, Manassis *et al.* (2003) descobriram que crianças com MS exibiam maiores prejuízos em avaliações que mediam a discriminação de sons de fala e habilidades de vocabulário recetivo. Embora as taxas de diagnósticos de perturbações de comunicação não fossem relatadas, em quase 43% das crianças com MS. Os resultados de um pequeno estudo de acompanhamento indicaram que as crianças com MS também produziram narrativas mais curtas, linguisticamente mais simples e menos detalhadas ao recontarem histórias a um dos pais (McInnes, Fung, Manassis, Fiksenbaum & Tannock, 2004). Os autores concluíram que défices discretos de linguagem expressiva podem ser comuns entre crianças com MS, mesmo quando os pais descrevem os seus filhos como tendo habilidades normais de fala. Num estudo controlado de maior dimensão comparando crianças com MS, crianças com perturbações de ansiedade e controlos normais, Manassis *et al.* (2007) descobriram que crianças com MS apresentaram défices em avaliações padronizadas de vocabulário recetivo, consciência fonética, gramática recetiva e memória visual. Estes resultados são consistentes com relatos de que

algumas crianças com perturbações de linguagem têm um défice de desenvolvimento no processamento de informações auditivas e visuais (Tallal, Miller & Fitch, 1993). No entanto, mais pesquisas são necessárias para determinar se os atrasos no processamento sensorial são um fator de causa nos atrasos de comunicação encontrados em crianças com MS.

A sobreposição diagnóstica entre o MS e uma série de outras perturbações psiquiátricas na infância pode dificultar o diagnóstico do MS. Nem o DSM nem o ICD especificam se o critério "falha consistente em falar" significa falar com adultos. Deve notar-se que algumas crianças com esclerose múltipla falam ou sussurram ao seu "melhor amigo" na escola. Outro desafio é determinar se as crianças que falam alguma coisa na escola (por exemplo, em pequenos grupos de estudantes, sozinhas com um educador ou com educadores e crianças em pequenos grupos) ainda são qualificáveis para o diagnóstico. Nestes casos, o apoio a favor ou contra o diagnóstico pode ser encontrado no grau de impacto negativo que o MS cria. No entanto, não há diretrizes mais específicas. O julgamento clínico deve ser usado e a decisão depende, em última instância, das habilidades e experiência do profissional.

## **1.6. Prognóstico**

Segundo a APA (2013), a persistência da perturbação de MS é variável, pois embora existam relatos clínicos que sugerem que muitos indivíduos "superam" o MS, a verdade é que o curso da doença é desconhecido. No entanto, os sintomas de perturbação de ansiedade social tendem a permanecer.

Ribeiro (2013) salienta que o prognóstico é mais reservado em adolescentes, devido às dificuldades de autoconfiança, independência e comunicação social., já nos adultos é possível passar despercebido, pois estes são mais capazes de controlar o ambiente.

## **1.7. Intervenção**

Ao abordar-se uma problemática que afeta algumas das nossas crianças e jovens e que gera uma grande preocupação nos pais, educadores e professores, sobretudo pelas consequências a longo prazo que daqui podem resultar e que muitas vezes se agudizam com o passar do tempo, surge a necessidade de uma intervenção. Para tal, deverão ser utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais que permitam a interação verbal espontânea da criança com pessoas fora do seu núcleo restrito e em contextos sociais para ela considerados adversos.

Em relação às técnicas cognitivo-comportamentais (TCC), Rangé (2001, p.35) refere o seguinte:

*“A Psicoterapia cognitivo-comportamental é uma prática de ajuda psicológica, que se baseia em uma ciência e em uma filosofia do comportamento, caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos.”*

Segundo Caballo (2002), há uma "revolução cognitiva" efetuada principalmente por Mahoney e Beck, que acabou por constituir um grande marco na terapia comportamental, dando origem às técnicas cognitivas comportamentais (TCC), que de certa forma surgem da uma fusão da terapia comportamental com a terapia cognitiva. Desde que apareceram, as TCC têm evoluído de forma significativa e atualmente são utilizadas como abordagens centrais em diversas áreas dentro da Psicologia. É importante frisar que têm conquistado bastante terreno, sobretudo pelas práticas e resultados que demonstram e pela singularidade com que se evidenciam aos níveis cognitivos e comportamentais.

Relativamente ao MS, as TCC têm-se manifestado muito eficazes no tratamento desta perturbação. Para Wintgens (2001), a utilização das técnicas cognitivo-comportamentais são de extrema importância nas alterações de comportamento nas crianças com MS. Têm sido utilizadas várias TCC no tratamento da perturbação em causa, tais como:

- a) técnicas de dessensibilização sistemática envolvendo a exposição gradual da criança, com o objetivo de reduzir a sua ansiedade;
- b) técnicas que têm por fim aprender princípios de condicionamento operante, por exemplo através da extinção e/ ou do reforço positivo;
- c) técnicas que têm por base a teoria de aprendizagem social, tendo por finalidade o desenvolvimento de algumas habilidades sociais e a adaptação de comportamentos;
- d) técnicas que têm como finalidade a modificação do comportamento da criança através dos sentimentos e das cognições (Pionek Stone, Kratochwill, Sladeczek, & Serlin, 2002).

Em consonância com Stallard (2004), as TCC pressupõem um aumento da autoconsciência, facilitam o auto entendimento e melhoram o autocontrole, através do desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais adequadas.

## **2. Método**

### **2.1. Desenho do estudo**

No presente trabalho optou-se pelo estudo de caso, pois, segundo Yin (2005), este é o tipo de investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo, no seu contexto da vida real. Tratando-se de um caso de MS, considerou-se que o recurso a este tipo de investigação poderia possibilitar um conhecimento profundo e holístico deste caso em particular.

O mesmo autor defende que as evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentos, registos em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefactos físicos. Assim, e para garantir a qualidade do estudo, no decorrer do trabalho de recolha de dados torna-se necessário recorrer a:

- a) Diversas fontes de evidências (recorrer a duas ou mais fontes);
- b) Uma base de dados para o estudo de caso;
- c) Um encadeamento de evidências.

#### **2.1.1 Procedimento de recolha e análise de dados**

Para o presente estudo, recorreu-se a entrevistas semiestruturadas à encarregada de educação, à diretora de turma e à docente de Educação Especial (Anexo V e VI). Para complementar as evidências recolhidas através de entrevistas, foi aplicado um inquérito por questionário (em regime de anonimato através do *Google Forms*) a membros da direção, professores e assistentes operacionais do agrupamento de escolas que a aluna frequenta, para termos a noção da perceção que a comunidade escolar, na qual a aluna se insere, tem da problemática da AR (Anexo X). Procedeu-se, também, à observação do comportamento da aluna no decorrer da investigação.

Após a aplicação dos instrumentos acima referidos, elaborou-se um banco de dados para o estudo de caso. Partindo desses dados, e com a colaboração de uma professora de Educação Especial, foram construídas tabelas com as estratégias TCC a aplicar, no contexto educativo, com a aluna. Refira-se que estas estratégias começaram a ser aplicadas 6 meses antes do ano letivo terminar e continuarão a ser aplicadas no próximo ano letivo, quando a AR estiver a frequentar o 9.º ano de escolaridade.

Seguidamente, descreve-se o caso da AR, consubstanciando a apresentação dos resultados do estudo.

## **2.2. Apresentação dos resultados**

Os resultados aqui apresentados advêm das entrevistas efetuadas, do inquérito por questionário e das técnicas TCC aplicadas à aluna.

### **2.2.1. Anamnese**

#### ***Primeira infância:***

Segundo a mãe, a AR sempre foi uma criança normal até aos 5 anos. Embora fosse tímida e não correspondesse de imediato a diálogos com pessoas estranhas, falava e interagia satisfatoriamente com os colegas e educadoras no ensino pré-escolar. Em casa, e com os familiares diretos, estabelecia conversas normais para a sua idade, sem esforço nem reforço aparentes. A transição da pré-escola para o 1.º CEB correspondeu ao período em que os pais se separaram e a AR ficou a viver, apenas, com a mãe e um irmão mais novo, na altura com 3 anos, e estabelecendo contacto com o pai de 15 em 15 dias. Apesar de atualmente ainda estar com o pai quinzenalmente, a aluna sempre manteve conversas com o progenitor sem quaisquer obstáculos de comunicação e gosta de estar com ele.

#### ***Ingresso no ensino básico:***

No 1º ano de escolaridade, a professora começou a notar que a AR afastava-se dos colegas nos intervalos, brincava muito sozinha e, quando solicitada a participar nas aulas, raramente se expunha. Para além disso, sorria esporadicamente, passava as aulas a olhar apenas para a professora e falava com esta num tom muito baixinho, não participava nas atividades propostas e existia uma ausência, quase total, de interação com a turma. A situação foi reportada à mãe, simultaneamente encarregada de educação, que ficou bastante apreensiva e preocupada com este relato e tratou logo de encontrar meios humanos, que pudessem «arranjar» uma explicação para o comportamento da filha na escola, uma vez que em casa esta agia normalmente. Saliente-se que a mãe da AR sempre foi e é bastante presente no meio escolar, indo a reuniões e manifestando um instinto protetor, bastante evidente, para com a descendente.

### ***O diagnóstico de MS e a retenção escolar:***

Após várias consultas em médicos, psicólogos e terapeutas, a AR foi diagnosticada com MS aos 7 anos de idade, altura em que reprovou no 2º ano de escolaridade.

### **2.2.2. Descrição da situação atual**

No ano letivo 2018/19, a aluna encontrava-se inserida na turma A, do 8º ano de escolaridade, composta por vinte e um elementos, incluindo dois discentes com necessidades educativas especiais, o M. com síndrome de Down (sexo masculino) e a AR com MS (sexo feminino), ambos com 14 anos de idade.

Atualmente, a AR é acompanhada por uma docente de Educação Especial. A turma em que está integrada, apesar de reduzida, é caracterizada pelos professores como bastante barulhenta e indisciplinada, na qual há dois alunos que de vez em quando troçam da AR, devido ao facto de não falar, utilizando expressões como: «Ah! Esta nunca diz nada!» ou «Vê lá, de falares tanto já não te podemos ouvir». Os restantes alunos demonstram-se praticamente indiferentes à presença da colega, apesar dos professores chamarem a atenção para que esta situação seja evitada. Nos intervalos, a AR procura, quase sempre, estar próxima da assistente operacional do corredor das salas onde vai ter aulas ou procura a pequena sala destinada aos alunos com NEE. Tenta evitar e escapar a situações em que se sinta exposta, como por exemplo: ter de esperar a sua vez na fila do *buffet*. Manifesta grandes dificuldades nas relações sociais, demonstrando uma baixa autoestima. Convém referir que a discente não tem amigos em contexto escolar.

Durante as aulas de Língua Portuguesa, das observações diretas realizadas, notei que a AR transpira imenso das mãos, estava constantemente a limpá-las com lenços de papel e chamava com frequência a docente junto dela, sussurrando-lhe ao ouvido que precisava de ir à casa de banho ou que lhe doía a barriga. Excluindo estas questões, mantinha-se bastante quieta no seu lugar, olhando fixamente para a professora e evitando, quase sempre, o contacto visual com os colegas.

Segundo informações transmitidas pela diretora de turma e pela docente de Educação Especial, a AR continua a comunicar, sem qualquer problema, no seio familiar e com outros elementos mais próximos, nomeadamente dois vizinhos, um casal na casa dos 40 anos de idade. A pessoa com quem interage mais é com o irmão, por quem nutre um amor incondicional.

