

Tenho medo de quê?

What am I afraid of?

Teresa Helena Schoen¹, Maria Sylvia S. Vitale²

RESUMO

Objetivo: Verificar se adolescentes de ambos os sexos referem o medo como uma emoção presente e quais são as causas mais comuns de medo.

Métodos: Estudo descritivo, prospectivo, de corte transversal, com determinação da amostra por conveniência, que envolveu a análise de questionários aplicados aos adolescentes atendidos entre 2004 e 2006 em um ambulatório de Medicina do Adolescente. Os adolescentes responderam na sala de espera o *Youth Self Report* (YSR) – instrumento de triagem para problemas de comportamento. Foram analisadas as respostas ao item 29 – “tenho medo de animais, situações ou lugares, sem incluir a escola. Quais?” O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre as faixas etárias (10-12, 13-15 e 16-19 anos) e sexo com o item 29 do YSR.

Resultados: Avaliaram-se 323 protocolos, 184 (57%) eram do sexo feminino. A emoção medo foi predominante no sexo feminino ($p=0,009$). Houve uma associação significativa entre as respostas ao item 29 e a faixa etária, em que os mais velhos assinalaram mais a opção “frequentemente presente” do que os mais novos ($p=0,048$). Os motivos de medo foram diversos, mas os animais predominaram.

Conclusões: A emoção medo esteve mais associada ao sexo feminino e a faixa etária dos adolescentes mais velhos. A educação, a cultura e a preservação da espécie podem estar influenciando a presença de medo nas mulheres. Diferentemente da literatura, os mais velhos relataram mais terem medo, talvez devido à maior consciência desta emoção ou pelas expectativas da faixa etária.

Palavras-chave: adolescente; comportamento do adolescente; medo; medicina do adolescente; saúde do adolescente.

ABSTRACT

Objective: To determine whether male and female adolescents report currently experiencing fear and to identify their most common causes of fear.

Methods: This was a descriptive, prospective, cross-sectional study of a convenience sample, involving analysis of questionnaires administered to adolescents seen at a public university adolescent clinic between 2004 and 2006. The adolescents self-administered the Youth Self Report (YSR - a screening tool for behavioral problems) while in the waiting room. The responses to item 29, “I am afraid of certain animals, situations or places other than school. (Describe)” were analyzed. The chi-square test was used to determine whether age group (10-12, 13-15 or 16-19 years) and gender were associated with responses to item 29 of the YSR.

Results: 323 adolescents' questionnaires were analyzed, 184 (57%) of whom were female. Fear was more common among the females ($p=0.009$). There was a significant association between the responses to item 29 and age group. Older adolescents were more likely to check the option “often true” than younger adolescents ($p=0.048$). There were a variety of different causes of fear, but animals predominated.

Conclusions: Among these adolescents, fear tended to be associated with the female gender and older age groups.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

¹Doutora em Ciências pelo Departamento de Pediatria da Unifesp; Responsável pelo atendimento em Psicologia no Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) do Departamento de Pediatria da Unifesp, São Paulo, SP, Brasil

²Doutora em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Unifesp; Chefe do Setor de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Unifesp, São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência:

Teresa Helena Schoen Ferreira
Rua Botucatu, 715 – Vila Clementino
CEP 04023-062 – São Paulo/ SP
E-mail: rpetrass@uol.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 18/2/2011

Aprovado em: 9/8/2011

Education, culture and preservation of the species may affect the degree of fear in females. In contrast with reports in the literature, in this study older students reported more fear, perhaps due to greater awareness of the emotion or due to the expectations of the age group analyzed.

Key-words: adolescent; adolescent behavior; fear; adolescent medicine; adolescent health.

