



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na
Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor

O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/

Atividade Lúdica

– na perspetiva de profissionais ligados à educação

Célia Margarida da Silva Ribeiro

Lisboa, abril de 2013



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade
em Domínio Cognitivo-Motor

O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/ Atividade Lúdica

Célia Margarida da Silva Ribeiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo
e Motor sob a orientação da

Professora Cristina Gonçalves

Lisboa, abril de 2012

"alguém para ouvir o que o outro alguém tem para dizer"

(Bion, 1979)

RESUMO

O Mutismo Seletivo é uma problemática que envolve principalmente crianças em idade escolar, sendo aqui que mais frequentemente este se manifesta, e que compromete a sua performance nos contextos social e escolar. É um transtorno pouco conhecido e reconhecido o que dificulta não só o diagnóstico mas também a definição de estratégias de tratamento.

Neste estudo é feito um trabalho ao nível da revisão da literatura existente no que diz respeito ao Mutismo Seletivo e que inclui o conceito e a sua evolução, a(s) etiologia(s) do problema, prevalência, diagnóstico, prognóstico e tratamento. Paralelamente são perspectivadas algumas hipóteses de tratamento com vista à superação do problema à luz dos conceitos de ludoterapia e atividades lúdicas, e que incluem uma análise dos conceitos de ludoterapia, de atividade lúdica, brincar, brinquedo, brincadeira, ludodiagnóstico, ludoterapia comportamental e atividades a desenvolver dentro e fora da sala de aula.

Apresentamos, ainda, os resultados de um estudo exploratório que consistiu na aplicação de um questionário a educadores, professores, psicólogos e terapeutas acerca das temáticas referidas.

PALAVRAS CHAVE: mutismo seletivo, ludoterapia, atividades lúdicas.

ABSTRACT

Selective Mutism is a problem that mainly involves children in school age, being here the place where it more clearly manifests itself, and that compromises the children's performance in the social and school environments. It is an almost unknown and unrecognized concept and these facts end up hardening not only the diagnosis but also the definition of treatment strategies.

This study deals with the theoretical literature of Selective Mutism that includes the concept and its development throughout time, the etiology, prevalence, diagnosis, prognosis and treatment. Besides, some hypothesis are suggested in terms of treatment aiming the surpassing of the problem always bearing in mind the concepts of play therapy and play time, that include the analysis of the concepts of play therapy, play time, playing, toy, play diagnosis, behavioral play therapies and play activities in and out of the classroom.

Further, the results of an exploratory study are presented. This study resulted from the application of a questionnaire to teachers, psychologists and therapists about the issues mentioned above.

KEY WORDS: Selective Mutism, play therapy, playing.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMO | v |
| ABSTRACT | vi |
| ÍNDICE..... | vii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | ix |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| Parte 1: REVISÃO DA LITERATURA..... | 14 |
| Capítulo 1: MUTISMO SELETIVO | 14 |
| 1. Conceptualização histórica do mutismo seletivo..... | 14 |
| 2. Critérios DSM-IV-TR (APA, 2000)..... | 15 |
| 3. Etiologia..... | 16 |
| 3.1. Teorias psicodinâmicas | 16 |
| 3.2. Teorias biológicas | 17 |
| 3.3. Teorias comportamentais | 17 |
| 3.4. Comorbilidades | 18 |
| 3.5. Neuro desenvolvimento..... | 19 |
| 4. Prevalência | 20 |
| 5. Diagnóstico..... | 20 |
| 6. Prognóstico..... | 24 |
| 7. Tratamento..... | 24 |
| Capítulo 2: LUDOTERAPIA /ATIVIDADES LÚDICAS | 28 |
| 1. Evolução histórica da interpretação do conceito de atividade lúdica | 28 |
| 2. Brincar/brinquedo/brincadeira/jogo | 29 |
| 3. Conceito de ludoterapia..... | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Ludodiagnóstico - ludoterapia como diagnóstico | 34 |
| 5. Ludoterapia comportamental | 38 |
| 6. A família e a escola | 43 |
| Parte 2: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO | 49 |
| 1. Definição do problema | 49 |
| 2. Objetivos do estudo | 50 |
| 3. Hipóteses | 50 |
| 4. Instrumentos de investigação | 51 |
| 5. Dimensão e critérios de Seleção da Amostra | 52 |
| 6. Protocolo de recolha e aplicação de dados / ética da pesquisa | 52 |
| 7. Procedimentos estatísticos | 53 |
| 8. Cronograma | 53 |
| Parte 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 54 |
| Parte 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 79 |
| CONCLUSÕES | 88 |
| BIBLIOGRAFIA | 91 |
| Apêndice 1 | 96 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Género | 55 |
| Gráfico 2 - Idade | 55 |
| Gráfico 3 - Habilitações | 56 |
| Gráfico 4 - Profissão | 57 |
| Gráfico 5 - Tempo de serviço | 57 |
| Gráfico 6 - Formação em NEE | 58 |
| Gráfico 7 - A criança com MS não consegue expressar-se pela fala | 58 |
| Gráfico 8 - A criança com MS nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos. | 59 |
| Gráfico 9 - A criança com MS nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas..... | 60 |
| Gráfico 10 - A criança com MS é incapaz de falar em determinados contextos..... | 60 |
| Gráfico 11 - A criança com MS é incapaz de falar com determinadas pessoas. | 61 |
| Gráfico 12 - Há traços biogenéticos que conduzem ao desenvolvimento de MS. | 62 |
| Gráfico 13- O MS manifesta-se na faixa etária dos 3-6 anos. | 62 |
| Gráfico 14 - O “não falar” é uma atitude de defesa..... | 63 |
| Gráfico 15 - As emoções aproximam a criança do meio social..... | 64 |
| Gráfico 16 - As emoções afastam a criança do meio social. | 64 |
| Gráfico 17 - O MS é frequentemente causado por situações traumáticas, de ordem física ou psicológica..... | 65 |
| Gráfico 18 - A criança com MS é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças. | 66 |
| Gráfico 19 - A criança com MS apresenta um quadro de fobia social e timidez excessiva. | 66 |
| Gráfico 20 - Quando uma criança para de comunicar em ambientes sociais é um alerta para esta perturbação..... | 67 |
| Gráfico 21 - Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de MS. | 68 |
| Gráfico 22 - A terapia é essencial no tratamento de MS. | 68 |
| Gráfico 23 - A diminuição da ansiedade da criança atenua os sintomas..... | 69 |
| Gráfico 24 - O recurso a fármacos é essencial no tratamento de MS..... | 70 |
| Gráfico 25 - A indicação da ludoterapia parte habitualmente dos pais da criança com MS. | 70 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 26 - A ludoterapia propicia um ambiente que quebra inevitavelmente as barreiras da fala. | 71 |
| Gráfico 27 - O brinquedo pode ser considerado um instrumento de investigação e intervenção clínica..... | 72 |
| Gráfico 28 - A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna..... | 72 |
| Gráfico 29 - Jogar e brincar funcionam da mesma maneira para a criança..... | 73 |
| Gráfico 30 - Brincar é uma forma privilegiada de comunicação..... | 74 |
| Gráfico 31 - O jogo e a brincadeira são formas privilegiadas de estabelecer o vínculo terapêutico. | 74 |
| Gráfico 32 - O jogo e o brinquedo levam à manifestação de emoções. | 75 |
| Gráfico 33 - A interação verbal é essencial no tratamento de MS. | 76 |
| Gráfico 34 - As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com MS..... | 76 |
| Gráfico 35 - O jogo permite à criança trabalhar psicologicamente os conflitos, as agressões e problemas afetivos..... | 77 |
| Gráfico 36 - O MS é uma problemática crónica. | 78 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela1 – cronograma | 52 |
| Tabela 2 – Género | 55 |
| Tabela 3 – Idade | 55 |
| Tabela 4 – Habilitações | 56 |
| Tabela 5 – Profissão | 57 |
| Tabela 6 - Tempo de serviço. | 57 |
| Tabela 7 – Formação em NEE..... | 58 |
| Tabela 8 - A criança com MS não consegue expressar-se pela fala. | 58 |
| Tabela 9 - A criança com MS nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos. | 59 |
| Tabela 10 - A criança com MS nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas. | 60 |
| Tabela 11 – A criança com MS é incapaz de falar em determinados contextos. | 60 |
| Tabela 12 – A criança com MS é incapaz de falar com determinadas pessoas. | 61 |
| Tabela 13 - Há traços biogénéticos que conduzem ao desenvolvimento de MS. | 62 |
| Tabela 14 - O MS manifesta-se na faixa etária dos 3-6 anos. | 62 |

| | |
|---|----|
| Tabela 15 - O “não falar” é uma atitude de defesa. | 63 |
| Tabela 16 - As emoções aproximam a criança do meio social. | 64 |
| Tabela 17 - As emoções afastam a criança do meio social. | 64 |
| Tabela 18 – O MS é frequentemente causado por situações traumáticas, de ordem física ou psicológica. | 65 |
| Tabela 19 - A criança com MS é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças. | 66 |
| Tabela 20 - A criança com MS apresenta um quadro de fobia social e timidez excessiva. | 66 |
| Tabela 21 - Quando uma criança para de comunicar em ambientes sociais é um alerta para esta perturbação. | 67 |
| Tabela 22 - Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de MS. | 68 |
| Tabela 23 - A terapia é essencial no tratamento de MS. | 68 |
| Tabela 24 - A diminuição da ansiedade da criança atenua os sintomas. | 69 |
| Tabela 25 - O recurso a fármacos é essencial no tratamento de MS. | 70 |
| Tabela 26 - A indicação da ludoterapia parte habitualmente dos pais da criança com MS. | 70 |
| Tabela 27 - A ludoterapia propicia um ambiente que quebra inevitavelmente as barreiras da fala. | 71 |
| Tabela 28 - O brinquedo pode ser considerado um instrumento de investigação e intervenção clínica. | 72 |
| Tabela 29 - A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna. | 72 |
| Tabela 30 - Jogar e brincar funcionam da mesma maneira para a criança. | 73 |
| Tabela 31 - Brincar é uma forma privilegiada de comunicação. | 74 |
| Tabela 32 - O jogo e a brincadeira são formas privilegiadas de estabelecer o vínculo terapêutico. | 74 |
| Tabela 33 - O jogo e o brinquedo levam à manifestação de emoções. | 75 |
| Tabela 34 - A interação verbal é essencial no tratamento de MS. | 76 |
| Tabela 35 - As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a criança com MS. | 76 |
| Tabela 36 - O jogo permite à criança trabalhar psicologicamente os conflitos, as agressões e problemas afetivos. | 77 |
| Tabela 37 - O MS é uma problemática crónica. | 78 |

INTRODUÇÃO

A noção de silêncio está associada a uma ausência total ou relativa de sons audíveis. No entanto, e por analogia, este termo está associado à ausência de comunicação. Culturalmente o silêncio pode ser interpretado de forma negativa ou de forma positiva de acordo com o contexto. No entanto, por que será que há crianças que apresentam um silêncio seletivo em determinados contextos, nomeadamente na escola, ou com determinadas pessoas? Será esta uma forma de comunicação? Serão elas incapazes de verbalizar o que sentem? Estarão elas a demonstrar arrogância ou até insolência? Então porque é que a ausência de fala apenas surge em determinados ambientes? Serão apenas teimosas e estão a reprimir a sua violência contra a situação em que estão ou contra uma situação que viveram? Estarão, pelo contrário, a “gritar” por ajuda ainda que imersas num silêncio desesperante?

Partindo destas e de outras questões, este trabalho debruça-se sobre uma manifestação, que é relativamente pouco conhecida e que é atualmente, e de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), denominada de *Mutismo Seletivo*. Esta problemática está associada a uma recusa por parte da criança em falar em determinadas situações e/ou contextos. O Mutismo Seletivo (a partir deste momento designado MS) é uma condição em que crianças, adolescentes e mesmo alguns adultos sentem dificuldade ou mesmo incapacidade em falar em ambientes específicos, apesar de possuírem competências vocabulares e académicas e de o fazerem noutras circunstâncias.

Começaremos por tentar perceber o conceito de Mutismo Seletivo no eixo da temporalidade tendo sempre presente a natureza heterógena da condição, que conduz a uma etiologia dúbia e de difícil definição. No entanto, e embora seja de extrema dificuldade fazer o mapeamento das causas que levam a este transtorno, tentaremos esboçar as principais que se prendem com aspetos relacionados com a herança genética, os traços pessoais e o tipo de interações estabelecidas no seio familiar, entre outros. A idade em que ocorre, as características mais comuns, formas de diagnóstico e possibilidades de tratamento, serão, também, abordadas no sentido de tentar conhecer a problemática o mais profundamente possível por forma a tentar encontrar possibilidades de intervenção adequadas e eficazes.

Por outro lado, e já totalmente centrados na busca de tratamentos ou possibilidades de intervenção, centrar-nos-emos na utilização da ludoterapia e de atividades lúdicas em situação de

MS. Aqui, tentaremos perceber, também no eixo da temporalidade, algumas questões relacionadas com o brinquedo, o ato de brincar, o jogo, as suas funções, objetivos e possibilidades. O conceito de ludoterapia surge na medida em que a problemática do MS é mais evidente em crianças e este tipo de terapia está quase que obrigatoriamente associado a elas. O brincar, como ato característico de qualquer criança, será visto à luz de várias teorias que visam a análise deste atividade tão aparentemente simples. Tentaremos, ainda, perceber o uso do ludodiagnóstico e da ludoterapia comportamental como estratégia de intervenção. Tendo em conta que a criança e as suas vivências estão centradas nos eixos família – escola, tentaremos, também, perspetivar o uso do lúdico nestes contextos com vista ao fim do silêncio ensurdecedor que circunda a criança com MS.

Depois de abordadas as questões teóricas em torno dos conceitos dominantes deste trabalho, mutismo seletivo e ludoterapia, passaremos a uma parte mais prática em que será feito um estudo no sentido de tentar perceber a opinião de diversos profissionais ligados ao contexto educativo. Serão realizados inquéritos com afirmações mais ou menos consensuais relativamente a cada uma das temáticas. Estes inquéritos pretendem aferir o grau de conhecimento dos inquiridos relativamente à problemática do MS. Pretendem, ainda, no caso de desconhecimento, dar a conhecer, suscitar a curiosidade e levar ao esclarecimento de algumas questões. Por outro lado, através dos inquéritos, poderemos perspetivar a opinião dos inquiridos acerca do recurso a atividades lúdicas, essencialmente no âmbito escolar, não só relativamente a crianças afetadas com MS mas também as crianças em geral ou com outro tipo de problemáticas. Nestas questões estamos certos que as opiniões serão bastante elucidativas e seguras e revelarão uma postura ou pró lúdica ou contra lúdica. Com este trabalho pretendemos, em grande parte, salientar os aspetos positivos do uso de atividades lúdicas ou com caráter lúdico, especificamente no contexto educativo, como abordagem a determinadas problemáticas, especificamente o MS, percebendo, no entanto, as limitações do estudo relacionadas, por exemplo, com a representatividade da amostra.

Através da análise dos resultados obtidos, será possível tentar estabelecer relações entre o uso da ludoterapia ou de atividades lúdicas e o fim do silêncio ansiado por pais, familiares, amigos, professores e terapeutas. Como é evidente, este silêncio não cessará como a luz do dia após a chegada da noite. Como em qualquer problemática que envolve crianças, relações sociais, questões emocionais, características intrínsecas e fatores ambientais, por exemplo, a caminhada será longa e o percurso a ser percorrido poderá ser lento, por vezes sinuoso, com avanços e retrocessos, havendo apenas a garantia que se forem reunidos os esforços as possibilidades de sucesso serão ampliadas.

Parte 1: REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo 1: MUTISMO SELETIVO

1. Conceptualização histórica do mutismo seletivo

O MS, embora já tivesse sido identificado anteriormente, foi pela primeira vez descrito pelo médico alemão Kussmaul em 1877, que referiu pacientes que não falavam em algumas situações, apesar de terem habilidade linguística para o fazer, tendo denominado o problema de “afasia voluntária”, um quadro de uma criança aparentemente desafiadora que, em determinadas situações, escolhia não comunicar. Em 1934, Tramet introduziu a designação *mutismo eletivo* para descrever um quadro que apresenta alguém com incapacidade de falar em situações em que seria esperado que o fizesse. O termo *eletivo* sugeria, também, que havia uma decisão deliberada para não falar. Neste sentido, a literatura salientava a oposição como uma variável chave no MS Halpern, Hammond e Cohen (1971) descreviam as crianças com MS como sendo imaturas, controladoras e com comportamentos de oposição.

No entanto, o DSM-IV-TR (APA, 2000) mudou o nome desta condição de “mutismo eletivo” para “mutismo seletivo”. Santos (2005) concorda que esta disfuncionalidade não é um comportamento voluntário e, decorrente disto, concorda também com a mudança que ocorreu ao nível da classificação no DSM-IV, em 1994, e que tornou oficial a terminologia agora usada para descrever o MS com um carácter involuntário. De acordo com Prado, Revers e Marrocos (2008), esta mudança de terminologia representou uma transição. A criança entraria em MS não por vontade própria mas porque o contexto social favorecia a não comunicação, delineando um quadro de ansiedade e de fobia social.

Anstending (1999) assume o MS como sendo um transtorno de ansiedade, de fobia social ou um transtorno pós-traumático e, por isso, sugere uma nova mudança ao nível terminológico em futuras revisões do referido manual. Kristensen (2000) também descreveu a relação estreita que existe entre MS e transtornos de ansiedade demonstrando a presença de fobia social em

setenta e cinco por cento dos casos estudados (a criança tem um comportamento normalizado e funcional no seio familiar e no contexto social apresenta um quadro de evitação).

De facto, atualmente os estudos estão centrados na relação entre o mutismo e sintomas de ansiedade, embora Omdal and Galloway (2008) tenham explorado a hipótese de o MS ser uma fobia específica da fala. No entanto, Carbone, Schmidt, Cunningham, McHolm, St Pierre and Boyle (2010) também encontraram provas de que o MS é uma desordem de ansiedade mas com défices específicos ao nível da funcionalidade social e da ansiedade social.

2. Critérios DSM-IV-TR (APA, 2000)

O Mutismo Seletivo é ainda pouco compreendido embora tenha havido um aumento dos estudos desta temática. Os critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV-TR (APA, 2000) são:

- A. Incapacidade persistente de falar em situações sociais específicas (situações em que se espera que fale como, por exemplo, na escola) apesar de o fazer noutras situações;
- B. A alteração interfere no rendimento escolar ou laboral ou na comunicação social;
- C. A duração da perturbação é de, pelo menos, um mês (não limitada ao primeiro mês de escola);
- D. A incapacidade de falar não é devida à falta de conhecimentos ou de familiaridade com a língua requerida na situação social;
- E. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma perturbação de comunicação (por exemplo gaguez) e não ocorre exclusivamente no decurso de uma perturbação global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica

De um modo geral, as crianças diagnosticadas com MS têm competências comunicativas ditas normais ou satisfatórias embora, por vezes, possa haver um transtorno associado, por exemplo, ao nível da linguagem expressiva.

A timidez, o temperamento inibido, a ansiedade e o isolamento social, bem como comportamentos compulsivos, baixa autoestima e défice cognitivo, podem ser associados.

Santos (2005) considera que esta manifestação é tão complexa que pode assumir diferentes padrões. Pode haver crianças que não falem especificamente com adultos, crianças que só falem com uma outra criança, crianças que se limitem a murmurar com determinadas pessoas e em determinados contextos, entre outras variáveis.

3. Etiologia

O MS pode ser o resultado de uma série de fatores que incluem características orgânicas e ambientais e que dificultam e, por vezes, impedem o desenvolvimento e a aquisição de competências de interação social.

De facto, ao longo das últimas décadas, temos vindo a verificar algumas alterações no que diz respeito à descrição da etiologia do MS, que inicialmente era associada a um tipo de trauma emocional, familiar ou ambiental. Como afirma Stein (2001), o MS poderia ter ser desencadeado por um trauma como o abuso sexual, a hospitalização ou morte familiar. Atualmente não existem relatos de pesquisas que indiquem evidências empíricas que comprovem o trauma ou abuso como fator desencadeador.

Viana, Beidel e Rabian (2009) propõem uma perspetiva psicopatológica do desenvolvimento para a compreensão da etiologia do MS. Fala-se em patologia na medida em que é o resultado da mistura de fatores individuais e ambientais. Cohan, Price e Stain (2006) reconhecem a interação da genética, do temperamento, do desenvolvimento e de fatores sociais.

3.1. Teorias psicodinâmicas

Segundo Atienza (2001), o modelo psicodinâmico admite a existência de uma série de fatores que podem estar na origem de MS, podendo haver uma alteração intrapsíquica relacionada com um trauma emocional ou com conflitos não resolvidos. São eles, por exemplo, a hipersensibilidade face a impulsos instintivos, o trauma psíquico durante o período crítico de desenvolvimento da linguagem, os mecanismos de medo, a ausência de segurança, os ambientes familiares permissivos, os conflitos psíquicos internos não resolvidos, a dependência entre a criança e os pais, a ligação da criança à mãe, a ansiedade de separação, entre outros. Os fatores psicodinâmicos e psicossociais associados a distúrbios neuro psicológicos parecem, também, propiciar a situação.

3.2. Teorias biológicas

Uma perspectiva biológica refere características intrínsecas da criança que favorecem esta situação havendo, no entanto, um padrão familiar que inclui comportamentos semelhantes e/ou manifestações de ansiedade, fobia ou perturbações obsessivo-compulsivas.

Rodriguez et al (1996) considera que dentro das variáveis biológicas se podem distinguir dois subgrupos. O primeiro inclui variáveis evolutivas, que parecem apresentar um caráter universal e com efeitos ao nível do comportamento, e que seriam transmitidos geneticamente. O segundo tem em consideração variáveis como o género, lesões cerebrais ou alterações anatómicas com uma implicação direta na produção do som.

As histórias e os sistemas familiares parecem estar ligados à etiologia biológica, o que parece reforçar a ideia da ligação entre fatores ambientais e intrínsecos. Historicamente os estudos salientavam a relação entre MS e a autonomia da criança, medo da separação, sensação de abandono, dependência, depressão materna, pais controladores, sobre proteção, vergonha e ansiedade social sentida pelos pais, desordens ao nível da comunicação, entre outros. A neurose familiar, superproteção ou dominação materna, pai severo e distante, são vistas por alguns autores como um fatores desencadeadores de MS.

Alguns críticos consideram que na base do MS podem estar anomalias fisiológicas no cérebro. Para Gordon (2001) há um mutismo orgânico que está relacionado com possíveis lesões no cerebelo. Estas linhas justificam que possa ser feita uma abordagem farmacológica.

3.3. Teorias comportamentais

Partindo do princípio que o MS está associado à ansiedade, a associação a teorias comportamentais tem sido amplamente usada. Leonard e Topol (1993) referem que o MS é visto como uma resposta apreendida que é reforçada. Esta ideia foi, também, referida por Omdal & Gallaway (2008), que advoga que a criança desenvolve uma identidade social de ser seletivamente muda e o seu comportamento é reforçado se não for desafiada a mudar.

3.4. Comorbilidades

A ansiedade social, de acordo com Black & Uhde (1992), é transmitida familiarmente para a criança e é meramente um sintoma expressivo de fobia social. Assim, muitas crianças com MS revelam traços comportamentais como a timidez, preocupações com evitação social, o medo, o apego e o negativismo. Estas manifestações têm uma incidência muito maior do que sintomas desafiadores opositivos ou comportamento agressivo. Parece evidente uma relação entre o comportamento mudo e o comportamento ansioso, pelo que muitos autores têm proposto que o mutismo seja visto como um sintoma de ansiedade e não como um transtorno.

Em 1999, numa conferência patrocinada pelo National Institute of Mental Health, acerca dos distúrbios de ansiedade na juventude, na linha de pensamento de Black and Uhde, foi sugerido que o MS fosse considerado um subtipo de fobia social. Atualmente a fobia social é classificada como um comportamento e tendencialmente as crianças com MS demonstram evitação não só vocal mas também física. De facto, estudos farmacológicos têm provado que os fármacos utilizados no tratamento da fobia social se mostram igualmente eficazes no tratamento de MS. De acordo com Black & Uhde (1992) as crianças com MS sofrem de elevados níveis de ansiedade social e timidez e, muito frequentemente, manifestam sintomas de fobia social e desordem de evitação bem como elevada incidência de desordens de ansiedade entre familiares de crianças com MS.

A definição atual de fobia social é a de um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa se sente exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação dos outros. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar a sua ansiedade e que este comportamento possa ser humilhante ou embaraçoso para si (APA, 2000). De acordo com Picon et al (2002) o transtorno de ansiedade social, mais conhecido como fobia social, é uma categoria diagnóstica recente, muito prevalente, crónica, incapacitante e com altas taxas de Comorbidade. Estudos epidemiológicos têm demonstrado ser a fobia social o transtorno de ansiedade mais prevalente. As suas causas são múltiplas e o modelo etiológico ainda não está completamente esclarecido.

A ansiedade social / fobia na infância é agora reconhecida como um transtorno que substitui o transtorno de evitação da infância. Os transtornos de ansiedade social podem ser restritos a situações específicas ou podem apresentar-se na maioria das situações sociais. Esta forma mais generalizada corresponde aproximadamente ao antigo transtorno de evitação da infância. Isto advogam Beidel & Turner (1998), que também consideram que os critérios de diagnóstico diferem em alguns aspetos dos do adulto, pois o papel dos processos de desenvolvimento é tido em consideração. As crianças envolvem-se em diferentes tipos de

interação social e as suas habilidades cognitivas não permitem uma completa compreensão do transtorno.

É necessário verificar se a ansiedade social ocorre com grupos de iguais e não somente na interação com adultos, pois muitas vezes as crianças são tímidas ou inibidas na presença de adultos. Ao contrário dos adultos, as crianças com ansiedade social podem não ter a autonomia para optar por evitar situações temidas e podem ser incapazes de identificar a natureza específica da sua ansiedade.

A duração dos sintomas é essencial para distinguir entre uma disfunção psicológica e uma timidez transitória. O medo de avaliação social e consequente inibição social podem caracterizar as crianças e adolescentes no seu desenvolvimento.