Em termos do processo de ensino-aprendizagem, a aluna revela, sobretudo, dificuldades ao nível da linguagem e comunicação e ao nível emocional. Demonstra ser uma criança com boas capacidades interpretativas, contudo, demora o dobro do tempo a concretizar as tarefas propostas, precisamente porque entra num grande estado de ansiedade. Prefere trabalhar sozinha e enerva-se mais facilmente do que os colegas, fica bastante nervosa e tensa quando tem de intervir oralmente, desiste ou quer mudar de atividade quando começa a sentir dificuldades. Nas raras vezes que fala utiliza apenas vocabulário simples, constrói frases bastante curtas e a sua expressão facial é muito pouco expressiva. Considerando que raramente participa e intervém, quando tem dúvidas não as esclarece, prejudicando um pouco a aquisição de conhecimentos. Os professores do conselho de turma estão informados de que a AR usufrui de apoio escolar extraescola.

Para concluir, é importante referir que a discente já me enviou um pedido de amizade através da rede social *Facebook* e uma mensagem privada que passo a citar: “Professora, gostava muito de ser sua amiga no *Facebook*. Podíamos falar sobre roupas e maquilhagem, porque gosto muito”».

### **2.3. Estratégias de intervenção**

Tendo em conta a descrição do caso em análise, primeiramente é importante destacar que se deve ter em consideração todo o percurso familiar e escolar da AR, uma vez que são várias as situações que podem influenciar o desencadear da perturbação - MS.

Assim, e tendo em conta a revisão bibliográfica realizada sobre o tema, é de extrema relevância ter em conta quais os fatores que podem levar ao surgimento da situação de MS, nomeadamente situações genéticas e/ ou emocionais. Deste modo, destaca-se que coincidentemente com o início da alteração dos comportamentos da AR ocorreu o divórcio dos pais, que de alguma forma poderá ou não ter originado ou despoletado esta situação de MS. Todavia, é de igual importância salientar que, no seio familiar, a AR não apresenta comportamentos de MS, sendo que só se verifica esta situação em contexto escolar ou extraescolar, mais concretamente em situações/meios em que a jovem não se sente tão protegida.

Face ao exposto a docente de Educação Especial decidiu recorrer à TCC, terapia cognitivo-comportamental, utilizando algumas técnicas que pudessem surtir resultados positivos no comportamento da AR. Neste sentido e uma vez que os vários contextos, nos quais a jovem se encontra inserida e faz parte integrante, podem auxiliar ou dificultar a

criação de estratégias adequadas para esta aluna, considerou-se importante intervir na aluna (AR) no contexto familiar (mãe/pai e familiares próximos); na escola (mais concretamente em contexto de sala de aula): tendo em conta a intervenção por um lado na aluna AR e por outro na turma como um todo, uma vez que se verificam comportamentos desajustados por parte de alguns dos colegas, perante as dificuldades apresentadas pela discente. Para além do referido anteriormente, também não se verifica, por parte da maioria dos alunos da turma, a cooperação necessária no sentido de ajudar a colega.

Partindo da bibliografia analisada sobre o MS, assim como das principais dificuldades destacadas pela aluna, são apresentados nas tabelas 1-6, os seguintes aspetos: o comportamento manifestado pela aluna (dificuldades e pontos mais desenvolvidos), técnicas aplicadas e estratégias adotadas, principais objetivos a alcançar após a aplicação das estratégias e modo de aplicação das mesmas em contexto familiar e educativo.

É relevante destacar que têm sido desenvolvidas muitas intervenções na perturbação em causa, incluindo estratégias comportamentais, terapia individual de diferentes formas, terapias familiares, terapias do discurso, entre outras. Os programas de intervenção no MS variam, em parte, devido à multiplicidade de conceptualizações por detrás da perturbação e apesar de existirem diversas abordagens, a maioria das estratégias de tratamento não foi formalmente avaliada. Até à data, as abordagens ao nível comportamental e ao nível cognitivo-comportamental parecem ser as mais promissoras e eficazes. Se tivermos em consideração que na base do MS estão fatores relacionados com a ansiedade, os princípios ao nível comportamental, utilizados nestes casos, são provavelmente benéficos e incluem várias técnicas.

De seguida, serão apresentadas algumas tabelas que permitem realizar, posteriormente, uma análise reflexiva sobre os principais comportamentos da AR e as principais estratégias que estão a ser aplicadas. Primeiramente, destacar-se-ão as principais dificuldades da AR e, em simultâneo, verificar-se-ão, tendo em conta os seus pontos fortes, quais as estratégias implementadas. Note-se, que apesar de se indicarem estratégias em particular para a AR, são igualmente definidas, de forma associativa, estratégias que intervêm na turma em geral, mais propriamente, na modificação de comportamentos.

### Estratégias aplicadas em contexto educativo:

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivo
Resistência na participação em atividades em grupo	Reforço Social - programa de competências sociais que pode ser aplicado na turma.	Facultar a cooperação entre os vários elementos da turma

**Tabela 1** – Técnicas/estratégias a aplicar com base à resistência na participação de atividades em grupo

Tendo em conta a análise da Tabela 1, note-se que apesar de se intervir primordialmente com a AR, é também importante e necessário intervir nos vários contextos, neste caso e em específico na turma, na qual a aluna se encontra inserida. Assim sendo, quando se destaca o comportamento da aluna (resistência na participação em atividades de grupo), tem-se em consideração que a técnica/estratégia utilizada envolve não apenas a AR, mas também a turma no seu todo. Destaca-se a necessidade da realização do reforço social, mais concretamente fazendo recurso a um programa de competências pessoais e sociais, que visam o desenvolvimento de jogos e dinâmicas, que levam à interação dos vários alunos.

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
Baixa autoestima estudantil (dificuldade na realização das tarefas propostas)	<p>Técnica do reforço social: realização de exercícios, nos quais a AR manifeste competências na realização dos mesmos e na realização de exercícios que tenha algumas dificuldades em concretizar;</p> <p>Reforço positivo: elogiar a Ana quando consegue concluir um exercício e utilizar expressões encorajadoras quando a aluna manifesta ansiedade na conclusão de um exercício;</p> <p>Técnica de <i>roleplay</i>: visualização de um filme que retrate as diferenças entre alunos e a importância de se acreditar que são capazes.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuir a resistência à frustração, levando a aluna a verificar que consegue realizar determinadas atividades;</li><li>- Fomentar na Ana e na turma a perspetiva que todos são diferentes e todos possuem pontos fortes e também dificuldades em situações distintas e que isso torna cada pessoa única à sua maneira;</li><li>- Aumentar a perspetiva da aluna face às suas reais capacidades;</li><li>- Permitir aos alunos/ turma e à Ana refletirem sobre as suas capacidades;</li></ul>

**Tabela 2** – Técnicas/estratégias a aplicar com base na baixa autoestima estudantil

Tendo em conta a baixa autoestima estudantil manifestada pela AR no decurso da realização das atividades que lhe são propostas, verifica-se que é importante, por um lado, intervir no sentido da aluna compreender que todos os colegas também têm alguma dificuldade na realização de tarefas e no sentido de evidenciar que todos são diferentes e todos têm pontos fortes e pontos que precisam de desenvolver.

Outra questão importante, prende-se com o facto da importância do reforço positivo ao longo da manifestação dos comportamentos e da realização do *role play*, de forma a criar na aluna a possibilidade de desempenhar outros papéis e outras personagens, que permitem desenvolver capacidades de se expressar e de expor, por vezes, o que sente.

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
Dificuldade em expressar sentimentos e emoções verbalmente	<p>Técnica da reflexão escrita: criação de um diário escrito;</p> <p>Técnica do autoconhecimento: realização de um autorretrato;</p> <p><i>Role play</i>: Aumentar a criação de atividades que levem à manifestação de opiniões – ex. debates sobre temas atuais;</p> <p>Técnica da mímica: realização de exercícios que envolvam a linguagem não verbal;</p> <p>Técnica da dramatização: dramatizar pequenas cenas que não envolvam obrigatoriamente a linguagem oral;</p> <p>Técnica da escuta ativa: abordagem de temas que vão ao encontro dos interesses da Ana Rita;</p> <p>Técnica da partilha de experiências: Distribuição de cartões com diferentes sentimentos e cada jovem deve abordar uma situação na qual sentiu naquele sentimento;</p> <p>Criação de uma tabela de sentimentos, ou seja, semanalmente todos os alunos devem colocar, num painel, qual o sentimento que</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar a compreensão do que a Ana pensa face a diversas situações;</li> <li>- Incentivar a Ana a realizar uma atividade, para a qual a mesma manifeste muitas competências e um interesse acrescido;</li> <li>- Aumentar a motivação da Ana face à realização de uma atividade, perante a qual manifesta interesse;</li> <li>- Promover a capacidade de refletir sobre si mesma;</li> <li>- Diminuir a dificuldade da Ana em comunicar verbalmente sem impor que a aluna fale, mas que seja algo que ocorra com normalidade;</li> <li>- Aprender a comunicar e a transmitir emoções e vivências através da comunicação não-verbal;</li> <li>- Permitir colocar-se no papel de outra pessoa e expressar durante a criação do papel desempenhado pela personagem, como seria traspor a cena para a realidade;</li> <li>- Demonstrar interesse face aos temas que a Ana manifesta gostar (maquilhagem, roupas);</li> <li>- Reflexão sobre sentimentos e emoções;</li> </ul>

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
	predominou no decorrer daquela semana.	- Verificar quais os sentimentos mais difíceis de descrever.

**Tabela 3** – Técnicas/estratégias a aplicar com base na dificuldade em expressar verbalmente sentimentos e emoções

Santos e Morato (2002) consideram que é necessário mostrar à criança que acredita na sua capacidade de comunicar. Sempre que for necessário, promovem-se outras formas de interação e de comunicação que podem incluir registros escritos e/ou desenhos, dramatizações, entre outros. À criança/ jovem deve ser proporcionada a hipótese de falar ou não e deve ser considerado o tempo que ela necessita para o fazer.

Relativamente à necessidade de expressar sentimentos, é importante ter em conta várias técnicas que podem funcionar de forma positiva, como é o caso da criação do diário. Esta estratégia foi delineada, pois a aluna manifesta interesse pela escrita e é uma forma de, apesar de não estar a comunicar verbalmente, poder fazê-lo de outro modo. Outra técnica importante é a do autoconhecimento, porque a jovem ao tentar fazer um autorretrato, por exemplo, tem de refletir sobre si e as suas principais características, o que poderá ser vantajoso para o seu desenvolvimento.

A técnica da mimica também não exige comunicação verbal, pode faz-se através de gestos e isso tem sido uma mais-valia para a AR se sentir mais à vontade, para aos poucos aumentar a sua participação oral, pois este exercício permite que fique mais confiante.

