



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Processos cognitivos

CAPÍTULO 7

Duas classes de estratégia cognitiva — engajar e controlar —, os processos que as mantêm, e por que a pergunta clínica decisiva é para que serve o pensamento, não o que ele diz.

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 **Conteúdo é o que o pensamento diz; função é para que ele serve.** A intervenção muda conforme a resposta — e a função é o que a TBP prioriza.
- Ψ **Duas classes de estratégia cognitiva:** *engajamento* (preocupação, ruminação — “vamos resolver isso”) e *controle* (supressão, distração, neutralização — “como eu me afasto”).
- Ψ **As duas se mantêm por reforçamento negativo:** aliviam no curto prazo e cobram no longo. E são sustentadas por crenças metacognitivas, positivas e negativas.
- Ψ **Tentar não pensar aumenta o pensar.** Supressão e neutralização falham por desenho, e a falha repetida ensina ao paciente que aquele pensamento é importante.
- Ψ **Resolver problema não é se preocupar.** Resolver envolve encarar a incerteza e marcar data de revisão; preocupar-se cria urgência de eliminá-la.

Onde os processos cognitivos entram — e quando não entram

Este é o sétimo encontro da jornada. Os anteriores cobriram a fundamentação da TBP, o modelo de rede, a formulação, a mensuração e os processos atencionais. Os processos cognitivos são o **segundo domínio** de avaliação e intervenção nessa sequência.

E aqui vem a ressalva que vale para o restante da trilha: os domínios se apresentam em ordem, mas a clínica **não é linear**. A abordagem é **modular** — um domínio só é priorizado se for central na rede daquele paciente. Cognição e *self* tendem a aparecer como centrais na prática, mas “tende” não é “sempre”, e quem decide é a formulação, não o programa do curso.

UM PAREAMENTO ÚTIL

Processos atencionais e de *self* são os núcleos mais próximos do biológico e menos acessíveis diretamente. Cognição, afeto e comportamento são mais fáceis de acessar. Vale lembrar que a identidade cria regras sobre como a pessoa pensa e age — o que liga este encontro ao dos processos de *self*.

Conteúdo e função: a distinção que organiza tudo

Antes de qualquer intervenção, sedimentar a diferença. A imagem usada em aula: o pensamento é um presente dentro de uma caixa.

- Ψ **Conteúdo** — o que está dentro da caixa. “Vou perder o emprego.” É o foco do trabalho mais cognitivista, e a intervenção típica é a **reestruturação cognitiva**, que trabalha a forma como o paciente avalia a probabilidade dos eventos.
- Ψ **Função** — por que se dá o presente. Para que serve aquele pensamento? Ele ajuda o paciente a buscar solução? A adiar uma decisão? A se sentir responsável? A função é majoritariamente de **reforçamento**.

No viés do conteúdo estão os três níveis clássicos de cognição — pensamentos automáticos, crenças intermediárias (regras e pressupostos) e crenças centrais (ideias absolutistas sobre si, os outros e o mundo). Todos são processos cognitivos, e trabalhá-los é legítimo. A questão é que, sozinho, o trabalho de conteúdo frequentemente não sustenta mudança de longo prazo.

Daí a organização da aula em duas classes de estratégia, definidas **pela função**: as de **engajamento**, que tentam analisar ou processar o pensamento (modo enfrentativo, “vamos resolver”), e as de **controle**, que tentam reduzir, eliminar ou modificar o pensamento (modo esquivo, “como eu me afasto”).

Engajamento (1): a preocupação

A preocupação é um **processo transdiagnóstico**: uma cadeia de pensamentos predominantemente verbais, orientados para o futuro, focados em ameaças possíveis e em tentativas de resolver problemas incertos (Borkovec et al., 1983; Ehling & Watkins, 2008).

Como ela aparece na clínica

Nem sempre pelo relato. Pacientes **negam** ser preocupados e descrevem uma rotina que é preocupação pura: pensar o tempo todo na próxima tarefa, executá-la com perfeição, emendar na seguinte. Outras manifestações incluem procrastinação, abuso de substância, uso excessivo de telas — e o **reasseguramento**, a busca de respostas em terceiros, que é das reações mais comuns.