Enquanto o DSM-IV-TR (2000) refere que as crianças ou jovens com MS apresentam uma excessiva timidez em ambientes sociais não familiares, evitando o contacto com os outros, recusando participar em brincadeiras de grupo, não descreve aspetos relacionados com o desenvolvimento como estando relacionados. Albano et al. (1995) referem que as crianças mais jovens tendem a manifestar excessiva adesão ao choro, enquanto as mais velhas apresentam fuga a contactos sociais e evitam ser o centro das atenções. Da mesma maneira que nos adultos os transtornos de ansiedade são a categoria mais comum entre os transtornos psiquiátricos, nas crianças e jovens são também a principal causa e motivo para a procura dos serviços de saúde mental.

Wolff (1996) encontrou muitas semelhanças entre MS e Síndrome de Asperger. Isto deve-se ao facto de que as crianças no espectro do autismo revelam dificuldades ao nível interpessoal e social.

As crianças com desordens ao nível do desenvolvimento, com o qual muitas vezes o MS é confundido, revelam características como os movimentos repetidos que não estão presentes no caso do MS.

3.5. Neuro desenvolvimento

Um atraso ao nível do desenvolvimento neurológico pode ser evidenciado pela linguagem, problemas motores, deformação física e dificuldades sócio emocionais (Viana, Beidel e Rabian, 2009). Em 2000, Kristensen registou cerca de 70% da amostra de sujeitos com MS com diagnóstico de atrasos no desenvolvimento e em 2002 salientou a ligação entre problemas de comunicação e desenvolvimento motor. De acordo com este autor, fatores neurobiológicos podem desempenhar um papel importante no MS.

Em 2009, Nowakowsk et al concluíram que as crianças com MS tinham um menor desempenho quer ao nível da comunicação quer ao nível matemático, embora tenham postulado que isto possa se dever à sua não participação na aula.

4. Prevalência

O MS é aparentemente raro e, de acordo com o DSM-IV-TR (2000), encontra-se em menos de 1% dos sujeitos vistos em consultas de saúde mental. Estudos anteriores também apontavam menos de 1% de crianças em idade escolar (Brown e Lloyd, 1975). Estudos mais recentes apontam, no entanto, cerca de 2% (Kopp e Gillberg, 1997) sendo mais frequente no sexo feminino. As discrepâncias devem-se, essencialmente, às dificuldades de diagnóstico ou ao simples facto de que estas crianças muitas vezes não são vistas como um problema, logo a sua situação nem sempre é considerada.

A literatura considera o MS como sendo uma desordem infantil (Wong, 2010, Vecchio e Kearney, 2005). De facto, vários autores têm apontado idades que rondam os cinco anos ou menos (Cunningham, McHolm, Boyle e Patel, 2004). Muitas vezes há, no entanto, dificuldades no reconhecimento e identificação do problema, pelo que há um espaço de tempo entre o início e o diagnóstico. Sharp, Sherman e Gross (2007) referem que muitas vezes o MS só é reconhecido quando a criança entra na escola. Reconhecem, ainda, que este facto muitas vezes conduz a complicações.

Parece haver também, durante a transição para o 3º ciclo, por volta dos 11 anos, uma propensa vulnerabilidade para o aparecimento do MS. Fong e Garralda (2005) salientaram que entre os 11 e os 15 anos é quando normalmente se iniciam as desordens de ansiedade social. Pode, então, pensar-se que o MS como forma de ansiedade social acontece mais tarde. No que diz respeito ao MS em idades mais precoces, este pode não estar associado a uma forma de ansiedade social.

5. Diagnóstico

No que diz respeito à sintomatologia podemos destacar, como já foi dito, a excessiva timidez, medo e ansiedade exagerada em contextos e/ou na presença de pessoas estranhas, incapacidade de comunicação oral, sendo de referir que pode ocorrer o desenvolvimento de

formas alternativas de comunicação, por exemplo gestos, expressões faciais, movimentos corporais, entre outros, quando no seu contexto familiar a criança brinca e fala livremente sem qualquer tipo de constrangimentos não demonstrando ansiedade, timidez ou medo.

No início da vida escolar a criança começa a ter necessidade de interagir socialmente num ambiente que lhe é desconhecido. A criança pode, assim, manifestar:

- 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
- irritabilidade

A fase de diagnóstico é constituída por uma equipa multidisciplinar e permitirá a elaboração do perfil da criança. Esta equipa normalmente inclui profissionais da pedopsiquiatria, de medicina interna, psicologia, terapia da linguagem, professor(es) e o professor do ensino especial. O diagnóstico precoce é sempre o mais aconselhável embora se deva reconhecer que muitas vezes quando o diagnóstico é realizado já passaram vários meses ou anos o que torna mais difícil a implementação de processos de modificação comportamental. Quanto mais cedo houver uma intervenção de modo a que o problema não se prolongue no tempo e não se agrave, melhor pois pode evitar o insucesso escolar, a discriminação escolar e social. Para que o diagnóstico seja fiável, é necessário que não haja qualquer tipo de dúvidas relativamente às dificuldades da criança em compreender e falar a língua usada no ato comunicativo e que, apesar dessa ausência de dificuldades, a criança não se expressa verbalmente em determinadas situações sociais em que se esperaria que o fizesse.

Os critérios de diagnóstico são, então, essencialmente baseados na história de vida da criança e podem ser materializados em observações e registos sistemáticos dos seus comportamentos verbais e comunicativos com pessoas dentro e fora do seu círculo de confiança ou ambiente próximo.

No entanto, o diagnóstico de um quadro de MS raramente se revela objetivo uma vez que este surge normalmente associado a outros comportamentos que são característicos de outras patologias.

Normalmente, em situações de interação e de comunicação verbal, que despoletam estados de ansiedade, podemos identificar alguns comportamentos psicopatológicos, como sejam:

- hesitação em manter contacto visual;
- respiração ofegante;
- palpitações;
- expressões “vazias”;
- ausência de sorriso perante pessoas fora do círculo de confiança;
- imobilidade, movimentação rígida ou espasmos nervosos;
- transpiração exagerada, principalmente nas palmas das mãos;
- retração social e/ou física;
- dificuldade em concretizar situações sociais, em que se espera um cumprimento, despedida ou agradecimento;

- dificuldade em falar sobre si e expressar sentimentos;
- frequência de acessos de raiva e/ou comportamentos controladores;

Os mutistas normalmente também apresentam traços de:

- sensibilidade ao ruído e excesso de gente;
- sensibilidade aos pensamentos e emoções dos outros;
- curiosidade;
- inteligência e perceção superior aos demais;
- grande capacidade de concentração;
- bom senso do que é correto e/ou incorreto (sentido de justiça)

As avaliações feitas a crianças mutistas, tendo em conta as suas dificuldades de verbalização, muitas vezes, não refletem os seus verdadeiros níveis académicos, QI e/ou potencial de aprendizagem e de desenvolvimento. No processo de avaliação deve ser feito um esforço para que a criança não sinta ansiedade, medo, timidez e/ou embaraço. É essencial, ainda, que, e de acordo com Mayor (1990), o processamento da informação, o (re) conhecimento do sistema linguístico e os seus componentes, o contexto em que se desenvolve a linguagem nos seus diferentes âmbitos e níveis e, finalmente, a expressão oral e a expressão escrita nas suas

diferentes modalidades sejam aferidos. Há alguns procedimentos psicométricos estandardizados para avaliar o mutismo seletivo, destacando-se as informações formais e ou informais disponibilizadas por professores, pelos pais e por outras pessoas importantes na vida da criança, assim como observações diretas do comportamento e da comunicação. Estas informações permitem o reconhecimento do problema, a sua frequência e a sua duração e permitem, ainda, analisar o padrão de comportamento da criança nos ambientes familiares, escolares e sociais. Pode-se, igualmente, traçar perfis ao nível psicomotor, da linguagem, da integração sensoperceptiva e do desenvolvimento cognitivo. A gravação áudio ou vídeo da criança em diferentes situações de interação e sua posterior análise pode, também, ser usada como forma de diagnóstico e pode, também, permitir verificar quais os tratamentos mais adequados.

Peixoto (2006) advoga que seria desejável que se utilizassem vários critérios sobre o comportamento verbal e este deveria ser avaliado em distintas situações para se ter uma descrição mais exata da natureza e da gravidade do mutismo seletivo. Só após um bom diagnóstico e uma exaustiva avaliação da manifestação de mutismo seletivo, se poderá proceder a uma planificação rigorosa das estratégias de atuação que podem incluir intervenção técnica, práticas pedagógico-didáticas e modificações comportamentais com vista à superação do problema.

Para que a classificação deste transtorno pudesse ser facilitada, Silverman & Powers (1970) sugeriram três subtipos de MS:

- a criança deve exibir um comportamento de não falar durante dois anos;
- a criança deve apresentar uma inteligência média;
- a criança não consegue modificar o seu comportamento de mutismo após tratamentos comuns.

Baseando-se em sessenta e oito casos de MS, Hayden (1980) identificou quatro subtipos de MS:

- mutismo simbiótico, caracterizado por uma relação simbiótica com o cuidador e negativa e manipuladora em relação aos restantes;
- mutismo com fobia para falar, caracterizada pelo medo de escutar a própria voz, acompanhado de comportamento obsessivo-compulsivo;
- mutismo reativo, caracterizado por timidez, retraimento e depressão, que aparentemente são resultantes de um acontecimento traumático na vida da criança;

- mutismo passivo agressivo, caracteriza por um uso hostil do silêncio, como se fosse uma arma.

De acordo com estudo realizados por Wilkens (1985), o Mutismo pode ser dividido em dois subtipos:

- mutismo persistente, em que os sintomas persistem por mais de seis meses, manifesta-se em mais de um ambiente, a criança deve ter mais de cinco anos e o transtorno deve existir de forma constante;

- mutismo transitório, em que a criança tem cinco anos ou menos de idade, os sintomas devem ter-se manifestado nos últimos seis meses, o transtorno apresenta-se com intervalos ou de forma inconstante, e o mutismo restringe-se a manifestar-se num único ambiente.

6. Prognóstico

Steinhausen, Wachter e Metzke (2006) analisaram resultados a longo prazo numa amostra clínica de jovens e adultos com MS. Identificaram dois tipos de MS, um em que os sintomas não mudam mas desaparecem subitamente na adolescência ou no início da idade adulta e outro em que os sintomas gradualmente diminuíram até desaparecer. Este estudo demonstrou, ainda, que cerca de metade dos participantes apresentava ansiedade ou fobia, o que significa que continuaram a vivenciar dificuldades a longo prazo.

O prognóstico é mais reservado em adolescentes, devido às dificuldades de autoconfiança, independência e comunicação social.

Nos adultos pode passar despercebido, na medida em que estes são mais capazes de controlar o ambiente e evitar situações em que seja necessário falar.

7. Tratamento

Muitas intervenções têm sido desenvolvidas e incluem estratégias comportamentais, terapia individual de diferentes formas, terapias familiares, terapias do discurso, entre outras.

Os programas de intervenção variam, em parte, devido à variedade de conceptualizações por detrás do MS. Apesar de existirem diversas abordagens, a maioria das estratégias de tratamento não foi formalmente avaliada. Até à data, abordagens ao nível comportamental e ao

nível cognitivo-comportamental parecem ser as mais promissoras. Se tivermos em consideração que na base do MS estão fatores relacionados com ansiedade, os princípios ao nível comportamental usados nestes casos são provavelmente benéficos e incluem várias técnicas.

Santos (2005) considera que é necessário mostrar à criança que se acredita na sua capacidade de comunicar e, se necessário, promover outras formas de interação e de comunicação que podem incluir registos escritos e/ou desenhos, dramatizações, entre outros. À criança deve ser proporcionada a hipótese de falar ou não e o tempo que ela necessita para o fazer.

De acordo com Peixoto (2006), algumas das terapias mais usadas no tratamento de MS são:

- a terapia sistémica familiar que envolve os membros da família, uma vez que esta representa a maior componente social da criança. Desta forma, o objetivo é envolver a família como unidade, em vez da criança individualmente, proporcionando uma modificação na comunicação e nos modelos de interação dentro da mesma unidade familiar.
- a terapia comportamental centra-se em fatores presentes e na relação entre a pessoa e o meio, para induzir o comportamento pretendido.
- a terapia psicodinâmica, que utiliza doutrinas básicas da doutrina psicanalítica, que envolve o uso de interações verbais, de jogos e de arte terapia para fazer emergir o conflito inconsciente que conduz à identificação do *comportamento problema* para a posterior minimização ou resolução;

Mais recentemente, Kotrba (2011) identificou cinco orientações de tratamento. A saber:

1. Tratamento comportamental

- é dada ênfase aos fatores ambientais determinantes do comportamento;
- o comportamento é, em certa medida, o resultado de uma aprendizagem e pode, então, ser “desaprendido”;
- o tratamento consiste numa mudança do ambiente, treinando sistematicamente novos comportamentos, e identificando fatores que mantêm o comportamento de evitação;

2. Ludoterapia

- Baseada no desenvolvimento, nas diferenças individuais e nas relações;
- Avaliação compreensiva e desenvolvimento de um programa de intervenção desenhado para desafios únicos de uma determinada criança;

- Eventualmente emergem níveis padronizados de comunicação devido às interações relacionais;

- Não há nenhum estudo que prove os seus benefícios mas este tipo de tratamento já provou ser eficaz no tratamento de desordens ao nível do desenvolvimento e / ou afetivas ;

- Estudos de caso sugerem avanços positivos no tratamento de MS.

3. Intervenções psicofarmacológicas

- Visam o tratamento de determinantes biológicos;

- A medicação mais usual inclui Prozac (Fluoxetina), e os resultados demonstram que esta substância ajuda a reduzir a ansiedade e a aumentar as interações sociais;

- As crianças mais jovens respondem melhor a este tratamento;

- Há diferenças nos registos dos professores e dos pais;

- Zoloft (Sertralina) tem sido considerado pouco benéfico;

- Atualmente a FDA ainda não aprovou o tratamento farmacológico nem do MS nem de fobia social infantil;

4. Intervenção psicodinâmica

- Involve interação verbal, jogos ou arte;

- É dada ênfase à identificação do conflito inconsciente por detrás da ansiedade;

- Considera que quando o conflito gerador for resolvido, o comportamento deixará de existir;

- De acordo com estas teorias:

- a criança quer punir os pais;

- a criança detém um segredo familiar;

- a criança está a demonstrar hostilidade face à mãe ou outros;

- a criança está a regredir

- Não há estudos publicados embora estudos de caso tenham demonstrado algum sucesso.

5. Terapia familiar

- tem em consideração a influência da família na criança;

- uma relação pais-criança não saudável leva a ansiedade;

- o alvo é a família e não só a criança isoladamente;

- o enfoque é dado à modificação dos padrões de comunicação e interação dentro da unidade familiar;
- não há estudos publicados;
- terapia realça a crescente independência da criança e decrescente orientação da mãe;

Kotbra identificou, ainda, um conjunto de Intervenções inovadoras que podem ser usadas em casos de MS:

- registos áudio e vídeo
- intervenções de várias naturezas (combina terapias cognitivas, comportamentais, de desenvolvimento, da fala / linguagem, ludoterapia, terapia familiar)
- treino dos pais e grupos de socialização, entre outros.

Aqui, e tendo em conta que este estudo está inserido no âmbito do Ensino Especial, concentrar-nos-emos nas intervenções ao nível comportamental, ao nível familiar, ao nível da escola e na ludoterapia, tendo sempre em mente que, para uma maior eficácia e para que melhores resultados sejam obtidos, a conjugação de diferentes intervenções e abordagens seja seguramente o melhor caminho a seguir.

Capítulo 2: LUDOTERAPIA /ATIVIDADES LÚDICAS

Neste capítulo centrar-nos-emos na existência e na possível combinação de várias terapias com vista à superação do MS. Tendo em conta que o MS se manifesta principalmente em crianças e adolescentes, faremos uma breve resenha acerca dos conceitos de brincar, brinquedo e jogo bem como dos conceitos de ludoterapia e de outras técnicas de intervenção, que serão aqui abordadas à luz de uma aplicação que tem como princípio o uso da ludoterapia e de atividades lúdicas.

1. Evolução histórica da interpretação do conceito de atividade lúdica

Os fundamentos teóricos que marcaram o aparecimento e a evolução da interpretação do jogo iniciaram-se com Freud. A trabalhar com adultos, Freud percebeu a importância de investigar e compreender factos ocorridos na infância e a sua influência posterior na saúde mental do indivíduo. Ao observar um bebé de 18 meses, Freud iniciou a interpretação do jogo infantil por meio da observação. O brincar simbólico da criança representava uma vivência interna da mesma.

A psicanálise infantil confunde-se, então, com a história da interpretação do jogo infantil. Freud acabou por ser um impulsionador do interesse no atendimento psicológico a crianças que motivou os primeiros psicanalistas a superar as dificuldades de comunicação com a criança e Anna Freud, sua filha, deu continuidade ao seu trabalho e dedicou-se à psicanálise infantil.

Hug-Hellmuth terá sido a primeira analista a ocupar-se de crianças. Em 1921, terá sido também a primeira a utilizar brinquedos nos seus atendimentos e a sua tarefa residia em observar o jogo dos seus pacientes e em brincar com eles.

O trabalho de Melanie Klein, dá continuidade ao trabalho de Freud no que diz respeito ao significado simbólico dos jogos. Klein, em *Contribuições à Psicanálise*, advoga que o brincar é o modo de expressão da criança, o jogo tem sempre uma finalidade e um sentido e todo o jogo revela a situação interna infantil. Assim, as crianças ao brincar revelam simbolicamente o conteúdo que expressariam verbalmente e este ato acontece muito precocemente, na medida em que a capacidade de simbolizar também é precoce. Ao brincar a criança vence realidades

dolorosas e domina instintos, porque os projeta nos brinquedos, que funcionam como mediadores entre a realidade interna e a realidade externa. Assim, toda a atividade lúdica tem sentido e o seu significado simbólico dependerá do contexto, da idade da criança, das vivências e da situação da criança no momento. Klein analisa os jogos infantis e a atividade lúdica com base nos mesmos mecanismos de interpretação dos sonhos: deslocamento, condensação, representação visual e simbolização.

Em 1978, na Argentina, Arminda Aberastury foi a primeira a denominar a hora de jogo como jogo diagnóstico e em 1981, na França, Maud Mannoni, foi pioneira ao integrar material de jogo à entrevista com os pais.

Winnicott vê o brincar como um ato criativo, expande a possibilidade lúdica a adolescentes e adultos, e o brincar é visto como potenciador / possibilitador de comunicação emocional de conteúdo inconsciente. A criança adquire experiência ao brincar. O brincar é uma parte importantíssima da sua vida. Ao enriquecer-se, a criança gradualmente aumenta sua capacidade de apreender a riqueza do mundo real.

2. Brincar/brinquedo/brincadeira/jogo

Brinquedo, brincadeira e jogo são termos que se podem confundir uma vez que a sua utilização varia de acordo com o idioma utilizado, havendo claras distinções semânticas. No que diz respeito às funções de cada um dos conceitos, o brinquedo tem um valor simbólico que está relacionado com a sua função. A função do brinquedo é a da brincadeira e a brincadeira é definida como uma atividade livre e espontânea que propicia condições para o desenvolvimento biopsicossocial.

O brincar está diretamente ligado ao mundo infantil e a criança investe grande parte do seu tempo e energia nestas atividades. O brincar envolve um conjunto muito amplo de atividades, desde o brincar com o próprio corpo, brincar com brinquedos de forma livre até ao brincar estruturado, jogo.

Vygotsky (1991) afirma que a brincadeira, mesmo sendo livre e não estruturada, possui regras, que conduzem o comportamento da criança e daí que o brincar seja essencial para o desenvolvimento da criança, pois os processos de simbolização e de representação levam-na ao pensamento abstrato.

Kishimoto (1999) considera que o brincar tem a prioridade das crianças que possuem flexibilidade para ensaiar novas combinações de ideias e de comportamentos. A brincadeira tem um fim em si mesmo.

Muitos pesquisadores não fazem diferenciação semântica entre jogo e brincadeira. Outros autores, como Brougère (1995), afirmam que a brincadeira é simbólica e o jogo funcional, ou seja, enquanto a brincadeira tem um fim em si mesma e é livre, o jogo inclui um objetivo final – a vitória, que pressupõe um conjunto de regras pré-estabelecidas e que estão relacionadas com as regras sociais, morais e culturais existentes. Assim, os diferentes termos estão relacionados com a perspectiva do autor, mas também com os seus objetivos de investigação.

Menicalli (2002) refere que a criança joga e brinca porque precisa de elaborar situações traumáticas, expressando, de uma forma pré-verbal, os seus problemas fundamentais. A função do jogo e do brinquedo não é só a de descarga de fantasias, mas a busca de satisfação dos desejos de forma sublimada.

Muitas vezes jogo e brincadeira são confundidos e embora estes termos sejam, muitas vezes, intercambiáveis, não são idênticos no significado pois relacionam-se com diferentes fases do desenvolvimento infantil, a brincadeira correspondendo a uma etapa mais primitiva e o jogo a uma etapa mais amadurecida. Bettelheim (1979) salienta a importância da distinção entre jogo e brincadeira na medida que embora ambos sejam usados nos mesmos contextos os seus significados não são os mesmos.

A brincadeira está relacionada com as atividades da criança onde as únicas regras que existem são as criadas pela própria criança, são flexíveis e evidenciam a fantasia, não existindo objetivos para além da própria atividade, como foi dito anteriormente. O jogo acarreta a noção de competição e exige a utilização de uma forma pré-determinada por um conjunto de regras, excluindo a ação livre da imaginação limitando, assim, a criança. As regras do jogo restringem a atuação e o jogo faz com que a criança admita a presença do outro, da realidade e das consequências das jogadas.

O brincar com o outro, por outro lado, permite, de acordo com o autor, experimentar uma das maiores satisfações da vida: funcionar bem com os outros. À medida que a criança começa a adquirir um certo amadurecimento e passa a desfrutar da relação com o outro, o companheiro, desperta o interesse pelo jogo. Enquanto no brinquedo a satisfação encontrada está ligada à expressão das fantasias e dos desejos surgidos no mundo interno, no jogo prevalece a relação com o outro e com a realidade (que está implícita nas regras).

Os jogos trazem benefícios na medida em que ensinam a controlar os impulsos e permitem, de forma segura, descarregar simbolicamente as agressões, os problemas afetivos,

permitindo que a criança trabalhe psicologicamente estes conflitos expressando as suas angústias e diferentes maneiras de lidar com os seus sentimentos. No jogo, devido às regras, aos procedimentos e à própria relação com o outro, está presente o ego, as suas funções e todo o raciocínio voluntário e consciente que também determina a ação e o desencadear do pensamento.

De acordo com Lebovici (1985) ao brincar a criança procura resolver simbolicamente o seu presente e prepara-se para o futuro. Brincar estrutura o presente e funciona como um estruturante de organizações mais tardias.

Brincar é mais do que uma atividade sem consequência para a criança, aproxima-se da arte, tendo em vista a necessidade da criança criar para si o mundo às avessas para melhor o compreender. Brincando, ela diverte-se, recria e interpreta o mundo em que vive e relaciona-se com este mundo. Brincando, a criança aprende, Vygotsky (1988).

A brincadeira tem, assim, um papel fundamental no desenvolvimento infantil. A brincadeira pode:

- impulsionar o desenvolvimento infantil;
- levar à descoberta das relações existentes entre os homens;
- levar a criança a avaliar as suas habilidades e a compará-las com as das outras crianças;
- levar à apropriação de códigos culturais e de papéis sociais.

O conceito de jogo vem do latim *iocus* e significa diversão, brincadeira. Piaget identifica, ao longo do período infantil, três sucessivos sistemas de jogos:

1. Jogos de exercício: aparece durante os primeiros 18 meses de vida e envolve a repetição de sequências estabelecidas de ações e manipulações, sem propósitos práticos ou instrumentos, mas por mero prazer e relacionado com atividades motoras (por volta de um ano de idade estes exercícios tornam-se menos frequentes e importantes);

2. Jogos simbólicos: surgem durante o segundo ano de vida com o aparecimento da representação da linguagem. Para Piaget a brincadeira de faz-de-conta é inicialmente uma atividade solitária que envolve o uso de símbolos. A criança começa a assimilar a realidade externa ao seu eu, fazendo distorções ou transposições. O jogo simbólico é usado para encontrar satisfação fantasiosa por meio de compensação, superação de conflitos e preenchimento de desejos;

3. Jogos de regras: marcam a transição da atividade individual para a socializada. Normalmente não ocorre antes dos 4 anos e predomina dos 7 aos 11 anos. Os jogos de regras pressupõem a interação de dois indivíduos e a sua função é regular e integrar o grupo social.

Já Wallom classifica os jogos em quatro tipos:

1. Funcionais: representam os movimentos simples como encolher e esticar as pernas e braços, agitar os dedos ou mãos, balançar objetos, etc;
2. De ficção: faz-de-conta com bonecas;
3. De aquisição: a criança aprende vendo e ouvindo. A criança faz um esforço para compreender as coisas, os seres, as imagens, etc;
4. De construção: a criança reúne, combina e cria objetos.

Vygotski surgiu como alternativa à teoria de Piaget e difere deste em termos conceptuais. Para Vygotski e os seus seguidores, os jogos são condutas que imitam ações reais e não apenas ações sobre objetos ou o uso de objetos substitutos. Para estes, o ato lúdico começa apenas aos 3 anos.

Na perspetiva de Vygotski há dois elementos decisivos na brincadeira infantil: a situação imaginária e as regras. De um lado, o jogo de papéis com regras implícitas e, do outro, o jogo de regras com regras explícitas. Os seus estudos consideram que as brincadeiras são apreendidas em contexto social, no contacto com crianças, com os profissionais das escolas e com crianças mais velhas, que são o seu suporte orientador.

Os brinquedos mudam conforme os padrões de uma sociedade e a brincadeira ou o jogo têm um carácter de diversão mas também de estimulação que contribuem para o desenvolvimento individual e social na medida em que levam à interação entre crianças e que permite vivenciar situações, manifestar e formular estratégias, verificar erros e pontos fortes, etc. Para alguns autores, a criança ao usar brinquedos está a testar relações de causa-efeito, que não pode vivenciar na vida real por serem, por exemplo, perigosas. Pode, assim, planear estratégias e testar possibilidades relacionando-as com as consequências e os resultados. Ao fazer isto a criança está a preparar-se para a sua vida adulta.