Comportamento em sala de aula	Técnicas/ Estratégias	Objetivo
Dificuldade em estabelecer relação com o grupo de pares	Técnica do reforço social: realização de jogos de competências pessoais e sociais (Ex: o aluno com comportamentos mais desajustados deve ficar responsável por ajudar a Ana, na realização de uma tarefa que seja de interesse comum para ambos).	- Intervir nos comportamentos da turma

**Tabela 4** – Técnicas/estratégias a aplicar com base na dificuldade em expressar sentimentos e emoções verbalmente

A dificuldade da AR em estabelecer uma relação com o grupo de pares, por um lado é influenciada pelas dificuldades que a aluna manifesta em estabelecer relações sociais, exceto se se sentir num ambiente seguro e protegido, e por outro está também de certo modo relacionada com os comportamentos de recriminação e gozo por parte dos colegas, nomeadamente no que respeita às características que a tornam diferente dos pares. Por isso, é importante a intervenção na turma, com a realização de jogos que têm como principal objetivo a mudança de comportamentos, no sentido dos colegas compreenderem que todos são diferentes e que deve existir entreajuda. Deve-se também salientar que, tendo em conta a análise da turma, dois elementos destacam-se de certo modo como líderes e é também importante ganhar a atenção destes alunos, por exemplo, responsabilizando-os de forma positiva em ajudar a colega na realização de uma atividade na qual partilhem interesses e desenvolver a cooperação e não promover comportamentos desajustados.

Em suma, e partindo do conceito de MS como um medo exagerado de falar, entende-se que uma das formas de o superar consiste em enfrentar as situações sociais e comunicativas que o provocam. Todavia e dado que é na escola que se produz uma enorme quantidade de situações de carácter social e que implicam a fala e o diálogo entre os alunos e entre alunos e professores, a escola será um dos meios prioritários em que se deve centrar a intervenção. A tarefa fundamental dos professores é estabelecer uma vinculação afetiva positiva com a jovem, de modo a ser possível manter uma relação de segurança que propicie um ambiente “protegido”, no qual a aluna se sinta à vontade para desenvolver atividades, sem esperar reforço negativo por parte do adulto. Por outro lado, os professores planificam e implementam atividades de grupo que exigem uma comunicação verbal, sem, no entanto, obrigar a participação por parte da aluna, pois o objetivo é levá-la a ter a iniciativa de forma autónoma. Estas atividades têm em conta o que é solicitado na situação comunicativa, sendo para tal considerados aspetos como: o tamanho da frase, a entoação, o número de pessoas presentes e a elaboração do conteúdo.

Apesar das indicações dadas face ao contexto mais favorável para intervir com a aluna (neste caso a escola), também é importante não esquecer que a AR está integrada numa família, que tem características próprias e que podem também facilitar o desenvolvimento da aluna ao longo do tempo. Assim sendo, também é relevante intervir a esse nível até compreender e analisar as rotinas e comportamentos da AR, sobretudo quando está com os principais elementos familiares. Foi com base nessa análise que se destacam as seguintes estratégias:

### Estratégias aplicadas em contexto familiar:

Comportamento em contexto familiar	Técnicas/ Estratégias	Objetivo
Sentimento positivo que a Ana nutre pelo irmão	Diálogo – reforço positivo: utilizar este sentimento de carinho, de forma a que a Ana compreenda o quão é importante expressar as emoções.	- Intervir nos comportamentos da família

**Tabela 5** – Técnicas/estratégias a aplicar em contexto familiar

A nível familiar, destaca-se o sentimento de carinho que a AR nutre pelo irmão mais novo e pelo qual manifesta um amor incondicional. Como tal é importante frisar que, a nível familiar, não devem efetuar-se comparações entre as características dos irmãos, de forma a não levar a um sentimento de frustração. O irmão pode inclusive reforçar positivamente os comportamentos da AR, com expressões como “eu sei que és capaz”.

Comportamento em contexto familiar	Técnicas/ Estratégias	Objetivos
Ambiente familiar acolhedor	Técnica da assertividade: proporcionar à Ana um ambiente acolhedor, sem ser demasiado protetor.	- Permitir à Ana ser autónoma e responsável na realização de algumas tarefas; - Permitir à Ana verificar que é útil e que consegue desempenhar determinadas tarefas.

**Tabela 6** – Técnicas/estratégias a aplicar em contexto familiar (criação de um ambiente acolhedor)

A nível familiar e tendo em consideração que o MS é influenciado por uma situação de ansiedade, é importante que a AR tenha um lar no qual se sinta segura. Contudo, é necessário salientar que um local no qual ela se encontre protegida, não significa que a proteção ocorra de forma excessiva, até porque é de extrema relevância que a AR se sinta autónoma para realizar diversas tarefas, por isso é importante ser assertivo.

### **Estratégias aplicadas à família:**

Tal como já foi referido, os vários contextos nos quais a AR está inserida facilitam ou dificultam o seu desenvolvimento, assim é importante que a família utilize algumas estratégias com a AR em contexto familiar. No entanto, também é relevante intervir na família, isto é, é fundamental compreender se os elementos familiares próprios têm conhecimento das principais características do MS e se têm conhecimento das principais formas de intervenção existentes. É necessário motivar a família a participar e a intervir, de forma presente, no contexto escolar da educanda, manifestando incentivos em casa sobre as atividades desenvolvidas nas aulas, uma vez que a AR em contexto familiar, no qual se sente “protegida”, não apresenta comportamentos de MS. Neste caso, a família tem uma intervenção bastante ativa na motivação da jovem.

Como síntese, destaca-se que antes de serem definidas as técnicas e as referidas estratégias a serem aplicadas, quer em contexto de sala de aula quer no contexto familiar da aluna, foi essencial realizar uma observação minuciosa das principais dificuldades manifestadas pela discente e também dos principais pontos fortes demonstrados por ela, de forma a ser possível intervir de um modo mais adequado e ajustado possível. Assim, verificou-se que foi e é extremamente necessário compreender a situação em análise.

### 3. Discussão

Após a análise dos resultados obtidos, verifica-se que os inquiridos consideram que a adolescente nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos e com determinadas pessoas, mas o que acontece na realidade e que constitui um fator de diferenciação entre as crianças portadoras de MS e as crianças com autismo, é que as primeiras são portadoras de uma perturbação de ansiedade (APA, 2013) e são capazes de comunicar, no entanto, estas crianças selecionam os contextos sociais nos quais se expressam de forma adequada. Segundo Mello (2017), o MS é diagnosticado entre os três e os oito anos de idade.

Para Mansur (2013), o MS «... acomete crianças que são completamente capazes de falar e compreender a linguagem, contudo não o fazem em certas situações sociais, quando podem se sentir pressionadas ou quando se espera delas uma manifestação. Funcionam normalmente em outras áreas do comportamento e aprendizagem, mas se privam severamente de participar em atividades em grupo. Geralmente se acompanha de timidez e até fobia social» (Mansur, 2013, p. 334).

Baldaçarra (2015, p. 276) acrescenta que as características de uma criança com MS são «timidez excessiva, dependência dos pais, acessos de birra, agressividade, isolamento social, tristeza, excessiva rigidez e perfeccionismo, além da evitação do contato no olho já comentado (...). As características comportamentais do núcleo familiar mais observadas em casos de mutismo seletivo seriam comportamento de superproteção familiar, conflitos psicológicos não resolvidos, traumas anteriores envolvendo perda por mortes, separação, etc, pouco envolvimento paterno, excessiva dependência dos pais pelo fato de não falar.»

Neste contexto, surge a necessidade de adoção de TCC, pois estas contemplam ajuda psicológica sustentada na ciência e na filosofia do comportamento, e «caracterizada por uma conceção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos» (Rangé, 2001, p. 35).

De modo a encontrar respostas adequadas para alunos com NEE, devem considerar-se diversas características e capacidades destas crianças, pelo que as escolas devem obedecer a uma preparação atempada, com o intuito de dar resposta a esta heterogeneidade, alicerçando-se numa multiplicidade de serviços e apoios adequados a essas mesmas capacidades e necessidades.

Isto significa que o objetivo da adoção de TCC passa por aproximar o real do ideal, no que respeita aos princípios que regem a educação inclusiva, em consonância com a prestação prévia de serviços de educação especial (Correia, 2018).

Quanto ao caso particular da AR, verifica-se que após seis meses da aplicação da TCC, a adolescente encontra-se mais descontraída, demonstrando-se um pouco mais alegre e não se intimidando tanto com pequenas exposições. Por esse motivo, pode-se aferir que a AR está mais confiante e segura de si mesma, mesmo nos ambientes onde não se sentia tão confortável. De modo geral, tem utilizado a comunicação verbal com duas alunas da turma e com uma outra jovem pertencente a outra turma, mas do mesmo ano de escolaridade. Isto demonstra que as estratégias previamente definidas, no que se refere ao reforço social de competências na turma, foram bem-sucedidas, uma vez que possibilitaram a cooperação entre os diversos elementos da turma, assim como diminuíram a dificuldade da AR em comunicar verbalmente, aprendendo a comunicar e a transmitir emoções e vivências. Com este quadro evolutivo da AR, espera-se que exista uma continuidade na aplicação da TCC, no decorrer do ano letivo 2019/2020.

Este estudo de caso coloca enfoque na interação entre os agentes sociais, que ocorre desde o início da avaliação da AR até à intervenção com a mesma e que é de extrema importância para a mudança de comportamento da aluna, pelo que é importante que as escolas adotem esta filosofia inclusiva e que promovam a participação de todos os alunos. Esta mudança de comportamentos irá implicar a inclusão dos alunos com MS (e com outras necessidades), na medida em que «A criança que tem mutismo seletivo só fala com os pais, com mais ninguém. Isso pode ser um problema pontual, mas também pode ser um sintoma precoce de fobia social. É importante, diante dos sintomas, avaliar se o caso é apenas MS ou se trata de fobia social. Uma criança com MS até pode fazer amigos, mas não fala. Ela aponta, ri, brinca, mas não verbaliza, o que prejudica o seu desenvolvimento e sua interação social.

Nessa perspectiva, Correia (2018) menciona que todos os professores, funcionários e alunos das escolas, deverão ter acesso a informação sobre os alunos com necessidades específicas, para que possam ter a ajuda e o apoio necessários, pelo que é essencial um conhecimento prévio das características e das potencialidades dos alunos, o que poderá levar ao desenvolvimento de atitudes positivas e adequadas para com os mesmos.

Também é essencial a continuação da adoção de estratégias de TCC no contexto familiar, uma vez que se têm verificado melhorias, pois a AR começou a utilizar a comunicação verbal com alguns familiares próximos. As estratégias que poderão continuar a ser adotadas passam pelo diálogo através do reforço positivo do sentimento que AR sente pelo seu irmão,

assim como pela criação de um ambiente acolhedor onde a AR se sinta autónoma e responsável pela realização de algumas tarefas.

Em suma, através das respostas dadas pelos inquiridos, pode aferir-se que estes consideram que organizam o seu trabalho de forma a valorizar todos os alunos, assim como os alunos com MS a aprenderem de forma colaborativa, que estes participem em atividades fora da sala de aula e que a diversidade dos alunos é utilizada como recurso ao ensino-aprendizagem. Constata-se, ainda, que os inquiridos entendem que a sua escola desenvolve recursos para apoiar a aprendizagem e participação dos alunos e que os recursos são distribuídos de forma justa, para que possam apoiar a inclusão dos alunos. De facto, é importante que todos os intervenientes conheçam esta perturbação pois é na escola que esta é detetada com mais frequência.

## Conclusão

Após a elaboração do presente trabalho foi possível observar que o objetivo previamente definido foi bem-sucedido, uma vez que conseguiu-se analisar um caso real, visando a aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais (TCC) e respetivas estratégias de intervenção, consideradas mais pertinentes e adequadas ao respetivo caso.

