

Metacognição e envelhecimento sob a luz do pensamento sistêmico: uma proposta de intervenção clínica

Metacognition and aging under the light of systemic thinking: a clinical intervention proposal

Mário Vinícius Canfield Grendene*; **Wilson Vieira Melo****

* Especialista em psicologia clínica, implantologia oral e odontologia legal, mestre em psicologia social e doutorando em gerontologia biomédica pela Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

** Psicólogo, mestre em psicologia clínica, doutorando em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor de psicologia na Faculdades Integradas da Taquara (FACCAT) e na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), professor e supervisor do curso de especialização do Centro de Psicoterapia Cognitivo-comportamental WP

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

Este artigo deseja contextualizar o impacto do pensamento sistêmico e da teia de complexidade do mundo contemporâneo perante a compreensão do envelhecimento e do fenômeno metacognitivo em suas intersecções, propondo uma intervenção clínica. Sendo a necessidade de um olhar multidimensional e poliepistêmico, o unificador da busca de uma solução que faça a mediação entre a cognição, o ciclo vital e a ratificação social. Com estes pressupostos, intervenções metacognitivas mostram-se de grande importância no enfrentamento dos colapsos ocasionados pelos automatismos, típicos da idade gerôntica, que são potencializados no ambiente da pós-modernidade. Este trabalho mostra a aplicação clínica de um método metacognitivo passo a passo com acompanhamento de todas as sessões terapêuticas. A avaliação de eficácia do tratamento é mensurada através de um instrumento específico, chamado: inventário de atividade metacognitiva. Sendo a proposta de uma intervenção clínica sua inovação. A intersecção entre pensamento sistêmico,

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2

envelhecimento e metacognição sintetizado em ação terapêutica, talvez dêem exclusividade a este estudo.

Palavras-chave: Pensamento sistêmico, Envelhecimento, Fenômeno metacognitivo, Intervenção clínica.

ABSTRACT

This article puts into evidence the impact of systemic thought and the web of complexity inside the contemporary world, up against the understanding of aging and the metacognition phenomenon in its intersection; proposing a clinical intervention. The link for a solution is a multidimensional and poliepistemic focus that makes a mediation between cognition, the vital cycle and social acceptance. From these ideas the metacognition intervention seems very important in facing the collapses caused by automatisms, a situation that is typical in old age, and which is potentialized in the contemporary world. This work shows the clinical application of a metacognition method step by step with an accompanying for all therapeutic sessions. The evaluation of the treatment's efficacy is measured through a specific instrument called: Metacognitive Activity Inventory. Our innovation is the proposal of a clinical intervention. The intersection between systemic thought, aging and metacognition, synthesized in therapeutic action, maybe gives this study exclusiveness.

Keywords: Systemic thought, Aging, Metacognition phenomenon, Clinical intervention.

Introdução

No mundo contemporâneo, um olhar multidimensional e poliepistêmico faz-se necessário para compreender o período gerôntico em suas peculiaridades. Por este viés, a concepção de envelhecimento precisa de um entendimento que abarque a complexidade (Morin, 2003) e a construção de um imaginário social (Durand, 1998) que dê conta de toda a gama de possibilidades de intersecções de saberes que perpassam este momento do ciclo vital. Se considerarmos pela lente sociológica pós-moderna, Zigmund Bauman (1997) enxerga o envelhecer como uma busca de direitos e liberdades de tal ordem que os terrenos da ética e cognição tornam-se inseguros. Para Michel Maffesoli (2007), num certo tribalismo, que representa esta comunidade gerôntica, opera-se um senso comum que necessita ser considerado ao vislumbrar-se essa população.

O apologista da complexidade, Edgar Morin, ao teorizar seus princípios utiliza entre seus axiomas o operador dialógico, que pressupõe aceitação de mais de uma epistemologia para mirar um mesmo fenômeno ainda que fossem lógicas divergentes. Portanto, ao aceitar a contradição ele assume a possibilidade de propor também uma visão cognitiva que propõe um outro enfoque, com uma exclusividade epistemológica no campo da representação mental. Este posicionamento é considerado um novo paradigma da ciência, sendo chamado

de pensamento sistêmico e tem a pretensão de dar conta das conexões e articulações do ambiente pós-moderno (Vasconcellos, 2006), auxiliando a reflexão sobre o envelhecimento (Albuquerque, 2003). Entretanto, para permitir um diálogo no caso entre metacognição, idade gerôntica à luz do pensamento sistêmico, faz-se necessário transitar sob vários saberes, isto é, necessita-se vislumbrar um sistema que se auto-organize de forma autopoietica, como afirma Maturana (1997).