O que medir

- Ψ **Quanto ele se preocupa** — o **PSWQ**, Questionário de Preocupação da Pensilvânia (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990).
- Ψ **Por que ele se preocupa** — o **WW-II** (*Why Worry-II*; Gosselin et al., 2003), que mapeia as crenças positivas sobre a preocupação: que ela facilita a resolução de problemas, motiva, protege de emoções negativas, previne desfechos ruins, ou reflete um traço positivo de personalidade.

O segundo é o que interessa à leitura por processos: ele responde pela **função**.

O ciclo de reforçamento

Uma situação disparadora ativa uma **crença metacognitiva positiva** (“preocupar-me é ser responsável”), o paciente **engaja** na preocupação, obtém **alívio de curto prazo** — e o alívio reforça o

processo. Com o tempo, a ansiedade volta elevada e podem surgir **crenças negativas**, de que a preocupação é incontrolável ou perigosa. A partir daí, o paciente se preocupa com o fato de se preocupar.

Engajamento (2): a ruminação

A ruminação é o outro pensamento repetitivo e prolongado, geralmente voltado a **problemas passados** e aos sentimentos associados a eles — análogo ao que fazem os animais ruminantes, que trazem de volta o que já foi processado (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

Quem ruma também sustenta **crenças positivas** sobre o processo: pensar mais evita erros, pensar mais leva a decisões mais acertadas. É achado frequente em pacientes deprimidos, onde funciona como processo de manutenção do quadro.

CUIDADO CLÍNICO

O paciente que ruma **convida o terapeuta a ruminar junto**. É um convite legítimo na aparência: revisar mais uma vez o que aconteceu, examinar de novo o mesmo episódio. Aceitar o convite mantém o ciclo e a angústia. O mesmo vale para a preocupação: não se preocupe junto com o paciente.

Metacognição: as crenças sobre o próprio pensar

Metacognição é o conhecimento e as crenças que a pessoa tem sobre o monitoramento e o controle do próprio pensamento (Wells, 2009). A história de vida ativa crenças prévias que influenciam a execução das atividades cognitivas — inclusive a preocupação.

Ψ **Crenças positivas** — as vantagens de se preocupar ou ruminar.

Ψ **Crenças negativas** — a falta de controle sobre os pensamentos, e o perigo deles.

A crença de **incontrolabilidade** merece atenção precoce: enquanto o paciente acreditar que não consegue parar, ele não tenta desengajar. Reestruturá-la cedo é o que abre espaço para todo o resto.

Desengajar, em vez de discutir o conteúdo

Para muitos pacientes, o movimento mais útil não é examinar o conteúdo do pensamento — é **sair dele**. Entram aqui recursos como o *grounding* e o redirecionamento atencional (que conversam diretamente com o encontro sobre processos atencionais), a reestruturação metacognitiva e a desfusão.

Intolerância à incerteza e resolução de problemas

A intolerância à incerteza é processo central na ansiedade: a busca por previsibilidade e controle, com a dúvida sendo tratada como sinônimo de perigo (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998; Carleton, 2016). Pacientes com alta intolerância recorrem a evitação e reassseguramento — e cada rodada disso **reduz ainda mais** a tolerância à incerteza ao longo do tempo.

Resolução de problemas, feita direito

- Ψ **Brainstorm com adiamento de julgamento** — gerar alternativas antes de avaliar qualquer uma.
- Ψ **Escolher a solução “não perfeita”** — porque nenhuma decisão elimina todas as incertezas, e esperar pela que elimina é a própria armadilha.
- Ψ **Definir marcadores e uma data de revisão** — a etapa que costuma ser esquecida, e a mais importante: é o que impede o paciente de voltar à decisão a cada dúvida e reabrir a checagem.