A realização da pesquisa bibliográfica, para posterior estruturação da contextualização teórica da perturbação em questão, permitiu perceber que existem várias abordagens a esta temática, assim como algumas semelhanças e diferenças entre autores. Com o decorrer do tempo, suscitou o interesse na compreensão de que muitos dos comportamentos demonstrados pela aluna, coadunam-se perfeitamente nas diversas características apresentadas como reveladoras do mutismo seletivo.

O caso da AR constituiu, sem dúvida alguma, um grande desafio, pois contribuiu para a identificação dos comportamentos que, possivelmente estão a causar o MS, e para a procura de técnicas e estratégias mais adequadas à aluna, à turma e à família, tendo sempre em conta os objetivos que se pretendem atingir.

Apesar dos intervenientes no contexto escolar em que AR está inserida terem contacto com a mesma, é essencial que possuam alguns conhecimentos sobre o MS, pelo que se exige um maior envolvimento e cooperação de todos para que a aluna e restantes crianças/jovens, na mesma situação, se sintam plenamente integradas no contexto escolar.

É de evidenciar a importância do processo de inclusão/integração, pois este irá assegurar várias amizades entre os colegas, os funcionários e os professores. Caso a comunidade escolar esteja sensibilizada para as capacidades e potencialidades de aprendizagem dos alunos com necessidades e esteja disposta em colocar em prática as estratégias indicadas para cada um deles, o processo de inclusão será, sem dúvida, um sucesso pleno. Uma utilidade futura deste trabalho poderá ser a sua contribuição para sensibilizar a comunidade escolar, no sentido de alertar para a importância do tratamento das crianças/jovens portadores de MS, e para a extrema relevância da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais que, em muito, contribuem para o sucesso global destas crianças/jovens.

Com este trabalho, espera-se contribuir para a sensibilização da comunidade escolar, no sentido de alertar para a importância do tratamento das crianças/jovens portadoras de MS e para a extrema relevância da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais que, em muito, contribuem para a inclusão e conseqüente sucesso global destas crianças/jovens.

Em suma, a elaboração deste trabalho foi muito gratificante, não só pela abordagem a uma necessidade educativa especial ainda pouco conhecida, mas também porque tornou possível aprofundar conhecimentos acerca de uma perturbação que, apenas era conhecida e abordada, de forma algo superficial.

## Referências Bibliográficas

- Alyanak, B., Kilincaslan, A., Harmanci, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *J Anxiety Disord*, 27(1), 9-15. doi:10.1016/j.janxdis.2012.10.001
- Andersson, C., & Thomsen, P. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 231-238. doi:10.1080/08039489850139157
- APA. (1987). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais - DSM-III*. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos.
- APA. (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed.
- APA. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais - DSM -5*: Artmed Editora Lda.
- Baldaçarra, L. (2015). *Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(8), 938-946. doi:10.1097/00004583-200208000-00012
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(6), 1090-1094.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(7), 847-856. doi:10.1097/00004583-199507000-00007
- Brown, J., & Lloyd, H. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *J. Association of Workers for Maladjusted Children*, 3, 49-63.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Ed. Santos.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x
- 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. doi:10.1080/15374410802359759
- Correia, L. (2018). *Educação Inclusiva e Necessidades Especiais 1*. Braga: Flora Editora.
- Dummit, E. S., 3rd, Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(5), 653-660. doi:10.1097/00004583-199705000-00016
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(12), 1451-1459. doi:10.1097/00004583-200312000-00012
- Figueiras, A. (2017). *Fatores de Eficácia na Intervenção Clínica no Mutismo Seletivo: Estudo de Caso*. (Mestrado Integrado em Psicologia), Universidade do Minho. Disponível em:  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/48304/1/Ana%20Sofia%20Neves%20Figueiras.pdf> . Acesso em: 28 de maio de 2019.
- Fitzgerald, Ó. S., & Gaviria, T. O. (2013). El papel de la memoria operativa en las diferencias y trastornos del aprendizaje escolar. [The role of working memory in differences and school learning disorders.]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 63-79.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192-227. doi:10.1037/h0088982
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. (pp. 433-455). New York, NY, US: Oxford University Press.
- 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. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(10), 1113-1120. doi:10.1007/s00787-016-0835-4
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. F. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five-year follow-up. *J Dev Behav Pediatr*, 28(3), 225-233. doi:10.1097/01.DBP.0000268559.34463.d0

- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Curr Opin Pediatr*, 28(1), 114-120. doi:10.1097/mop.0000000000000300
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: a population-based study: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(2), 257-262.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(2), 249-256. doi:10.1097/00004583-200002000-00026
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M., & Wright, H. L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(4), 711-718. doi:10.1097/00004583-199207000-00020
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7(1), 24-29.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depress Anxiety*, 18(3), 153-161. doi:10.1002/da.10125
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(9), 1187-1195. doi:10.1097/CHI.0b013e318076b7ab
- Martinez, Y. J., Tannock, R., Manassis, K., Garland, E. J., Clark, S., & McInnes, A. (2015). The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(2), 83-101. doi:10.1177/0829573514566377
- Mansur, C. (2013). *Psiquiatria para o médico generalista*. Porto Alegre: Artmed, 2013
- McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L., & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: an exploratory study. *Am J Speech Lang Pathol*, 13(4), 304-315.
- Melo, S. (2016). *Mutismo Seletivo: Projeto tagarela*. (Mestrado em Psicologia Especialidade em Psicologia Clínica), ISPA. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5342> . Acesso em: 5 de maio de 2019.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 18(2), 151-169. doi:10.1007/s10567-015-0181-y

- Pionek Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168-190. doi:10.1521/scpq.17.2.168.20857
- Rangé, B. O. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251(6), 284-296.
- Ribeiro, C. (2013). *O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica - na perspectiva de profissionais ligados à Educação*. (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor), Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Rocha, I. (2014). *No silêncio das palavras... o gesto consentido!* (Mestrado em Ciências da Educação - Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor), Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Sluckin, A., & Smith, R. (2015). Introducing selective mutism and an overview of approaches. In B. Smith & A. e. Sluckin (Eds.), *Tackling Selective Mutism: a guide for professionals and parents*: Jessica Kingsley Publishers.
- Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos - bons sentimentos*. Porto Alegre: Artmed.
- Standart, S., & Couteur, A. L. (2003). The Quiet Child: A Literature Review of Selective Mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160. doi:10.1111/1475-3588.00065
- Stein, M. B., Yang, B. Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biol Psychiatry*, 69(9), 825-831. doi:10.1016/j.biopsych.2010.11.008
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(5), 606-614. doi:10.1097/00004583-199605000-00015
- Tallal, P., Miller, S., & Fitch, R. H. (1993). Neurobiological basis of speech: a case for the preeminence of temporal processing. *Ann N Y Acad Sci*, 682, 27-47.
- Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(6), 592-595.

- Vallejo, M. (2003). *Rehabilitación de la lengua oral y escrita. Bases neuropsicolingüísticas*. Madrid: ECPE.
- Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective Mutism in Children: Comparison to Youths With and Without Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 31-37. doi:10.1007/s10862-005-3263-1
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev*, 29(1), 57-67. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.009
- Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *Br J Psychiatry*, 146, 198-203.
- Wintgens, A. (2001). The selective mutism resource manual. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12, 151.
- Wong, P. (2010). Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 7(3), 23-31.
- Ximenes, B. A., & Ballone, G. J. (2009). Mutismo Seletivo. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=298>
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(9), 1069-1075. doi:10.1097/01.chi.0000070262.24125.23
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? *Depress Anxiety*, 23(3), 117-123. doi:10.1002/da.20139
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

## **Anexos**

## **Anexo I - Pedido de Autorização ao Diretor do Agrupamento**

\_\_\_\_\_

Exmo. Senhor Diretor do Agrupamento de Escolas de \_\_\_\_\_

O meu nome é Lénia Cristina Martins Filipe, sou professora profissionalizada, e venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização de uma investigação no âmbito de um estudo de caso, no agrupamento ao qual preside, referente à aluna \_\_\_\_\_ da turma do 8.º A que frequenta a Escola E.B. 2,3 de \_\_\_\_\_.

O estudo de caso insere-se num trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Educação Especial do Instituto de Estudos Superiores de Fafe.

Posso desde já assegurar a confidencialidade de todos os dados obtidos, uma vez que serão utilizados única e exclusivamente para a realização da referida investigação.

Fico a aguardar resposta por parte de V. Exa.

Grata pela atenção.

Os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
(Lénia Cristina Martins Filipe)



### Anexo III - Autorização da Encarregada de Educação

Eu \_\_\_\_\_, encarregada de educação da aluna \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_ da Escola E.B. 2,3 \_\_\_\_\_, autorizo, o acompanhamento e consulta de documentação relativa à da minha educanda.

Tomei conhecimento que este acompanhamento será feito no âmbito de um estudo de caso que se insere num trabalho de investigação inserido no Mestrado em Educação Especial do Instituto de Estudos Superiores de Fafe.

\_\_\_\_\_  
(-----)

20 \_\_ / \_\_ / \_\_

#### **Anexo IV - Guião da entrevista realizada à Encarregada de Educação/Mãe da AR**

- 1 – Em que altura se apercebeu que se passava algo de diferente com a sua filha?
- 2 – Em que contextos é que se apercebeu que a AR falava ou recusava-se a falar com alguém?
- 3 – Como tomou conhecimento de que a sua filha não falava em determinados contextos?
- 4 – Qual a sua reação após saber que a sua filha só falava em casa?
- 5 – O que fez após os primeiros sinais de que a AR não interagia com outras pessoas?
- 6 - Procurou ajuda junto de profissionais? Se sim, quais?
- 7 - Teve o apoio e o esclarecimento que esperava dos profissionais que referiu?
- 8 - Está informada sobre as causas do MS?
- 9 – Sabe especificar como se manifesta o MS em termos comportamentais, comunicacionais e de interação?
- 10 – Tem conhecimento das diversas estratégias de intervenção que a escola está a aplicar à sua educanda?
- 11 – Considera que essas estratégias têm surtido efeitos positivos? Em caso afirmativo, quais?
- 12 – No seu ponto de vista, a escola que a sua filha frequenta é inclusiva?
- 13 – A escola poderia fazer mais pela sua filha? Se sim, o quê?
- 14 – Na sua opinião, que implicações futuras terá esta problemática na vida da sua filha?

## **Anexo V - Guião da entrevista realizada à Diretora de Turma da AR**

- 1 – Na sua prática profissional é a primeira vez que trabalha com uma criança com MS?
- 2 – Que atitudes/comportamentos da AR levam um professor a concluir que está perante um caso de MS?
- 3 - Na sua escola, há reuniões de trabalho informais entre a diretora de turma, a docente de educação especial e os restantes professores, para além das impostas legalmente? Em caso afirmativo, considera-as benéficas? Porquê?
- 4 - Planifica, com frequência, conjuntamente com a docente de educação especial as estratégias e adequações curriculares para a aluna AR?
- 5 – No seu ponto de vista, de que forma divide com a docente de Educação Especial a responsabilidade de planificar, intervir e avaliar a AR para uma resposta educativa inclusiva?
- 6 – De que forma as ideias que troca com a docente de Educação Especial têm contribuído para a melhoria e transformação das suas práticas, tendo em vista o desenvolvimento da aluna com MS?
- 7 – Que estratégias de intervenção têm sido utilizadas com esta aluna em contexto escolar?
- 8 - Sentiu-se preparada para as aplicar?
- 9 – Desde que teve início a aplicação das estratégias de intervenção, notou alguma alteração no comportamento da aluna? Caso responda afirmativamente, por favor, refira que alterações têm sido visíveis.
- 10 – Nos momentos em que são aplicadas as estratégias, consegue observar algum comportamento diferente na adolescente?
- 11 – Parece-lhe importante este tipo de estratégias/apoios no contexto escolar, nomeadamente junto de crianças com necessidades?
- 12 – Considera que todo o conselho de turma está devidamente informado acerca da problemática da aluna?
- 13 – Como tem visto a participação e o acompanhamento da encarregada de educação relativamente ao processo de ensino aprendizagem da AR?