A brincadeira é também uma fonte rica e privilegiada de comunicação pois a criança, mesmo sozinha, através do faz-de-conta imagina que está a conversar com alguém ou com os seus próprios brinquedos o que favorece, também, o desenvolvimento da linguagem.

O brinquedo e o jogo podem, então, ser instrumentos utilizados por profissionais de saúde e de educação para estimular o desenvolvimento infantil em todas as dimensões, o que inclui atividade física, estímulo intelectual e socialização.

3. Conceito de ludoterapia

O lúdico tem origem na palavra latina *ludos* que quer dizer jogo. No entanto, a evolução semântica da palavra *lúdico* não ficou encerrada na origem do conceito. O lúdico passou a ser reconhecido como traço essencial da psicofisiologia do comportamento humano.

Na atividade lúdica o que importa não é apenas o produto da atividade mas a própria ação, o momento vivido. Possibilita, a quem a vivencia, momentos de encontro consigo e com o outro, momentos de fantasia e de realidade, de criação de significados e de percepção, momentos de autoconhecimento e conhecimento do outro, entre outros.

A ludoterapia é a psicoterapia adaptada ao tratamento infantil. De acordo com Pregnolato (2006), o objetivo desta modalidade de análise é ajudar a criança, através da brincadeira, a expressar com maior facilidade os seus conflitos e dificuldades, ajudando-a a conseguir uma melhor integração e adaptação social, tanto no âmbito da família como da sociedade em geral.

Tendo em conta que quanto mais pequena é a criança mais difícil é compreender o seu mundo interno e a sua dinâmica de personalidade, através da observação e interpretação das suas projeções é possível delinear as suas características. Ao brincar a criança utiliza uma linguagem que deverá ser clara e transparente para os outros.

A maior parte das crianças demonstra adesão à ludoterapia e normalmente estabelece uma relação de confiança com o terapeuta, embora algumas prefiram “fugir” de atividades projetivas. Quando isto acontece é mais difícil a interpretação e o diagnóstico.

Baldwin e Cline (1991) acreditam que a ludoterapia oferece um ambiente seguro, sem pressão, para a fala, permitindo que a criança possa vir a comunicar de uma forma confortável.

A ludoterapia é uma forma de psicoterapia cuja meta é promover ou restabelecer o bem-estar psicológico do indivíduo através de atividades lúdicas; no contexto de desenvolvimento social da criança a atividade lúdica é parte do repertório infantil e integra dimensões da interação humana necessárias na análise psicológica (regras, cadeias comportamentais, simulações ou faz-de-conta, aprendizagem observacional e modelagem); esta possibilidade de uso integrado de diversas técnicas talvez explique a aplicação da ludoterapia a diversas questões relativas ao

comportamento de crianças (traumas psíquicos, abuso sexual, atraso mental, adoção, orientação a filhos de toxicod dependentes) e de adultos (Schaefer,1994).

A ludoterapia, por alguns designada de hora do jogo, pode, então, ser vista com a finalidade de conhecer a realidade da criança, como técnica de investigação e como possibilidade de intervenção, o mais precocemente possível, num processo dinâmico que dá prioridade ao pensamento clínico e emprega os instrumentos psicológicos e o próprio ludodiagnóstico de uma forma flexível.

4. Ludodiagnóstico - ludoterapia como diagnóstico

O termo ludodiagnóstico apresenta várias denominações: hora lúdica, observação lúdica, hora de jogo, entrevista inicial com a criança, entrevista clínica com a criança, entre outras. As diferentes denominações devem-se à variedade de posturas profissionais, de materiais usados, tipos de abordagem, técnicas subjacentes, mas têm sempre em comum o trabalho com crianças, adolescentes ou adultos no contexto clínico psicológico. O ludodiagnóstico pretende ser um momento de observação, investigação, levantamento de hipóteses e pesquisa principalmente no âmbito do desenvolvimento do psiquismo infantil.

Klein e Aberastury interpretam a primeira hora de jogo numa dimensão simbólica na qual a criança comunica através da atividade lúdica. A capacidade de simbolizar é precoce na criança e o brincar é sua forma de expressão natural. A atividade lúdica da criança tem uma finalidade e um sentido e funciona como comunicação, como a associação livre dos adultos. A criança expressa fantasias e angústias e domina medos instintivos projetando-os nos brinquedos. Interpretar o seu significado revela a situação infantil. O trabalho de Winnicott e o modelo de “Consulta Terapêutica” nas entrevistas iniciais de triagem e psicodiagnóstico salienta o valor terapêutico das primeiras entrevistas. Segundo Winnicott a primeira consulta realizada como espaço potencial para o contato com o mundo interno do paciente e como possibilidade de criação de confiança tem um valor terapêutico para um movimento progressivo no processo de desenvolvimento.

Mannoni (1981), representante da escola francesa de psicanálise, dedicou-se ao atendimento psicanalítico de crianças. Um dos aspetos originais de seu trabalho é que incorpora o material de jogo à entrevista diagnóstica com os pais. Parecer ter sido pioneira na possibilidade de observar o desenvolvimento do brincar da criança que acompanha o diálogo dos pais com a psicóloga.

Como afirmou Winnicott (1984) a própria entrevista é um momento de intervenção. Esse encontro promove mudanças no campo intersubjetivo. Falar de si em presença do psicanalista propicia uma vivência de tolerância e sustentação, ao mesmo tempo em que se constrói uma nova versão da sua história no tempo presente. Essa experiência favorece a capacidade de autoanálise e a possibilidade de mudança em direção ao desenvolvimento.

Na prática clínica a hora de jogo e as entrevistas conjuntas com os pais na chamada Triagem Interventiva ou Psicodiagnóstico Interventivo tem sido uma contribuição no sentido de abreviar o psicodiagnóstico e diluir a barreira entre diagnóstico e terapia.

No diagnóstico compreensivo o trabalho do psicólogo ou terapeuta tem como foco, então, os processos intrapsíquicos, principalmente da estrutura e da dinâmica da personalidade, abrangendo tanto o diagnóstico (aspectos passados e presentes), como prognósticos (futuros).

Como a pessoa, em especial a criança e o adolescente, faz parte de um grupo familiar, a tarefa de diagnóstico inclui também o conhecimento das relações familiares e sociais. O ludodiagnóstico baseado na atividade lúdica tem uma importância fundamental. A atividade lúdica é a forma de expressão típica da criança e essa técnica é um instrumento para o conhecimento inicial.

Pensando no aspecto interventivo do psicodiagnóstico, podemos dizer que este interventivo pode ser entendido como uma forma de compreensão da problemática do indivíduo e intervenção nos aspectos emergentes, relevantes e/ou determinantes dos desajustamentos responsáveis pelo seu sofrimento psíquico e que, ao mesmo tempo, e por isso, permite uma intervenção eficaz (Paulo, 2004).

Para Affonso (1998), o ludodiagnóstico é um instrumento de investigação clínica no qual, através da utilização de brinquedos estruturados ou não, o profissional procura estabelecer um vínculo terapêutico com a criança visando o diagnóstico da sua personalidade. Este tipo de diagnóstico é muito utilizado como uma técnica projetiva, que funciona de acordo com os princípios da associação livre psicanalítica, aplicada em diagnósticos em que não há o depoimento verbal ou em que este é feito através da autoexpressão da criança que é facilitada no contexto clínico lúdico. Permite o estudo das manifestações e aplicações da brincadeira simbólica num contexto de estimulação e intervenção preventiva da socialização na infância.

De acordo com Cabral (2000) a análise infantil é um método de diagnóstico e de terapia infantil que combina os princípios da psicanálise freudiana e as técnicas projetivas consagradas nos testes de Rorschach e de Murray (T.A.T.). A esse método, que Melanie Klein (1932) deu o nome de playtechnique, ou técnica de brinquedo, ou ainda ludoterapia, depois desenvolvida por outros psicanalistas da Escola de Londres, como D. W. Winnicott, foi adotada no todo ou em parte

por analistas de outras correntes. A análise infantil funda-se também no princípio da catarse, uma vez que tenta explorar o mundo de sentimentos e impulsos inconscientes (os “fantasmas” infantis) como origem efetiva de todas as ações e reações observadas nos pequenos pacientes”.

A técnica expressiva ludodiagnóstica tem alguns limites no que diz respeito à informação acerca do funcionamento mental da mesma maneira que alguns testes de avaliação intelectual também o têm. De acordo com Piaget, a teoria sobre o desenvolvimento cognitivo considera a gênese do conhecimento como um contínuo que passa pelo pensamento sensório-motor, representativo, lógico-concreto e formal. A técnica lúdica acontece ao nível sensório-motor e das representações simbólicas, logo, apresenta limitações ao nível do funcionamento mental.

Para que se possa resolver um problema é necessário identificá-lo, saber o que o afeta, ou seja, é necessário que haja um diagnóstico, e uma avaliação compreensiva para que se possa, de seguida, perspetivar uma intervenção com vista à sua solução ou minimização. Affonso (1998) advoga também que há um grupo de crianças comprometidas no seu processo de socialização e que os resultados do ludodiagnóstico contribuem na medida em que permitem a análise de indicadores de espaço, de tempo e de causalidade, que são fundamentos necessários para o diagnóstico do processo de socialização das mesmas.

Para que seja feito um adequado e pertinente ludodiagnóstico, é importante que ao terapeuta sejam fornecidos todos os dados necessários que incluem dados de anamnese, do desenvolvimento da criança, da sua relação com os pais e com os outros, performances escolares ao nível de resultados académicos e ao nível comportamental e de interação social, etc. Estes dados, uns objetivos outros subjetivo, vão ajudar a uma compreensão, ainda que parcial, de como lidar com a situação. De seguida, serão, então também utilizados os testes padronizados, usados para compreender, elucidar e não para rotular, discriminar ou excluir, e que permitem uma comparação de desempenho da criança em relação ao que é esperado para as crianças da sua idade e com características semelhantes. Cada teste só tem sentido dentro de um determinado contexto de avaliação e em conjunto com os demais e podemos referir alguns dos mais frequentes como sejam: Bender (avaliação neuropsicológica e déficite intelectual); WISC (visa descobrir o que a criança é capaz de fazer com as informações e experiências obtidas ao longo do seu desenvolvimento e a sua capacidade de adaptação à realidade; Raven, R-2, entre outros.

Os brinquedos são, hoje em dia, comumente usados como instrumento de diagnóstico ou mesmo para uma “leitura” das crianças uma vez que o brincar é a sua maneira de se expressar e de interagir com o meio. O que acontece numa sessão de ludoterapia é interpretado à luz de uma visão psicanalítica (Klein, 1932) como a expressão de conteúdos internos e externos do mundo da criança e a atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa essa realidade.

Ao nível clínico o brinquedo é usado de forma desinteressada pela criança sendo, também, o veículo das suas angústias e das suas problemáticas, através do qual pode dizer o que precisa, para que as suas necessidades possam ser satisfeitas.

Efron (1979) refere que ao oferecer à criança a possibilidade de utilizar o brinquedo ou o jogo dentro de um contexto particular, cria-se a possibilidade de configuração de um campo, determinado pelas variáveis internas da personalidade da criança. Ela pode, por isso mesmo, atualizar um conjunto de fantasias ou de experiências passadas possibilitando o surgimento de modificações estruturais da sua maneira de interagir com o mundo, provocadas pela própria situação em si e principalmente pelas interferências do terapeuta.

A própria escolha do objeto com o qual quer brincar pode ser analisada aferindo quer significantes (materiais / objetos) quer significados (fantasias e conflitos) bem como a forma como articula os símbolos e as suas ações. Assim, os brinquedos oferecidos à criança acabam por propiciar o jogo simbólico, a fantasia e a imitação. Menicalli (2002) defende que o brinquedo, como instrumento, pode ser avaliado pelo significado das ações sobre ele, bem como pelas possíveis estruturações que se processam conforme a interação que a criança tem com o objeto. Além disso, pode-se investigar como essas estruturações das ações e suas representações se correlacionam com as estruturações do mundo afetivo.

Podem então ser realizadas sessões lúdicas de diagnóstico com o objetivo de avaliar o comportamento lúdico da criança. Estas sessões podem ser realizadas com a presença do pai ou da mãe, conforme o nível de habituação e sensibilização da criança ao local e ao terapeuta, e são registados o tipo de brinquedos, o número de brinquedos, as preferências de brinquedos, a qualidade dos brinquedos, o uso funcional e o tempo de permanência em cada brinquedo. De acordo com Windholz (1988) e Bomtempo (1992), as sessões lúdicas indicam:

- se e como a criança reproduz nas sessões lúdicas acontecimentos do quotidiano (separação dos pais, rotina diária e o padrão de alimentação);
- alteração do padrão lúdico (tempo de permanência nas atividades lúdicas comparativamente às crianças da mesma faixa etária);
- comportamento assertivo e respeito pelas regras estabelecidas na situação lúdica;
- informações fornecidas pela mãe sobre autonomia nas atividades de vida diária e de relacionamento social.

O papel do terapeuta é reforçar as situações de autonomia da criança.

De acordo com Monicalli (2002), as terapias atuais em casos de MS preveem não só a ludoterapia, mas também a modificação do comportamento, a participação familiar e o envolvimento da escola como opções de tratamento com vista à superação desta perturbação.

5. Ludoterapia comportamental

O conceito de ludoterapia comportamental foi utilizado pela primeira vez no Brasil por Gomes (1998) e, importado da psicanálise, expressa a inserção de atividades lúdicas nos procedimentos terapêuticos comportamentais com crianças.

O atendimento psicológico infantil, independentemente da linha teórica que o orienta, parece quase sempre incluir o brincar como algo necessário, seja como instrumento de comunicação, seja como ferramenta de intervenção.

Como podemos verificar, se há consenso acerca da importância da atividade lúdica no trabalho com crianças, podemos também verificar que o conceito, a definição e a função de brincar variam de acordo com o referencial teórico de base. O brincar pode, então, ser usado como instrumento de exploração do mundo, de expressão de sentimentos ou como meio de comunicação.

Bomtempo (1986) admite que o brinquedo começou a ser seriamente investigado a partir do final do século XIX. No entanto, desde a década de 20 que os trabalhos de Anna Freud, Melanie Klein e Winnicott são usados como modelos da utilização da brincadeira como instrumento que permite o entendimento das crianças, a análise e a intervenção. A brincadeira no contexto clínico, designada de ludoterapia, tem sido usada como acesso ou expressão de conteúdos inconscientes e no contexto da psicanálise para estimular o aparecimento de conflitos intrapsíquicos.

Já Piaget, cujo trabalho se insere no âmbito da psicologia, investigou o papel do jogo nas fases do desenvolvimento infantil.

Uma abordagem ao nível terapêutico infantil que é baseada no brinquedo parece estar relacionada com questões do desenvolvimento básico ao nível comportamental. O atendimento psicológico infantil, que tem como base pressupostos da análise do comportamento, surgiu orientado para a solução de problemas específicos. A utilização recorrente de procedimentos ao nível comportamental com crianças iniciou-se a partir da década de 20 e está relacionada com o tratamento de fobias infantis.

A terapia comportamental infantil tinha como objetivo ensinar à criança quais os comportamentos específicos mais saudáveis e tinha como apoiantes neste processo de aprendizagem os pais e os professores na medida em que estes têm um papel fundamental na instalação, no desenvolvimento e na manutenção do repertório comportamental da criança (Knell, 1995).

Mais tarde surgiu a técnica de Modificação de Comportamento Infantil, em que a criança não participava diretamente no processo terapêutico, que foi substituída pela Terapia Comportamental Infantil, que passou a incluir outras variáveis importantes como o comportamento dos pais na manutenção do comportamento da criança. Vários teóricos têm defendido a inserção dos pais no atendimento comportamental de crianças.

Neste contexto, surgiu então a Ludoterapia Comportamental nos anos 80. A partir desta década, é que se deu uma maior importância a estudos sobre o brincar com a criança em ludoterapia comportamental.

Em ludoterapia comportamental são usados procedimentos comportamentais incorporados com a ludoterapia e são utilizadas as atividades lúdicas na avaliação do problema infantil, na identificação de variáveis relevantes, na expressão de sentimentos, no autoconhecimento, entre outros. Em última instância, o objetivo é ajustar a criança socialmente.

Este tipo de intervenção procura o desenvolvimento de um padrão saudável. O brincar para além de ajudar na identificação do problema pode, então, ser visto como um instrumento do processo de aprendizagem na medida em que permite aprender maneiras alternativas de comportamento, pois através da brincadeira a criança pode avaliar o seu próprio comportamento.

O trabalho terapêutico infantil tem os mesmos objetivos que qualquer terapia comportamental. Uma das grandes diferenças entre a terapia com adultos e a terapia infantil é que o terapeuta comportamental infantil procura constantemente procedimentos alternativos ao relato verbal, de modo a obter informações acerca das variáveis que controlam o comportamento da criança. Assim, e tendo em conta que as crianças dificilmente relatam os seus sentimentos e comportamentos da mesma maneira que os adultos, é essencial a observação da criança para que se possa planear a terapia. Sem esta observação, o tratamento recai nos relatos dos pais e eventualmente dos professores.

O desenhar, o contar histórias, a fantasia, o imaginar e interpretar de situações, o uso de brinquedos e jogos, o pintar, o colar, entre outras atividades de expressão plástica, a música, entre outros instrumentos, caracterizam uma situação natural para a criança e um meio livre de censura para expor os seus sentimentos. Partindo da premissa que qualquer atividade pode ser considerada lúdica, na medida em que qualquer objeto pode ser usado como um brinquedo pela

criança, algumas das características e possibilidades da atividade lúdica à luz da ludoterapia comportamental, podem ser apontadas:

- A atividade lúdica funciona como um reforço.
- A atividade lúdica permite a aprendizagem de habilidades.
- O brinquedo pode ser considerado como necessário ao desenvolvimento social, emocional e intelectual da criança.
- A atividade lúdica permite que as crianças demonstrem os seus sentimentos e descrevam comportamentos e eventos importantes.
- A atividade lúdica permite que as crianças aprendam respostas alternativas aos seus comportamentos disfuncionais.
- A atividade lúdica permite que a criança encontre alternativas de comportamentos.
- O falar do comportamento das personagens permite uma posterior transposição para o próprio comportamento das crianças.

Uma sessão terapêutica com crianças é, então, um ambiente fértil de aplicação de procedimentos comportamentais que poderão conduzir quer ao reforço dos comportamentos adequados, quer ao eliminar de comportamentos inadequados.

É importante que se identifique o que rege o comportamento da criança, qual a relação da criança com pessoas dos ambientes em que a criança se insere, identificar quais os sentimentos da criança em relação a si mesma e em relação a determinadas pessoas e situações, e depois então treinar a solução de problemas quotidianos através de situações simuladas. Podem, ainda, ser desenvolvidas habilidades, trabalhada a autoconfiança da criança, favorecida a concentração e o relaxamento. O terapeuta comportamental infantil deve ser bastante criativo na medida em que o mesmo jogo ou o mesmo brinquedo, podem ser usados com diversas e diferentes funções.

As crianças desenvolvem ao longo da vida um conjunto de habilidades sociais, de linguagem, físicas e motoras, que são necessárias a um padrão de interação com o meio.

Witgens (2001) salienta três razões para que a terapia comportamental seja usada:

- no tratamento de crianças com fobia social sem MS, as intervenções utilizando técnicas comportamentais têm demonstrado resultados significativamente melhores;

- o conhecimento cada vez maior do processamento do medo no cérebro acrescenta credibilidade às técnicas de dessensibilização para ajudar crianças que sofrem de ansiedade social;
- existem alguns estudos descritivos que demonstram resultados favoráveis após as intervenções comportamentais.

A abordagem comportamental segue, de acordo com Kratochwill, et al (2002), quatro modelos comuns de terapia.

- o modelo que usa técnicas para dessensibilização sistemática e que envolve a exposição gradual para reduzir a ansiedade, enquanto um estado de relaxamento é proporcionado;
- o modelo que aplica a apreensão de princípios de condicionamento operante, tais como reforço positivo, extinção e punição;
- o modelo que se baseia na teoria de aprendizagem social, que é utilizada para desenvolver competências sociais e comportamentos adaptativos nas crianças;
- o modelo que se baseia na utilização da terapia cognitivo-comportamental e que como objetivo modificar o comportamento da criança através dos sentimentos e das cognições.

Numa abordagem comportamental a crianças com MS em geral, os terapeutas têm tentado fazer uma intervenção ligando as causas do comportamento e utilizando técnicas terapêuticas que permitam assegurar que a exposição à situação temida é gradualmente aumentada enquanto a emoção positiva é mantida. De acordo com o modelo operante, contata-se que a probabilidade de um comportamento ocorrer depende das consequências e dos antecedentes. Antecedente-comportamento-consequência são os três elementos a trabalhar. Os antecedentes são o que desencadeiam o comportamento do ato de falar ou de não falar; as consequências são os acontecimentos que reforçam ou diminuem a relação entre os estímulos antecedentes e o comportamento de falar.

Algumas das principais técnicas comportamentais são:

- Linha de base: esta medida de avaliação permite ao terapeuta medir a força da comunicação verbal entre outros comportamentos;
- Sud's (Unidades Subjetivas de Sofrimento): registos diários ou de sessão sobre o grau de desconforto ou de ansiedade sentido pela criança, variando de 0 a 100;
- Desvanecimento do Estímulo: inicia-se nos ambientes em que a criança fala (estímulo discriminativo) e aos pouco move-se a criança para ambientes nos quais ela não fala;

- Reforço positivo: pode ser associado a outras técnicas e revestir-se de várias modalidades – a cada resposta desejada ou aproximada da resposta pretendida, a criança recebe um elogio ou outro reforço;
- Modelagem: esta técnica pressupõe a identificação de uma meta e os respetivos passos para chegar até ela;
- Aperfeiçoamento de competências sociais: pressupões um diálogo entre o terapeuta e a criança de modo a estabelecer estratégias que minimizem o seu nível de ansiedade;
- Fuga / evasão: quando outras técnicas falharam, esta pode ser usada em situações limite que obriguem a criança a verbalizar algo antes de lhe ser dada a oportunidade de fuga;
- Dessensibilização sistemática: usada em caso de tensão e timidez e em que o MS não se manifesta na presença de familiares próximos;
- Gestão de situações: à criança é apresentado um conjunto de comportamentos que lhe permitem aceder a um determinado reforço;
- Auto modelação: usa registos vídeo do comportamento da criança e do comportamento desejado para a mesma situação;

No que diz respeito à duração destes ou de outros tratamentos, a comunidade científica não é unânime e está claramente dependente do tipo de MS, da reação da criança às técnicas usadas, da empatia criada entre o terapeuta e a criança, de fatores ambientais, sociais e psicossomáticos, entre outros.

A terapia com crianças e adolescentes segue os pressupostos teóricos que norteiam as práticas de abordagem a adultos, no entanto, deve haver algumas adaptações inerentes ao funcionamento cognitivo infantil. Algumas dessas adaptações parecem ser consensuais, a saber:

- os comportamentos problema devem ser entendidos no seio do ambiente natural da criança, ou seja, na família e na escola;
- a criança deve ser elucidada acerca dos conceitos utilizados na terapia através de imagens e exemplos e imagens acessíveis (tais como pensamento, sentimento e crença);
- a capacidade sociocognitiva de cada criança deve ser considerada;
- o trabalho desenvolvido nas sessões deve assentar numa abordagem lúdica e “viva”, através da utilização de estratégias do brincar e da fantasia, transformando-se tarefas complexas em algo agradável e estimulante;

- as abordagens não verbais constituem uma mais-valia na interação entre terapeuta e criança;
- é essencial conjugar diferentes fontes de informação sobre o comportamento da criança, de modo a diminuir as discrepâncias entre o que é dito e o que realmente acontece com a criança;
- todo o sistema social da criança deve estar envolvido no processo terapêutico;
- o papel dos pais é fundamental, pois todo o processo terapêutico infantil é controlado pelos seus pais ou pelos seus responsáveis diretos, que iniciam e terminam os atendimentos e controlam o uso de reforços ou de punições.

Os tratamentos cognitivo-comportamentais têm demonstrado eficácia no tratamento infantil e juvenil da depressão, ansiedade, ansiedade da separação, transtorno obsessivo-compulsivo, timidez, stresse infantil, diagnósticos muitas vezes associados à sintomatologia de MS.

6. A família e a escola

A família pode assumir dois tipos de atitudes: por um lado, não ter consciência do problema considerando-o resultado da timidez da criança; por outro lado, manifestar grande ansiedade e exigência excessiva relativamente ao processo comunicativo da criança.

A família pode implementar algumas estratégias:

- proporcionar um ambiente familiar saudável em que a comunicação esteja presente;
- reforçar positivamente a criança de modo a que esta adquira confiança nas suas capacidades e supere o seu problema;
- responsabilizar a criança por pequenas rotinas domésticas que estimulem competências de autonomia e de interação verbal e não verbal;
- praticar atividades desportivas que permitem a interação social e o aliviar de algumas tensões;
- comunicar com a escola por forma a haver uma coordenação de esforços e ações.

A aceitação e compreensão do problema por parte dos pais é crucial para a criança com MS. Os membros da família devem estar envolvidos em todo o processo de tratamento. Muito

frequentemente são necessárias mudanças nos ambientes familiares. A criança nunca deve ser pressionada a falar pois isto só causará mais ansiedade. A criança deve sentir que os pais estão do seu lado. Idealmente devem acontecer momentos de diálogo em casa, sem pressão e quando a criança se sente mais confortável. Os pais podem, assim, aliviar o stress envolvendo-se nas discussões acerca dos seus sentimentos o que lhes permitirá relaxar.

O designado *floor time*, no âmbito do MS, é uma intervenção ao nível do desenvolvimento criada por Stanley Greenspan que encoraja o jogo e a brincadeira entre a criança com MS e os seus progenitores ensinando-os a usar níveis de interesse e de motivação da criança para o envolvimento em interações sociais com elas. É dada ênfase à “não pressão” para o discurso e ao desenvolvimento da relação criança / progenitor. Normalmente estas interações relacionais conduzem a padrões normais de comunicação. De seguida, os pais deverão expor a criança a uma variedade de atividades extracurriculares para que estas comecem a aceitar experiências sociais. A ênfase nos aspetos relacionais do jogo com vista à produção de linguagem, como produto de trocas interpessoais, é mais um meio do que um fim.