Introdução

O medo é uma emoção primária, presente desde o nascimento, e muito comum na infância e adolescência^(1,2). Na maioria das vezes, o medo é uma reação adaptativa, servindo a um propósito legítimo e útil: proteger os indivíduos de situações potencialmente perigosas⁽³⁻⁵⁾, liberando um fluxo de energia que pode ser empregado em qualquer ação que se faça necessária, buscando estratégias para enfrentar o perigo. A estrutura psicológica das pessoas também deseja sobreviver, desenvolver-se ou expressar-se. Ameaças a esta estrutura podem resultar em respostas de medo. Myers⁽⁶⁾ o considera uma “emoção venenosa”, por preocupar tanto o indivíduo a ponto dele perder o sono ou deixar de realizar coisas importantes para sua vida.

O ser vivo está biologicamente preparado para aprender alguns medos mais depressa que outros⁽⁶⁾. Estímulos que põem em risco a vida – cobra, aranha, precipício, por exemplo – são adquiridos com mais facilidade que outros – como carro, elevador, eletricidade. A evolução da espécie nos preparou para temer os perigos da Idade da Pedra.

Os medos podem ser uma expressão da ansiedade relacionada a fantasias inconscientes e defesas contra ela. Um objeto ou situação, a princípio neutro, passam a ser carregados simbolicamente, constituindo-se um objeto fóbico externo. Pode-se, então, colocar em marcha comportamentos de esquiva para escapar das situações evocadoras de ansiedade^(7,8). Desta forma, a dificuldade na resolução das tarefas psicossociais torna o indivíduo mais suscetível a medos e inseguranças⁽⁹⁾. Estes sintomas ansiosos podem ser passageiros, à medida que o indivíduo consegue abordar de forma construtiva as forças antagônicas que vêm sendo confrontadas.

A emoção medo pode ser observada por meio das respostas motoras (posturas, gestos) e das respostas neurovegetativas (taquicardia, suor). Como manifestações do medo perceptíveis pelas outras pessoas, têm-se o retraimento social, apatia, tristeza ou, mesmo, dificuldade para concentrar-se

no trabalho ou em brincadeiras. O repertório inicial de emoções torna-se interligado com as habilidades intelectuais em desenvolvimento⁽¹⁰⁾ e com os novos tipos de relações sociais que as pessoas passam a ter, sendo capazes de aprender e modificar as expressões do medo de acordo com as normas culturais.

O medo é esperado e considerado normal em determinadas fases do desenvolvimento, protegendo a pessoa de se colocar em risco⁽¹¹⁾. Há situações em que o medo interfere nas atividades diárias do adolescente e, neste caso, torna-se motivo de busca de ajuda profissional devido à sua intensidade. Algumas situações pressupõem a aparição de certo grau de ansiedade, entretanto os medos patológicos adquirem uma proporção maior do que a necessária para a situação. Este medo desproporcional não guarda relação com a situação real e não se reduz à medida que se enfrentam situações similares. É provável que a pessoa evite situações que de antemão sabe que sentirá medo ou que se proteja delas com algum ritual. Para algumas pessoas, os medos intensos de objetos ou situações específicas prejudicam sua capacidade de enfrentá-los.

À medida que esta emoção se torna mais presente em determinadas situações, podem surgir alguns problemas sociais, como a dependência dos adultos, dificuldade em manter a atenção e concentração, inabilidade para resolver os problemas que surgem, dificuldade de assumir seus problemas de saúde e problemas acadêmicos, sendo importante para quem trabalha com adolescentes aprender a detectar e valorizar essa emoção.

Poucos estudos tratam da emoção medo em adolescentes. Geralmente, os estudos referem-se à infância/início da adolescência ou à presença de transtornos de ansiedade. Diante do exposto, justifica-se a realização deste trabalho para verificar a presença da emoção medo no período da adolescência. Verificar, também, se há associação desta emoção com o sexo e com a idade, assim como identificar as causas mais comuns de medo citadas por este grupo a fim de fornecer subsídios a quem trabalha com adolescentes para detectar e valorizar o medo como uma emoção que pode interferir no desenvolvimento dos adolescentes.