Metacognição

A palavra metacognição foi cientificamente utilizada a partir dos trabalhos de John Flavell nos anos 70. Em estudos, essencialmente na área de memória, o cientista definiu-a como o conhecimento que o indivíduo tem sobre o seu próprio conhecimento. Em 1979, em artigo considerado clássico ele chama a metacognição de cognição das cognições, o que acaba gerando uma nova área de estudo na psicologia cognitiva (Flavell, 1979). Edgar Morin (1999), através de um outro olhar, vai chamar o mesmo fenômeno de "conhecimento do conhecimento".

Aprender um conteúdo e perceber como aconteceu a compreensão ou aperceber-se do não entendimento deste são exemplos do fenômeno metacognitivo. Embora a amplitude do processo metacognitivo seja dificilmente mensurável, a ciência cognitiva que estuda o processamento da informação, cada vez mais busca respostas para explicação deste fenômeno, que é familiar a todas as pessoas, mas que encerra em si uma complexidade que os modelos explicativos não conseguem satisfazer totalmente (Grendene, 2007).

Nas últimas décadas com o crescimento das pesquisas na área cognitiva, investigando a mente humana, desenvolveram-se várias teorias tentando explicar os processos cognitivos (Beck, 1997) envolvidos no processamento da informação (Pinker, 1998). Por outro lado, a ampliação dos conhecimentos em neurociência, especificamente em neuropsicologia provocou um crescente interesse na possibilidade explicativa neurofuncional dos processos mentais (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2006) incluindo a metacognição (Sternberg, 2000).

Para Yussen (1985), poderia ser feita uma categorização a fim de rastrear indicadores da metacognição nos diferentes paradigmas cognitivos. Sendo assim, existiriam basicamente quatro modelos metacognitivos, cada um partindo de um paradigma diferente. Um dos mais importantes modelos seria o que se origina na teoria do Processamento da Informação, no qual pesquisadores descrevem modelos de controle, envolvendo mecanismos de monitoramento e auto-regulação. Como consequência também são descritos modelos de treinamento em estratégias e generalização.

Entretanto, existem outros paradigmas, tais como o Cognitivo Estrutural, ao qual estaria ligado, por exemplo, o famoso psicólogo Jean Piaget. Neste segundo modelo estaria descrita a estrutura do conhecimento (Flavell, 1988), enfatizando-se as seqüências de mudança, criando-se modelos de relação entre estrutura do conhecimento metacognitivo e outros saberes. Já no paradigma Cognitivo-Comportamental, no qual Albert Bandura e Robert Rosenthal são importantes representantes, a metacognição estaria totalmente ligada ao repertório de eventos simbólicos que medeiam à aprendizagem. Descreve-se como a metacognição é modelada e, posteriormente, como este processo se relaciona com as mudanças de comportamento. Por fim, haveria o paradigma Psicométrico, no qual a

psicometria teria como objetivo a identificação de fatores metacognitivos obtidos através dos desempenhos em testes de avaliação e de mensuração (Yussen, 1985).

No entanto, para Brown (1997) as raízes da metacognição se encontrariam exclusivamente no paradigma do Processamento da Informação, especificamente na descrição das funções executivas do sistema cognitivo para a aprendizagem, através do desenvolvimento da auto-regulação, e na instrução, através do desenvolvimento da hetero-regulação.

Flavell (1987) diferenciou os tipos de conhecimento necessários na atividade metacognitiva. Destacou, por um lado, o conhecimento metacognitivo e a experiência metacognitiva e, por outro, os objetivos e as ações cognitivas. O primeiro diz respeito ao conhecimento adquirido pelo indivíduo com relação ao todo cognitivo – sua mente e suas características psicológicas – enquanto que a experiência metacognitiva refere-se à consciência das experiências cognitivas e afetivas que acompanham cada empreendimento cognitivo. Os objetivos cognitivos, por sua vez, referem-se às metas que cada empreendimento cognitivo pretende atingir enquanto que as ações cognitivas estão ligadas às realizações propriamente ditas para se alcançar tais metas (Flavell, 1987; Jou & Sperb, 2006).