## **Anexo VI - Guião da entrevista da realizada à Professora de E.E. que apoia diretamente a AR nas aulas de Português e de Matemática**

- 1 - Quais os materiais pedagógicos/didáticos utilizados nas aulas com a aluna?
- 2 - Como caracteriza a AR em contexto de sala de aula e nos intervalos?
- 6 - Em que disciplina se destaca mais?
- 7 - A aluna comunica com alguém? Qual a forma de comunicação utilizada?
- 8 - Com que espírito a AR participa na maioria das atividades propostas?
- 9 - De que forma a AR demonstra interesse em aprender?
- 10 - Manifesta agressividade com algum professor ou com colegas de turma?
- 11 - É uma aluna que se possa denominar desorganizada?
- 12 - Chora ou irrita-se facilmente?
- 13 - Quando solicitada, vai ao quadro fazer a resolução de questões?
- 14 - Realiza alguma atividade letiva que direcione apenas AR? Em caso afirmativo qual?
- 15 - Qual a sua maior preocupação para com a AR?
- 16 - Que tipo de articulação existe entre os vários intervenientes no processo a AR?
- 17 - Em que medida o trabalho desenvolvido em parceria com a diretora de turma e com os restantes docentes facilita o processo de aprendizagem da AR?
- 18 - Enquanto docente de Educação Especial, que tipo de trabalho é feito em parceria com os seus pares?
- 19 - No seu ponto de vista, em que medida a articulação entre escola/família é importante?
- 20 - Qual a importância que atribui à colaboração com a encarregada de educação?
- 21 - A encarregada de educação de uma pessoa cooperante? De que forma?
- 20 - Considera que as estratégias que estão a ser implementadas com a aluna estão a surtir efeito?
- 21 - As estratégias foram delineadas e aprovadas por quem?
- 22 - Na sua opinião, as estratégias implementadas são suficientes ou pensa em mais alguma alternativa como forma de incluir a aluna no meio escolar?
- 23 - Nesta escola há mais algum aluno com a mesma problemática?

## **Anexo VII - Transcrição da entrevista realizada à encarregada de educação/mãe da AR**

### **1 – Em que altura se apercebeu que se passava algo de diferente com a sua filha?**

**R:** A minha AR sempre foi uma menina tímida e até por voltados 5 anos o seu comportamento era normal, ou seja, falava e brincava com os coleguinhas do Jardim de Infância, como com a educadora e as auxiliares. Em casa interagia bem connosco e nos encontros familiares também. Quando a AR entrou para o primeiro ciclo coincidiu com a minha separação do pai e isso deverá tê-la afetado, pois o seu comportamento mudou.

Um dia fui chamada à escola, porque a professora queria falar comigo. Fiquei assustada quando me comunicou que a AR brincava sozinha nos intervalos, não procurava os meninos da turma e evitava, a todo o custo, expor-se nas aulas e quando falava era muito baixinho e muitas vezes não realizava os trabalhos que a professora propunha. Foi nesta altura que me apercebi que algo estranho se passava com a minha filha.

### **2 – Em que contextos é que se apercebeu que a AR falava ou recusava-se a falar com alguém?**

**R:** Foi precisamente no contexto escolar, quando a professora do 1.º ciclo me comunicou o que se estava a passar.

### **3 – Como tomou conhecimento de que a sua filha não falava em determinado(s) contexto(s)?**

**R:** Na reunião com a professora do 1.º ciclo.

### **4 – Qual a sua reação após saber que a sua filha só falava em casa?**

**R:** Fiquei sem palavras e a pensar como é que era possível eu não me ter apercebido duma situação destas. Cheguei a culpabilizar-me relativamente ao meu papel de mãe.

### **5 – O que fez após os primeiros sinais de que a AR não interagia com outras pessoas?**

**R:** Comecei a procurar contactos de especialistas que me pudessem ajudar.

### **6 - Procurou ajuda junto de profissionais? Se sim, quais?**

**R:** Sim, marquei logo consulta para a AR no pediatra dela, posteriormente numa psicóloga e depois num terapeuta.

### **7 - Teve o apoio e o esclarecimento que esperava dos profissionais que referiu?**

**R:** Tive o esclarecimento necessário, tanto que aos 7 anos de idade é diagnosticado MS à minha filha.

### **8 - Está informada sobre as causas do MS?**

**R:** Confesso que ao início quando foi diagnosticado o MS, não fazia ideia do que se tratava, apenas pensei que estaria relacionado com a minha filha não falar e não interagir fora de casa.

Mas como me considero uma pessoa que quer saber mais fui questionando sempre os especialistas e com o passar dos anos estou cada vez mais informada acerca desta perturbação.

**9 – Tem conhecimento das diversas estratégias de intervenção que a escola está a aplicar à sua educanda?**

**R:** Tenho sim. Tive e tenho várias reuniões com a diretora de turma e a docente de educação especial que me colocam a par de tudo.

**10 – Considera que essas estratégias têm surtido efeitos positivos? Em caso afirmativo, quais?**

**R:** Sim, sem dúvida! Sei, pela AR, que ela já faz alguns trabalhos com uma colega e algumas intervenções nas aulas. A diretora de turma também me disse que ela interage com duas colegas de turma e uma outra de uma turma diferente e apresenta-se mais confiante, o que para mim são notícias maravilhosas.

**11 – No seu ponto de vista, a escola que a sua filha frequenta é inclusiva?**

**R:** Completamente. Gosto muito da escola, dos professores e das auxiliares, pois tratam muito bem da minha filha e dos outros alunos.

**12 – A escola poderia fazer mais pela sua filha? Se sim, o quê?**

**R:** Devo muito à escola e sinto que não posso exigir mais dela. É a escola que tem feito a minha AR evoluir.

**13 – Na sua opinião, que implicações futuras terá esta problemática na vida da sua filha?**

**R:** Os pais pensam sempre no futuro dos filhos e penso muitas vezes que a vida profissional da minha filha pode ficar comprometida devido a esta problemática. Contudo, as evoluções que tem feito, num curto espaço de tempo, dão-me esperança para acreditar que a AR ultrapassará esta problemática mais cedo ou mais tarde.

## **Anexo VIII - Transcrição da entrevista realizada à diretora de turma da AR**

**1 – Na sua prática profissional é a primeira vez que trabalha com uma criança com MS?**

**R:** Até ao momento sim. Tenho-me deparado com várias perturbações, mas é a 1.<sup>a</sup> vez que contacto com uma aluna com MS.

**2 – Que atitudes/comportamentos da AR levam um professor a concluir que está perante um caso de MS?**

**R:** De início quando queria que a AR participasse oralmente na aula, comecei a notar que punha o olhar em baixo, mantinha-se calada e nervosa (começava a mexer uma das pernas insistentemente). Posteriormente, verifiquei que não falava com qualquer colega da turma e em relação a mim chamava-se e questionava-me muito baixinho, ou então só no final da aula (depois de todos os elementos da turma terem saído é que a aluna vinha junto a mim colocar alguma questão).

**3 - Na sua escola, há reuniões de trabalho informais entre a diretora de turma, a docente de educação especial e os restantes professores, para além das impostas legalmente? Em caso afirmativo, considera-as benéficas? Porquê?**

**R:** Há alturas do ano letivo em que o ritmo de trabalho é alucinante e aí é mais difícil juntarmos-nos, mas em situações normais reunimos de 15 em 15 dias. Caso exista algo urgente para falarmos, combinamos juntarmos-nos um pouco na sala dos professores para trocarmos impressões. Na minha opinião, estas reuniões ou pequenos «*meetings*» são muito importantes, pois caso seja necessário podemos tomar decisões atempadamente.

**4 - Planifica, com frequência, conjuntamente com a docente de Educação Especial as estratégias e adequações curriculares para a aluna AR?**

**R:** Eu e a colega de Educação Especial comunicamos bastante e eu tenho por hábito o de lhe mostrar o que tenho semanalmente pensado para fazer com a AR (incluindo materiais). A colega de E.E. está mais a par da problemática da AR e é uma mais valia poder ter o seu ponto de vista, até porque ela acompanha a aluna nas minhas aulas de Português.

**5 – No seu ponto de vista, de que forma divide com a docente de educação especial a responsabilidade de planificar, intervir e avaliar a AR para uma resposta educativa inclusiva?**

**R:** Tal como respondi anteriormente considero que a parceria com a docente de E.E. é essencial para que a AR tenha sucesso a todos os níveis. Tanto as planificações, as avaliações e as avaliações são elaboradas com o parecer da docente de E.E..

**6 – De que forma as ideias que troca com a docente de Educação Especial têm contribuído para a melhoria e transformação das suas práticas, tendo em vista o desenvolvimento da aluna com MS?**

**R:** Tenho aprendido bastante com a docente de E.E., pois com a implementação do Decreto-Lei 54 as coisas sofreram algumas modificações, muitas das quais desconhecia. A colega tem utilizado a TCC com a AR e isso tem ajudado bastante a aluna e a mim também, pois aprendo com elas.

**7 – Que estratégias de intervenção têm sido utilizadas com esta aluna em contexto escolar?**

**R:** Desde que a docente de E.E. iniciou e nos deu diretrizes para utilizarmos a TCC, valorizo bastante o trabalho realizado pela AR e tento incentivá-la a fazer mais e melhor. Aos poucos tenho vindo a estimular o trabalho a pares e posteriormente passarei para o trabalho de grupo.

**8 - Sentiu-se preparada para aplica-las?**

**R:** Tive algum receio de não conseguir aplicar as estratégias de forma viável, tendo em vista o progresso da aluna. Mas isto é como em tudo na vida, acabamos por fazer e verificamos que o nosso trabalho mais cedo ou mais tarde dá frutos.

**9 – Desde que teve início a aplicação das estratégias de intervenção, notou alguma alteração no comportamento da aluna? Caso responda afirmativamente, por favor, refira que alterações têm sido visíveis.**

**R:** Sem dúvida que sim, embora tivesse levado o seu tempo, mas sabemos que as mudanças de comportamento nestes casos não acontecem de um momento para o outro e têm levado o seu tempo e continuarão a levar. No entanto, a AR está um pouco mais desinibida, vai respondendo quando lhe são colocadas questões (embora timidamente) e já consegue fazer trabalho a pares com uma colega de turma, o que para mim são verdadeiras vitórias para uma aluna que não interagia com qualquer colega.

**10 – Nos momentos em que são aplicadas as estratégias, consegue observar algum comportamento diferente na adolescente?**

**R:** Afirmativo, tal como lhe disse na resposta anterior.

**11 – Parece-lhe importante este tipo de estratégias/apoios no contexto escolar, nomeadamente junto de crianças com necessidades?**

**R:** Sem dúvida e AR é um exemplo disso.

**12 – Considera que todo o conselho de turma está devidamente informado acerca da problemática da aluna?**

**R:** Sim, todo o Conselho de Turma está informado do que se passa com a AR e de como agir com a aluna. Desde conversas informais a reuniões formais procuro informar e elucidar os

colegas do que envolve a problemática e como devemos agir com a aluna. Quando não sei responder a alguma questão que me colocam recorro à colega de E.E..