Método

Estudo descritivo, prospectivo, de corte transversal, com determinação da amostra por conveniência, que envolveu a análise de questionários aplicados aos adolescentes atendidos de 2004 a 2006, em primeira consulta, no Setor de Medicina

do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente – CAAA) da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)/Hospital São Paulo. Esse serviço atende adolescentes que vêm espontaneamente e/ou encaminhados de outros serviços ou setores da Unifesp/Hospital São Paulo. Os adolescentes são acompanhados dos dez aos 20 anos incompletos de idade⁽¹²⁾ e, eventualmente, atendem-se pacientes de menor faixa etária, quando encaminhados, ou se prossegue o acompanhamento dos maiores de 20 anos, quando necessário. No CAAA participam profissionais de saúde de diferentes áreas, visando atenção integral ao desenvolvimento saudável do adolescente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp.

Como critérios de inclusão consideraram-se: adolescentes em sala de espera do CAAA que vieram para consulta no período do estudo e que tenham respondido os itens demográficos (idade e sexo) e o item 29 do *Youth Self Report* (YSR). Utilizou-se como critério de exclusão a apresentação de doenças que pudessem afetar o resultado da resposta, destacando-se o autismo e o retardo mental.

O YSR⁽¹³⁾ é um questionário para triagem de habilidades sociais e problemas de comportamento. O adolescente assinala cada item com valores (2), (1) ou (0) para frequentemente presente, às vezes presente, ou ausência do comportamento, respectivamente. Neste estudo, somente o item 29, cuja afirmativa é “tenho medo de animais, situações ou lugares, sem incluir a escola. Quais?” e os

dados demográficos (sexo e idade) presentes no questionário foram utilizados.

Os adolescentes que estavam na sala de espera de ambulatório de Medicina de Adolescentes, responderam ao YSR como parte da rotina de atendimento do Setor. Os protocolos foram agrupados por faixa etária: 10-12 anos, 13-15 anos e 16-19 anos. Para a análise estatística, foi utilizado o teste do qui-quadrado para verificar associação entre as faixas etárias e o sexo com o item 29 do YSR. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

No período de estudo, todos os 332 adolescentes convidados aceitaram responder ao instrumento. Nove foram excluídos; oito por não terem preenchido o item 29 do YSR e um por estar fora da faixa etária estudada.

Este estudo foi composto de 323 protocolos de avaliação de adolescentes, com idade variando de dez a 19 anos, do município de São Paulo. Destes, 184 (57,0%) eram do sexo feminino. Houve relação estatisticamente significativa ($p=0,009$) de presença da emoção medo no sexo feminino e ausência desta emoção no sexo masculino (Tabela 1). Houve associação estatisticamente significativa entre as respostas ao item 29 e a faixa etária: os mais velhos assinalaram a opção “frequentemente presente” mais vezes que os mais novos (10-12 vs. 13-16 vs. 16-19 anos: $p=0,048$) (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo, em relação à intensidade da presença da emoção medo

Item 29	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Comportamento ausente	68	37,0	70	50,4	138	42,7
Às vezes presente	47	25,5	38	27,3	85	26,3
Frequentemente presente	69	37,5	31	22,3	100	31,0
Total	184	57,0	139	43,0	323	100,0

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária e intensidade da presença do medo

Item 29	10-12 anos		13-15 anos		16-19 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamento ausente	50	45,9	67	46,8	21	29,6	138	42,7
Às vezes presente	32	29,3	34	23,8	19	26,7	85	26,3
Frequentemente presente	27	24,8	42	29,4	31	43,7	100	31,0
Total	109	33,7	143	44,3	71	22,0	323	100,0

Em relação à segunda parte do item 29, de livre resposta, os motivos de medo foram diversos, mas os animais predominaram, especialmente aqueles que podem colocar em risco a vida da pessoa (Quadro 1).