Cabe destacar que várias áreas como: lingüística, ciências sociais, filosofia, psicologia, medicina, biologia e a neurociência procuraram pontos de convergências e lugares trans-disciplinares para investigar esse saber. Apesar de todas as novas possibilidades que a investigação científica proporcionou nestes últimos anos, o modelo teórico proposto por Flavell (1979) ainda é o mais utilizado nas pesquisas experimentais.

Como já foi dito anteriormente, a metacognição é o conhecimento, a consciência e o controle que a pessoa tem de seus processos cognitivos (Flavell, Miller & Miller, 1999). É claro que esta definição não dá conta de toda a complexidade desse fenômeno, mas ajudará a refletir e nortear o pensar na metacognição. Essa consistente teoria de base cognitiva forneceu ao conceito de metacognição um *status* tal, que passou-se a partir daí a ser chamada de “cognição das cognições”.

No entanto, após o trabalho seminal de Flavell (1979), o termo metacognição passou a ser utilizado com grande variabilidade, gerando confusão teórica. A incongruência encontrada nos diferentes sentidos e na própria epistemologia metacognitiva gerou a necessidade de proposição de uma tentativa de definição conceitual. Julgou-se, ainda, que dentre tantas propostas e confusões teóricas, seria de muita valia propor algo de novo a este estudo.

A partir da integração do trabalho original de John Flavell (1979) sobre metacognição com a teoria de processamento distribuído em paralelo, proposta por Jay McClelland e David Rumelhart na década de 1980 (Anderson, 2004), sugere-se que o fenômeno metacognitivo ocorra simultaneamente em todas suas ordens, na forma de hierarquias. A primeira hierarquia seria o conhecimento metacognitivo, a segunda hierarquia, o monitoramento e a terceira hierarquia, a regulação cognitiva (Grendene, 2007). Evidentemente, é o modelo de Flavell que está sendo tomado por base. Mas, a distribuição em hierarquias permite que a metacognição seja descrita não apenas como um processo, mas sim como um sistema metacognitivo (Maturana & Varela, 2005).

Cognição e Metacognição no Envelhecimento

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2

O comprometimento metacognitivo e cognitivo parece ser um fenômeno universal nos idosos. É usual afirmar-se, por exemplo, que os idosos têm cognição diminuída em relação a adultos jovens. O diagnóstico do comprometimento cognitivo é tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população gerôntica. Quadros leves de comprometimento são freqüentes havendo uma dificuldade em distinguir manifestações de doenças das modificações normais associadas ao processo de envelhecimento. A noção que há um declínio intelectual inevitável, associado ao avanço etário, é aceita baseada em diversos estudos (Petersen et al., 1999; Neri, 1997).

Na última versão do Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002) foi introduzido o conceito de Declínio Cognitivo Relacionado à Idade. Os critérios inventariados nesse manual, de forma inespecífica, misturam déficits cognitivos e metacognitivos sob o abrigo de uma mesma conceituação.

Por outro lado, no envelhecimento normal existe o aumento de um fenômeno, que é fundamental para sobrevivência do ser humano, mas que em quantidade demasiada, em regra, será gerador de colapso. Este fenômeno é chamado de "economia cognitiva". A economia cognitiva, também denominada de automatização ou "proceduralização" é o processo pelo qual uma pessoa repete um procedimento com tanta freqüência que este último deixa de ser altamente consciente e trabalhoso para ser automático e fácil (Sternberg, 2000).

No período gerôntico as demandas sócio-ambientais diminuem, sendo desnecessário um número muito grande de automatismos. A economia cognitiva nesse momento acaba gerando um déficit metacognitivo que invariavelmente dificulta a vida de relação e aproxima o indivíduo de um caos, que embora não se traduza em senilidade, produz uma senescência sem qualidade e com menor capacidade de interagir (Carneiro, 2006).

Hoje, muitos estudos com olhar para as patologias demenciais associadas à idade tentam com treinamentos cognitivos uma pretensa reabilitação desses quadros (Neri, 2001). De forma paradoxal, quando centram-se no processo de envelhecimento normal (senescência), os estudos mudam de foco, pois passam a trabalhar em níveis metacognitivo e cognitivo com objetivo de prevenção para processos senis (Freire, 2000).