S.Greenspan e os seus colaboradores têm, assim, vindo a desenvolver um modelo integrador da abordagem das perturbações da comunicação e da relação, baseado numa perspetiva estruturalista do desenvolvimento, na certeza de que em todas as crianças existe alguma capacidade para comunicar e que essa capacidade depende do seu grau de motivação (Greenspan, 1992). A abordagem *floor time* é, então, um modo de intervenção interativa não dirigida que tem como objetivo envolver a criança numa relação afetiva. Os seus princípios básicos são:

- seguir a atividade da criança;
- entrar na sua atividade e apoiar as suas intenções, tendo sempre em conta as diferenças individuais e os estádios do desenvolvimento emocional da criança;
- através da nossa própria expressão afetiva e das nossas ações, levar a criança a envolver-se e a interagir connosco;
- abrir e fechar ciclos de comunicação (comunicação recíproca), utilizando estratégias como o «jogo obstrutivo»;
- alargar a gama de experiências interativas da criança através do jogo;
- alargar a gama de competências motoras e de processamento sensorial;
- adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e viso espacial, planeamento motor e modulação sensorial;

- tentar mobilizar em simultâneo os seis níveis funcionais de desenvolvimento emocional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional)(Greenspan, 1992b; Greenspan & Wieder,1998).

O modelo D.I.R. (baseado no desenvolvimento, nas diferenças individuais e na relação) é também um modelo de intervenção que tem vindo a ser desenvolvido por Stanley Greenspan e Serena Wieder.

Este modelo é de intervenção intensiva e global e associa a abordagem *floor time* com o envolvimento e participação da família, com diferentes especialidades terapêuticas (integração social, terapia da fala, ...) e a articulação nas estruturas educacionais.

É na escola que, normalmente, os sintomas do MS se revelam e, por isso, é este o espaço de intervenção privilegiado. Segundo Peixoto (2006), é provável que a escola seja o ambiente mais difícil para a criança interagir verbalmente.

É necessário que os pais ajudem os professores e o pessoal auxiliar no esclarecimento acerca do que é MS e como agir com estas crianças. É imperativo que a escola perceba que as crianças com MS não estão a ser desafiadoras ou teimosas ao “não falar”, mas que elas verdadeiramente não conseguem falar. O professor(es) ou educador deve perceber que é essencial que a criança com MS interiorize que não é obrigatório falar. Para além disso, a comunicação não verbal é aceite no início e deve ser encorajada. Os professores devem, também, estar envolvidos no plano de intervenção / tratamento. À medida que houver progressos o professor deverá encorajar a verbalização de forma subtil e não ameaçadora.

A escola deve desenvolver um conjunto de estratégias ajustadas às necessidades de cada criança, algumas delas propostas pelo Centro de Recursos de Educação Especial e o Departamento de Educação de Navarra (Úrban, 2004):

- responsabilizar a criança por pequenas tarefas que promovam dinâmicas de organização e gestão de sala de aula (distribuir materiais, recados, recolher trabalhos de casa, entre outros);
- desenvolver atividades de grupo (jogos, trabalhos em grupo, leitura e escrita em pequenos grupos, entre outros);
- proporcionar momentos em que a atividade é da iniciativa da criança;
- conceber atividades que impliquem o contacto físico;
- programar tempos de diálogo com o grupo fora da sala de aula (recreio, cantina, visitas de estudo, entre outros).

Neste mesmo sentido se pronuncia Peixoto (2006), considerando que o professor, para além das estratégias anteriormente referidas, deve:

- permitir que a criança comunique (verbalmente ou não);
- dispor a sala em grupos;
- evitar colocar a criança no centro das atenções;
- envolver os colegas na ajuda à criança;

No que diz respeito a estratégias específicas, de cariz pedagógico e didático, a promoção da interação verbal poderá incluir atividades em grupo, trabalhos de projeto e jogos:

- de movimento e comunicação (mímica, imitação, adivinhas);
- de preparação da fala, que não exijam inicialmente uma interação verbal (produção de sons corporais através da boca, das mãos e dos pés);
- de encadeamento e graduação dos sons;
- de associação de sons e movimentos.

No que diz ainda respeito às estratégias específicas, o professor deve ir direcionando-as para a verbalização. Numa fase inicial, os jogos poderão requerer que a criança fale mas sem se expor ao recetor (por exemplo através de dramatização com marionetas ou da simulação de um telefonema).

Estes jogos devem ter em conta três vetores:

1. Pessoa implicada no ato comunicativo

- criança e professor
- criança, professor e um colega
- pequenos grupos de dois ou três elementos com um professor
- grupo / turma

2. longitude da emissão requerida

- emitir sons com o corpo
- emitir sons articulados
- responder com monossílabos (sim, não, ...)
- responder com uma palavra

- responder com frases curtas

3. intensidade da emissão verbal

- vocalização sem som
- vocalização com som apenas audível
- vocalização com som audível mas baixo
- volume ajustado à situação

As estratégias usadas na sala de aula devem ser diversificadas, alternadas e com um grau de exigência progressivo. A planificação de atividades a desenvolver deve ter em consideração o objetivo da diminuição da ansiedade, a intensificação da comunicação não verbal e verbal e o aumento da interação social.

O professor quando avalia uma criança com um quadro de MS deve ter conta a atividade da criança, as suas limitações, o processamento da informação linguística, o conhecimento do sistema linguístico, o contexto em que se desenvolve a linguagem e o texto nas suas diferentes modalidades. O processo de avaliação deve, ainda, ser efetuado em locais onde a criança se sinta confortável, pode se feito um registo áudio da leitura num ambiente propício, e podem ser usados outros suportes, por exemplo o telefone, através dos quais seja possível avaliar as reais competências comunicativas da criança.

A ênfase deve ser dada à compreensão da criança e da sua ansiedade. Introduzir a criança subtilmente em ambientes sociais é uma forma excelente de ajudar a criança a sentir-se confortável. Exemplo de um plano comportamental, que pode ser aplicado no contexto educativo, passo a passo, sugerido por McHolm et al. (2005)

Com poucas pessoas na escola, um dos progenitores pratica falar no ambiente escolar;

1. Durante algum tempo, quando outras crianças não estão presentes, um ou dois amigos podem acompanhar a criança no recreio para brincar;
2. Durante algum tempo, quando outras crianças não estão presentes, um pequeno grupo de amigos familiares podem acompanhar a criança ao recreio para brincar;
3. Os progenitores podem passar algum tempo com a sua criança na sala de aula;
4. Quando a criança fala normalmente, primeiro os professores, depois os alunos, vão sendo introduzidos no grupo;
5. Apenas quando a ansiedade baixa e a criança se sente confortável e está obviamente preparada para um encorajamento subtil, o reforço positivo para a verbalização é iniciado.

Uma aula com características lúdicas não precisa de ter jogos ou brinquedos. O que traz a ludicidade à aula é mais a atitude do professor / educador e dos educandos. É importante que se entenda que o lúdico, na sala de aula ou não, é uma necessidade do ser humano em qualquer idade e não pode ser vista apenas como diversão.

Para muitos a brincadeira está separada da educação. No entanto, muitos professores apesar de reconhecerem a importância da brincadeira e do jogo, têm dificuldades em utilizá-los. A intervenção do professor durante a brincadeira e o jogo deve ser mais como participativo, que visa a aprendizagem incidental durante a brincadeira, e não como dirigido, o professor que aproveita a brincadeira para incluir a aprendizagem de conteúdos escolares e dirigir, para situações não lúdicas, desvalorizando o brincar que deixa de ser espontâneo o que condiciona o desenvolvimento da criatividade. O conceito de Ludoeducação – educar através da brincadeira, parece estar relacionado com conceitos de construtivismo na medida em que a aprendizagem se dá com a participação do aluno de forma divertida e que estimula o desenvolvimento emocional nas perspectivas criança-criança e criança-professor.

Kishimoto advoga que brinquedo e brincadeira aparecem com significações opostas e contraditórias: a brincadeira é vista ora como ação livre, ora como atividade supervisionada pelo adulto. O brinquedo expressa qualquer objeto que serve de suporte para a brincadeira livre ou fica ligado ao ensino de conteúdos escolares. A contraposição entre a liberdade e a orientação das brincadeiras, entre a ação lúdica concebida como um fim em si mesma, ou com fins para a aquisição de conteúdos específicos, mostra a divergência de significados (Kishimoto, 1996).

Maluf (2006) considera que todas as pessoas podem beneficiar com atividades lúdicas, pois através da imaginação podemos ultrapassar a realidade e a incorporação de brincadeiras, jogos e brinquedos na prática pedagógica, podem desenvolver diferentes atividades que contribuem para inúmeras aprendizagens e para a ampliação da rede de significados construtivos tanto para crianças como para jovens.

Concluindo, o desenvolvimento de aspetos lúdicos facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural e colabora para uma boa saúde mental, e, importante no caso de crianças com MS, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção de conhecimento.

Parte 2: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Almeida e Freire (1997), os resultados numa investigação, e logicamente as conclusões daí decorrentes, dependem muito de quem é avaliado (amostra), dos meios usados na avaliação (instrumento) e do contexto em que ocorre essa avaliação (procedimentos). Assim sendo, achámos conveniente proceder a uma descrição destes e de outros aspetos nesta parte como forma de melhorar o enquadramento dos resultados obtidos, a sua análise e discussão, bem como as conclusões retiradas.

Nesta parte, abordamos então a metodologia seguida tendo em vista os objetivos a atingir com a presente investigação e a verificação das hipóteses formuladas.

Perante a problemática que nos propusemos desenvolver e na tentativa de dar resposta à temática *O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia / Atividade Lúdica* construímos um questionário (ver Anexo 1), com o qual pretendemos recolher dados que permitam obter e compreender algumas opiniões relativamente à temática em estudo. Assim, descrevemos a população e caracterizamos a amostra recebida. Fazemos referência aos procedimentos utilizados na recolha de dados, às limitações do estudo e posteriormente o tratamento estatístico e o instrumento utilizado.

Por fim, procedemos à apresentação dos resultados dos questionários, realçando as variações de opinião mais significativas.

1. Definição do problema

As crianças e/ou jovens que sofrem de mutismo seletivo enfrentam variados constrangimentos ao nível pessoal e social bem como ao nível escolar. Tendo em consideração que esta perturbação está fortemente associada ao contexto escolar, o objeto deste estudo prende-se com a pertinência e eficácia da atividade lúdica e da ludoterapia, em contexto escolar, no sentido minimizar ou mesmo erradicar o impacto do problema na vida escolar e social das crianças ou jovens, na opinião de professores / educadores e de terapeutas e psicólogos. Assim, pretende-se responder à questão “Será que a atividade lúdica e a ludoterapia contribui para ultrapassar o Mutismo Seletivo?”

2. Objetivos do estudo

Winnicott via o brincar em si como um objeto de estudo; Melanie Klein via a brincadeira como uma forma de comunicação; Vigotsky via a brincadeira como possibilidade de libertação de tensões; Kishimoto via o jogo como promotor da aprendizagem e do desenvolvimento; e os nossos educadores, professores, psicólogos infantis e terapeutas? Como veem eles o jogo, o brincar, a brincadeira e a ludoterapia em geral e no contexto específico do Mutismo Seletivo?

Tendo em conta estas e muitas outras questões em torno dos conceitos de MS, da ludoterapia, das atividades lúdicas, entre outros, salientamos aqui os principais objetivos deste estudo:

- perceber se os inquiridos associam o MS a insegurança, timidez ou mesmo fobia social;
- corroborar ou refutar a associação entre MS e ansiedade;
- recolher a opinião dos inquiridos acerca da importância da terapia;
- conhecer a opinião dos inquiridos acerca do uso de fármacos no tratamento de MS;
- averiguar a importância que os profissionais do ensino atribuem aos jogos e à atividade lúdica;
- desenvolver a consciência da importância do brincar e do brinquedo;
- perceber a opinião dos inquiridos acerca da importância do brincar como forma de trabalhar problemas emocionais;
- contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos dos inquiridos acerca da problemática do MS;

3. Hipóteses

Com este trabalho pretendemos aferir a opinião dos inquiridos acerca das seguintes hipóteses:

H1 – Na opinião dos professores, educadores, terapeutas e psicólogos, as crianças sujeitas à ludoterapia ultrapassam mais facilmente o MS do que as que não o são.

Variável Independente – ludoterapia

Variável Dependente – ultrapassar o MS

H2 – Na opinião dos professores, educadores, terapeutas e psicólogos, a diminuição da ansiedade contribui para uma melhoria dos sintomas de MS.

Variável Independente – diminuição da ansiedade

Variável Dependente – melhoria dos sintomas de MS

H3 – Na opinião dos professores, educadores, terapeutas e psicólogos, as crianças com características de timidez e insegurança são mais propensas ao MS.

Variável Independente – timidez e insegurança

Variável Dependente – Mutismo Seletivo

4. Instrumentos de investigação

Para abordar a temática em estudo e recolher dados que permitam atingir os objetivos deste projeto, assim como concluir acerca das hipóteses inicialmente formuladas, foi escolhido como instrumento de investigação o questionário.

Um questionário consiste num guião previamente elaborado que se aplica a um conjunto de sujeitos (amostra). A construção do mesmo deve ser feita de forma a permitir obter respostas com informação que possa ser utilizada. O questionário foi realizado sob a forma de anonimato, a fim de permitir aos inquiridos o seu preenchimento sem receios, possibilitando assim, maior liberdade de expressão das suas opiniões, principalmente porque muitos deles provavelmente não conheceriam nem a expressão Mutismo Seletivo nem as características a ele associadas. Para além disso, o questionário permite uma maior objetividade e evitam-se perdas de tempo desnecessárias. Por outro lado, neste tipo de recolha de dados o respondente pode colocar cruces de forma aleatória, pelo que há uma menor riqueza na informação recolhida.

O questionário é constituído por perguntas objetivas, fechadas, e de resposta rápida. Há várias vantagens nas perguntas fechadas, uma delas é a facilidade de tratamento de dados. A padronização das informações facilita também a transferência dessas informações para a base de dados do computador. A existência de opções de resposta torna a pergunta mais clara para o inquirido.

O questionário (Apêndice 1) é constituído por duas partes, sendo a primeira a caracterização da amostra, dados pessoais e profissionais (género, idade, habilitações, profissão, tempo de serviço, formação específica em Necessidades Educativas Especiais), e a segunda um conjunto de trinta afirmações referentes à temática em estudo (*Mutismo Seletivo e Ludoterapia/*

Atividades Lúdicas). Este questionário foi criado para este estudo e foi realizado um pré-teste a dez indivíduos.

Assim, escolhida a metodologia de trabalho, procurámos organizar a investigação empírica em três diferentes fases:

- a fase de planeamento e seleção da amostra, em que foi realizada a escolha do instrumento a utilizar;
- a fase de aplicação dos instrumentos selecionados à amostra escolhida e posterior recolha dos dados;
- a fase de tratamento estatístico dos dados obtidos, a sua análise e posterior discussão.

5. Dimensão e critérios de Seleção da Amostra

Para a realização deste estudo foram usados 130 questionários sendo, no entanto, de referir que apesar de todos os que foram entregues em mão terem sido respondidos o mesmo não aconteceu no que concerne aqueles que foram entregues via e-mail.

Assim, a presente investigação tem como instrumento de trabalho, a aplicação de questionários a Educadores de Infância, Professores do 1º, 2º, 3ºCiclo e Ensino Secundário, Psicólogos e Terapeutas, amostra obtida em diversos Agrupamentos de Escolas, Escolas e via e-mail, todos eles do distrito de Aveiro. Foi escolhido este público-alvo na medida em que se pretende fazer uma análise da problemática não só envolvendo professores e educadores mas também outros profissionais cujo trabalho está relacionado com o contexto escolar e educativo.

A amostra será, porventura, pouco equilibrada, o que constituiu uma limitação ao estudo, na medida em que os sujeitos da mesma são maioritariamente professores, dos diferentes níveis de ensino, e educadores e apenas uma pequena parcela representa terapeutas, de vários ramos, e psicólogos, de alguma forma ligados à escola.

6. Protocolo de recolha e aplicação de dados / ética da pesquisa

Como em qualquer investigação, procurámos ter um conjunto de cuidados éticos e deontológicos relativos às metodologias utilizadas e à forma de relação com os participantes. Todos os participantes foram previamente informados sobre a natureza e objetivos do estudo, de forma tal que não tivesse interferência no sentido das respostas. Todos os que aceitaram

participar no estudo deram assim o seu consentimento informando a que as suas respostas fossem incluídas na investigação, sempre com a garantia da sua total confidencialidade, como foi referido anteriormente. Para garantir o carácter sigiloso das respostas obtidas, os resultados que serão apresentados em caso algum permitem a identificação individual do inquirido.

7. Procedimentos estatísticos

Os procedimentos estatísticos utilizados foram a recolha de dados e tratamento dos mesmos no programa SPSS20.

8. Cronograma

Tendo em conta a data de entrega deste trabalho de investigação foi definido o seguinte cronograma:

Tabela 1

| Fases | novembro | dezembro | 1 ^a quinzena janeiro | 2 ^a quinzena de janeiro | 1 ^a quinzena de fevereiro |
|----------------------------------|----------|----------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Levantamento bibliográfico | X | X | | | |
| Elaboração de fichas de leitura | X | X | | | |
| Revisão bibliográfica | X | X | X | | |
| Análise crítica do material | X | X | X | X | X |
| Redação provisória | | X | X | X | X |
| Elaboração de um inquérito | | X | | | |
| Aplicação de um inquérito | | X | X | | |
| Tratamento estatístico de dados | | | X | | |
| Discussão dos resultados obtidos | | | X | X | |
| Revisão e redação final | | | | X | X |

Parte 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De seguida, procederemos à apresentação dos dados obtidos através da aplicação do questionário subordinado ao tema *Mutismo Seletivo e Ludoterapia/Atividades Lúdicas*.

Começaremos por uma caracterização geral do universo da amostra que inclui dados pessoais e profissionais, a saber: género, idade, habilitações, profissão, tempo de serviço e formação específica em Necessidades Educativas Especiais. Posteriormente, serão apresentados os resultados obtidos no que diz respeito à opinião dos inquiridos relativamente à temática em estudo, e que inclui trinta afirmações relativas às principais variáveis da problemática.

Fazendo uma caracterização geral da amostra podemos verificar que esta é constituída por cento e trinta indivíduos maioritariamente do sexo feminino, 88,5%, e com idades compreendidas entre os 22 e os 59 anos de idade, sendo de referir que 44,6%, o que corresponde a 58 indivíduos, se encontram na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade. No que diz respeito às habilitações profissionais, 80,8% é detentor de uma licenciatura. No entanto, poderemos acrescentar a esta percentagem a que é relativa quer à pós-graduação, à especialização, ao mestrado e ao doutoramento, respetivamente 3,1%, 3,1%, 10% e 0,8%, na medida em que este tipo de formação normalmente pressupõe uma licenciatura de base anterior, embora tenhamos consciência que isso possa não acontecer em todos os casos. Quanto à profissão exercida pelos inquiridos, é de salientar o facto de que 60% dos inquiridos é professor do ensino secundário, que inclui também professores de 3º ciclo. Neste item, é de referir que apenas se conseguiu uma amostra relativa a cinco inquiridos efetuados a profissionais não diretamente relacionados com a escola, dois psicólogos e três terapeutas, o que corresponde a 1,5% e 2,3% respetivamente. No que diz respeito ao tempo de serviço, a distribuição é quase equitativa entre a variável dos 0-7 e a dos 8-15 anos de serviço, respetivamente 29,2% e 30%. No último item relativo aos dados pessoais e profissionais que se debruça sobre a formação em Necessidades Educativas Especiais, será importante verificar que 78,5%, o que corresponde a 102 inquiridos, não tem qualquer formação nesta área.

Os resultados relativos a cada um dos itens serão apresentados através do recurso a um gráfico (que permite uma análise em termos percentuais) e a uma tabela (que permite uma análise em termos de frequência). Para a elaboração destes gráficos e tabelas foi usado o

programa estatístico SPSS20 no qual foram inseridas as variáveis e os dados recolhidos em cada um dos questionários. Foi realizado um trabalho metódico e organizado que permitiu a utilização de todos os inquéritos recebidos. O método utilizado foi adequado na medida em que permitiu que os resultados do tratamento estatístico fossem fiáveis e relevantes

Dados pessoais e profissionais

Gráfico 1 – Género

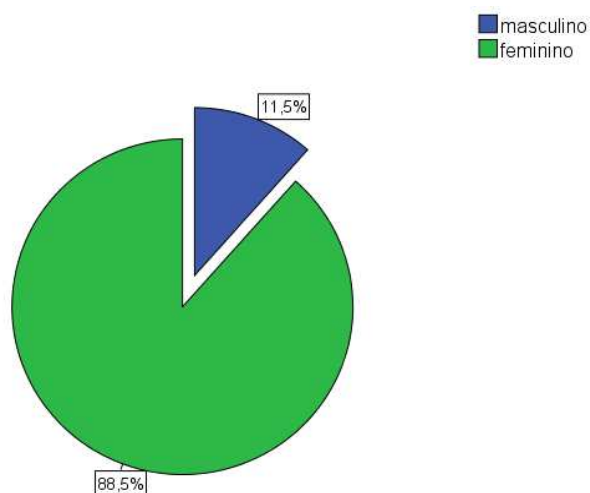


Tabela 2

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|
| masculino | 15 | 11,5 | 11,5 |
| feminino | 115 | 88,5 | 88,5 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela acima apresentados podemos verificar que 88,5% dos inquiridos, que corresponde a 115 indivíduos, são do género feminino e 11,5% dos inquiridos, que corresponde a 15 indivíduos, são do género masculino.

Gráfico 2 – Idade

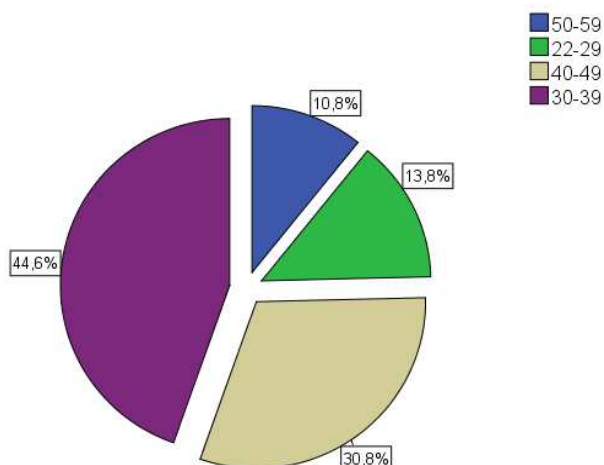


Tabela 3

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|
| 50-59 | 14 | 10,8 | 10,8 |
| 22-29 | 18 | 13,8 | 13,8 |
| 40-49 | 40 | 30,8 | 30,8 |
| 30-39 | 58 | 44,6 | 44,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabelas acima apresentados podemos verificar que 44,6% dos inquiridos, que corresponde a 58 indivíduos, se encontram na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade, 30,8% dos inquiridos, que corresponde a 40 indivíduos, se encontram na faixa etária dos 40 aos 49 anos de idade, 13,8% dos inquiridos, que corresponde a 18 indivíduos, se encontram na faixa etária dos 22 aos 29 anos, e 10,8% dos inquiridos, que corresponde a 14 indivíduos, se situam na faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade.

Gráfico 3 - Habilitações

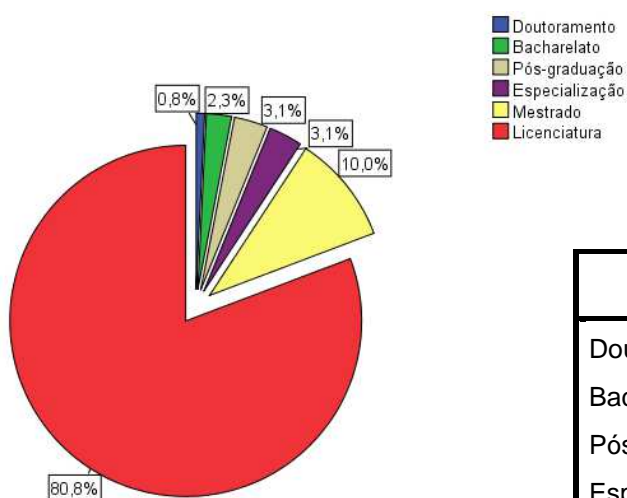


Tabela 4

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|
| Doutoramento | 1 | ,8 | ,8 |
| Bacharelato | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Pós-graduação | 4 | 3,1 | 3,1 |
| Especialização | 4 | 3,1 | 3,1 |
| Mestrado | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Licenciatura | 105 | 80,8 | 80,8 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela anteriormente apresentados podemos verificar que 80,8% dos inquiridos, o que corresponde a 105 indivíduos, possuem uma Licenciatura, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, possuem um Mestrado, 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, possuem uma Especialização, 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, possuem uma Pós-Graduação, 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, possuem um Bacharelato, e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, possui um Doutorado.