Discussão

Hersen⁽¹⁴⁾ refere que o medo pode ser analisado sob três aspectos: motor (caracteriza-se pela reação comportamental-orgânica, que é observável e pode ser aferida), psicológico e verbal (autorrelato, avaliação subjetiva do sujeito sobre o medo). É sobre este último aspecto que se concentrou o presente estudo. Nossos medos sofrem influência da idade, gênero, cultura, classe socioeconômica e nível de desenvolvimento cognitivo, além de outras variáveis de natureza individual ou social. Esses dados podem ser valiosos para determinar se o medo é normal ou patológico e, portanto, orientam quanto à necessidade de intervenção^(10,11,15,16).

Muitos medos são considerados próprios do desenvolvimento, exigindo do indivíduo que se adapte aos diversos estímulos estressantes do ciclo vital^(5,11,17). É de se esperar que a adolescência seja repleta de medos em relação a situações novas que os adolescentes têm que enfrentar⁽¹⁸⁾, como as mudanças no corpo ou a autonomia, especialmente em situações que exijam uma estrutura cognitiva ou emocional que o indivíduo ainda não desenvolveu⁽⁹⁾. Entretanto, observaram-se presentes objetos de medo que são esperados em fases anteriores. Isto talvez se deva ao fato de os adolescentes não terem conseguido superar o medo, desenvolvendo habilidades ou mesmo a compreensão em relação ao fato. Os pais, muitas vezes, em vez de ajudarem seus filhos a superarem o medo, ensinando-lhes estratégias de como agir em caso de perigo, utilizam o medo como forma de educação⁽¹¹⁾. Ameaçam seus filhos com o objeto de medo deles, muitas vezes, impedindo-os de adquirir controle sobre o que acontece ao seu redor. Talvez por isso, medos infantis continuem na adolescência.

Alguns medos podem ter sido aprendidos dentro da família^(11,19) e o adolescente continua reproduzindo-os, demonstrando que aceita os valores e crenças do grupo cultural ao qual pertence. Também pode ser que o objeto do medo possua uma nova carga emocional relativa à fase da adolescência. Por exemplo, o medo de cachorro ou outros animais perigosos pode estar assinalando o medo da própria agressividade. O adolescente agora desenvolveu força e não sabe como lidar com ela, desvia esta insegurança em relação a si para o medo de cachorro. Outro exemplo pode ser o medo

Quadro 1 - Motivos de medo citados pelos adolescentes segundo a frequência de aparecimento

Motivo do medo	n*
Cobra	36
Cachorro	27
Bichos asquerosos: rato (9); barata (15); aranha (8); escorpião (3); sapo (2); lagartixa (1); minhoca (1); insetos (1)	40
Animais sem especificar	14
Animais selvagens: leão (9); jacaré (1); tubarão (1)	11
Outros animais: pombo (1); macaco (1); gato (2); cavalo (1)	5
Situações perigosas: lugares perigosos (6); lugares à noite (11); assalto (6); assaltante/sequestrador (3); escuro (6)	32
Aspectos ligados à morte: cemitério (7); satanismo (1); morto/espírito (3); de morrer (5); filmes de terror (1)	17
Sair/ficar sozinho (12); lugar que não se sente bem (7); lugares específicos citados pelo adolescente (3)	22
Outros: floresta (3); altura (3); perder-se (1); ser pego fazendo coisa errada (2)	9

n: tamanho da amostra. Entre parênteses é apresentado o número de referências a medos específicos dentro de cada categoria. *Cada adolescente pode ter mais de um motivo de medo

de ficar sozinho, antes ligado à insegurança da criança que necessita de um adulto protetor, agora, na adolescência, pode estar ligado ao medo de crescer, tornar-se independente de seus pais, de ter de confrontar-se consigo mesmo.

Muitos pais não ajudam seus filhos a crescer e enfrentar suas dificuldades⁽²⁰⁾. É comum, com crianças muito pequenas fazendo birra na rua, os cuidadores as ameaçarem de a deixarem sozinha, numa tentativa de fazer com que elas as obedeçam. Vemos, então, crianças chorando, seguindo seus pais, os pais voltando mais nervosos e brigando com a criança. A necessidade natural de um adulto protetor no início da vida é utilizada como forma de punição. Pode ser, então, que o adolescente, ao se defrontar com a tarefa desenvolvimental de ficar sozinho ou resolver suas dificuldades sem a presença de um adulto, não encare como um objetivo a ser conquistado, mas como um castigo que seus pais continuam impondo.