**13 – Como tem visto a participação e o acompanhamento da encarregada de educação relativamente ao processo de ensino aprendizagem da AR?**

**R:** A encarregada de educação da AR é a mãe e posso dizer que é muito presente na vida escolar da aluna. Costuma vir com frequência ao horário de atendimento semanal, o qual eu tenho destinado a receber os pais/e.e. da turma. Sempre que há alguma alteração ou mudança de comportamento relativamente à filha, a senhora desloca-se à escola e informa-me. É uma pessoa que colabora imenso com a escola.

## **Anexo IX - Transcrição da entrevista realizada à docente de E.E. que apoia diretamente a AR nas aulas de Português e de Matemática**

### **1 - Quais os materiais pedagógicos/didáticos utilizados nas aulas com a aluna?**

**R:** Nas aulas são adaptadas fichas à AR, uma vez que ela demora sempre mais tempo a realizar as tarefas e muitas vezes fica extremamente nervosa.

### **2 - Como caracteriza a AR em contexto de sala de aula e nos intervalos?**

**R:** A AR evita ir para o recinto do recreio, procurando estar próximo da assistente operacional que esteja de serviço no corredor onde vai ter aulas ou então passa os intervalos numa salinha que temos reservada para a Educação Especial e onde os meninos podem jogar a determinados jogos ou fazer determinadas tarefas.

### **3 - Em que disciplina se destaca mais?**

**R:** A AR gosta muito de Português e de Espanhol.

### **4- A aluna comunica com alguém? Qual a forma de comunicação utilizada?**

**R:** A AR apenas comunica com o professor que está a lecionar a aula, chamando-o junto a si e falando muito baixinho ou então só no fim da aula é que vai junto ao perguntar algo.

### **5 – Com que espírito a AR participa na maioria das atividades propostas?**

**R:** Apresenta-se sempre muito desmotivada e não quer participar sobretudo em atividades de grupo.

### **6 – De que forma a AR demonstra interesse em aprender?**

**R:** Pela preocupação manifestada em querer fazer as coisas de forma correta e pelas questões que coloca aos professores.

### **7 – Manifesta agressividade com algum professor ou com colegas de turma?**

**R:** Não, a AR não tem um espírito agressivo. Com os professores até é bastante afável, porém com os colegas de turma evita olhar para eles e penso que sinta alguma frustração em não conseguir responder a alguns deles, mas não é de todo agressiva.

### **8 - É uma aluna que se possa denominar desorganizada?**

**R:** Negativo. Pelo contrário, gosta de ter os seus cadernos em ordem, até utiliza várias cores para escrever e assim ter uma boa apresentação dos mesmos. Aponta sempre os TPC que tem para fazer.

### **9 - Chora ou irrita-se facilmente?**

**R:** Chora com alguma facilidade, penso que por sentir frustração. Não se irrita com facilidade.

### **10 - Quando solicitada, vai ao quadro fazer a resolução de questões?**

**R:** Não, fica sentada no lugar a olhar fixamente para o professor até este passar para outro aluno. Evita a todo o custo a exposição.

**11 - Realiza alguma atividade letiva que direcione apenas AR? Em caso afirmativo qual?**

**R:** Sim, a monitorização da TCC.

**12 – Qual a sua maior preocupação para com a AR?**

**R:** Que ela se sinta bem e ultrapasse os seus medos e frustrações.

**13 - Que tipo de articulação existe entre os vários intervenientes no processo a AR?**

**R:** Há uma articulação muito salutar entre os vários intervenientes, aliás todos eles trabalham no sentido de ajudar a aluna.

**14 - Em que medida o trabalho desenvolvido em parceria com a diretora de turma e com os restantes docentes facilita o processo de aprendizagem da AR?**

**R:** Em sentido figurado posso dizer que remamos para o mesmo sítio para chegar a bom porto e quando assim é o trabalho conjunto torna-se muito mais fácil de implementar e de obter resultados.

**15 – Enquanto docente de educação especial, que tipo de trabalho é feito em parceria com os seus pares?**

**R:** Planificações, materiais didáticos, avaliações e documentação constante no processo dos alunos.

**16 - No seu ponto de vista, em que medida a articulação entre escola/família é importante?**

**R:** Esta articulação é fundamental, pois quando ela não existe ou é pouca há graves falhas na concretização das soluções apresentadas para que os alunos tenham sucesso.

**17 – Qual a importância que atribui à colaboração com a encarregada de educação?**

**R:** A mãe da AR é uma pessoa muito presente na educação da filha, demonstra-se sempre disponível para colaborar connosco e isso é de extrema importância.

**18– Considera que as estratégias que estão a ser implementadas com a aluna estão a surtir efeito?**

**R:** Sem dúvida alguma, aos poucos a AR vai fazendo pequenas conquistas no que diz respeito à modificação do seu comportamento em contexto escolar e espero que assim continue.

**19 – As estratégias foram delineadas e aprovadas por quem?**

**R:** Falo concretamente em relação à TCC. A ideia partiu de mim que expus à minha coordenadora, que por sua vez falou com a direção da escola, que deu luz verde para avançar.

**20 – Na sua opinião, as estratégias implementadas são suficientes ou pensa em mais alguma alternativa como forma de incluir a aluna no meio escolar?**

**R:** Para já a implementação das TCC tem de continuar a dar frutos, ainda há muito caminho para desbravar. Consoante os avanços ou recuos pensaremos noutras estratégias futuras.

**21 – Nesta escola há mais algum aluno com a mesma problemática?**

**R:** Com esta problemática diagnosticada apenas temos a AR, contudo há um menino a frequentar o 5.º ano que aparenta sinais de MS, embora ainda não esteja diagnosticado formalmente.

## Anexo X - Inquérito por questionário aplicado a membros da direção, a professores, a técnicos e aos assistentes do agrupamento (através do *Google Forms*)

### Mutismo Seletivo na Escola

Caríssimos Senhores.

Sou aluna do curso de Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor do Instituto de Estudos Superiores de Fafe - Escola Superior de Educação de Fafe e necessitava da sua colaboração no preenchimento deste questionário, que diz respeito ao Mutismo Seletivo («Crianças com este transtorno são capazes de falar e compreender a linguagem, mas não o fazem em certas situações sociais, quando é o que se espera deles. Privam-se severamente de participar em atividades em grupo. É como uma forma extrema de timidez, mas a intensidade e a duração distinguem-nas. Uma criança com mutismo seletivo pode ficar completamente calada na escola, por anos, mas falar à vontade em casa).

Recordo-o(a) de que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião para mim é importante. Os dados são estritamente confidenciais e o serão unicamente usados no âmbito deste estudo. Para o efeito basta que preencha com uma cruz (X) o círculo que melhor corresponde à sua opinião.

Muito obrigada pela sua colaboração!

**SEGUINTE**

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

### 1ª Parte – Dados pessoais e profissionais

Preencha a opção que corresponde à sua situação/ resposta:

#### 1. Género \*

- Feminino
- Masculino

#### 2. Idade \*

- 22-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-65

**3. Habilitações \***

- 9.º ano
- 12.º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Formação Especializada
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Outra: \_\_\_\_\_

**4. Profissão \***

- Assistente Operacional
- Assistente Técnico(a)
- Membro da Direção
- Professor
- Psicólogo
- Terapeuta
- Outra: \_\_\_\_\_

**5. Tempo de Serviço \***

- 0-7
- 8-15
- 16-23
- 24-31
- 31-38
- 39-46

**6. Recebeu alguma formação específica na área das Necessidades Educativas Especiais, nas Necessidades Específicas ou na Educação Inclusiva? \***

- Sim
- Não

## 2ª Parte

### Breve Descrição da Problemática

\*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalment
A criança com mutismo seletivo não consegue expressar-se pela fala.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança com mutismo seletivo nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança com mutismo seletivo (MS) nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança com MS é incapaz de falar em determinados contextos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança com MS é incapaz de falar com determinadas pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O "não falar" é uma atitude de defesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As emoções aproximam a criança do meio social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As emoções afastam a criança do meio social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MS é frequentemente causado por situações traumáticas, de ordem física ou psicológica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança com MS é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de MS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A terapia é essencial no tratamento de MS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades lúdicas constituem uma forma pela qual a criança expressa a realidade interna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A interação verbal é essencial no tratamento de MS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com MS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MS é uma problemática crónica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3ª Parte - Criação Culturas e Políticas inclusivas

#### Breve Descrição

\*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalment
Na sua escola todos os alunos são ajudados a integrar-se no meio escolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na sua escola todas as formas de apoio aos alunos com necessidades específicas são coordenadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua escola procura eliminar barreiras que impedem a socialização de todos os alunos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua escola procura detetar comportamentos que inibam a socialização dos alunos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A comunidade na qual a escola se insere encontra-se envolvida na mesma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A direção, os professores, os encarregados de educação, os assistentes operacionais, os assistentes técnicos, os psicólogos e os terapeutas partilham uma filosofia de inclusão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na sua escola todos os alunos são igualmente valorizados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua escola procura remover barreiras à aprendizagem e à participação de todos os alunos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 4ª Parte - Promoção de Práticas Inclusivas

Breve descrição

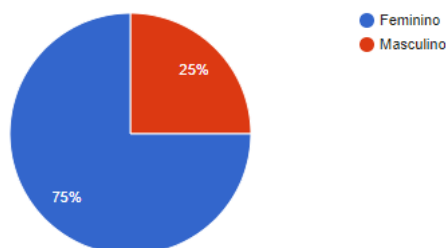
\*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalment
Organiza o seu trabalho de forma a valorizar todos os alunos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os alunos com MS são ativamente envolvidos na sua própria aprendizagem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os alunos com MS aprendem de forma colaborativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A avaliação promove a aprendizagem de todos os alunos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todos os alunos participam nas atividades fora da sala de aula?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A diversidade dos alunos é utilizada como recurso para o ensino aprendizagem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua escola desenvolve recursos para apoiar a aprendizagem e participação dos alunos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os recursos da sua escola são distribuídos de forma justa ara que possam apoiar a inclusão dos alunos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os recursos da comunidade escolar são conhecidos e utilizados pela escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo XI - Tratamento dos dados das respostas ao inquérito por questionário

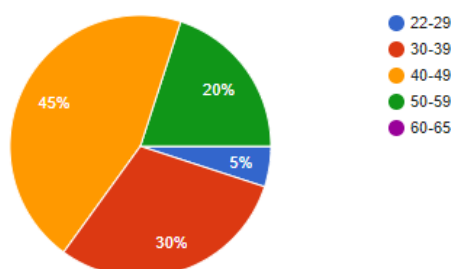
Relativamente ao inquérito por questionário aplicado à comunidade escolar sobre a perturbação da AR, considerando a perceção das pessoas envolvidas acerca da mesma, verifica-se que a maioria dos inquiridos pertence ao género feminino (75%).