Gráfico 4 – Profissão

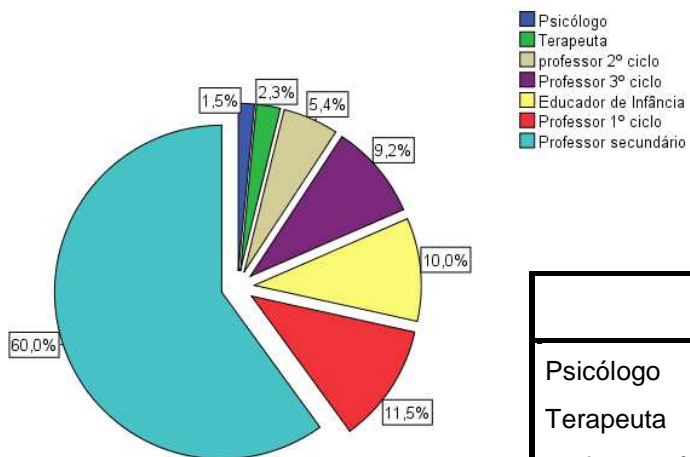


Tabela 5

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|
| Psicólogo | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Terapeuta | 3 | 2,3 | 2,3 |
| professor 2º ciclo | 7 | 5,4 | 5,4 |
| Professor 3º ciclo | 12 | 9,2 | 9,2 |
| Educador de Infância | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Professor 1º ciclo | 15 | 11,5 | 11,5 |
| Professor secundário | 78 | 60,0 | 60,0 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e tabela acima apresentados podemos verificar que 60% dos inquiridos, o que corresponde a 78 indivíduos, são professores do Ensino Secundário, 11,5% dos inquiridos, o que corresponde a 15 indivíduos, são Professores do 1ºCiclo, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, são Educadores de Infância, 9,2% dos inquiridos, o que corresponde a 12 indivíduos, são Professores do 3º Ciclo, 5,4% dos inquiridos, o que corresponde a 7 indivíduos, são Professores do 2º Ciclo, 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, são Terapeutas, e 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a dois indivíduos, são Psicólogos.

Gráfico 5 - Tempo de serviço

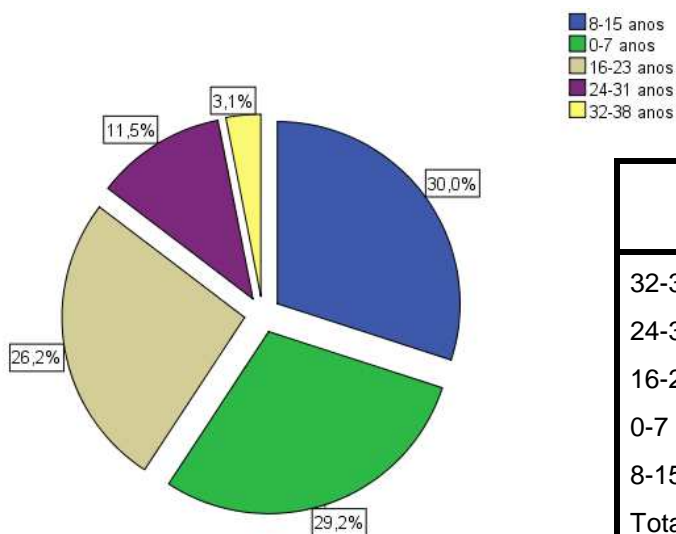


Tabela 6

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|
| 32-38 anos | 4 | 3,1 | 3,1 |
| 24-31 anos | 15 | 11,5 | 11,5 |
| 16-23 anos | 34 | 26,2 | 26,2 |
| 0-7 anos | 38 | 29,2 | 29,2 |
| 8-15 anos | 39 | 30,0 | 30,0 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através gráfico e tabela apresentados podemos verificar que 30% dos inquiridos, o que corresponde a 39 indivíduos, têm entre 8 e 15 anos de serviço, 29,2% dos inquiridos, o que corresponde a 38 indivíduos, têm entre 0 e 7 anos de serviço, 26,2% dos inquiridos, o que corresponde a 34 indivíduos, têm entre 16 e 23 anos de serviço, 11,5% dos inquiridos, o que corresponde a 15 indivíduos, têm entre 24 e 31 anos de serviço, e 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, têm entre 32 e 38 anos de serviço.

Gráfico 6 - Formação em NEE

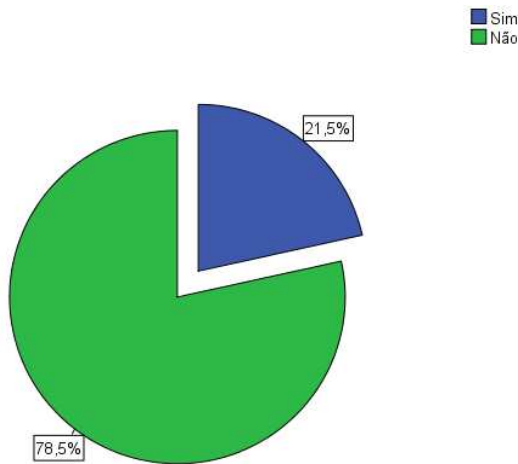


Tabela 7

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|
| Sim | 28 | 21,5 | 21,5 |
| Não | 102 | 78,5 | 78,5 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela anteriormente apresentados podemos verificar que 78,5/ dos inquiridos, o que corresponde a 102 indivíduos, não teve Formação em Necessidades Educativas Especiais e 21,5% dos inquiridos, o que corresponde a 28 indivíduos, já teve Formação em Necessidades Educativas Especiais.

Questionário

Gráfico 7 - A criança com MS não consegue expressar-se pela fala

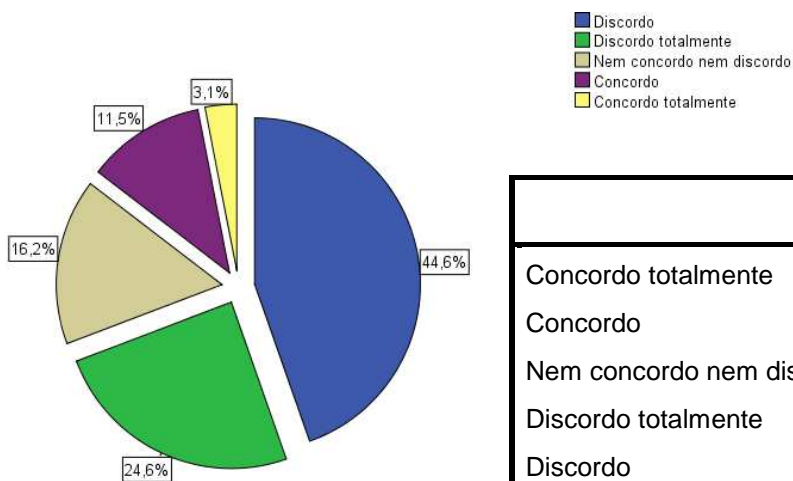


Tabela 8

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Concordo totalmente | 4 | 3,1 | 3,1 |
| Concordo | 15 | 11,5 | 11,5 |
| Nem concordo nem discordo | 21 | 16,2 | 16,2 |
| Discordo totalmente | 32 | 24,6 | 24,6 |
| Discordo | 58 | 44,6 | 44,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela apresentados podemos verificar que 44,6% dos inquiridos, o que corresponde a 58 indivíduos, discorda da afirmação “A criança com MS não consegue expressar-se pela fala”, 24,6% dos inquiridos, o que corresponde a 32 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada, 16,2% dos inquiridos, o que corresponde a 21 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 11,5% dos inquiridos, o que corresponde a 15 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada e 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada. A média é 2,24 e a moda 2.

Gráfico 8 - A criança com MS nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos.

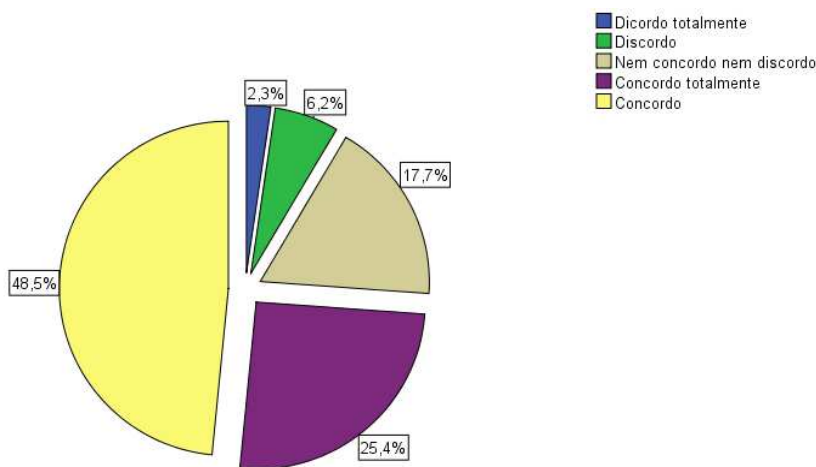


Tabela 9

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Discordo | 8 | 6,2 | 6,2 |
| Nem concordo nem discordo | 23 | 17,7 | 17,7 |
| Concordo totalmente | 33 | 25,4 | 25,4 |
| Concordo | 63 | 48,5 | 48,5 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela acima apresentados podemos verificar que 48,5% dos inquiridos, o que corresponde a 63 indivíduos, concorda com a afirmação “A criança com MS nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos”, 25,4% dos inquiridos, o que corresponde a 33 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 17,7% dos inquiridos, o que corresponde a 23 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 6,2% dos inquiridos, o que corresponde a 8 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,88 e a moda é 4.

Gráfico 9 - A criança com MS nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas.

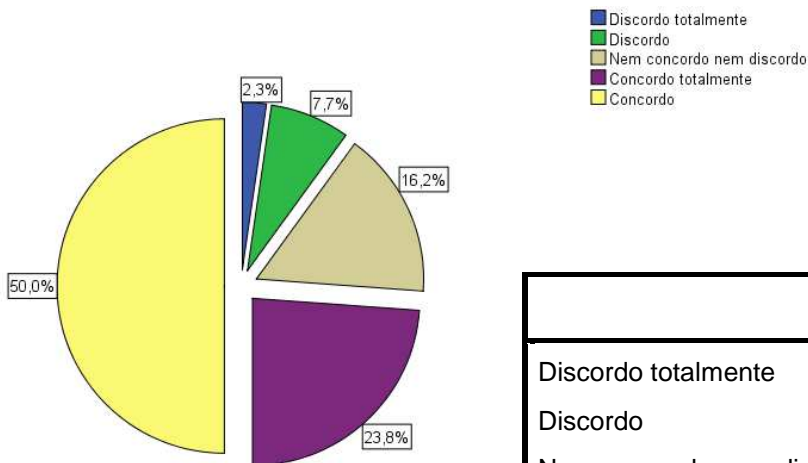


Tabela 10

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Discordo | 10 | 7,7 | 7,7 |
| Nem concordo nem discordo | 21 | 16,2 | 16,2 |
| Concordo totalmente | 31 | 23,8 | 23,8 |
| Concordo | 65 | 50,0 | 50,0 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e da tabela anteriormente apresentados podemos verificar que 50% dos inquiridos, o que corresponde a 65 indivíduos, concorda com a afirmação “A criança com MS nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas”, 23,8% dos inquiridos, o que corresponde a 31 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 16,2% dos inquiridos, o que corresponde a 21 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 7,7% dos inquiridos, o que corresponde a 10 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,85 e a moda é 4.

Gráfico 10 - A criança com MS é incapaz de falar em determinados contextos.

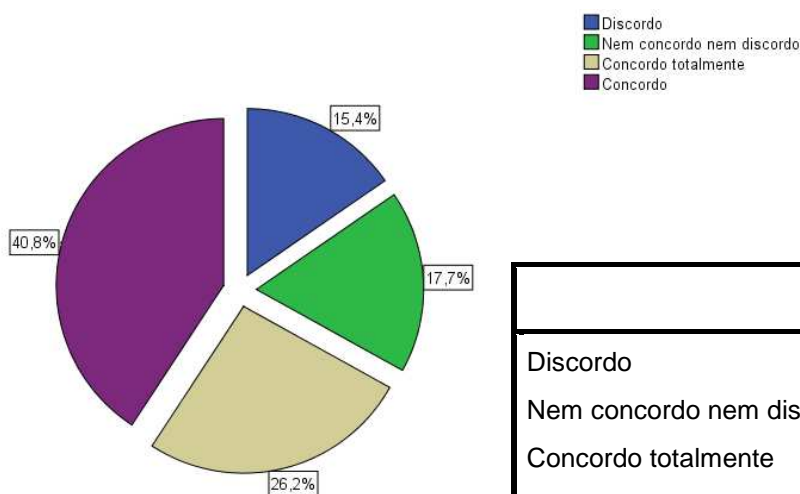


Tabela 11

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 20 | 15,4 | 15,4 |
| Nem concordo nem discordo | 23 | 17,7 | 17,7 |
| Concordo totalmente | 34 | 26,2 | 26,2 |
| Concordo | 53 | 40,8 | 40,8 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e tabela apresentados podemos verificar que 40,8% dos inquiridos, o que corresponde a 53 indivíduos, concorda com a afirmação “A criança com MS é incapaz de falar em determinados contextos”, 26,2% dos inquiridos, o que corresponde a 34 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 17,7% dos inquiridos, o que corresponde a 23 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 15,4% dos inquiridos, o que corresponde a 20 indivíduos discorda da afirmação apresentada. A média é 3,78 e a moda é 4.

Gráfico 11 - A criança com MS é incapaz de falar com determinadas pessoas.

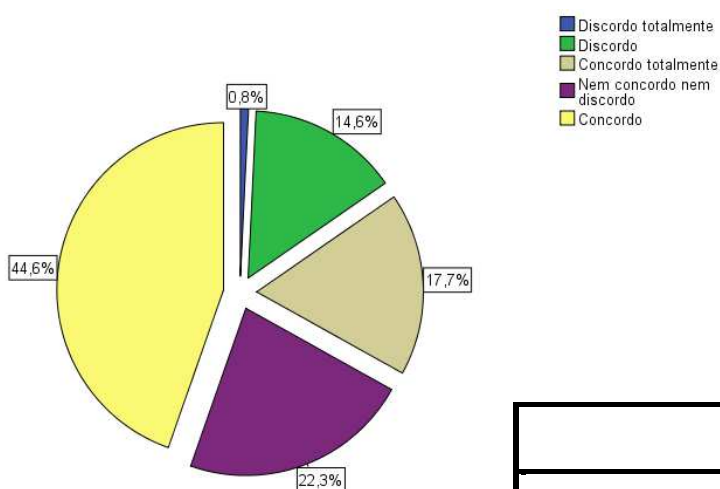


Tabela 12

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 1 | ,8 | ,8 |
| Discordo | 19 | 14,6 | 14,6 |
| Concordo totalmente | 23 | 17,7 | 17,7 |
| Nem concordo nem discordo | 29 | 22,3 | 22,3 |
| Concordo | 58 | 44,6 | 44,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e da tabela acima apresentados podemos verificar que 44,6% dos inquiridos, o que corresponde a 58 indivíduos, concorda com a afirmação “A criança com MS é incapaz de falar com determinadas pessoas”, 22,3% dos inquiridos, o que corresponde a 29 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 17,7% dos inquiridos, o que corresponde a 23 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 14,6% dos inquiridos, o que corresponde a 19 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 0,8% dos indivíduos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,64 e a moda é 4.

Gráfico 12 - Há traços biogenéticos que conduzem ao desenvolvimento de MS.

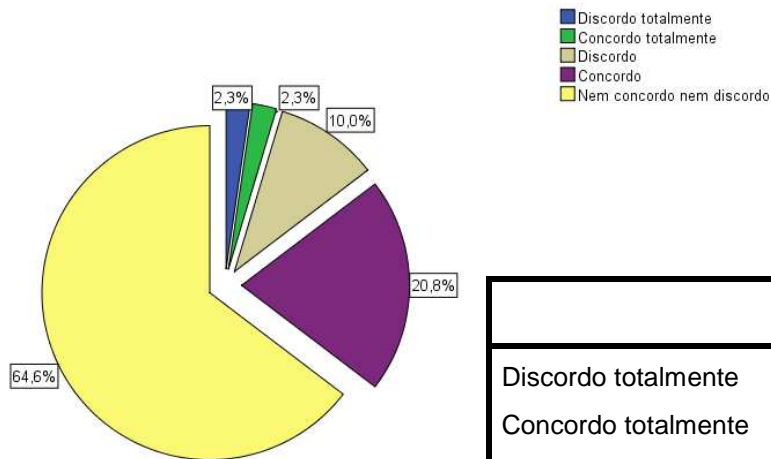


Tabela 13

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Concordo totalmente | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Discordo | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Concordo | 27 | 20,8 | 20,8 |
| Nem concordo nem discordo | 84 | 64,6 | 64,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e tabela anteriormente apresentados podemos verificar que 64,6% dos inquiridos, o que corresponde a 84 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “Há traços biogenéticos que conduzem ao desenvolvimento de MS”, 20,8% dos inquiridos, o que corresponde a 27 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e também 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,11 e a moda é 3.

Gráfico 13- O MS manifesta-se na faixa etária dos 3-6 anos.

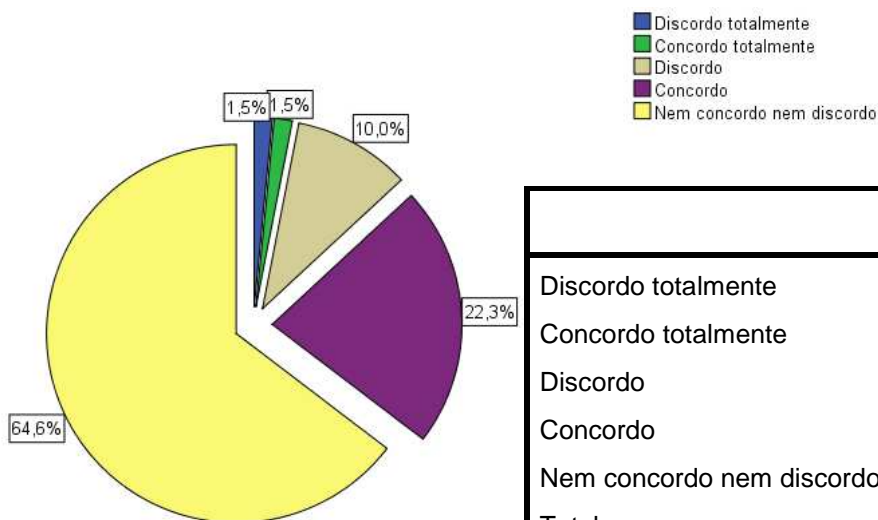


Tabela 14

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Concordo totalmente | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Discordo | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Concordo | 29 | 22,3 | 22,3 |
| Nem concordo nem discordo | 84 | 64,6 | 64,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 64,6% dos inquiridos, o que corresponde a 84 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “O MS manifesta-se na faixa etária dos 3 – 6 anos”, 22,3% dos inquiridos, o que corresponde a 29 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a 2 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e igualmente 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a 2 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,12 e a moda é 3.

Gráfico 14 - O “não falar” é uma atitude de defesa.

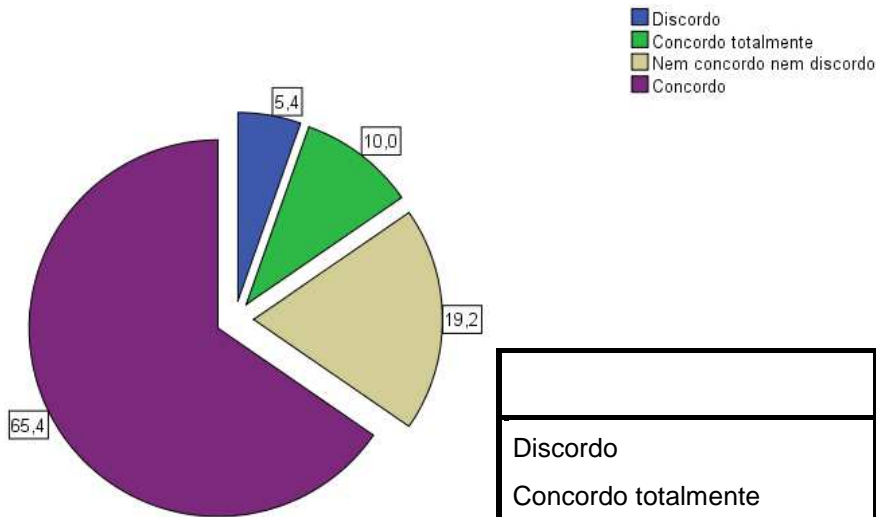


Tabela 15

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 7 | 5,4 | 5,4 |
| Concordo totalmente | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Nem concordo nem discordo | 25 | 19,2 | 19,2 |
| Concordo | 85 | 65,4 | 65,4 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e da tabela acima apresentados podemos verificar que 65,4% dos inquiridos, o que corresponde a 85 indivíduos, concorda com a afirmação “O “não falar” é uma atitude de defesa, 19,2% dos inquiridos, o que corresponde a 25 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 5,4% dos inquiridos, o que corresponde a 7 indivíduos, discorda da afirmação apresentada. A média é 3,8 e a moda é 4.

Gráfico 15 - As emoções aproximam a criança do meio social.

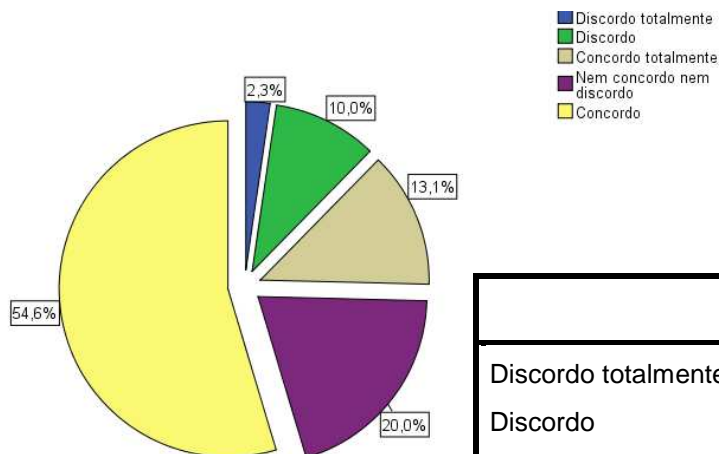


Tabela 16

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Discordo | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Concordo totalmente | 17 | 13,1 | 13,1 |
| Nem concordo nem discordo | 26 | 20,0 | 20,0 |
| Concordo | 71 | 54,6 | 54,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela anteriormente apresentados podemos verificar que 54,6% dos inquiridos, o que corresponde a 71 indivíduos, concorda com a afirmação “As emoções aproximam a criança do meio social”, 20% dos inquiridos, o que corresponde a 26 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 13,1% dos inquiridos, o que corresponde a 17 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,66 e a moda é 4.

Gráfico 16 - As emoções afastam a criança do meio social.

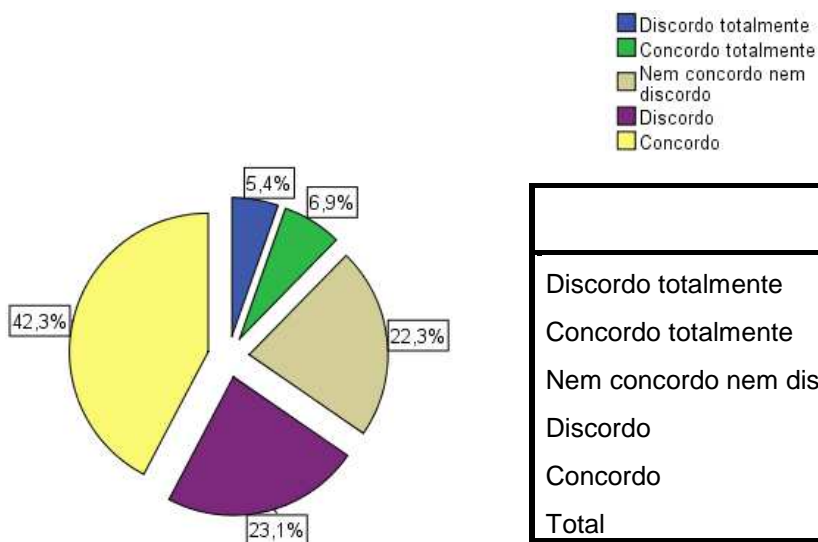


Tabela 17

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 7 | 5,4 | 5,4 |
| Concordo totalmente | 9 | 6,9 | 6,9 |
| Nem concordo nem discordo | 29 | 22,3 | 22,3 |
| Discordo | 30 | 23,1 | 23,1 |
| Concordo | 55 | 42,3 | 42,3 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 42,3% dos inquiridos, o que corresponde a 55 indivíduos, concorda com a afirmação “As emoções afastam a criança do meio social”, 23,1% dos inquiridos, o que corresponde a 30 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 22,3% dos inquiridos, o que corresponde a 29 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 6,9% dos inquiridos, o que corresponde a 9 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 5,4% dos inquiridos, o que corresponde a 7 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,22 e a moda é 4.

Gráfico 17 - O MS é frequentemente causado por situações traumáticas, de ordem física ou psicológica.

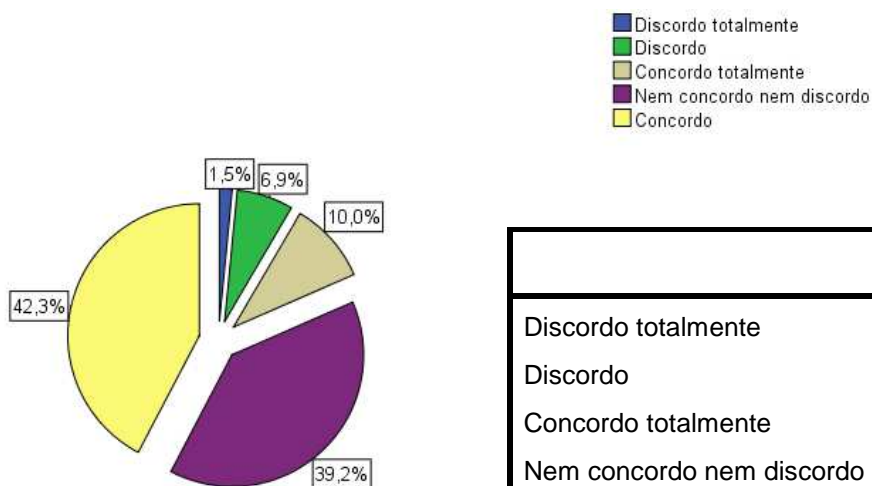


Tabela 18

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Discordo | 9 | 6,9 | 6,9 |
| Concorde totalmente | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Nem concordo nem discordo | 51 | 39,2 | 39,2 |
| Concorde | 55 | 42,3 | 42,3 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela acima apresentados podemos verificar que 42,3% dos inquiridos, o que corresponde a 55 indivíduos, concorda com a afirmação “O MS é frequentemente causado por situações traumáticas, de ordem física ou psicológica”, 39,2% dos inquiridos, o que corresponde a 51 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 6,9% dos inquiridos, o que corresponde a 9 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a 2 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,52 e a moda é 4.