Metacognição e suas possibilidades

Com relação à manipulação metacognitiva, pode-se afirmar que a terapia cognitiva por privilegiar intervenção em processos conscientes e por ter um escopo teórico que permite a transdisciplinaridade tem se mostrado mais eficaz na estimulação do desenvolvimento metacognitivo. Atualmente, técnicas de treinamento cognitivo como identificação de pensamentos automáticos tem utilização também em nível metacognitivo (Knapp, 2004). Estes registros têm logrado muito sucesso no tratamento psicoterápico cognitivo-comportamental.

No contexto clínico, o modelo metacognitivo de Wells (2003) considera as variáveis: crenças sobre preocupações, pensamentos intrusivos, funcionamento cognitivo positivo e negativo, confiança e autoconsciência cognitiva; como componentes metacognitivos. Destes quesitos pode-se dizer que a autoconsciência cognitiva é etimologicamente igual a metacognição e,

portanto, este modelo poderia ter validade no estudo da metacognição. O ponto fundamental gerador de discrepância teórica, é que para os autores a autoconsciência cognitiva significa reconhecer seus próprios esquemas disfuncionais.

Ao analisar a teoria do processamento cognitivo e a teoria da metacognição, geram-se dúvidas conceituais. Conseqüentemente, existe uma indução a compreensão que processos como a tomada de decisão ou a tarefa de resolução de problemas, confundam-se com a própria metacognição. E, ainda que as crenças disfuncionais, seguindo esta mesma linha de raciocínio, façam parte do processo metacognitivo. Portanto, proposta de Wells (1995; 1997) carece de consistência teórica suficiente para propor uma intervenção de escopo metacognitivo.

Já na educação, o desempenho é considerado como central na contextualização sobre o pensamento metacognitivo, como mostram os estudos de Boruchovitch (1999; 2001). É necessário compreender que os processamentos em nível cognitivo acontecem continuamente, mas se olharmos para a metacognição sem diferenciá-la em sua especificidade, não há como considerá-la como sendo um processo cognitivo básico. Posto que, ao considerar três hierarquias metacognitivas, está-se propondo a existência de diferentes instâncias desse processamento. A primeira hierarquia sendo a ancoragem básica das próprias cognições, a segunda, o monitoramento (dar-se conta) e a terceira, a regulação (emissão de modelo explicativo). Admite-se, portanto, que exista uma diferença qualitativa nessas hierarquias, mas sua ocorrência em nível de tempo seja de difícil discernimento, sendo a experiência metacognitiva um fenômeno que acontece em fração de segundos e é comum a toda a espécie humana (Grendene, 2007).

Exemplificando, pode-se dizer que em uma conversa rotineira utiliza-se a metacognição várias vezes. No caso de alguém perguntar sobre os benefícios da ginástica à saúde, a emissão de resposta passa em fração de segundos pelas cognições básicas, como por exemplo, a busca na memória dos conhecimentos sobre exercícios físicos, a fixação de atenção no proposto, a tomada de decisão de responder, a tentativa de resolução de problema compreensivo... Todos esses eventos acontecem no nível da primeira hierarquia.

O monitoramento, considerado a segunda hierarquia, ocorre simultaneamente quando há o surgimento mental do foco argumentativo, no caso sobre a ginástica. A construção mental de um modelo explicativo sobre os benefícios dos exercícios físicos acontece em nível de regulação, isto é, terceira hierarquia. A ação da verbalização e da argumentação a respeito dos exercícios é imediatamente posterior ao fenômeno metacognitivo. Portanto, em um diálogo, a experiência metacognitiva pode ser experimentada inúmeras vezes.

O antônimo deste processo é a ausência total de metacognição, que acontece nos automatismos, como por exemplo, no ato de digitar. Estas ações repetitivas pela grande capacidade cognitiva da espécie humana acabam se automatizando, proporcionando uma poupança em nível mental, pois isenta o indivíduo de um processamento consciente de informação, não sendo necessário a utilização da cadeia metacognitiva para realização destas tarefas.