**Gráfico 1: Género**



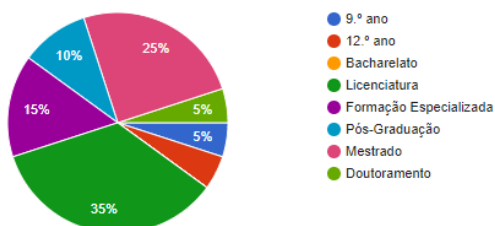
Face à idade, os resultados revelam que 45% da amostra tem idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos, seguindo-se 30% dos indivíduos com idades entre os 30 e os 39 anos.

**Gráfico 2: Idade**



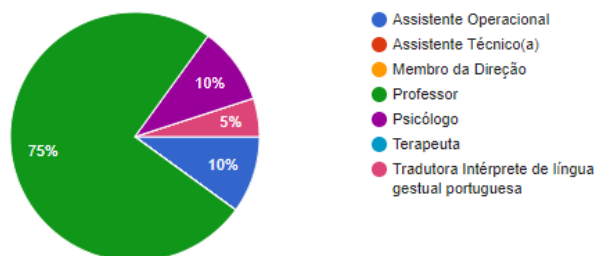
Relativamente às habilitações literárias, 35% dos inquiridos possui licenciatura, 25% mestrado, 15% formação especializada e 10% uma pós-graduação.

**Gráfico 3: Habilitações Literárias**



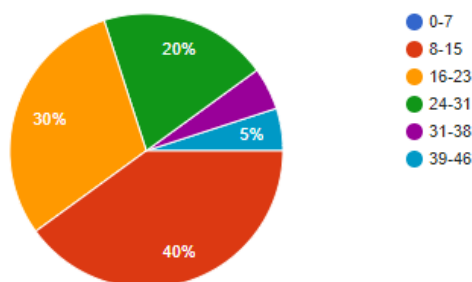
A maior parte dos inquiridos é professor (75%), seguindo-se os psicólogos e os assistentes operacionais (ambos com 10%).

**Gráfico 4: Profissão**



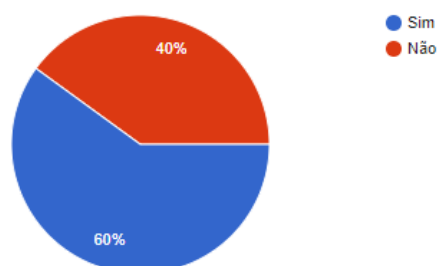
Cerca de 40% da amostra tem entre 8 a 15 anos de serviço e 30% está em atividade entre 16 a 23 anos. Apenas 5%, uma pessoa, trabalha há, pelo menos, 39 anos.

**Gráfico 5: Tempo de Serviço**



Quando questionados sobre se receberam alguma formação específica no âmbito das NEE, necessidades específicas ou da educação inclusiva, pouco mais de metade da amostra indicou ter tido formação (60%).

**Gráfico 6: Formação em NEE, Necessidades Específica e Educação Inclusiva**



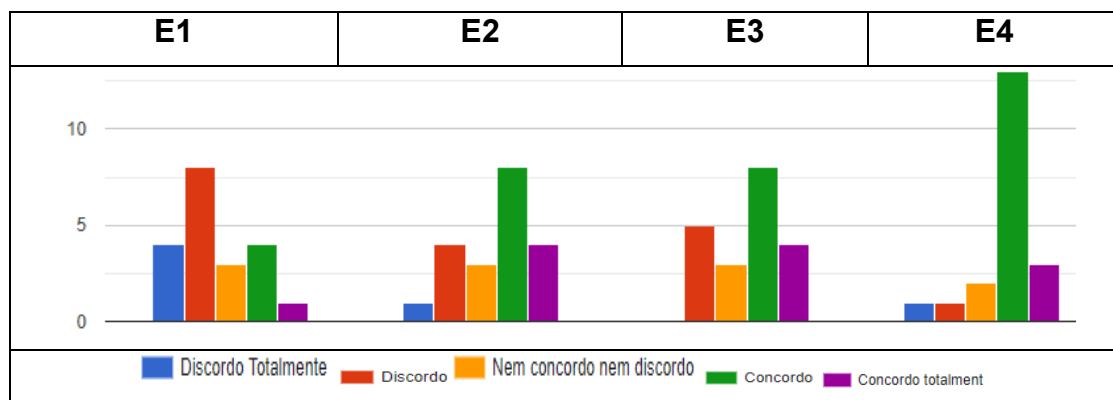
A segunda parte do questionário foca-se na problemática em análise, ou seja, no conhecimento que os inquiridos têm sobre o MS. Assim sendo pode-se aferir que 12 inquiridos discordam da afirmação E1 “*A criança com mutismo seletivo não consegue expressar-se pela fala*”, enquanto 8 inquiridos discordam e 4 discordam totalmente.

Na E2 “*A criança com mutismo seletivo nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos*”, 12 inquiridos concordam com esta afirmação (8 concordam e 4 concordam totalmente), enquanto que 5 inquiridos discordam (4 discordam e 1 discorda totalmente).

Na E3 “*A criança com mutismo seletivo nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas*”, verifica-se que 12 inquiridos concordam com esta afirmação (8 concordam e 4 concordam totalmente), enquanto que 5 inquiridos discordam.

Na E4 “*A criança com mutismo seletivo é incapaz de falar em determinados contextos*”, a maioria dos inquiridos concorda com a afirmação.

**Gráfico 7: 2.ª Parte**



Na E5 “*A criança com mutismo seletivo é incapaz de falar com determinadas pessoas*”, existem 12 inquiridos que concordam (9 concordam e 3 concordam totalmente), enquanto que 4 inquiridos discordam (1 pessoa discorda totalmente e 3 discordam totalmente).

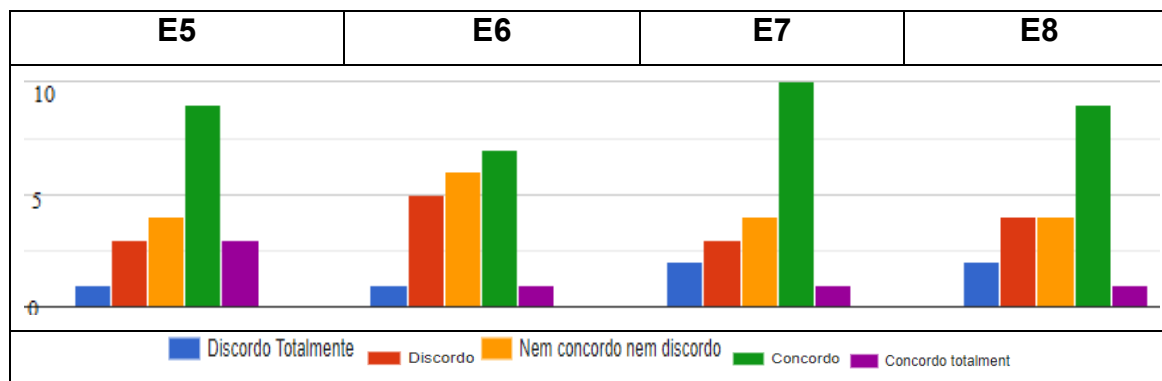
Na E6 “*“Não falar” é uma atitude de defesa*”, existem 8 inquiridos que concordam (7 concordam e 1 concorda totalmente) e 6 que discordam (5 discordam e 1 discorda totalmente).

Na E7 “*As emoções aproximam a criança do meio social*”, 11 inquiridos concordam (10 concordam e 1 concorda totalmente) que as emoções aproximam a criança do meio social e que a terapia é essencial para o tratamento do mutismo seletivo.

Na E8 “*As emoções afastam a criança do meio social*”, 10 inquiridos concordam (9 concordam e 1 concorda totalmente), enquanto apenas 2 discordam totalmente, ou seja, existe

um contrassenso, pois, se por um lado os inquiridos concordam que as emoções aproximam a criança do meio social, também discordam sobre o mesmo.

**Gráfico 8: 2.ª Parte (cont.)**

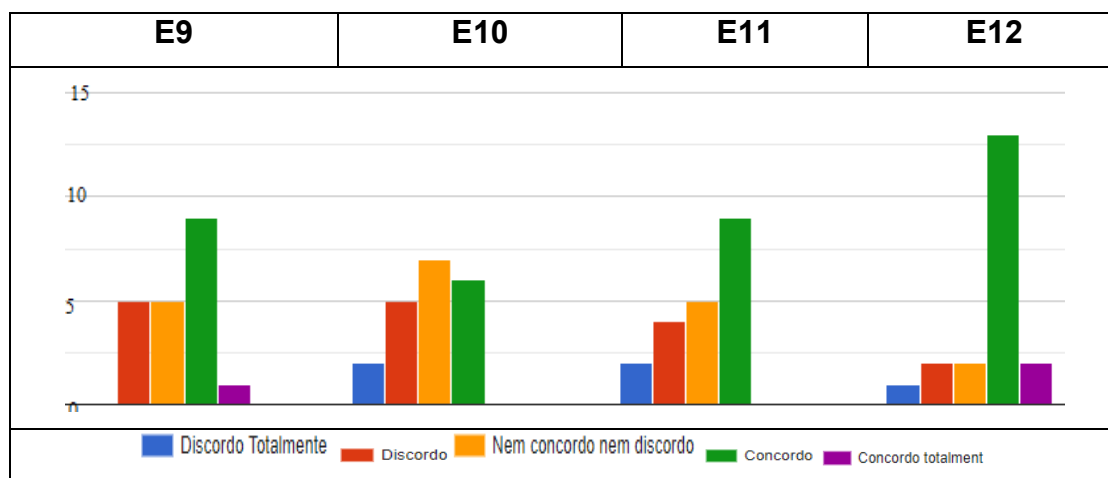


Na E9 “*O mutismo seletivo é frequentemente causado por situações traumáticas, de ordem física ou psicológica*”, 9 inquiridos concorda, enquanto 5 discordam e 5 mantêm uma opinião neutra.

Na afirmação E10 “*A criança com mutismo seletivo é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças*”, 4 inquiridos deram uma resposta neutra, enquanto que 5 discordam da afirmação e 7 concordam com a mesma.

Na E11 “*Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de mutismo seletivo*”, 9 inquiridos concordam a afirmação., enquanto 5 mantêm uma opinião neutra.

**Gráfico 9: 2.ª Parte (cont.)**



Na E12 “*A terapia é essencial no tratamento do mutismo seletivo*”, a maioria dos inquiridos concorda que a terapia é essencial, enquanto apenas 3 discordam

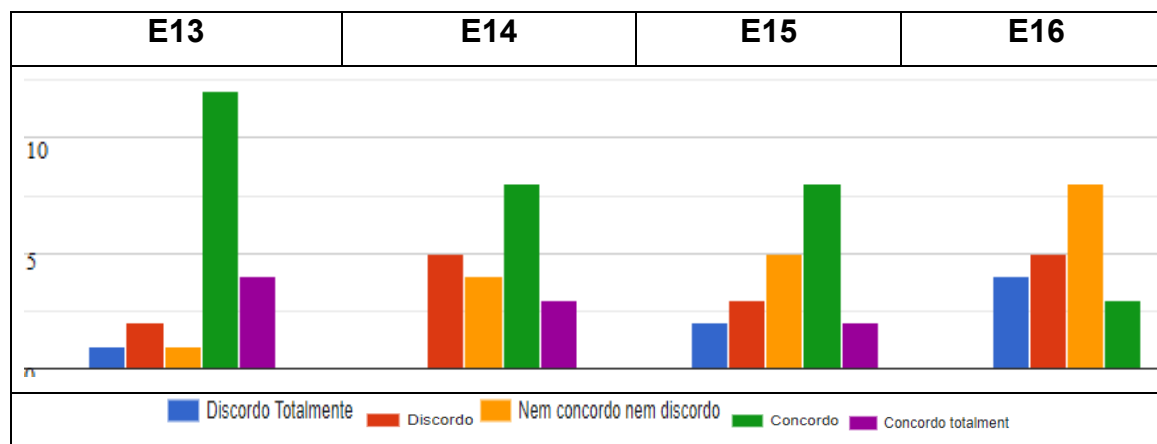
Na E13 “*Atividades lúdicas constituem uma forma pela qual a criança expressa a realidade interna*”, a maioria concorda (12 concordam e 4 concordam totalmente) que as atividades lúdicas constituem uma forma pela qual a criança expressa a realidade interna.