Gráfico 18 - A criança com MS é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças.

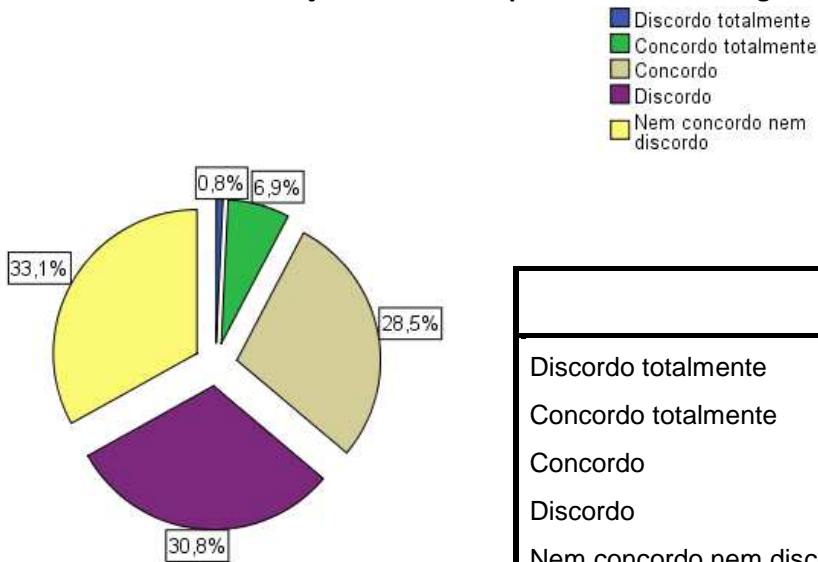


Tabela 19

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 1 | ,8 | ,8 |
| Concordo totalmente | 9 | 6,9 | 6,9 |
| Concordo | 37 | 28,5 | 28,5 |
| Discordo | 40 | 30,8 | 30,8 |
| Nem concordo nem discordo | 43 | 33,1 | 33,1 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 33,1% dos inquiridos, o que corresponde a 43 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “A criança com MS é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças”, 30,8% dos inquiridos, o que corresponde a 40 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 28,5% dos inquiridos, o que corresponde a 37 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada, 6,9% dos inquiridos, o que corresponde a 9 indivíduos, concorda totalmente da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,10 e a moda é 3.

Gráfico 19 - A criança com MS apresenta um quadro de fobia social e timidez excessiva.

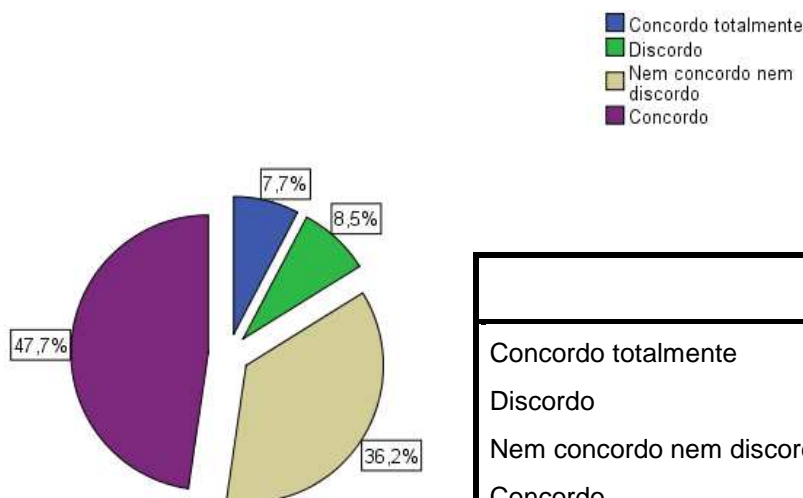


Tabela 20

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Concordo totalmente | 10 | 7,7 | 7,7 |
| Discordo | 11 | 8,5 | 8,5 |
| Nem concordo nem discordo | 47 | 36,2 | 36,2 |
| Concordo | 62 | 47,7 | 47,7 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 47,7% dos inquiridos, o que corresponde a 62 indivíduos, concorda com a afirmação “A criança com MS apresenta um quadro de fobia social e timidez excessiva”, 36,2% dos inquiridos, o que corresponde a 47 indivíduos, não concorda nem discorda da afirmação apresentada, 8,5% dos inquiridos, o que corresponde a 11 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 7,7% dos inquiridos, o que corresponde a 10 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada. A média é 3,55 e a moda é 4.

Gráfico 20 - Quando uma criança para de comunicar em ambientes sociais é um alerta para esta perturbação.

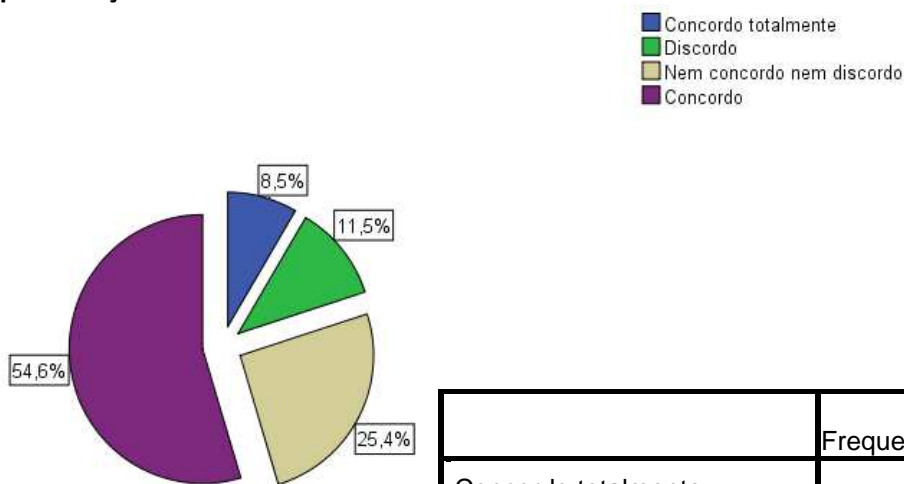


Tabela 21

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Concordo totalmente | 11 | 8,5 | 8,5 |
| Discordo | 15 | 11,5 | 11,5 |
| Nem concordo nem discordo | 33 | 25,4 | 25,4 |
| Concordo | 71 | 54,6 | 54,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 54,6% dos inquiridos, o que corresponde a 71 indivíduos, concorda com a afirmação “Quando uma criança para de comunicar em ambientes sociais é um alerta para esta perturbação”, 25,4% dos inquiridos, o que corresponde a 33 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 11,5% dos inquiridos, o que corresponde a 15 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 8,5% dos inquiridos, o que corresponde a 11 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada. A média é 3,60 e a moda é 4.

Gráfico 21 - Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de MS.

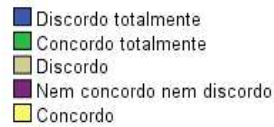
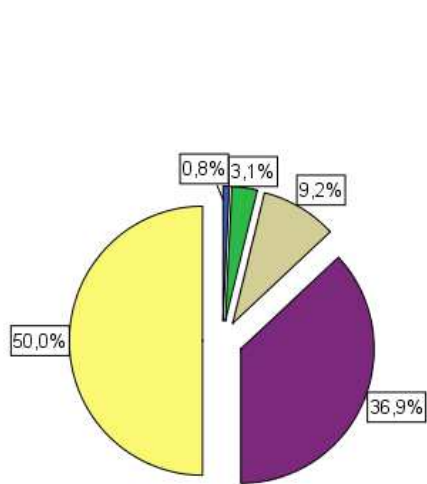


Tabela 22

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 1 | ,8 | ,8 |
| Concordo totalmente | 4 | 3,1 | 3,1 |
| Discordo | 12 | 9,2 | 9,2 |
| Nem concordo nem discordo | 48 | 36,9 | 36,9 |
| Concordo | 65 | 50,0 | 50,0 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 50% dos inquiridos, o que corresponde a 65 indivíduos, concorda com a afirmação “Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de MS”, 36,9% dos inquiridos, o que corresponde a 48 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 9,2% dos inquiridos, o que corresponde a 12 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,45 e a moda é 4.

Gráfico 22 - A terapia é essencial no tratamento de MS.

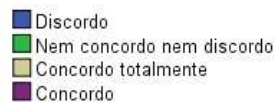
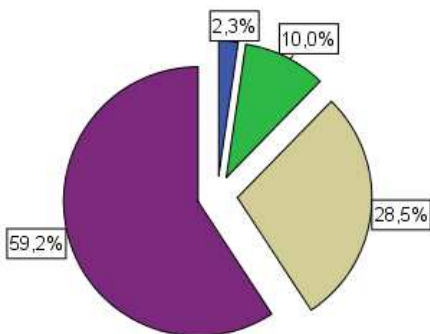


Tabela 23

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Nem concordo nem discordo | 13 | 10,0 | 10,0 |
| Concordo totalmente | 37 | 28,5 | 28,5 |
| Concordo | 77 | 59,2 | 59,2 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 59,2% dos inquiridos, o que corresponde a 77 indivíduos, concorda com a afirmação “A terapia é essencial no tratamento de MS”, 28,5% dos inquiridos, o que corresponde a 37 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 10% dos inquiridos, o que corresponde a 13 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda da afirmação apresentada. A média é 4,14 e a moda é 4.

Gráfico 23 - A diminuição da ansiedade da criança atenua os sintomas.

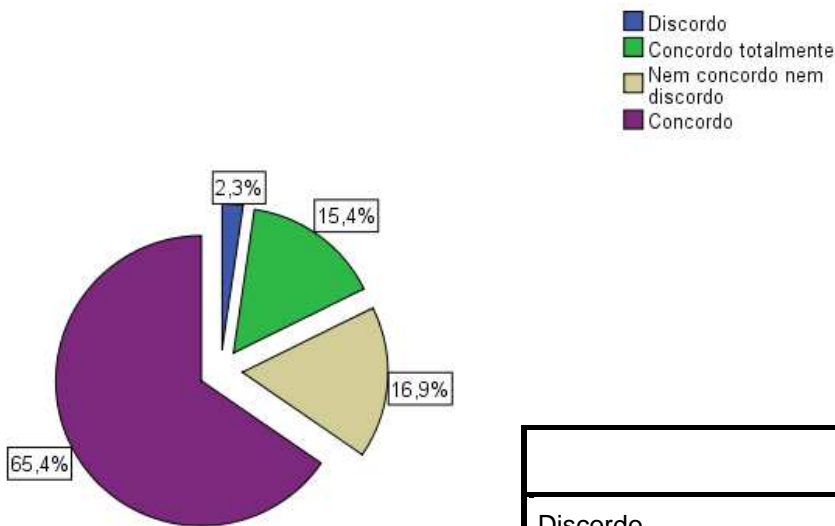


Tabela 24

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Concorde totalmente | 20 | 15,4 | 15,4 |
| Nem concordo nem discordo | 22 | 16,9 | 16,9 |
| Concorde | 85 | 65,4 | 65,4 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela acima apresentados podemos verificar que 65,4% dos inquiridos, o que corresponde a 85 indivíduos, concorda com a afirmação “A diminuição da ansiedade da criança atenua os sintomas”, 16,9% dos inquiridos, o que corresponde a 22 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 15,4% dos inquiridos, o que corresponde a 20 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda da afirmação apresentada. A média é 3,94 e a moda é 4.

Gráfico 24 - O recurso a fármacos é essencial no tratamento de MS.

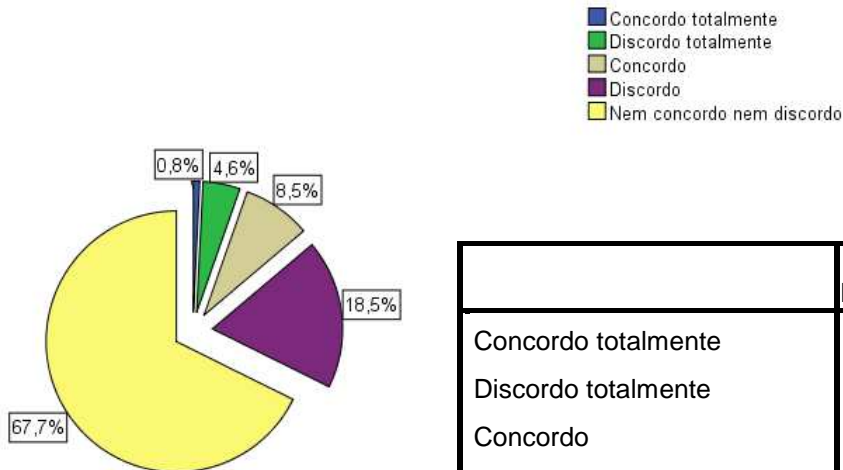


Tabela 25

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Concordo totalmente | 1 | ,8 | ,8 |
| Discordo totalmente | 6 | 4,6 | 4,6 |
| Concordo | 11 | 8,5 | 8,5 |
| Discordo | 24 | 18,5 | 18,5 |
| Nem concordo nem discordo | 88 | 67,7 | 67,7 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 67,7% dos inquiridos, o que corresponde a 88 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “O recurso a fármacos é essencial no tratamento de MS”, 18,5% dos inquiridos, o que corresponde a 24 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 8,5% dos inquiridos, o que corresponde a 11 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada, 4,6% dos inquiridos, o que corresponde a 6 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, concorda totalmente com a afirmação apresentada. A média é 2,82 e a moda é 3.

Gráfico 25 - A indicação da ludoterapia parte habitualmente dos pais da criança com MS.

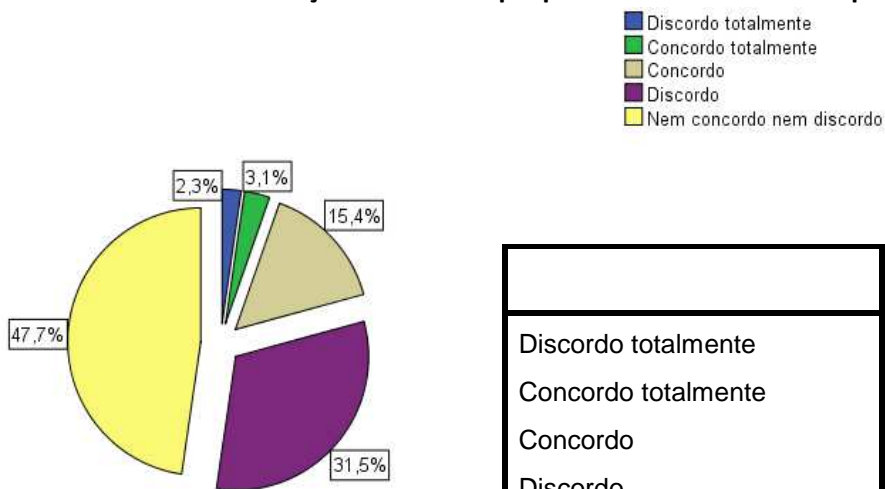


Tabela 26

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Concordo totalmente | 4 | 3,1 | 3,1 |
| Concordo | 20 | 15,4 | 15,4 |
| Discordo | 41 | 31,5 | 31,5 |
| Nem concordo nem discordo | 62 | 47,7 | 47,7 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 47,7% dos inquiridos, o que corresponde a 62 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “A indicação da ludoterapia parte habitualmente dos pais das crianças com MS”, 31,5% dos inquiridos, o que corresponde a 41 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 15,4% dos inquiridos, o que corresponde a 20 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada, 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 2,85 e a moda é 3.

Gráfico 26 - A ludoterapia propicia um ambiente que quebra inevitavelmente as barreiras da fala.

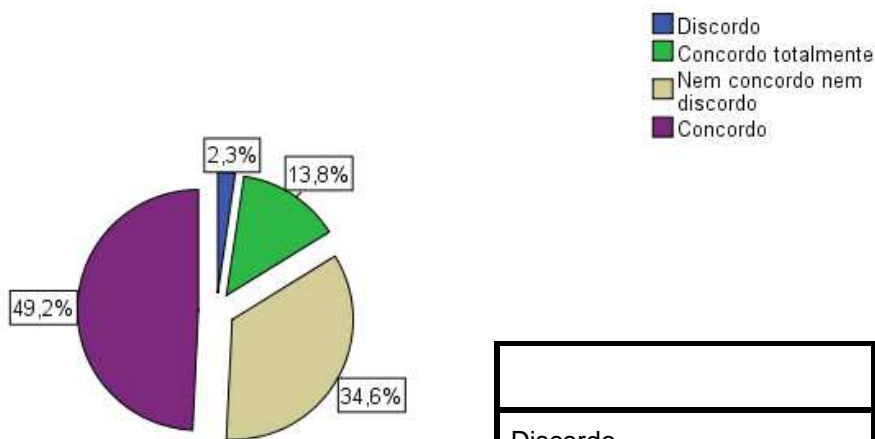
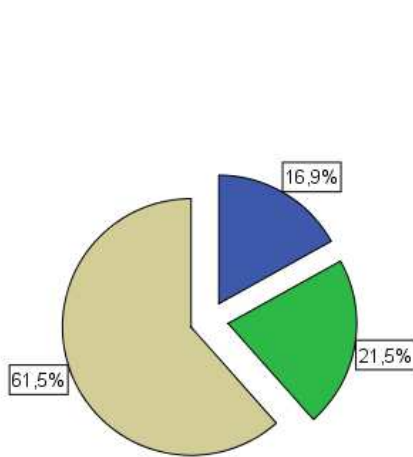


Tabela 27

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Concorde totalmente | 18 | 13,8 | 13,8 |
| Nem concordo nem discordo | 45 | 34,6 | 34,6 |
| Concorde | 64 | 49,2 | 49,2 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela acima apresentados podemos verificar que 49,2% dos inquiridos, o que corresponde a 64 indivíduos, concorda com a afirmação “A ludoterapia propicia um ambiente que quebra inevitavelmente as barreiras da fala”, 34,6% dos inquiridos, o que corresponde a 45 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada, 13,8% dos inquiridos, o que corresponde a 18 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda da afirmação apresentada. A média é 3,75 e a moda é 4.

Gráfico 27 - O brinquedo pode ser considerado um instrumento de investigação e intervenção clínica.



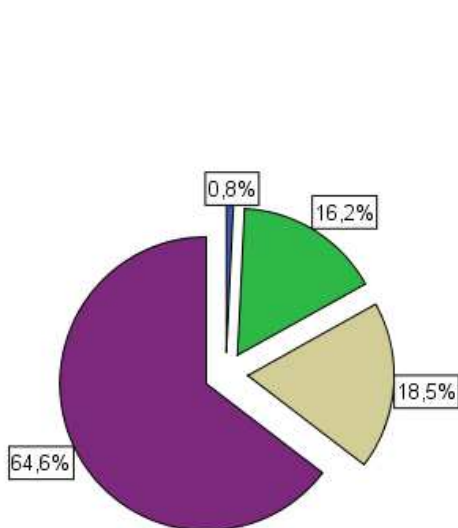
■ Nem concordo nem discordo
 ■ Concordo totalmente
 ■ Concordo

Tabela 28

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Nem concordo nem discordo | 22 | 16,9 | 16,9 |
| Concordo totalmente | 28 | 21,5 | 21,5 |
| Concordo | 80 | 61,5 | 61,5 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 61,5% dos inquiridos, o que corresponde a 80 indivíduos, concorda com a afirmação “O brinquedo pode ser considerado um instrumento de investigação e intervenção clínica”, 21,5% dos inquiridos, o que corresponde a 28 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada e 16,9% dos inquiridos, o que corresponde a 22 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada. A média é 4,05 e a moda é 4.

Gráfico 28 - A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna.



■ Discordo
 ■ Nem concordo nem discordo
 ■ Concordo totalmente
 ■ Concordo

Tabela 29

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 1 | ,8 | ,8 |
| Nem concordo nem discordo | 21 | 16,2 | 16,2 |
| Concordo totalmente | 24 | 18,5 | 18,5 |
| Concordo | 84 | 64,6 | 64,6 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Através do gráfico e da tabela apresentados podemos verificar que 64,6% dos inquiridos, o que corresponde a 84 indivíduos, concorda com a afirmação “A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna”, 18,5% dos inquiridos, o que corresponde a 24 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 16,2% dos inquiridos, o que corresponde a 21 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda da afirmação apresentada. A média é 4,01 e a moda é 4.

Gráfico 29 - Jogar e brincar funcionam da mesma maneira para a criança.

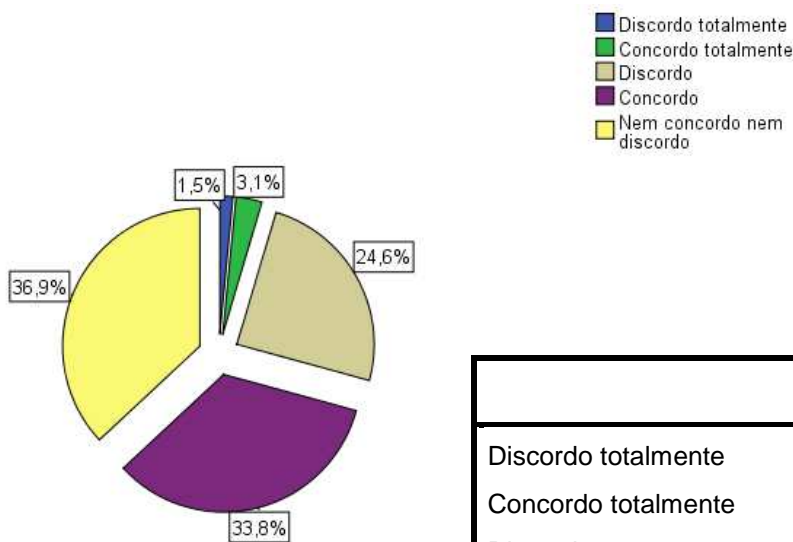


Tabela 30

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Concordo totalmente | 4 | 3,1 | 3,1 |
| Discordo | 32 | 24,6 | 24,6 |
| Concordo | 44 | 33,8 | 33,8 |
| Nem concordo nem discordo | 48 | 36,9 | 36,9 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela acima apresentados podemos verificar que 36,9% dos inquiridos, o que corresponde a 48 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “Jogar e brincar funcionam da mesma maneira para a criança”, 33,8% dos inquiridos, o que corresponde a 44 indivíduos, concordam com a afirmação apresentada, 24,6% dos inquiridos, o que corresponde a 32 indivíduos, discordam da afirmação apresentada, 3,1% dos inquiridos, o que corresponde a 4 indivíduos, concordam totalmente com a afirmação apresentada e 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a 2 indivíduos, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,12 e a moda é 3.

Gráfico 30 - Brincar é uma forma privilegiada de comunicação.

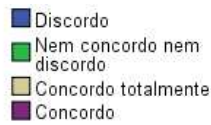
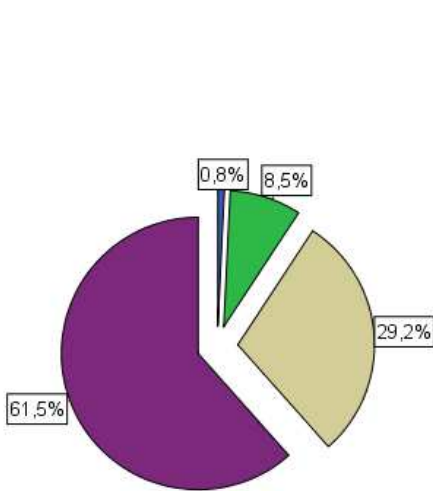


Tabela 31

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 1 | ,8 | ,8 |
| Nem concordo nem discordo | 11 | 8,5 | 8,5 |
| Concordo totalmente | 38 | 29,2 | 29,2 |
| Concordo | 80 | 61,5 | 61,5 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela apresentados podemos verificar que 61,5% dos inquiridos, o que corresponde a 80 indivíduos, concorda com a afirmação “Brincar é uma forma privilegiada de comunicação”, 29,2% dos inquiridos, o que corresponde a 38 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 8,5% dos inquiridos, o que corresponde a 11 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda da afirmação apresentada. A média é 4,19 e a moda é 4.

Gráfico 31 - O jogo e a brincadeira são formas privilegiadas de estabelecer o vínculo terapêutico.

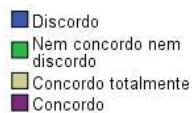
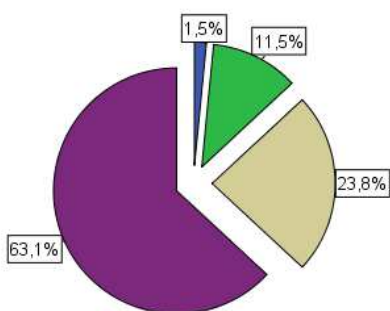


Tabela 32

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Nem concordo nem discordo | 15 | 11,5 | 11,5 |
| Concordo totalmente | 31 | 23,8 | 23,8 |
| Concordo | 82 | 63,1 | 63,1 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela apresentados podemos verificar que 63,1% dos inquiridos, o que corresponde a 82 indivíduos, concorda com a afirmação “O jogo e a brincadeira são formas privilegiadas de estabelecer o vínculo terapêutico”, 23,8% dos inquiridos, o que corresponde a 31 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 11,5% dos inquiridos, o que corresponde a 15 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a 2 indivíduos, discorda da afirmação apresentada. A média é 4,09 e a moda é 4.

Gráfico 32 - O jogo e o brinquedo levam à manifestação de emoções.