A DISTINÇÃO QUE DECIDE A CONDUTA

Resolver um problema envolve **encarar a incerteza** e conviver com ela até a data marcada. Preocupar-se cria um **senso de urgência de eliminá-la** — e faz o paciente voltar à decisão a cada dúvida nova. Duas atividades que se parecem por fora e funcionam ao contrário por dentro. O adiamento da preocupação é um recurso útil aqui.

Um exemplo de intervenção que virou o problema

Foi relatada uma experiência clínica com a “famosa balança cognitiva” — a lista de prós e contras. Com um paciente de alta intolerância à incerteza, ele passou a pedir para **refazer a balança a cada sessão**. O exercício tinha virado fonte de reassseguramento. Identificado que o processo central era a intolerância à incerteza, a conduta adequada passou a ser **manter a firmeza em não repetir o exercício**.

Vale o aprendizado geral: uma técnica bem escolhida para o conteúdo pode alimentar o processo. Quem decide se ela serve é a função que ela cumpre naquele caso.

Controle: supressão, distração, neutralização

As estratégias de controle são tentativas de controlar processos mentais e evitar pensamentos indesejados. Costumam vir acompanhadas da crença de que o pensamento é **perigoso ou incontrolável**, o que leva à evitação do assunto.

- Ψ **Distração** — o uso excessivo do celular como forma de não pensar em algo desconfortável é o exemplo cotidiano de evitação não terapêutica.
- Ψ **Supressão** — tentar não pensar. É o **exercício do urso branco** (Wegner et al., 1987): tentar não pensar no urso branco volta a atenção exatamente para ele. A tentativa falha, a falha se repete, e a

repetição ensina que aquele pensamento deve ser importante. Vale igualmente para sentimentos — tentar não sentir intensifica a atenção sobre o que se sente.

Ψ **Neutralização** — compensar um pensamento ruim com um pensamento bom. Comum no TOC (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997), mas não exclusivo dele.

O QUE NÃO FAZER EM SESSÃO

Na evitação cognitiva mais ampla, o paciente usa frases como “vai dar tudo certo” para **encerrar a conversa** e sair do tema. O terapeuta não deve reforçar essa estratégia — e concordar com a frase, ou mudar de assunto junto, é reforçá-la.

A exposição como remédio

O remédio para a evitação é a **exposição**, em duas formas. A **informal**: encorajar o paciente a explorar e entrar em contato com o assunto ali, na sessão, em vez de deixá-lo escapar — e os testes comportamentais. E a **formal**: sistemática, repetida e prolongada aos eventos cognitivos evitados, incluindo preocupações e imagens (Bennett-Levy et al., 2004).

O fecho da aula amarra tudo: reestruturação cognitiva e regulação emocional, sozinhas, não garantem mudança de longo prazo. O que sustenta o ganho é analisar o evento **pela função**, e não só pelo conteúdo.

Referências

1. Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.
2. Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9–16.
3. Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Orgs.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Guilford Press.
4. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43.
5. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.
6. Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
7. Ehling, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205.
8. Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Bertrand, I. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes [Why Worry-II]. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 53, 199–221.
9. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.

10. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495.
11. Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.
12. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
13. Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793–802.
14. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
15. Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5–13.
16. Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
17. Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91.

NOTA DE MÉTODO

Os exemplos clínicos citados em aula foram desidentificados. Corrigi artefatos de transcrição nos instrumentos: PWQ → **PSWQ** (Penn State Worry Questionnaire). O questionário citado como “I-Worry”, descrito como medida da função da preocupação, foi identificado como o **WW-II** (*Why Worry-II*) — cujas cinco crenças positivas correspondem exatamente ao descrito em aula; se a intenção era outro instrumento, a citação precisa ser trocada. As referências de preocupação, ruminação, metacognição, intolerância à incerteza, supressão e neutralização foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas em aula 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.

Antes de escolher a técnica, perguntei para que serve aquele pensamento — não só o que ele diz.

Distingui, no caso, se a estratégia é de engajamento (preocupação, ruminação) ou de controle (supressão, distração, neutralização).

Investiguei as crenças metacognitivas positivas — por que vale a pena, para ele, se preocupar ou ruminar.

Checei a crença de incontrolabilidade, e tratei dela cedo.