É interessante apontar para alguns objetos de medo que os adolescentes nunca enfrentaram pessoalmente, como leão, cobra ou jacaré. Provavelmente estejam ligados a questões do desenvolvimento que não conseguem expressar e buscam no repertório popular objetos que possam simbolizar os sentimentos vivenciados e que não são conscientes. As

fobias eram consideradas por Freud como uma expressão da ansiedade relacionada a fantasias inconscientes e uma defesa contra ela, colocando-se em marcha o mecanismo de evitar para escapar das situações evocadoras de angústia⁽⁷⁾.

Como os adolescentes que responderam a este instrumento moram na maior cidade do Brasil e estão constantemente sujeitos à violência, tanto real quanto através da mídia, esperava-se uma frequência maior de motivos para o medo dentro desta categoria (assalto, sequestro). O fato de não ter surgido pode se dever à fábula pessoal^(21,22), uma suposição de invulnerabilidade em que os adolescentes assumem a crença de que são especiais e que não estão sujeitos às regras que regem o resto do mundo, escapando, portanto, dos perigos.

Os adolescentes do sexo feminino disseram ter mais frequentemente a emoção medo do que os do sexo masculino^(5,11,23). As mulheres são mais suscetíveis à ansiedade desde a infância. Isto pode ser devido a uma razão cultural, na qual as mulheres são educadas para serem menos assertivas, mais dependentes e ficarem em casa⁽¹¹⁾. Portanto, convivem menos com algumas situações, não desenvolvendo, assim, estratégias para resolver situações aflitivas. Também pode ter um componente neurológico, respondendo com uma atividade motora reduzida e ficando mais atentas a um possível perigo – atitude autorreguladora e protetora, porque permite uma tomada de decisão mais segura frente aos estímulos adversos, evitando, portanto, melhor os riscos. É possível, também, que a maior presença de medo nas mulheres deva-se à necessidade da preservação da espécie, visto os motivos que a colocam em perigo serem mais facilmente aprendidos⁽⁶⁾.

A pesquisa dos mecanismos neurais envolvidos na elaboração das emoções é ampla. Ressalte-se que os adolescentes estão sofrendo modificações cerebrais importantes⁽²⁴⁾ e, atualmente, existem evidências neuronais que associam os sistemas cerebrais de defesa ao conceito medo-estresse-ansiedade. Desta forma, as respostas de orientação ao estímulo de perigo, seja real ou ilusório, à esquivas e à preparação para o enfrentamento do perigo parecem estar associadas à ansiedade. Estão envolvidos nesse processo o giro do cíngulo e o córtex pré-frontal de um lado, e o núcleo mediano da rafe, septo e o hipocampo de outro, fazendo parte dos circuitos cerebrais que integram as respostas emocionais. Estímulos de medo que induzem formas ativas de defesa, autônomas e relacionadas ao sistema nervoso simpático, determinam outros estados emocionais e parecem se associar a

manifestações elementares de medo. A substância cinzenta periaquedutal dorsal é o principal substrato neural para a integração desses circuitos aversivos no cérebro, participando nas respostas de medo/ansiedade, o que pode ser comprovado por vários experimentos mostrando que a administração sistêmica de algumas drogas ansiolíticas reduzem o comportamento aprendido de atenuação ou de finalização da estimulação elétrica⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Os comportamentos defensivos são as reações do organismo a perigos presentes ou potenciais; foram modelados pela seleção natural e podem ser modificados para que atuem somente quando forem úteis. Conexões neuronais são selecionadas quando há detecção de pistas perigosas, facilitando o aprendizado da situação provocativa da emoção medo. Nesta linha de raciocínio, sugere-se que transtornos de ansiedade sejam causados por uma falha na detecção e pela expressão inadequada dos comportamentos defensivos⁽²⁷⁾. Parece que a humanidade apresenta uma predisposição cerebral para se proteger de situações que estiveram – e ainda estão – colocando em risco sua existência, como a transmissão de doenças, evitando animais como baratas, ratos (bichos asquerosos). Os medos não refletem apenas traumas passados pelo indivíduo⁽²⁸⁾ (como é o caso de lugares específicos citados pelo adolescente) ou forças inconscientes, mas também situações aprendidas de nossos ancestrais, reproduzidas por nossos pais⁽⁶⁾.

