



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Processos atencionais

CAPÍTULO 6

*O primeiro domínio da parte clínica, e o mais esquecido.
Como a atenção organiza a experiência, que componentes a
compõem, e por que flexibilizar o foco costuma vir antes de
tentar reduzir o sintoma.*

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

Clique aqui e saiba mais



O ESSENCIAL

- Ψ **Aquilo a que se atende ganha peso.** A atenção organiza a experiência e influencia emoção, cognição e comportamento — e é influenciada de volta por eles.
- Ψ **Três componentes:** direcionamento (para onde), sustentação (por quanto tempo) e *flexibilidade* (capacidade de mudar o foco). A flexibilidade é a que mais aparece nas dificuldades clínicas.
- Ψ **A TBP muda a pergunta** de “o que o paciente tem” para “o que está acontecendo” — e a atenção deixa de ser viés para virar processo **treinável**.
- Ψ **O foco preso amplifica.** No caso trabalhado, a atenção presa à dor alimenta ruminação, medo e restrição, que aumentam o monitoramento corporal e fecham o ciclo.
- Ψ **A prioridade é flexibilizar, não eliminar.** Intervém-se nos processos que mantêm o sistema funcionando, não diretamente na redução do sintoma.

O domínio que a clínica esquece

Os encontros anteriores trataram das críticas à ciência psicológica, do modelo de rede e da formulação e mensuração baseadas em processos. Este abre a **parte clínica** da jornada — e começa exatamente pelo domínio que costuma ficar de fora: os **processos básicos**, atenção e memória.

A observação que abre a aula vem da experiência de ensinar processos básicos e depois reencontrá-los no consultório: a perspectiva clínica desses processos se encaixa com precisão na prática, e **não abordá-los limita a clínica**. Eles são, entre outras coisas, cruciais para a construção das emoções.

ONDE A ATENÇÃO FICA NA MATRIZ

Nos modelos contextuais, atenção, afeto e biofisiológico aparecem como os componentes mais **fundamentais** do comportamento humano. E há demandas em que a atenção se apresenta sistematicamente mais rígida — transtornos somáticos e de ansiedade entre elas —, o que torna a intervenção atencional quase incontornável.

A atenção organiza a experiência

A aula abriu com uma frase de consultório: “**eu não consigo parar de pensar nisso**”. É um relato de atenção, antes de ser um relato de conteúdo.

O princípio é econômico e tem consequência clínica direta: **aquilo a que se atende ganha mais peso**. O que entra no foco influencia emoção, cognição e comportamento — e é, ao mesmo tempo,

influenciado pelos outros processos cognitivos. Não é uma via de mão única.

Dois pontos aprofundaram isso na discussão. Primeiro: a atenção é o processo que **permanece mais ativo**, o primeiro plano da consciência, presente inclusive nas respostas a estímulos inatos do recém-nascido, antes que as emoções emergam. Segundo: a percepção é a porta de entrada da cognição, mas é o **direcionamento da atenção** que decide o que será memorizado e o que se tornará marcante.

De recurso limitado a processo treinável

- Ψ **Psicologia cognitiva clássica** — a atenção como **recurso limitado**, a ser alocado (Kahneman, 1973).
- Ψ **Neurociência cognitiva** — a atenção como **redes atencionais**, com sistemas distintos de alerta, orientação e controle executivo (Posner & Petersen, 1990; Petersen & Posner, 2012).
- Ψ **TCC tradicional** — a atenção ligada a **vieses**, sobretudo o viés atencional para a ameaça (Beck & Clark, 1997; Bar-Haim et al., 2007).
- Ψ **TBP** — a atenção como processo **treinável e funcional**.

A mudança de paradigma é a mesma que atravessa toda a jornada: sai o “o que o paciente tem”, entra o “o que está acontecendo”. A avaliação fica mais dinâmica e contextual — e passa a tratar de algo **modificável**.