Na resolução de problemas, fechei com marcadores e data de revisão — e sustentei a data.

Não me preocupei nem ruminei junto com o paciente quando fui convidado.

Percebi se alguma técnica minha virou fonte de reassuramento — e parei de repeti-la.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

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

1. Explique conteúdo e função com um pensamento de um paciente seu. Que intervenção cada leitura sugeriria?

2. Qual a diferença entre estratégias de engajamento e de controle? Dê um exemplo clínico de cada.

3. Descreva o ciclo de reforçamento da preocupação, do disparador até a crença negativa.

4. Por que a supressão falha? O que a falha repetida ensina ao paciente?

5. O que separa resolver um problema de se preocupar com ele?

6. Alguma intervenção sua já virou reassseguramento? Como você perceberia isso a tempo?

7. Como você reagiria, em sessão, a um paciente que encerra o tema com “vai dar tudo certo”?

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. Explique conteúdo e função com um pensamento de um paciente seu. Que intervenção cada leitura sugeriria?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta distingue com clareza: **conteúdo** é o que o pensamento afirma; **função** é o que ele produz — adiar uma decisão, aliviar culpa, sustentar a sensação de responsabilidade. A leitura por conteúdo sugere reestruturação; a leitura por função sugere trabalhar o processo que o mantém. O erro comum é descrever a função repetindo o conteúdo com outras palavras.

2. Qual a diferença entre estratégias de engajamento e de controle? Dê um exemplo clínico de cada.

COMENTÁRIO

Engajamento é tentar analisar ou processar o pensamento — modo enfrentativo, “vamos resolver”: preocupação e ruminação. **Controle** é tentar reduzir, eliminar ou modificar o pensamento — modo esquivo, “como eu me afasto”: supressão, distração, neutralização. As duas se mantêm por reforçamento negativo; o que muda é a direção do movimento, não a função.

3. Descreva o ciclo de reforçamento da preocupação, do disparador até a crença negativa.

COMENTÁRIO

Um disparador ativa uma **crença metacognitiva positiva** (“preocupar-me é ser responsável”); o paciente engaja na preocupação; obtém **alívio de curto prazo**; o alívio reforça o processo. Com o tempo, a ansiedade retorna elevada e surgem **crenças negativas** — de que a preocupação é incontrolável ou perigosa —, e a pessoa passa a se preocupar com o fato de se preocupar.

4. Por que a supressão falha? O que a falha repetida ensina ao paciente?

COMENTÁRIO

Porque tentar não pensar exige monitorar se o pensamento apareceu, o que devolve a atenção exatamente a ele. A tentativa falha por desenho. E a falha repetida ensina algo pior que o fracasso: ensina que aquele pensamento deve ser **importante e perigoso**, já que resiste a todo esforço — o que aumenta a vigilância e realimenta o ciclo.

5. O que separa resolver um problema de se preocupar com ele?

COMENTÁRIO

Resolver envolve **encarar a incerteza**: gerar alternativas, escolher uma solução não perfeita e conviver com a dúvida até uma data de revisão. Preocupar-se cria **urgência de eliminar** a incerteza, e por isso faz o paciente voltar à decisão a cada dúvida nova. As duas atividades se parecem por fora; a presença ou ausência da data de revisão costuma ser o que as distingue na prática.

6. Alguma intervenção sua já virou reassuramento? Como você perceberia isso a tempo?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica o sinal: o paciente **pede a repetição** do exercício, traz a mesma dúvida reformulada, ou relata alívio imediato sem mudança de conduta entre sessões. E descreve o manejo — sustentar a firmeza em não repetir, e nomear o padrão com ele — em vez de simplesmente trocar de técnica.

7. Como você reagiria, em sessão, a um paciente que encerra o tema com “vai dar tudo certo”?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que concordar com a frase ou mudar de assunto junto **reforça a evitação**, e propõe manter o paciente em contato com o tema sem confrontá-lo — nomeando o que acabou de acontecer, perguntando o que aparece quando ele fica no assunto. Vale considerar também o que a frase protege, e não só o que ela evita.