Durante a adolescência, o indivíduo torna-se progressivamente consciente da irreversibilidade de um bom número de escolhas com as quais é confrontado. É um período ímpar para a exploração de questões existenciais, como a vida e a morte⁽²⁹⁾. A morte, inclusive, é um dos motivos de medo frequentemente citados por adolescentes^(22,23). É comum os adolescentes gostarem de assistir a filmes de terror ou brincarem com questões sobrenaturais. Costumam relatar que, no recreio escolar, jogam a brincadeira do copo ou do anel (um espírito estaria guiando estes objetos). Explorando estas questões, vão, aos poucos, lidando com seus medos em relação à morte. Entretanto, na sociedade em que vivemos, a morte é em geral vista como algo ruim, que deve ser evitado. Portanto, muitos indivíduos aprendem a temer qualquer coisa relacionada a ela, como cemitério.

Esperava-se que à medida que os adolescentes se tornassem mais velhos, as situações de medo fossem diminuindo, pois diversos estudos vêm demonstrando uma associação entre a emoção medo e menor faixa etária^(5,11). Mas isso não aconteceu neste trabalho (Tabela 2). No

estudo de Poulton *et al*⁽²³⁾ também ocorreu uma elevação no relato de medos com a idade. Neste novo momento em que estão vivendo, quando aumenta a cobrança social por trabalho ou se exige que assumam algumas responsabilidades, pode ser que os sentimentos ligados ao crescimento e à autonomia sejam desviados para situações nas quais o medo seja aceitável e até esperado, como ficar sozinho, sair sozinho, andar sozinho de ônibus. Alguns estudos afirmam que as mudanças cognitivas e sociais que acontecem na adolescência levam a um maior relato da emoção medo nos novos comportamentos exigidos para enfrentar as novas situações sociais^(11,30). Ressalte-se que este estudo parte da informação fornecida pelo adolescente, mas não há como saber a intensidade do medo e se ele realmente chega a atrapalhar sua vida.

Por último, observou-se que, no total, 138 (42,7%) adolescentes afirmaram não ter medo, o que mostra que, em geral, estão desenvolvendo habilidades para lidar com situações novas e desconhecidas, com situações perigosas e com as situações que, talvez, antes provocassem a emoção medo. Entretanto, há estudos que mostram que adolescentes são encaminhados para atendimento psicológico tendo como queixa a emoção medo e em outros, embora a queixa principal seja diversa, apresentam também grande intensidade desta emoção, que precisa ser trabalhada em psicoterapia⁽³¹⁾.

Um fato que chama a atenção foi não haver nenhuma citação de medo de dentista, injeções, vacina, sangue ou procedimentos médicos invasivos⁽¹⁷⁾. Os adolescentes responderam ao questionário na sala de espera de um ambulatório de um hospital escola; alguns, inclusive, poderiam estar esperando pela consulta odontológica e, no caso de consulta médica, teriam sua carteira de vacinação analisada, sendo encaminhados para completá-la. Seria possível encontrar medos baseados em expectativas de dano – “a injeção vai doer”, “o médico vai querer tirar a pinta”, por exemplo. Profissionais de saúde que aplicam vacinas são orientados, de modo geral, a aplicar com os adolescentes sentados, caso haja desmaio, e é comum o comentário de mães ou profissionais que os adolescentes se recusam a tomar vacina. Talvez, por estarem em um ambiente hospitalar não tenham querido relatar este medo.