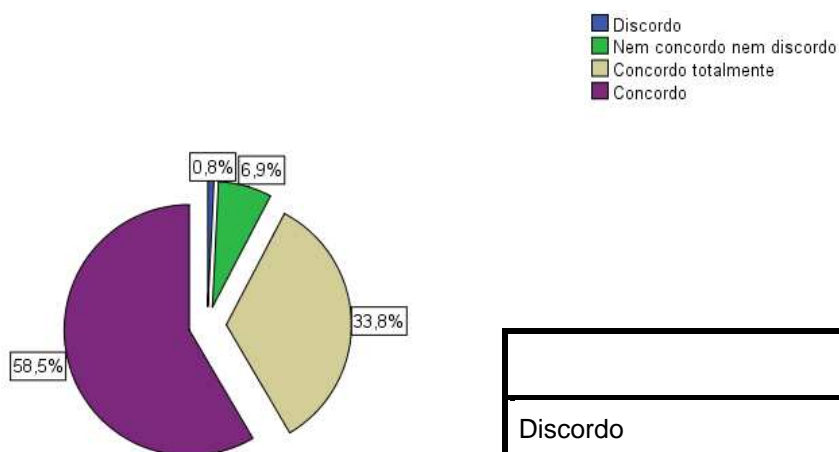


Tabela 33

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 1 | ,8 | ,8 |
| Nem concordo nem discordo | 9 | 6,9 | 6,9 |
| Concorde totalmente | 44 | 33,8 | 33,8 |
| Concorde | 76 | 58,5 | 58,5 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela acima apresentados podemos verificar que 58,5% dos inquiridos, o que corresponde a 76 indivíduos, concorda com a afirmação “O jogo e a brincadeira levam à manifestação de emoções”, 33,8% dos inquiridos, o que corresponde a 44 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 6,9% dos inquiridos, o que corresponde a 9 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda da afirmação apresentada. A média é 4,25 e a moda é 4.

Gráfico 33 - A interação verbal é essencial no tratamento de MS.

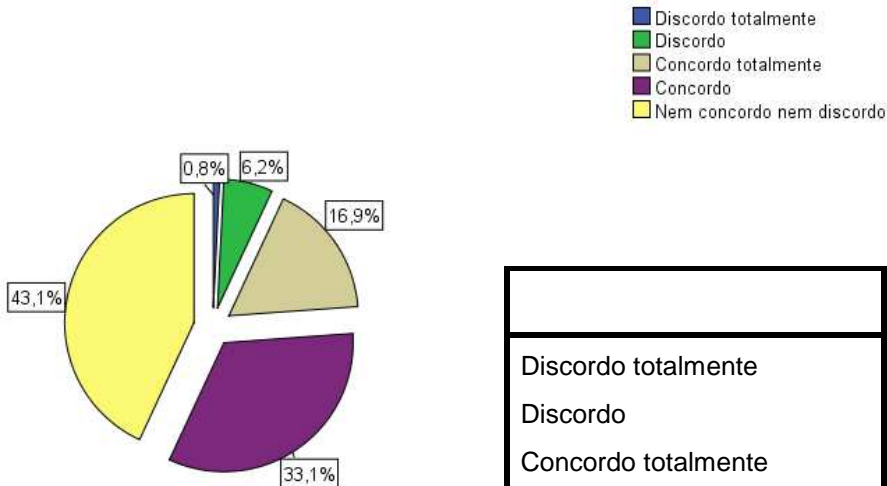


Tabela 34

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 1 | ,8 | ,8 |
| Discordo | 8 | 6,2 | 6,2 |
| Concordo totalmente | 22 | 16,9 | 16,9 |
| Concordo | 43 | 33,1 | 33,1 |
| Nem concordo nem discordo | 56 | 43,1 | 43,1 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela apresentados podemos verificar que 43,1% dos inquiridos, o que corresponde a 56 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “A interação verbal é essencial no tratamento de MS”, 33,1% dos inquiridos, o que corresponde a 43 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada, 16,9% dos inquiridos, o que corresponde a 22 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 6,2% dos inquiridos, o que corresponde a 8 indivíduos, discorda da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, discorda totalmente da afirmação apresentada. A média é 3,59 e a moda é 3.

Gráfico 34 - As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com MS.

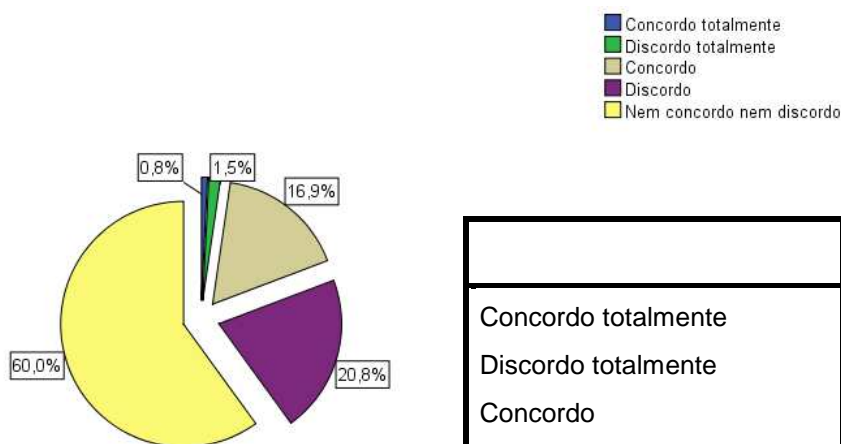


Tabela 35

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Concordo totalmente | 1 | ,8 | ,8 |
| Discordo totalmente | 2 | 1,5 | 1,5 |
| Concordo | 22 | 16,9 | 16,9 |
| Discordo | 27 | 20,8 | 20,8 |
| Nem concordo nem discordo | 78 | 60,0 | 60,0 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e pela tabela anteriormente apresentados podemos verificar que 60% dos inquiridos, o que corresponde a 78 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com MS”, 20,8% dos inquiridos, o que corresponde a 27 indivíduos, discordam da afirmação apresentada, 16,9% dos inquiridos, o que corresponde a 22 indivíduos, concordam com a afirmação apresentada, 1,5% dos inquiridos, o que corresponde a 2 indivíduos, discordam totalmente da afirmação apresentada e 0,8% dos inquiridos, o que corresponde a 1 indivíduo, concorda totalmente com a afirmação apresentada. A média é 2,95 e a moda é 3.

Gráfico 35 - O jogo permite à criança trabalhar psicologicamente os conflitos, as agressões e problemas afetivos.

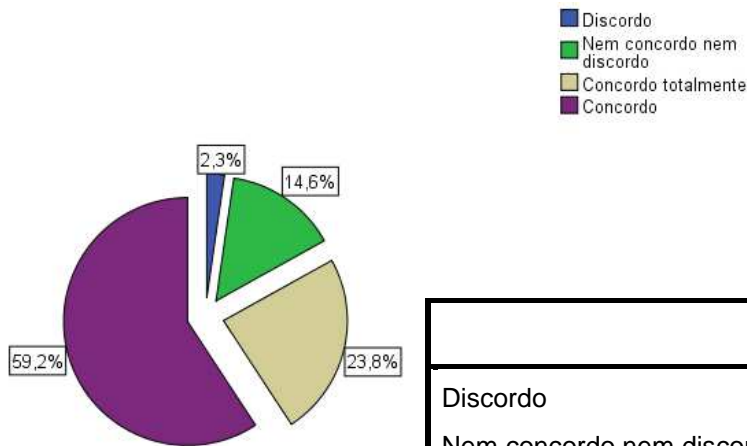


Tabela 36

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo | 3 | 2,3 | 2,3 |
| Nem concordo nem discordo | 19 | 14,6 | 14,6 |
| Concorde totalmente | 31 | 23,8 | 23,8 |
| Concorde | 77 | 59,2 | 59,2 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e tabela acima apresentados podemos verificar que 59,2% dos inquiridos, o que corresponde a 77 indivíduos, concorda com a afirmação “O jogo permite a criança trabalhar psicologicamente os conflitos, agressões e problemas afetivos”, 23,8% dos inquiridos, o que corresponde a 31 indivíduos, concorda totalmente com a afirmação apresentada, 14,6% dos inquiridos, o que corresponde a 19 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação apresentada e 2,3% dos inquiridos, o que corresponde a 3 indivíduos, discorda da afirmação apresentada. A média é 4,05 e a moda é 4.

Gráfico 36 - O MS é uma problemática crónica.

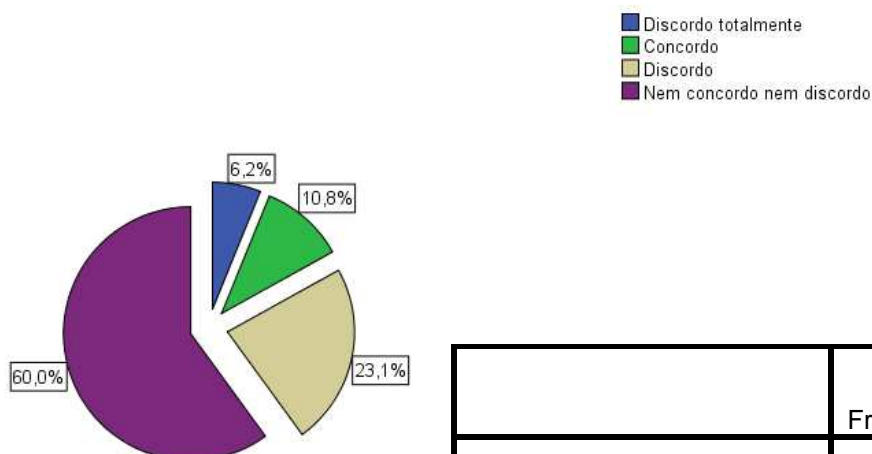


Tabela 37

| | Frequency | Percent | Valid Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|
| Discordo totalmente | 8 | 6,2 | 6,2 |
| Concordo | 14 | 10,8 | 10,8 |
| Discordo | 30 | 23,1 | 23,1 |
| Nem concordo nem discordo | 78 | 60,0 | 60,0 |
| Total | 130 | 100,0 | 100,0 |

Pelo gráfico e pela tabela apresentados podemos verificar que 60% dos inquiridos, o que corresponde a 78 indivíduos, nem concorda nem discorda da afirmação “O MS é uma problemática crónica”, 23,1% dos inquiridos, o que corresponde a 30 indivíduos, discorda da afirmação apresentada, 10,8% dos inquiridos, o que corresponde a 14 indivíduos, concorda com a afirmação apresentada e 6,2% dos inquiridos, o que corresponde a 8 indivíduos, discordam totalmente da afirmação apresentada. A média é 2,75 e a moda é 3.

Parte 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se fazer uma análise crítica e uma discussão, acompanhada de reflexão, dos resultados obtidos. Este trabalho será realizado recorrendo, sempre que possível e/ou pertinente, às considerações anteriormente elaboradas aquando da revisão da literatura. Serão, ainda, tecidas considerações de âmbito exploratório que tentam justificar ou compreender os resultados numa perspetiva construtiva.

As primeiras cinco afirmações do questionário tinham como objetivo tentar aferir se cada um dos inquiridos tinha efetivamente alguma vez ouvido falar acerca do Mutismo Seletivo. Na primeira afirmação, “A criança com MS não consegue expressar-se pela fala, 44,6% dos inquiridos apenas discorda desta afirmação e uma elevada percentagem, cumulativamente 30,8%, ou concorda totalmente, concorda ou nem concorda nem discorda. Estes resultados, que anteveem algum desconhecimento em relação à problemática, acabam por ser confirmados nos conjuntos de afirmações aparentemente contraditórias 2/3 e 4/5.

No que diz respeito à afirmação 2, “A criança com MS nega-se voluntariamente a falar em determinados contextos”, 48,5% afirma concordar, o que confirma a tendência da afirmação 3, “A criança com MS nega-se voluntariamente a falar com determinadas pessoas”, em que 50% diz concordar. Por outro lado, nas afirmações 4 e 5, respetivamente “A criança com MS é incapaz de falar em determinados contextos” e “A criança com MS é incapaz de falar com determinadas pessoas, 40,8% diz concordar com a primeira e 44,6% diz concordar com a última. Tendo em conta os resultados obtidos quer nos pares 2/3 e 4/5 quer na primeira afirmação, parece-nos mais ou menos evidente que quase metade da amostra não tem efetivamente conhecimento acerca de um dos principais critérios de diagnóstico do Mutismo Seletivo, como é referido no DSM-IV-TR (APA, 2000) “Incapacidade persistente de falar em situações sociais específicas (situações em que se espera que fale como, por exemplo, na escola) apesar de o fazer noutras situações”. Os inquiridos foram propositadamente confundidos com questões que exploravam, de uma forma bastante concisa, uma característica que aparentemente seria consensual e cujos resultados deveriam ser coerentes. O uso dos vocábulos “voluntariamente” e “incapaz” serviu essa função e permitiu ir ao âmago da questão que, no início da classificação da problemática, dividiu teóricos e estudiosos da matéria, verificada na mudança de terminologia de “Mutismo Eletivo” para

“Mutismo Seletivo” que foi, de acordo com Prado, Revers e Marrocos (2008) uma clara transição entre o caráter voluntário e involuntário da problemática.

Na afirmação 6, “Há traços biogénéticos que conduzem ao desenvolvimento do MS”, os inquiridos na sua maioria, 64,6%, afirmaram nem concordar nem discordar. De facto, se o conhecimento de algumas das características fundamentais causou dúvidas, no que diz respeito à origem e às causas do MS questão foi agravada pelo simples facto de não se saber muito bem qual a etiologia da problemática. Lembramo-nos aqui que os estudiosos não são unânimes e consideram que o MS pode ser o resultado de uma série de fatores relacionados com características orgânicas, de acordo com Rodriguez et al (1996) ou Gordon (2001), mas também ambientais que podem incluir o ambiente familiar, a herança genética, fatores psicodinâmicos e psicossociais, como afirma Atienza (2001), ansiedade, fobia social, de acordo com Black & Uhde (1992), entre muitos outros, que, por vezes, impedem o desenvolvimento e a aquisição de competências de interação social.

No que diz respeito à afirmação 7, “O MS manifesta-se na faixa etária dos 3 – 6 anos”, a grande maioria dos inquiridos, 64,4%, respondeu nem concordar nem discordar. Este facto pode dever-se a vários fatores entre os quais a questão que se prende com o início da fala por parte da criança. Se considerarmos que a maioria das crianças começa a falar por volta dos dois anos e apenas o faz corretamente mais tarde, poderá ser difícil aceitar que uma criança que ainda nem domina bem a língua consiga ser muda seletivamente. No entanto é preciso lembrar que, muitas vezes, o MS só é notado aquando da inserção em contexto escolar, Cunningham, McHolm e Patel (2004), o que acontece frequentemente aos três anos, quando a criança começa a interagir socialmente no ambiente educativo. Mais uma vez podemos ser levados a concluir que a tendência de resposta se deve a questões que associam o MS a mau comportamento, agressividade, falta de educação, arrogância, por parte da criança que, por “teimosia”, se recusa a falar com determinadas pessoas ou em determinados contextos.

O par de afirmações 9 e 10, “As emoções aproximam a criança do meio social” e “As emoções afastam a criança do meio social”, surgiram numa tentativa de aproximar a problemática do MS ao nível emocional. É de referir, no entanto, que a formulação destas duas afirmações era pouco esclarecedora e poderia ter induzido os inquiridos em erro uma vez que não foram especificados os tipos de emoções que poderiam levar a essa aproximação ou afastamento do meio social. Este facto foi visível nos 20% 3 22,3%, respetivamente, de respostas nem concordo nem discordo. Apesar disso, será importante mencionar que uma elevada percentagem dos inquiridos considerou concordar, 54,6% na afirmação 9 e 42,3% na afirmação 10, e uma percentagem menos significativa, mas que se for acrescentada uma vez que demonstra total concordância, considerou concordar totalmente, a saber 13,1% e 6,9% respetivamente. Podemos,

assim, concluir que os inquiridos consideram que as emoções são muito importantes para a criança e que podem condicionar a sua aproximação ao meio social.

A afirmação 11, “O MS é frequentemente causado por situações traumáticas de ordem física ou psicológica”, tendo em conta que se encontra no âmbito dos motivos que podem levar ao aparecimento do MS, vem comprovar a existência de algumas dúvidas no que diz respeito à origem da problemática. Estas dúvidas são transversais à própria comunidade científica que ao longo do tempo tem discutido a possibilidade de acontecimentos traumáticos poderem despoletar o MS, como Stein (2001) advoga. Parece assim ser em alguns casos, como argumentam os defensores das teorias psicodinâmicas, embora noutros casos possa assim não ser. Tendo em conta que a natureza física e psicológica, principalmente a última, abarca uma grande parte do ser humano nas suas diversas vertentes, os inquiridos tendencialmente consideraram concordar com a afirmação, 42,3%, embora 39,2% tenha considerado não concordar nem discordar.

Insegurança, timidez, timidez excessiva e fobia social são as questões abordadas nas afirmações 12 e 13, respetivamente “A criança com MS é simplesmente mais insegura e tímida do que as outras crianças” e “A criança com MS apresenta um quadro de fobia social e timidez excessiva”. Quer numa quer noutra afirmação, grande parte dos inquiridos, 33,1% e 36,2%, demonstrou não concordar nem discordar da afirmação. De facto, em tempos pensou-se que estas crianças eram simplesmente mais tímidas e que provinham de famílias com antecedentes de timidez que acabavam por prolongar e manter no eixo da temporalidade a própria timidez. Embora este aspeto continue a ser uma das características do MS, o advérbio de modo “simplesmente” é limitativo e parece circunscrever a problemática a uma questão de personalidade. Mais recentemente e também graças aos trabalhos de autores como Black & Uhde (1992) e Beidel (1998), para não citar muitos outros, o MS tem sido associado a questões de ansiedade que podem incluir ansiedade social e até fobia social. Neste sentido responderam também os nossos inquiridos uma vez que, no caso da afirmação 13, 47,7% considera concordar, enquanto na afirmação 12 apenas 28,5% considera a mesma hipótese de resposta.

À afirmação 14, “Quando uma criança pára de comunicar em ambientes sociais é um alerta para esta perturbação”, 54,6% dos inquiridos respondeu concordo. Isto acontece talvez porque o senso comum nos leva imediatamente a questionar os motivos pelos quais isto possa acontecer. De facto e tendo em conta que a grande maioria dos inquiridos é professor ou educador, 125 indivíduos numa amostra de 130, e que lida com crianças todos os dias, poderá ter levado os inquiridos a imaginar a situação e tentar imaginar o que faria perante uma criança que, tendo em conta a idade e as suas capacidades cognitivas e linguísticas, não se expressasse verbalmente.

“Eliminar as pressões e expectativas de fala é o melhor a fazer em casos de MS”, afirmação 15, embora pareça um contrassenso não o é. De facto, a ansiedade que pode ser gerada pela pressão para que uma criança com MS fale pode ser tal que pode irremediavelmente condicionar a superação do problema. 50% dos inquiridos também o considerou o que revela, no nosso entender, uma boa atitude face ao problema. Quer consideremos a criança com MS num contexto familiar ou no contexto escolar, a pressão, de acordo com Santos (2005), deverá dar sempre lugar à expressão que respeite tempos e espaços.

Quanto à afirmação 16, “A terapia é essencial no tratamento de MS”, 59,2% considerou concordar e 28,5% considerou concordar totalmente. Estes dados são interessantes na medida em que acabam por demonstrar a necessidade de terapia como forma de tratamento do MS. As terapias mais comuns no tratamento de MS incluem psicoterapia, terapia aplicada a crianças, terapias psicodinâmicas, terapias familiares, terapias comportamentais, ludoterapia, terapia cognitivo-comportamental, entre outras, Kotrba (2011). De facto, a esmagadora maioria considera ser essencial que se recorra à terapia na tentativa de superação do MS. Este dado é, ainda, curioso na medida em que, tendo em conta que a amostra é maioritariamente de professores e educadores, os inquiridos acabam por demonstrar uma incapacidade ou pelo menos dificuldade em gerir situações desta natureza em contexto escolar. Neste momento podemos também perspetivar um crescendo, por parte dos inquiridos, na compreensão desta problemática.

“A diminuição da ansiedade da criança atenua os sintomas”, afirmação 17, recolheu, por parte dos inquiridos, 65,4% de concordância e apenas 2,3% dos inquiridos discordaram. Este resultado é bastante significativo e leva-nos a considerar que o conhecimento implícito da problemática do MS é mais evidente do que se poderia pensar. Aqui os inquiridos acabam por corroborar as atuais tendências que associam o MS a problemas de ansiedade e até como um sintoma expressivo de fobia social. De facto, muitas crianças com MS apresentam características comportamentais como a timidez, preocupações com evitação social, não só verbal mas também física, o medo, o apego e o negativismo. Todos os professores e educadores que participaram neste inquérito já tiveram, com certeza, casos de alunos extremamente tímidos, reservados, envergonhados e com evidentes dificuldades em se expor no contexto de sala de aula. A sua experiência já lhes ensinou que em muitos casos só após um longo trabalho, no sentido de quebrar algumas barreiras emocionais de medo e insegurança, por exemplo, é que se consegue que algumas crianças participem ativamente nas atividades. Assim, no nosso entender, há algum consenso em considerar a ansiedade como uma barreira que pode limitar a participação.

No item 18 foi proposta a afirmação “O recurso a fármacos é essencial no tratamento de MS”. A grande maioria, 67,7%, escolheu o nem concordo nem discordo como resposta. É

interessante comparar este resultado com o resultado da afirmação 16 cujo enfoque era dado a outro tipo de tratamento em casos de MS, a terapia. Se no caso da terapia os inquiridos consideraram ser essencial, o mesmo não acontece relativamente aos fármacos. 9,3% é a percentagem cumulativa de concordo e concordo totalmente. No entanto, e de acordo com estudos efetuados, em casos de MS em que a origem está relacionada com questões de ansiedade, os resultados parecem ser claros e evidenciam que o recurso a fármacos pode ser muito benéfico, Black & Uhde (1992). Estas respostas podem evidenciar uma atual tendência por um lado para evitar a ingestão de fármacos e por outro para as terapias como solução para os mais variados problemas.

A afirmação 19, “A indicação da ludoterapia parte normalmente dos pais da criança com MS”. Esta afirmação recolheu quase metade das respostas, 47,7%, no nem concordo nem discordo. Partindo do princípio que a grande maioria dos inquiridos no início do questionário nunca tinha ouvido falar de mutismo seletivo, como pareceu ser o caso, esta questão apenas recebeu 31,5% de discordo. De facto, muitas vezes as crianças são encaminhadas para a ludoterapia pelos professores, não esqueçamos que as crianças mudas seletivamente são-no, na maior parte dos casos, na escola ou no contexto escolar. Os professores e educadores desempenham aqui um papel fulcral quer no diagnóstico, ou pelo menos na sinalização para posterior diagnóstico desta problemática. Não esqueçamos também que as crianças mudas seletivamente na maior parte dos casos, também, falam normalmente em casa e são até em alguns casos apontadas como faladoras pelos seus progenitores.

O uso do advérbio de modo “inevitavelmente” na afirmação 20, “A ludoterapia propicia um ambiente que quebra inevitavelmente as barreiras da fala”, foi propositado. De facto, sem este vocábulo a afirmação seria muito menos complexa. O senso comum leva-nos a pensar que o recurso à terapia é normalmente benéfico se não a solução para muitos problemas. No entanto, este “inevitavelmente” conduzir-nos-ia à descoberta da solução para a problemática, o que nem sempre acontece, ou pelo menos desta maneira. 34,6% dos inquiridos afirmaram nem concordar nem discordar, talvez esta palavra tenha condicionado a sua resposta, levando-os a “jogar pelo seguro”, aquela opção que não compromete e que serve para aquelas afirmações em que não fazemos ideia ou que nos parecem confusas.

“O brinquedo pode ser considerado um instrumento de investigação e de intervenção”, afirmação 21, recolheu uns esmagadores 61,5% de concordo e 21,5% de concordo totalmente. A partir desta afirmação, e não esquecendo a área profissional dos inquiridos, parece-nos evidente que os inquiridos mostraram muito mais segurança sendo as suas tendências de resposta muito mais assertivas e evidenciadoras de opinião construída e consolidada. Estamos a referir-nos maioritariamente a professores e a educadores que tiveram na sua formação inicial disciplinas

relacionadas com pedagogia que lhes forneceram as armas necessárias e algumas possibilidades de trabalho que incluem o brinquedo, que não é entendido pela maioria destes profissionais somente como algo usado para brincar mas algo que pode ser usado para aprender, para explorar, para tentar novas maneiras, para experimentar, para levar à interiorização de conteúdos, enfim, uma panóplia de funcionalidades. De facto, o brinquedo funciona para a criança de uma forma muito peculiar e pode ser usado quer no diagnóstico quer na intervenção / tratamento. No seguimento destas ideias, temos a discussão da afirmação 22, “A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna”. Também aqui os inquiridos demonstraram segurança apontando 64,6% deles para o classificador concordo e 18,5% para o concordo totalmente. Cumulativamente estes resultados deixam apenas uma pequena minoria da amostra para as outras hipóteses da escala. Os professores e educadores, de uma maneira geral, cada vez mais sentem não só a necessidade de usar atividades lúdicas na sala de aula, independentemente de haver alunos com necessidades específicas ou não, mas também usufruem dos benefícios das mesmas. Estas atividades permitem não só a aquisição de competências por parte das crianças mas também a manifestação de sentimentos, atitudes, visões, opiniões que devidamente interpretados e compreendidos, principalmente no contexto clínico, podem conduzir a uma maior perceção do que é a criança, quais os seus medos, quais as suas fontes de ansiedade, quais os seus pontos fortes, como ela se vê, como vê os outros, enfim uma quantidade de informação a ser trabalhada.

É curioso analisar os resultados obtidos na afirmação 23, “Jogar e brincar funcionam da mesma maneira para a criança”. Como vimos na breve caracterização da amostra, a grande maioria dos inquiridos é constituída por professores do ensino secundário. Para a grande maioria dos professores deste nível de ensino, devido à sua formação académica, jogar e brincar parecem a mesma coisa. No entanto o mesmo não acontece quando nos referimos, por exemplo, aos educadores. Para este último grupo a distinção entre jogar e brincar é clara e não oferece qualquer tipo de dúvidas. Brincar é livre e jogar é limitado por regras, Brougère (1995). Assim parece de facto ser, embora também se defenda que mesmo no brincar há regras implícitas, de ordem social, familiar, e outras, que condicionam a liberdade referida anteriormente. As respostas foram dispersas e não demonstram estas certezas pois 36,9% afirmou nem concordo nem discordo, 33,8% concordo e 24,6% discordo.