Componentes e estilos atencionais

Os processos atencionais regulam **para onde, como e por quanto tempo** a atenção se mantém. Três componentes:

- Ψ **Direcionamento** — a seleção do estímulo.
- Ψ **Sustentação** — a retenção do foco ao longo do tempo.
- Ψ **Flexibilidade** — a capacidade de mudar o foco. É o componente mais frequentemente implicado nas dificuldades clínicas.

A modulação desses componentes produz **estilos**: a **atenção rígida**, presa a um aspecto e com dificuldade de variação; o **foco disperso**, com dificuldade de sustentar; e a **atenção excessiva ao passado ou ao futuro**, terreno da ruminação e da preocupação.

O impacto clínico dos estilos desadaptativos é duplo: **amplificam o sofrimento e reduzem a flexibilidade**. Do outro lado, o estilo adaptativo é descrito como *mindfulness* — aqui entendido de forma bem operacional, como **atenção flexível e agir com consciência**, e não como prática contemplativa (Bishop et al., 2004; Baer et al., 2006). É esse o alvo das intervenções.

O caso Maia: o looping atencional

Maia (caso clínico usado como fio condutor da aula, desidentificado) é uma adulta com **dor crônica** após um acidente de trabalho. Ela restringe atividades e evita o trabalho por medo da dor. Sente raiva e preocupação com o futuro e com o passado — inclusive pela injustiça de ter avisado as chefias sobre o perigo no local onde o acidente aconteceu.

A leitura por processos começa pelo que sustenta o quadro, não pelo diagnóstico. A dor é um **estímulo saliente**, e a atenção vai para ela: monitoramento constante do corpo (Eccleston & Crombez, 1999). Do foco preso vêm ruminação, irritação e preocupação — pensamentos repetitivos sobre a dor, sobre o acidente, sobre o “e se piorar”. Ruminação e preocupação restringem as atividades; a restrição e o medo (de piora, de nova lesão, de incapacidade) aumentam o monitoramento corporal; o monitoramento amplifica a percepção da dor; e a dor amplificada realimenta a ruminação (Vlaeyen & Linton, 2000; Crombez et al., 2012).

A atenção à dor não depende só do estímulo: ela é sustentada por medo, evitação, restrição, ruminação, preocupação e pelos sentimentos de injustiça e raiva. É um **sistema disfuncional**, não um sintoma isolado — e é sobre ele que a TBP intervém. O alvo são os processos que mantêm o sistema funcionando, e não a redução direta do sintoma.

Intervir: flexibilizar antes de reduzir

A intenção das intervenções atencionais é promover uma atenção **mais flexível e ampliada**, evitando que o foco se torne exclusivo. No caso de Maia, trabalhar a flexibilidade é prioridade: ajudá-la a alternar focos, retomar outras atividades e, por consequência, melhorar a autorregulação e reduzir o sofrimento.

Repare na ordem: não se trata de convencer a paciente de que a dor é menor, nem de eliminar o monitoramento por decreto. Trata-se de **devolver mobilidade ao foco**, e deixar que a redução do sofrimento venha disso.

Primeira e segunda flecha

A imagem usada foi a das duas flechas, da tradição budista. A **primeira flecha** é o estímulo doloroso em si. A **segunda** é o que se acrescenta a ele: ruminação, preocupação, catastrofização (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995). Estudos sobre aceitação da dor indicam que a melhora vem menos da eliminação do estímulo e mais da **diminuição desses processos reativos** (McCracken & Eccleston, 2003).

UMA PRECISÃO QUE VALE A PENA

A literatura de aceitação em dor crônica é mais robusta para **funcionamento, incapacidade e sofrimento** do que para redução da *intensidade* da dor. Dizer ao paciente que aceitar vai diminuir a dor é uma promessa arriscada; dizer que vai diminuir o quanto a dor domina a vida dele é mais fiel ao que a evidência sustenta.