Partindo desse pressuposto, entende-se que ao tentarmos trabalhar com o processo metacognitivo, estamos dissecando um processo básico em sua anatomia e não procurando outras características que não são pertinentes a sua conceituação. Portanto, nosso tratamento sempre estará focado na manipulação das três hierarquias metacognitivas em

sua simultaneidade, visto que ao flagrar atividade metacognitiva não se está analisando em que instância ocorreu, mas sim, a existência ou não desta. É importante ressaltar que a quebra dos funcionamentos automáticos, momentos de ausência de processamentos metacognitivos, são sempre objetivo de uma terapêutica metacognitiva.

Tratamento com foco na metacognição

O tratamento metacognitivo MMG (Método Metacognitivo Grendene) baseia-se no conceito fundamental de que os funcionamentos automáticos são momentos de ausência do fenômeno metacognitivo e, portanto, momentos sem pensar sobre os próprios pensamentos. Esta diminuição da atividade auto-reflexiva é conhecida como "economia cognitiva", que em muitos momentos, pode ser considerada positiva tal como, por exemplo, no ato de dirigir um automóvel. Porém, ela pode ter conseqüências funestas, quando, por uma fatalidade, um pai com automatismos em excesso esquece seu filho recém nascido dentro de um carro por horas porque quebrou uma rotina.

O MMG consiste em um programa de 12 semanas, onde em sessões de 50 minutos, após psico-educar o paciente ao reconhecimento de situações de funcionamento automático que possam ser-lhes danosas, passa-se a identificar o sentimento nesta situação, atitude tomada e as propostas de atitudes alternativas.

As sessões sempre são tabuladas em um instrumento chamado Registro de Pensamentos e Atitudes (RPA) e o número de situações elencadas podem ser variáveis, sendo fundamental que os registros mostrem momentos em que realmente ocorram automatismos que causem prejuízos a vida de relação deste paciente. Busca-se neste tipo de terapêutica utilizar a mesma lógica da automatização, porém com intuito inverso, isto é, transformar em rotina o exercício de auto-reflexão, gerando um alargamento da atividade metacognitiva.

Tabela A1 - Modelo do Registro de Pensamentos e Atitudes (RPA)

Situações	Pensamentos	Sentimentos	Atitude Tomada	Atitude Viável
<i>Sair para o trabalho no mesmo horário de sempre, porém ao domingo.</i>	<i>-“Não tenho controle sobre mim”. -“Estou fora do mundo”.</i>	<i>-Tristeza -Frustração</i>	<i>Voltar para casa. Sentir-se mal em relação a si mesmo.</i>	<i>Colocar calendário e lembrete no quarto.</i>
<i>Saindo do trabalho no mesmo horário de sempre.</i>	<i>“Tenho que passar na padaria comprar pão para o jantar”.</i>	<i>Alegria</i>	<i>Tomar o mesmo caminho de sempre e esquecer de passar na padaria.</i>	<i>-Anotar na agenda; -Mudar a rota para comprar pão; -Passar na padaria.</i>

Nesta tabela é anotado o mapa dos automatismos do paciente. Primeiramente, no primeiro exemplo listado na tabela, observa-se uma situação relatada por ele: - “Fui trabalhar como de costume, às oito horas da manhã e estranhei o pouco movimento. Ao chegar à empresa fui barrado pelo segurança que disse que não havia expediente, pois era domingo”. De acordo com o paciente, o pensamento que lhe ocorreu no momento foi: - “Não tenho controle sobre mim” ou ainda “Estou fora do mundo”. O sentimento relatado nessa situação foi de tristeza e frustração. Atitude tomada por ele foi voltar para casa indignado com a sua falta de “controle”. Atitude pensada como possível alternativa para esse automatismo foi colocar um calendário no quarto e colocar um lembrete no espelho perguntando: - “Que dia é hoje”?

Estes automatismos podem ocorrer em frações de segundos como em uma situação de não responder a uma pergunta, pois o indivíduo está digitando concentradamente um trabalho no seu computador ou ainda teclando em um “chat” de relacionamentos. Contudo, tais automatismos podem ocorrer em um tempo maior, como no caso tomar um rumo errado ao dirigir um automóvel por estar acostumado a trafegar em determinado trajeto e esquecer de passar na padaria para comprar o pão.