Na E14 “*A interação verbal é essencial no tratamento de mutismo seletivo*”, a maioria dos inquiridos concorda (8 concordam e 3 concordam totalmente) com esta afirmação. Na E15 “*As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com mutismo seletivo*”, 10 inquiridos concordam (8 concordam e 2 concordam totalmente).

Na E15 “*As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com mutismo seletivo*”, 10 inquiridos concordam (8 concordam e 2 concordam totalmente).

Por sua vez, na E16 “*O mutismo seletivo é uma problemática crónica*”, 9 inquiridos discordam (4 discordam e 5 discordam totalmente), enquanto que apenas 3 concordam.

**Gráfico 10: 2.ª Parte (cont.)**



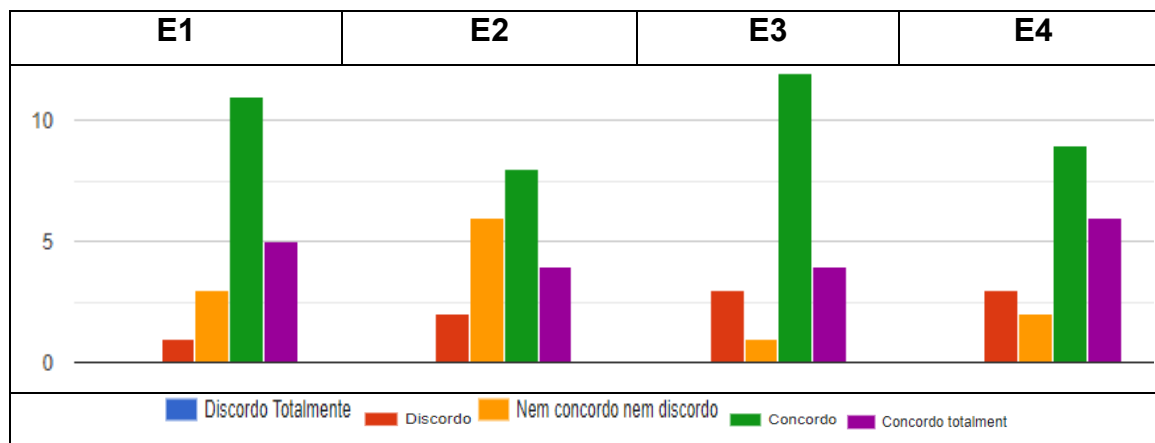
Na terceira parte do questionário, onde se analisa a criação de culturas e políticas inclusivas, a maioria dos inquiridos concorda (11 concordam e 5 concordam totalmente) com a afirmação E1 “*Na sua escola todos os alunos são ajudados a integrar-se no meio escolar*”.

Na E2 “*Na sua escola todas as formas de apoio aos alunos com necessidades específicas são coordenadas*”, 12 inquiridos concordam (8 concordam e 4 concordam totalmente).

Na E3 “*A sua escola procura eliminar barreiras que impedem a socialização de todos os alunos*”, 16 inquiridos concordam (12 concordam e 4 concordam totalmente).

Também na E4 “*A sua escola procura detetar comportamentos que inibam a socialização dos alunos*”, os resultados são semelhantes.

**Gráfico 11: 3.ª Parte**



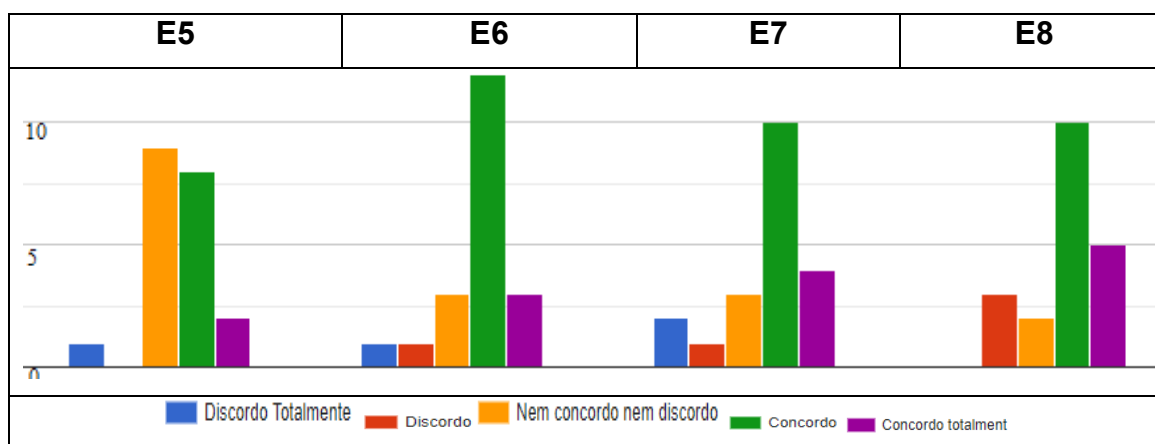
Na E5 “*A comunidade na qual a escola se insere encontra-se envolvida na mesma*”, 10 inquiridos (8 concordam e 2 concordam totalmente), enquanto 9 mantêm uma opinião neutra.

Na E6 “*A direção, os professores, os encarregados de educação, os assistentes operacionais, os psicólogos e os terapeutas partilham uma filosofia de inclusão*”, a maioria dos inquiridos concorda (12 concordam e 3 concordam totalmente).

Na E7 “*Na sua escola todos os alunos são igualmente valorizados*”, 14 inquiridos concordam (10 concordam e 4 concordam totalmente).

Na E8 “*A sua escola procura remover barreiras à aprendizagem e à participação de todos os alunos*”, a maioria dos inquiridos concorda (10 concordam e 5 concordam totalmente).

**Gráfico 12: 3.ª Parte (cont.)**



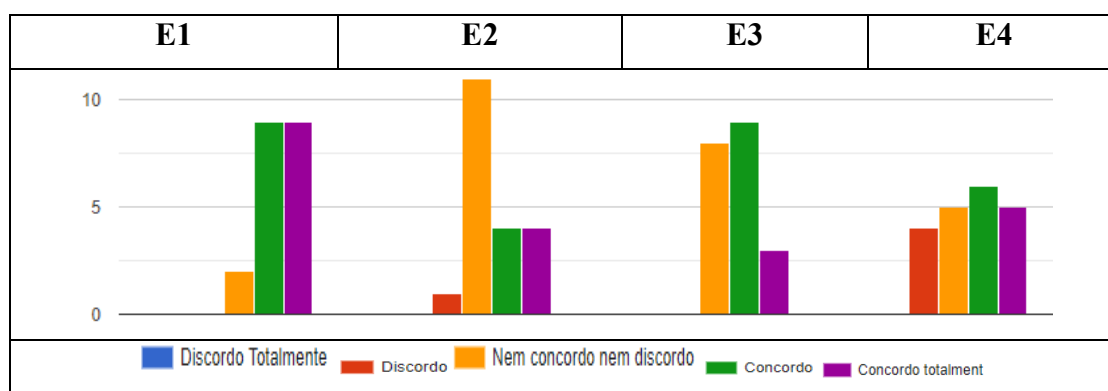
A 4.<sup>a</sup> parte e última parte foca-se na promoção de práticas inclusivas, tendo obtido como respostas na afirmação E1 “*Organiza o seu trabalho de forma a valorizar todos os alunos*”, uma concordância por parte da maioria dos inquiridos (n=18).

Na E2 “*Os alunos com mutismo seletivo são ativamente envolvidos na sua própria aprendizagem*”, 11 inquiridos mantêm uma resposta neutra, enquanto 8 concordam com a afirmação (4 concordam e 4 concordam totalmente).

Na E3 “*Os alunos com mutismo seletivo aprendem de forma colaborativa*”, 12 inquiridos concordam (9 concordam e 3 concordam totalmente).

Na E4 “*A avaliação promove a aprendizagem de todos os alunos*”, 11 inquiridos concordam (6 concordam e 5 concordam totalmente).

**Gráfico 13: 4.<sup>a</sup> Parte**



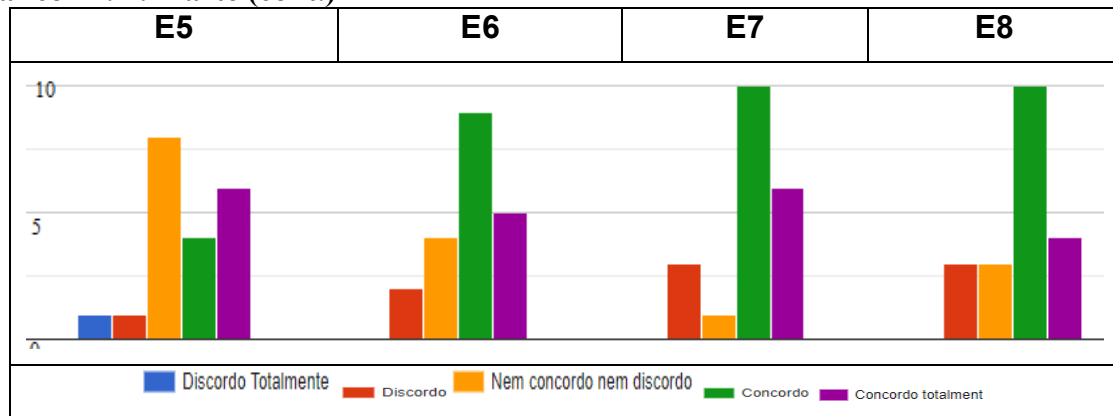
Já na E5 “*Todos os alunos participam nas atividades fora da sala de aula*”, 12 inquiridos concordaram (4 concordam e 6 concordam totalmente), enquanto que 8 inquiridos deram uma resposta neutra.

Na E6 “*A diversidade dos alunos é utilizada como recurso para o ensino-aprendizagem*”, 14 inquiridos concordam (9 concordam e 5 concordam totalmente) com esta afirmação.

Na E7 “*A sua escola desenvolve recursos para apoiar a aprendizagem e participação dos alunos*”, a maioria dos inquiridos concorda (10 concordam e 6 concordam totalmente) com esta afirmação.

Na E8 “*Os recursos da sua escola são distribuídos de forma justa para que possam apoiar a inclusão dos alunos*”, 14 inquiridos concordam (10 concordam e 4 concordam totalmente) com esta afirmação.

**Gráfico 14: 4.ª Parte (cont.)**



Por último, na E9 “Os recursos da comunidade escolar são conhecidos e utilizados pela escola”, 12 inquiridos concordam (8 concordam e 4 concordam totalmente) com esta afirmação.

**Gráfico 14: 4.ª Parte (cont.)**