Sugere-se, num aprofundamento deste estudo, que, após a livre expressão de motivos para medo, haja uma lista para que os adolescentes assinalem quais animais, situações ou lugares lhes provocam a emoção medo.

Não se deve subestimar o sofrimento das crianças e adolescentes e as repercussões negativas ocasionadas pelos medos, mesmo transitórios, de leve intensidade e específicos da idade. É importante estar atento à variedade de objetos e situações que provocam medo em crianças e adolescentes. Existem alguns inventários que podem ser aplicados em crianças, pais ou professores com boas propriedades psicométricas e que ajudam o profissional a avaliar as situações potencialmente geradoras de medo e o grau; inclusive, há escalas para avaliar medos relativos a procedimentos hospitalares^(31, 32) ou odontológicos^(33,34).

Deve-se procurar favorecer experiências que facilitem a aquisição de habilidades para lidar com estes temores, de acordo com as características de personalidade de cada indivíduo⁽³⁵⁾. Pode-se citar a utilização de relaxamento muscular ativo, respiração rítmica e pausada, o uso da imaginação de cenas agradáveis e a autoinstrução para minimizar a ativação vegetativa experimentada em situações estressantes^(17,36). Buscar informações^(19,37,38) a respeito da situação fóbica pode ajudar o adolescente a manter o controle, por exemplo, saber como e onde buscar ajuda, caso ocorra algo desagradável enquanto estiver sozinho. Graduar a presença do estímulo ao medo também é uma das estratégias que a ser aplicada. Neste trabalho, não se investigou quais estratégias o adolescente utiliza para evitar o medo, o que deverá ser averiguado em estudo posterior.

Muitas vezes é necessária a orientação aos pais para reorganização das contingências. Quando o medo se apresenta em grau intenso, é comum os pais superprotegerem seus filhos ou utilizarem punição, inclusive algumas brincadeiras provocativas, que podem minar a autoestima, com comentários maldosos ou cruéis em relação aos seus medos. O importante não é acabar com a emoção medo, mas deixá-la sob controle para não ser um impeditivo de uma vida de relacionamentos construtivos.