É importante ressaltar que o objetivo deste tratamento é atuar nos níveis do processamento metacognitivo, monitoramento e regulação cognitiva, então Esquemas Iniciais Desadaptativos (Young, 2003) e Crenças Disfuncionais (Beck, 1997) em nenhum momento serão acessados, ou sequer considerados. Acredita-se que o uso da lógica metacognitiva

nesta terapia viabilize a possibilidade de tratamento de indivíduos com déficits sociais ou ocupacionais importantes, porém, sem a configuração de sinais e sintomas patológicos. Portanto, o foco deste olhar é a ação terapêutica e não um suposto modelo psicopatológico explicativo. A avaliação diagnóstica, que é um importante passo do tratamento dentro do enfoque cognitivo-comportamental, tanto atóxico descritivo - DSM-IV-TR ou CID-10, como o teórico no diagrama de conceitualização cognitiva, por exemplo, não é imprescindível nessa terapêutica.

Uma vez que ela é utilizada em demandas específicas, onde o cliente reconhece seu prejuízo em nível social ou ocupacional advindo de comportamentos automáticos e procura ajuda para diminuí-lo ou até mesmo saná-los. Assim, muitos dos sintomas que observamos em diversas psicopatologias podem ser observados na população em geral, variando apenas na intensidade e na frequência com que eles são manifestados.

Colapsos Metacognitivos e Gerontologia

O processo gerôntico, idade a partir de 60 anos na conceitualização da Organização Mundial de Saúde (OMS), caracteriza-se por vários ritos, tais como: aposentadoria, morte de contemporâneos, marcas físicas, impossibilidades orgânicas, decréscimo de capacidade cognitiva e aportes psicossociais (Mungas, Reed & Kramer, 2003). Nesse momento, a capacidade metacognitiva é requerida em larga escala. Os indivíduos mais desenvolvidos em nível de metacognição transitarão com mais facilidade e com qualidade de vida neste período (Kray, Eber & Lindenberger, 2004).

O desenvolvimento metacognitivo como uma tecnologia da saúde poderá ser o diferencial entre um adulto gerôntico que atende as suas demandas sociais com naturalidade e qualidade de vida e outro, que de forma contrária, apenas reside no planeta à espera do término de sua existência, como um organismo vegetante ou, totalmente desadaptado, como na mesma direção pontuam Yang, Krampe e Baltes (2006). Propõe-se, então uma metodologia específica de estímulo ao desenvolvimento metacognitivo.

Tratamento no Método Metacognitivo Grendene (MMG)

Este método divide-se em três fases: I - anamnese e identificação; II - busca de estratégias eficazes e; III - desenvolvimento metacognitivo e verificação final. Cada uma destas etapas é composta de quatro sessões de 50 minutos com frequência semanal, sendo que o programa todo tem duração de três meses.

A primeira fase inicia com um estabelecimento de relação terapêutica, como em qualquer tratamento, onde é realizada uma anamnese ampla, é feita a explicação do que consistem os automatismos, do que é metacognição e da aplicação do Inventário de Atividade Metacognitiva (IAM).

Este é um instrumento psicométrico, criado e validado na dissertação de mestrado: "Metacognição: Uma teoria em busca de validação" (Grendene, 2007), centrado na análise

da existência ou não de atividade metacognitiva em algumas situações, nas quais esta demanda apresenta-se de forma clara. Este olhar processual possibilita quantificar a atividade metacognitiva, sendo que os automatismos são antagonistas da atividade metacognitiva nas alternativas de resposta. O instrumento servirá como elemento norteador em relação ao nível de automatização do cliente do ponto de vista cognitivo. As conseqüências oriundas deste funcionamento são avaliadas e a psico-educação é implementada. Nesse sentido, o uso do RPA, a partir do segundo encontro, é dado como tarefa de casa.

A segunda etapa inicia na quinta consulta quando o foco passa a ser as estratégias de enfrentamento dos automatismos e os ensaios comportamentais são insistentemente dramatizados através do uso da técnica de *role play* (Caballo, 1996).

A terceira e última fase começa na nona sessão quando o cliente já naturalizou a busca pela quebra do funcionamento automático e o estímulo e desenvolvimento da metacognição. O processo metacognitivo é repetidamente analisado com exemplos explicativos, de forma a propiciar ao cliente que force que em suas situações de uso abusivo da economia cognitiva pense em seu próprio pensamento.

No décimo segundo e último encontro, uma nova aplicação do IAM é realizada e, então, compara-se seu resultado àquele obtido com a primeira avaliação. Analisa-se e juntamente com o cliente encerra-se o processo terapêutico. Se necessário, programa-se mais um mês de tratamento com outras quatro sessões.