Nem todo foco na dor é o mesmo foco

Um contraponto interessante apareceu na discussão: focar na dor **durante o exercício físico**, tratando-a como processo fisiológico e sem julgamento, pode aumentar a tolerância e prolongar o movimento — o oposto do que faz a ruminação. E a prática longa de atenção plena, como a de praticantes experientes de meditação, associa-se a menor percepção de dor, com mais flexibilidade atencional e aceitação (Grant & Rainville, 2009; Zeidan et al., 2011).

Alição clínica não é “focar é bom” ou “focar é ruim”. É que **a função do foco muda tudo** — o mesmo direcionamento atencional pode servir à aceitação ou à catastrofização, dependendo do que ele está fazendo naquele contexto.

Modular pelo caso, não pelo protocolo

A aula focou em intervenções atencionais no contexto da dor crônica, mas o alerta veio explícito: **outras situações e estímulos pedem intervenções que vão além da atenção**. Em contextos neurodivergentes, por exemplo, entram estratégias compensatórias que não se resumem a flexibilizar foco.

A intervenção é sempre modulada pela **formulação do caso**, nunca por protocolo rígido. O que se pode dizer com segurança é que os processos atencionais aparecem como necessários com frequência em pacientes com alta ruminação e preocupação — o que liga este encontro diretamente aos dos processos cognitivos.

O FECHO: TERAPIA COMO APRENDIZAGEM

A comparação que encerrou o encontro foi com aprender a andar de bicicleta: um processo que exige a **integração contínua** de vários processos — atenção, cognição, comportamento — até que funcionem juntos sem esforço deliberado. O objetivo final não é treinar cada peça isoladamente, e sim que o paciente integre as partes e consiga viver de forma próspera.

Referências

1. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
2. Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24.
3. Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58.
4. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
5. Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: The next generation. *Clinical Journal of Pain*, 28(6), 475–483.

6. Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125(3), 356–366.
7. Grant, J. A., & Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators. *Psychosomatic Medicine*, 71(1), 106–114.
8. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
9. Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Prentice-Hall.
10. McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain*, 105(1–2), 197–204.
11. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
12. Petersen, S. E., & Posner, M. I. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 73–89.
13. Posner, M. I., & Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25–42.
14. Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532.
15. Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332.
16. Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
17. Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., Gordon, N. S., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2011). Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *Journal of Neuroscience*, 31(14), 5540–5548.

NOTA DE MÉTODO

O caso “Maia” foi apresentado em aula como caso clínico e está aqui desidentificado. Duas moderações empíricas foram acrescentadas ao que a aula afirmou. Primeira: a evidência sobre aceitação em dor crônica sustenta com mais firmeza ganhos em funcionamento, incapacidade e sofrimento do que redução da intensidade da dor — a formulação foi ajustada nesse sentido. Segunda: a afirmação de que focar na dor durante o exercício aumenta a tolerância vem da literatura sobre foco associativo versus dissociativo em esforço físico, onde os achados são mistos e dependentes de tarefa e intensidade; o texto mantém o ponto como discutido em aula, mas sem citação atribuída, porque a fonte não foi identificada e a evidência não é unívoca. A definição operacional de *mindfulness* usada em aula foi ancorada em Bishop et al. (2004) e Baer et al. (2006); as demais referências de redes atencionais, viés atencional, dor e medo-evitação foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas sem citação explícita. Nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Investiguei os três componentes separadamente: para onde vai o foco, quanto tempo sustenta, e o quanto consegue mudar.

Nomeei o estilo atencional do caso — rígido, disperso, ancorado no passado ou no futuro.

Mapeei o que sustenta o foco além do estímulo: medo, evitação, restrição, ruminação, raiva.

Priorizei flexibilizar o foco antes de tentar reduzir o sintoma.

Perguntei qual é a função daquele direcionamento atencional naquele contexto — não presumi que focar é sempre ruim.

Fui honesto sobre o que a aceitação muda: o domínio do sintoma sobre a vida, não necessariamente sua intensidade.

Checei se o caso pede estratégia compensatória, e não só flexibilização atencional.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever.