Referências bibliográficas

1. Gullone E. The development of normal fear: a century research. *Clin Psychol Rev* 2000;20:429-51.
2. Muris P, Mayer B, van Eijk S, van Dongen M. "I'm not really afraid of Osama bin Laden!" fear of terrorism in Dutch children. *J Child Fam Studies* 2008;17:706-13.
3. Ainsworth MD. Attachments beyond infancy. *Am Psychol* 1989;44:709-16.
4. Pereira AL. Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada [tese de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 2005.
5. Burnham JJ, Gullone E. The fear survey schedule for children—II: a psychometric investigation with American data. *Behav Res Ther* 1997;35:165-73.
6. Myers D, editor. *Introdução à Psicologia Geral*. 5th ed. Rio de Janeiro: LTC; 1999.
7. Guerrero MJ. Fobia Social: Del psicoanálisis a la psiquiatria. VI Jornadas científicas sobre las Fobias Sociales: psicopatología, génesis y tratamiento; 2006 Sep 29-30; Spanish, Madrid.
8. Lau JY, Lissek S, Nelson EE, Lee Y, Roberson-Nay R, Poeth K *et al*. Fear conditioning in adolescents with anxiety disorders: results from a novel experimental paradigm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:94-102.
9. Silva MG, Costa ME. Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Anal Psicol* 2005;23:111-27.
10. Teachman BA, Stefanucci JK, Clerkin EM, Cody MW, Proffitt DR. A new mode of fear expression: perceptual bias in height fear. *Emotion* 2008;8:296-301.
11. Shore GN, Rapport MD. The fear survey schedule for children-revised (FSSC-HI): ethnocultural variations in children's fearfulness. *J Anxiety Disord* 1998;12:437-61.
12. Organización Panamericana de la Salud. *La salud del adolescente y del joven en las Americas*. Washington DC; Organización Panamericana de la Salud, 1985.
13. Achenbach TM. *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington: Dept of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
14. Hersen M. Self-assessment of fear. *Behav Ther* 1973;4:241-57.
15. Roazzi A, Federicci FC, Carvalho MR. Consensus in social representations: a study of fear in adults. *Psic Teor e Pesq* 2002;18:179-92.
16. Fisher AB, Schaefer BA, Watkins MW, Worrell FC, Hall TE. The factor structure of The Fear Survey Schedule for Children-II in Trinidadian children and adolescents. *J Anxiety Disord* 2006;20:740-59.
17. Méndez FX, Olivares J, Bermejo RM. Características clínicas e tratamento dos medos, fobias e ansiedades específicas. In: Caballo VE, Simón MA, editors. *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: transtornos gerais*. Santos: Editora Santos; 2005.
18. Schaefer BA, Watkins MW, Burnham JJ. Empirical fear profiles among American youth. *Behav Res Ther* 2003;41:1093-103.
19. Remmerswaal D, Muris P. Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: the role of threat information as provided by parents. *J Anxiety Disord* 2011;25:444-9.
20. Sagar SS, Lavallee D. The developmental origins of fear of failure in adolescent athletes: examining parental practices. *Psychol Sport Exerc* 2010;11:177-87.
21. Bee H, editor. *A criança em desenvolvimento*. 8thed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
22. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD, editors. *Desenvolvimento Humano*. 8thed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Poulton R, Trainor P, Stanton W, McGee R, Davies S, Silva P. The (in)stability of adolescent fears. *Behav Res Ther* 1997;35:159-63.
24. Vitalle MS, Medeiros. O adolescente. In: Puccini RF, Hilário MO, editors. *Semiologia da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008, p. 97-108.
25. Brandão ML, Vianna DM, Masson S, Santos J. Neural organization of different types of fear: implications for the understanding of anxiety. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 (Suppl 2):36-41.
26. Canteras NS. Critical analysis of the neural systems organizing innate fear responses. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 (Suppl 2):21-4.
27. Carobrez AP. Glutamatergic neurotransmission as molecular target in anxiety. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 (Suppl 2):52-8.
28. Jovanovic T, Norrholm SD, Fennell JE, Keyes M, Fiallos AM, Myers KM *et al*. Posttraumatic stress disorder may be associated with impaired fear inhibition: relation to symptom severity. *Psychiatry Res* 2009;167:151-60.
29. Schoen-Ferreira TH. *A adolescência e a Identidade: uma proposta de avaliação e intervenção* [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007.
30. Henker B, Whalen CK, O'Neil R. Worldly and workaday worries: contemporary concerns of children and young adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1995;23:685-702.
31. Reppold CT, Hutz CS. Psychodiagnostic investigation of adolescents: referrals, symptoms and instruments used in the University Psychology Clinics. *Aval Psicol* 2008;7:85-91.
32. Melamed BG, Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *J Consult Clin Psychol* 1975;43:511-21.
33. Milgrom P, Jie Z, Yang Z, Tay KM. Cross-cultural validity of a parent's version of the Dental Fear Survey Schedule for children in Chinese. *Behav Res Ther* 1994;32:131-5.
34. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the index of dental anxiety and fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess* 2010;22:279-87.
35. Vervliet B, Kindt M, Vansteenwegen D, Hermans D. Fear generalization in humans: impact of prior non-fearful experiences. *Behav Res Ther* 2010;48:1078-84.
36. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Ciesielski BG, Armstrong T, Etzel EN, David B. Fear and disgust processing during repeated exposure to threat-relevant stimuli in spider phobia. *Behav Res Ther* 2009;47:671-9.
37. Muris P, Mayer B, Huijding J, Konings T. A dirty animal is a scary animal! Effects of disgust-related information on fear beliefs in children. *Behav Res Ther* 2008;46:137-44.
38. Muris P, Huijding J, Mayer B, van As W, van Alem S. Reduction of verbally learned fear in children: a comparison between positive information, imagery, and a control condition. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42:139-44.