“Brincar é uma forma privilegiada de comunicação”, a afirmação 24, levou 61,5% dos inquiridos a concordar e 29,5% a concordar totalmente. Esta afirmação, que surge na linha das duas anteriores, recolhe assim cumulativamente uns incontornáveis 90% de concordância acerca da importância do ato de brincar. Sendo um ato que está presente ao longo de toda a vida do ser humano, é na infância que este parece adquirir mais significado não só por ser uma atividade que

ocupa grande parte do tempo da criança mas também por ser uma forma de expressão, uma forma de apreender e aprender o mundo, uma forma de vivenciar a realidade, de viver e reviver momentos, enfim uma forma de comunicação com o mundo que a rodeia, Vygotsky (1988). Desde os primeiros meses de vida que o brincar é uma atividade essencial e os inquiridos corroboraram esta ideia através das suas respostas.

A afirmação 25, “O jogo e a brincadeira são formas privilegiadas de estabelecer o vínculo terapêutico”, obteve 63,1% de respostas concordo e 23,8% de respostas concordo totalmente. Estes dados confirmam a importância que o jogo e as atividades lúdicas desempenham na criação de laços afetivos e de confiança, neste caso entre o terapeuta e a criança. Sendo a brincadeira e o jogo atividades próprias das crianças, a grande maioria dos inquiridos vem aqui confirmar os inúmeros estudos que têm sido realizados no âmbito da psicanálise e psicoterapia infantis nas suas variedades e especificidades. Tais atividades conduzem a estados de descontração por parte da criança que são propiciadores da manifestação de emoções, afetividade, de problemas, enfim que ajudam e privilegiam as diferentes possibilidades de comunicação do mundo interior da criança.

No seguimento da afirmação 25 cujo enfoque era dado ao estabelecimento do vínculo terapêutico, na afirmação 26 deu-se ênfase à manifestação de emoções, “O jogo e o brinquedo levam à manifestação de emoções”. Na linha de opinião da afirmação 25, também aqui os inquiridos não demonstraram hesitação tendo opinado maioritariamente no sentido do concordo, 58,5%, e do concordo totalmente, 33,8%. Pelos mesmos motivos em que o jogo, o brinquedo, o brincar e a brincadeira facilitam o estabelecimento do vínculo terapêutico, também a manifestação de emoções é claramente, na opinião dos inquiridos, facilitada por estas atividades. Os diferentes objetivos e finalidades destas atividades / objetos incluem o bem-estar, a projeção de emoções, a manifestação de opiniões, o desenvolvimento de competências ao nível pessoal, social e familiar, entre tantas outras funções que levam à manifestação de todo o tipo de emoções sejam elas positivas, alegria, orgulho, felicidade, concretização, entre muitas outras, ou negativas, como a frustração. Não esqueçamos que o brincar pode ser interpretado como uma fase que permite o “digerir” de situações traumáticas essencial à superação de muitas delas, permite vivenciar, através do brinquedo por exemplo, situações que não poderiam ser vividas de outra maneira, quer pelos perigos que esses atos acarretariam, quer por exemplo, pela própria impossibilidade de ser vividas, e ainda muitos outros tipos de elaborações que podem ser apreendidas de um ato aparentemente tão simples. A ludoterapia oferece um ambiente seguro, sem pressão, para a fala, permitindo que a criança comunique de forma confortável, Baldwin e Clide (1991).

No que diz respeito ao tratamento de MS na afirmação 27, "A interação verbal é essencial ao tratamento de MS", as dúvidas voltam a assolar as tomadas de decisão dos inquiridos. Isto é visível nos 43,1% de respostas nem concordo nem discordo. Por outro lado, 33,1% consideraram concordar com a afirmação. De facto, numa fase inicial do tratamento de MS, os críticos consideram que há variadíssimas formas da criança comunicar e a interação verbal é apenas uma delas. A postura corporal, os gestos, os desvios do olhar, o anuir, o retrair, entre muitos outros, são apenas alguns exemplos. Se lembrarmos a necessidade de eliminar as expectativas de fala que se impõe no tratamento de crianças com MS, facilmente compreendemos que a interação verbal, que é sem dúvida o objetivo final, poderá não ser essencial em fases mais precoces do tratamento. O obrigar a criança a falar nunca é recomendado pois isto só aumenta a sua ansiedade e frustração. A criança tem necessariamente que primeiro se sentir descontraída o suficiente e sem medos para que a frustração não deite por terra eventuais progressos já alcançados. A afirmação 28, "As atividades que exigem uma limitada produção verbal são aconselhadas a crianças com MS", vem exatamente na mesma linha da afirmação anterior e aqui é ainda mais visível a dificuldades dos inquiridos em concordar ou discordar. 60% acabou por assinalar a resposta nem concordo nem discordo. Vários autores, nomeadamente Peixoto (2006), aconselham que em contexto de sala de aula, por exemplo, os professores tentem que a criança com MS inicialmente produza, por exemplo, alguns sons, e que gradualmente sejam sugeridos e incentivados sons mais complexos que, ao longo do tempo, evoluam para pequenas palavras como "sim" ou "não", e mais tarde, se todo o processo não for comprometido por algum motivo, a criança consiga expressar-se verbalmente nos contextos em que o não fazia.

Na afirmação 29, "O jogo permite à criança trabalhar psicologicamente os conflitos, agressões e problemas afetivos", 59,2% considerou concordar e 23,8% considerou concordar totalmente. É curioso verificar que os inquiridos têm uma opinião bastante favorável do jogo como muito mais que uma mera atividade infantil cujo objetivo estaria encerrado em si mesmo. Não é isso que é visível pelas respostas dadas em que se valoriza o papel do jogo enquanto elemento que propicia e favorece a superação ou pelo menos o trabalhar de variadíssimos aspetos, incluindo conflitos e problemas afetivos.

A afirmação 30 do questionário, "O MS é uma problemática crónica", reuniu uns notáveis 60% de nem concordo nem discordo. Neste caso, alguns autores advogam que as probabilidades de uma criança com MS mais tarde como adolescente ou mesmo depois como adulto voltar a sofrer desta problemática são bastante elevadas. Poderemos aqui questionar o termo crónico, se o considerarmos como algo permanente em nós então talvez o MS não seja crónico, salvo raras exceções, se o considerarmos como algo inerente que a qualquer momento pode ser "acordado", então talvez o MS seja uma problemática crónica. Podemos aqui também refletir, por exemplo,

acerca do que origina ou propicia o aparecimento do MS. Se nos basearmos em causas relacionados com transtornos de ansiedade ou fobia social, por exemplo, talvez seja mais fácil considerarmos o MS como algo crónico.

Terminando a discussão dos dados obtido através dos inquéritos efetuados, pensamos ser importante analisar e discutir um dado que se foi refletindo ao longo de todo o inquérito. Referimo-nos às percentagens de respostas nem concordo nem discordo. Antes de fazermos esta análise é importante que se reflita acerca do uso desta possibilidade de resposta e o que ela pode significar. Como é sabido, muitas vezes os inquiridos por cansaço, desinteresse, desconhecimento, ou outros fatores, acabam por selecionar o item central na medida em que este normalmente não compromete a coerência do preenchimento dos questionários, é mais fácil, não exige um elevado esforço mental e justifica a ausência de conhecimento acerca de uma determinada afirmação / questão. Neste caso, no entanto, tendo em conta a análise de todos os resultados obtido consideramos que o fator mais determinante e que levou os inquiridos a selecionar este item se prende, de facto, com desconhecimento em relação a algumas das questões que envolvem uma das temáticas dominantes do inquérito. Se fizermos uma análise mais minuciosa podemos rapidamente verificar que este item foi assinalado com uma frequência significativamente mais elevada nas afirmações relativas à problemática do Mutismo Seletivo. Quando as afirmações se relacionavam com aspetos de carácter mais prático, relacionados com a vida escolar, com conceitos de jogo e brincadeira e da sua importância, que fizeram parte da formação inicial de todos os profissionais envolvidos e que provavelmente acabam por fazer parte do dia a dia profissional de cada um, a percentagem de escolha do item nem concordo nem discordo é muito inferior àquelas em que era necessário opinar acerca do Mutismo Seletivo, das suas características, dos fatores despoletadores ou das possibilidades de tratamento.

CONCLUSÕES

A proposta inicial deste estudo centrava-se em torno dos conceitos de Mutismo Seletivo e de Ludoterapia/Atividades Lúdicas. No entanto, e decorrente da pesquisa e análise da literatura de base, foram surgindo conceitos e temáticas associadas que se mostraram imperativas de analisar. Foi, então, realizada uma reflexão acerca das características inerentes às temáticas acima referidas, que foram também analisadas no eixo da temporalidade, discutiram-se questões associadas ao diagnóstico e às suas idiossincrasias, foram sugeridas e estudadas algumas das hipóteses de tratamento, foi realizado um estudo exploratório com profissionais de ensino para aferir as suas opiniões e posições face às diferentes temáticas, entre outros estudos e reflexões.

No que diz respeito à primeira grande variável do problema, O Mutismo Seletivo, foi possível apreender, esclarecer e desmistificar algumas ideias.

Quanto à prevalência do MS e à idade em que ocorre, verificamos que este é mais frequente nas meninas e que a idade de impacto equivale à idade de entrada da criança na escola, sendo o espaço escolar o principal local de manifestação do transtorno. Verificamos, ainda, que embora seja normalmente considerado um transtorno raro, a sua ocorrência é mais comum do que outras desordens infantis como o autismo, a fibrose cística ou a espinha bífida.

Podemos, ainda, verificar que não tem que haver necessariamente um evento traumático como fator predisponente na manifestação do comportamento mudo, ao contrário de características de comportamento tímido e retraído, que surgiram como marcantes na personalidade destas crianças, corroborando aspetos referidos por Omdal (2007). É importante perceber que embora o meio exerça um papel importante na ansiedade e em outras desordens de humor, a maior parte das crianças com MS têm uma predisposição hereditária para desordens de ansiedade. Os pais são muitas vezes confrontados com lembranças dolorosas das suas próprias inibidas infâncias à medida que observam a sua criança com MS lutar no mundo social. Embora estudos epistemológicos tenham demonstrado uma elevada incidência de ansiedade social e outras formas de ansiedade e/ou depressão em familiares próximos dos indivíduos com MS, não há provas que a patologia familiar cause os sintomas de MS.

As crianças com MS apresentam muitas vezes quadros de ansiedade e preenchem critérios de diagnóstico para fobia social, o que, desta forma, poderá justificar o MS como um

possível subtipo de fobia social. As crianças com MS não escolhem ser silenciosas, não estão a demonstrar oposição nem recusam falar. Elas estão literalmente tão ansiosas que desenvolveram competências disfuncionais para combater a ansiedade que muitas vezes inclui o evitar de interações sociais.

No que diz respeito aos tratamentos, e embora historicamente estes tenham vindo a ser considerados extremamente difíceis e resistentes a diferentes tipos de intervenção, concluímos ser essencial um tratamento multiorientado. Os tratamentos ludo terapêuticos e ludo comportamentais têm-se revelado eficazes na eliciação da fala com os terapeutas, com os amigos na escola, bem como na frequência da fala com professores. No entanto, se a causa for relacionada com aspetos de ansiedade, vários estudiosos têm defendido o tratamento farmacológico associado. Embora uma percentagem de crianças com MS aparentemente o ultrapasse sem intervenção formal, estudos demonstram que estes indivíduos continuam a sofrer de outras manifestações de ansiedade.

Quanto à segunda variável do problema, ludoterapia e atividades lúdicas, foi possível traçar conceitos e linhas de pensamento importantes que permitem o uso destas atividades em benefício do desenvolvimento da criança e da superação dos sintomas do MS. Os brinquedos e as atividades lúdicas são caracterizados pelo seu valor funcional, relacionado com as qualidades intrínsecas, pelo seu valor experimental, o que a criança pode fazer ou aprender, pelo seu valor de estruturação, relacionado com o desenvolvimento da personalidade e com o conteúdo simbólico destas atividades (projeção, transferência, imitação) e que permite assimilar emoções e sensações, descarregar tensões e tudo o que esteja relacionado com a esfera afetiva, e pelo valor da relação, na medida em que os jogos, os brinquedos, a brincadeira e as atividades lúdicas permitem o estabelecimento de relações com outras crianças e com os adultos que levam à apreensão de regras que contribuem direta ou indiretamente para a formação global da criança.

Os papéis, funções e objetivos do uso do brinquedo e da atividade lúdica foram explorados e analisados, tendo a sua importância sido inegavelmente reconhecida. Foram, ainda, elencados estudos que os evidenciam como suporte para o estímulo do desenvolvimento infantil da criança no seu todo. Foram especialmente analisadas estas atividades como facilitadoras ou propiciadoras da comunicação e no possível desbloqueamento de situações como o Mutismo Seletivo. A ludoterapia e a ludoterapia comportamental foram analisadas tendo-se confirmado a sua importância nas diferentes fases do transtorno do Mutismo Seletivo, do diagnóstico ao tratamento. Assim, na prática direta com a criança, o terapeuta considera a etapa específica do desenvolvimento em que esta se encontra, descobrindo e utilizando a sua linguagem própria, tentando entrar no seu mundo, trabalhando indiretamente através de metáforas e jogos, e ajustando-os ao objetivo escolhido para cada etapa do processo.

Por outro lado, a aplicação dos questionários a educadores, professores, psicólogos e terapeutas permitiu sensibilizar para a importância do tratamento das crianças portadoras de MS, bem como para a necessidade de uma participação direta e efetiva do professor / educador no trabalho de avaliação e intervenção, que passa, antes de mais, pelo reconhecimento da sintomatologia associada.

No que diz respeito às questões académicas, são de salientar as dificuldades no diagnóstico mas também no modo de atuação com crianças portadoras de MS. A maioria dos clínicos tende a acreditar que estas crianças estão geralmente acima da média, ao contrário do que muitos supõem. Não deve, no entanto, haver pressão para que a criança fale e devem ser facultados métodos alternativos que permitam a estes alunos cumprir as suas tarefas. A expectativa de fala despoleta ansiedade severa e paralisante para crianças com MS. Os professores, pais e terapeutas devem perceber que estas crianças precisam de intervenção para reduzir a ansiedade, bem como de instruções para o reconhecimento e forma de gerir a sua ansiedade. Permitir que as crianças comuniquem não-verbalmente não prolonga o mutismo mas acaba por aumentar os níveis de conforto da criança.

Como continuação do estudo desta problemática, seria interessante e pertinente para além da ampliação da amostra de aplicação do questionário, a realização de uma entrevista a um ou mais indivíduos que sofram ou que tenham sofrido de Mutismo Seletivo. O estudo de um caso poderia ser uma mais-valia no esclarecimento, na compreensão e no perspetivar de possibilidades com vista à superação desta problemática.

A falta de conhecimento acerca do mutismo seletivo é uma séria barreira à ajuda a estas crianças e as crianças com MS terão maiores hipóteses de ultrapassar a sua desordem se houver uma aliança entre pais, professores e terapeutas. Espera-se que a constante pesquisa acerca do MS venha a deitar por terra mitos e que estas crianças possam ser libertadas das barreiras do silêncio que as enclausuram.

BIBLIOGRAFIA

Affonso, R. (2009). O Ludodiagnóstico na Atualidade: Fundamentos e Aplicações. *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico* (pp. 16-21). São Paulo: http://www.eppa.com.br/anais/1_congressludo.pdf.

Albano, A., Martnes, P., Holt, C., Heinberg, R., & Barlow, D. (1995). Cognitive behavioral group treatment for social phobia in adolescents: a preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, pp. 649-656.

Almeida, L. &. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Apport.

Anstending, K. (1999). Is Selective Mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13 .

Association, A. P. (2000). *Diagnostic and Staistic Manual of Mental Disorders-TR*. Washington DC: APA.

Atienza, J. (2001). Mutismo selectivo: fobia frente a negativismo. *Revista de Psiquiatria e Psicologia "Niño y Adolesc,1* , pp. I-IV.

Baldwin, S. &. (1991). Helping children who are selectively mute. *Educacional and Child Psychology* .

Beidel, D. &. (1998). Social Effectiveness Therapy f o r Children: A treatment manual. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38 , pp. 643-650.

Bettlheim, B. (1979). *Uma vida para seu filho*. Rio de Janeiro: Ed. Campus Ltda.

Bion, W. (1979, in Sandler, P.C., 1996). *Uma Memória do Futuro Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Black, B. &. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, Vol. 31(6) , pp. 1090-1094.

Bomtempo, E. (1992). Brinquedoteca: espaço de observação da criança e do brinquedo. In *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scritta Editorial.

- Brougère, G. (1995). *Brinquedo e cultura*. São Paulo: Cortez.
- Brown, J. &. (1975). A controlled study of not speaking in school. *Journal of Associated Workers of Maladjusted Children*, 3 , pp. 49-63. .
- Cabral, A. &. (2000). *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix.
- Carbone, D., Schmidt, L., Cunningham, C., McHolm, A., Edison, S., & St Pierre, J. B. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 , pp. 1057-67.
- Cohan, S. L., & Chavira, D. A. (2006). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal Clinical Child Adolescent Psychology*, 37 , pp. 770-84.
- Cunningham, C., Boyle, M., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Psychology and Psychiatry*, Vol.45, nº 8 , pp. 1363-1372.
- Efron, A., Frainberg, E., Kleiner, Y., & Sigal, A. &. (1979). A hora de jogo diagnóstico. In: O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas. *OCAMPO* , pp. 169-190.
- Fong, G. &. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4 , pp. 77-81.
- Gomes, L. (1998). Um estudo de ca comportamentalso de encoprese em ludoterapia. *Psicologia,Ciência e Profissão*, 5 , pp. 56-64.
- Gordon, N. (2001). Mutism: elective or selective and acquired. *Brain development*, 23 (2) .
- Greenspan, S. &. (1998). *The child with special needs. Intellectual and emotional growth*. Addison : Wesley Longman.
- Greenspan, S. (1992). Infancy and Early ChiThe Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges. *InternationalUniversity Press* .
- H.C., S., Wachter, M., & Laimböck, K. &. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 47(7) , pp. 751-6.
- Halpern, W., & Hammond, I. C. (1971). Contingency management in the classroom treatment of long-term elective mutism: a case report . *Journal of Scholl Psychology* 15 , pp. 9-17.

- Hayden, T. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* .
- Kishimoto, T. (1996). *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. São Paulo: Cortéz.
- Klein, M. (1997). *Obras completas: Volume II: Psicanálise da criança*. Rio de Janeiro: Imago.
- Knell, S. *Cognitive-behavioral play therapy*. New Jersey: Aronson.
- Kopp, S. &. (1997). Selective Mutism: A Population-based Study: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 , pp. 257–262.
- Kotrba, A. (2011). Selective Mutism Research – Where Have We Come From and Where Are We Going? *SM Research Overview – 2011*. <http://www.childmind.org/en/events/2011-10-28-selective-mutism-conference>.
- Kratochwill, R., Serlin, R., & Slaczek, I. &. (2002). Treatment of selective mutism: a best-evidence synthesis. *School Psychology*, Vol. 17. Nº 2. pp. 168-190.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder / delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Child Psychiatry*, 39 .
- Lebovici, S. &. (1985). *Singnificado da função do brinquedo na criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leonard, H. &. (1993). Elective mutism Child and Adolescent. *Psychiatric clinics of North America*, Vol. 2, Nº4 , pp. 695-707.
- Maluf, A. (2006). *Atividades lúdicas como estratégias de ensino aprendizagem*. Obtido em 28 de dezembro de 2011, de <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=850>
- Mannoni, M. (1981). *A criança atrasada e a mãe*. Portugal: Moraes Editores.
- Mayor, J. (1990). Hacia un sistema de evaluación del lenguaje. *II Congreso del COP*. Madrid: COP.
- McHolm, A., & Cunningham, C. &. (2005). *helping your child with selective mutism: practical steps to overcome a fear of speaking*. Oakland: Noew harbinger.
- Menicalli, D. .. (Outubro de 2002). O transtorno de mutismo seletivo e ludoterapia. *Revista das Faculdades de Educação, Ciências e Letras e Psicologia Padre Anchieta*, 8 , pp. 49-57.
- Omdal, H. &. (2008). Could selective mutism be re-conceptualised as a specific phobia of expressive speech? An exploratory pot-hoc study. *Child and adolescent health*, 13 , pp. 74-81.

Peixoto, A. (2006). Mutismo Seletivo: prevalência, características associadas e tratamento congênito-comportamental. *Tese de Doutorado*. Rio de Janeiro.

Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança* Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Rio de Janeiro: Zahar.

Picon, P., Gauer, G., Aquino, A., & Haggstram, L. &. (2002). Timidez na infância: preditor de provável fobia social. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 .

Prado, E., & Revers, M. &. (2008). *Casos clínicos de psiquiatria [online]*. Obtido em 14 de dezembro de 2011, de http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/revista/arquivos/Artigo_Original_4.pdf

Pregolato, M. (s.d.). *Ludoterapia: A terapia da criança*. Obtido em 19 de dezembro de 2011, de http://www.mariuzapregolato.com.br/pdf/artigos/ludoterapia_a_terapia_da_crianca.pdf

Rodriguez, J., & Carrillo, F. &. (1996). Mutismo seletivo. Un modelo explicativo. *Psicologia Conductual*, 4 , pp. 169-192.

S.L., C., & Price, J. &. (27 de Agosto de 2006). Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental Behavioural Pediatrics*, 34 , pp. 341-355.

Santos, F. (2005). Mutismo seletivo: um silêncio perturbante. *Médico de Família* 86 .

Schaefer, C. (1994). Play therapy for psychic trauma in children. In K. & O'Connor, *Handbook of Play Therapy. Advances and Innovations*. New York: Wiley.

Sharp, W. S. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 , pp. 568- 578.

Shipon-Blun, E. (2004). *Selective Mutism and Childhood Anxiety Disorders*. Obtido em 4 de dezembro de 2011, de <http://www.selectivemutism.org/>

Silverman, G. &. (1970). Elective mutism in children. *Medical College of Virginia Quarterly*, 6 , pp. 149-152.

Stein, M. (2001). Selective mutism. Challenging case: developmental delays and regressions. *Journal of developmental & behavioral pediatrics*, 22 , pp. 123-126.

Úrban, C. (2004). *El mutismo selectivo: guía para su detección, evaluación e intervención precoz en la escuela*. Obtido em 5 de dezembro de 2011, de

<http://centros.educacion.navarra.es/creena/002conductuales/Guia%20mutismo%20selectivo.htm>

Vecchio, J. &. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 27 , pp. 31-37.

Viana, A. G., & Beidel, D. C. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29 , pp. 57–67.

Vygotski, L. &. (1988). *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. São Paulo: Ed. Ícone.

Vygotsky, L. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes. São Paulo: Martins Fontes.

Wallon, H. (1980). *As origens do carácter na criança*. Lisboa: Editorial Estampa.

Wilkins, R. (1985). A comparison of the elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 146 , pp. 198-203.

Windholz, M. *Passo a passo, seu caminho*. São Paulo: Edicon.

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Wintgens, A. &. (2003). The selective mutism resource manual. *European child & adolescent psychiatry*, Vol. 12 , pp. 151-158.

Wolff, S. (1996). The first account of the syndrome Asperger described? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5 , pp. 119-132.

Wong, P. (2010). Selective Mutism: A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. . *Psychiatry*, 7 , pp. 23-31.

Apêndice 1



Escola Superior de Educação João de Deus
Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo-Motor

Exmo(a). Senhor (a),

Sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus com uma já larga tradição no campo da Educação. Este questionário realiza-se no âmbito da realização da tese de mestrado subordinado ao tema:

O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica

Lembro-lhe 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 que a possa levar a bom termo, careço da sua prestimosa colaboração. Para o efeito basta que preencha com uma cruz (X) o círculo que melhor corresponde à sua opinião.

Obrigada pela sua colaboração!

Célia Margarida da Silva Ribeiro

Guarde uma cópia desta primeira página, pois a mesma atesta a sua participação num estudo para uma Tese de Mestrado em Educação Especial

Iª PARTE – Dados pessoais e profissionais

Preencha com um X a opção que corresponde à sua situação / resposta:

1. Género: Feminino Masculino

2. Idade:

| 22-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-65 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Habilitações:

| | |
|----------------|-----------------------|
| Bacharelato | <input type="radio"/> |
| Licenciatura | <input type="radio"/> |
| Mestrado | <input type="radio"/> |
| Doutoramento | <input type="radio"/> |
| Pós graduação | <input type="radio"/> |
| Especialização | <input type="radio"/> |

4. Profissão:

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Educador de Infância | <input type="radio"/> |
| Professor 1º Ciclo | <input type="radio"/> |
| Professor 2º Ciclo | <input type="radio"/> |
| Professor 3º Ciclo | <input type="radio"/> |
| Professor Secundário | <input type="radio"/> |
| Psicólogo | <input type="radio"/> |
| Terapeuta | <input type="radio"/> |

5. Tempo de Serviço

| 0-7 | 8-15 | 16-23 | 24-31 | 31-38 | 39-46 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Recebeu alguma formação específica na área das Necessidades Educativas Especiais?

Sim Não

| | Discordo Totalmente | Discordo | Nem concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. 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"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. Há traços biogenéticos que conduzem ao desenvolvimento do MS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. O MS manifesta-se na faixa etária dos 3-6 anos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. O “não falar” é uma atitude de defesa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. As emoções aproximam a criança do meio social. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. As emoções afastam a criança do meio social. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. 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"/> |
| 12. 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"/> |
| 13. A criança com MS apresenta um quadro de fobia social e timidez excessiva. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Quando uma criança para de comunicar em ambientes sociais é um | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

alerta para esta perturbação.

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15. 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"/> |
| 16. A terapia é essencial no tratamento de MS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. A diminuição da ansiedade da criança atenua os sintomas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O recurso a fármacos é essencial no tratamento de MS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. A indicação da ludoterapia parte habitualmente dos pais da criança com MS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. A ludoterapia propicia um ambiente que quebra inevitavelmente as barreiras da fala. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. O brinquedo pode ser considerado um instrumento de investigação e intervenção clínica. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa a realidade interna. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Jogar e brincar funcionam da mesma maneira para a criança. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Brincar é uma forma privilegiada de comunicação. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. O jogo e brincadeira são formas privilegiadas de estabelecer o vínculo terapêutico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. O jogo e o brinquedo levam à manifestação de emoções. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. A interação verbal é essencial no tratamento de MS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. 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"/> |
| 29. O jogo permite à criança trabalhar psicologicamente os conflitos, agressões e problemas afetivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. O MS é uma problemática crónica. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
-