1. Quais são os três componentes atencionais? Qual costuma aparecer mais nas dificuldades clínicas, e por quê?

2. O que muda quando a atenção deixa de ser lida como viés e passa a ser lida como processo treinável?

3. Descreva o ciclo de manutenção do caso Maia, nomeando o que sustenta o foco além da própria dor.

4. Por que a prioridade é flexibilizar o foco em vez de reduzir o sintoma diretamente?

5. Explique primeira e segunda flecha com um caso seu que não seja de dor física.

6. Como o mesmo direcionamento atencional pode servir à aceitação num contexto e à catastrofização em outro?

7. Pense num paciente seu com atenção rígida: que primeiro passo de flexibilização você proporia, e como saberia se funcionou?

Gabarito

Comentários para conferência — responda antes de consultar. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa; o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Quais são os três componentes atencionais? Qual costuma aparecer mais nas dificuldades clínicas, e por quê?

COMENTÁRIO

Direcionamento (para onde a atenção vai), **sustentação** (por quanto tempo se mantém) e **flexibilidade** (capacidade de mudar o foco). A flexibilidade é a que mais aparece nas dificuldades clínicas porque é ela que falha em ruminação, preocupação e monitoramento sintomático — quadros em que o foco não está ausente, está preso.

2. O que muda quando a atenção deixa de ser lida como viés e passa a ser lida como processo treinável?

COMENTÁRIO

Viés é característica a ser corrigida e pertence ao paciente; processo treinável é algo modificável, que se avalia pela função e se trabalha diretamente. A pergunta deixa de ser “o que ele tem” e passa a ser “o que está acontecendo”, o que torna a avaliação mais dinâmica e contextual — e transforma a atenção em alvo de intervenção, e não em explicação do fracasso das outras.

3. Descreva o ciclo de manutenção do caso Maia, nomeando o que sustenta o foco além da própria dor.

COMENTÁRIO

A dor é estímulo saliente e captura o foco; disso vem monitoramento corporal constante; do foco preso vêm ruminação e preocupação; estas levam à restrição de atividades; a restrição e o medo de piora aumentam o monitoramento; o monitoramento amplifica a percepção da dor. Além do estímulo, sustentam o ciclo o **medo**, a evitação, a restrição e os sentimentos de injustiça e raiva.

4. Por que a prioridade é flexibilizar o foco em vez de reduzir o sintoma diretamente?

COMENTÁRIO

Porque o foco não depende só do estímulo: ele é mantido por medo, evitação e ruminação, e é a imobilidade do foco que amplifica a percepção. Devolver mobilidade permite que a pessoa retome outras atividades e melhore a autorregulação, e a redução do sofrimento vem **disso**. Atacar o sintoma diretamente, além de frequentemente inviável, deixa intacto o sistema que o sustenta.

5. Explique primeira e segunda flecha com um caso seu que não seja de dor física.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta separa o **estímulo inicial** — a primeira flecha, que pode ser uma crítica recebida, uma perda, uma falha — do que se acrescenta a ele: ruminação, preocupação, catastrofização e autocrítica. E reconhece que o trabalho clínico incide sobretudo na segunda, porque é ela que prolonga e amplifica o que a primeira já fez.

6. Como o mesmo direcionamento atencional pode servir à aceitação num contexto e à catastrofização em outro?

COMENTÁRIO

Porque o que decide não é para onde a atenção aponta, mas **o que aquele direcionamento está fazendo** naquele contexto. Focar na sensação durante um esforço físico, tratando-a como processo fisiológico e sem julgamento, pode ampliar a tolerância; focar na mesma sensação em casa, com catastrofização, amplifica o sofrimento. Mesma operação atencional, funções opostas.

7. Pense num paciente seu com atenção rígida: que primeiro passo de flexibilização você proporia, e como saberia se funcionou?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta escolhe um passo **pequeno e possível** — alternar foco por um intervalo curto, retomar uma atividade concorrente — em vez de propor eliminar o monitoramento. E define antes como saberá se funcionou: não pela redução do sintoma, mas por indicadores de mobilidade do foco e de retomada de atividades.