Tabela A2 - Parte do Inventário de Atividade Metacognitiva (IAM)

IAM	
Escolaridade: _____ Idade: ____ Sexo: ____	
Anos de escolaridade: _____	
Instruções:	
Este instrumento é composto de onze questões. Cada questão pode ser respondida de forma múltipla, sendo permitido marcar no máximo três alternativas por questão. Não é obrigatório marcar três respostas por questão, sendo aceitas, a marcação de duas ou uma alternativa. O entendimento do perguntado faz parte do inventário. As questões não respondidas terão pontuação zerada. O instrumento que tiver mais de três perguntas não respondidas será desconsiderado.	
Inventário de Atividade Metacognitiva	
1) Quando assisto a uma palestra, os conhecimentos prévios que tenho a respeito de algo:	
a) não me ajudam a fazer relações.	
b) me auxiliam a pensar, lembrar e prestar atenção sobre eles.	
c) são conhecimentos importantes não integráveis.	
d) me ajudam a utilizar melhores estratégias.	
e) me permitem refletir melhor sobre o assunto.	
f) apenas utilizo esses conhecimentos, sem levar em conta outras questões.	
2) Se tenho dificuldades de prestar atenção, recordar ou pensar:	
a) não faço nada de especial.	
b) penso que não tenho habilidade para isso.	
c) nada posso fazer para mudar isto.	
d) busco a causa nas circunstâncias externas.	
e) dedico um esforço maior nessas atividades.	
f) me parece natural.	
3) Para manter-me atento e concentrado em uma atividade desinteressante:	
a) faço de forma automática.	
b) me esforço para sentir-me realmente interessado na atividade.	
c) não consigo.	
d) só me interessa se preciso conseguir algo através disso.	
e) me aborreço e logo me canso.	
f) faço isso sem me perguntar por que.	

Caso Clínico

Clauss (nome fictício, cliente autorizou publicação do caso clínico) tem 64 anos, casado, um filho, que também é casado e é militar fora do estado. Trabalhou durante trinta e quatro anos em função pública. Em sua profissão trabalhou fiscalizando tributos para receita

estadual. Tinha uma rotina bastante atribulada, posto que nos últimos cinco anos de trabalho, antes da aposentadoria, exerceu cargos de chefia com grandes responsabilidades. Sempre foi considerado um profissional competente e responsável, tanto que nunca foi envolvido em incidentes com colegas, superiores e subalternos. Aposentou-se faz três anos. A partir da ausência de trabalho recolheu-se a uma rotina mais caseira. Esse evento foi o marco do princípio de suas dificuldades.

O que em princípio seria um conforto, agora era considerado por Clauss uma grande dificuldade e empecilho para a continuidade de sua vida normal. Sua esposa levou-o a tratamento, pois dizia não agüentar o marido desde o dia que se aposentou. O que, inicialmente, parecia uma querela sistêmica, mostrou-se de outra forma após a primeira entrevista com Clauss. Ele relatou que, embora, não reconhecesse grande problema, percebia que em sua rotina havia muitos funcionamentos automáticos e não pensava para fazê-los. Quando inquirido sobre qual seria o automatismo que lhe causava mais problemas, respondeu que era sem dúvida a manipulação do controle remoto de sua televisão por assinatura.

O paciente procurou tratamento psicológico por julgar que tinha “alguma coisa”, posto que seus familiares em todos os graus denunciaram uma estereotipia em sua forma de relacionamento com a TV por assinatura. Perguntado sobre como acontecia, relatou que já por volta das 8 horas da manhã tomava o controle remoto e começava a zapear. Sua rotina era acompanhar todos os noticiários do mundo disponíveis e fazia isto trocando de canais ininterruptamente. Disse, ainda, que acontecia de maneira tão automática, tão sem pensar que, às vezes, quando dava-se conta, estava ouvindo a notícia em canal que não entendia a língua. Este tipo de procedimento estava o afastando da esposa, pois não conseguia deixar de trocar de canal nem nos horários de novelas. Relatou, ainda, que tinha grande dificuldade de pensar sobre o que estava pensando e que achava que fazia muita coisa no piloto-automático.

O atendimento começou com uma anamnese ampla e estabelecimento de um diálogo com Clauss mostrando que, embora aquele funcionamento não se tratasse de uma psicopatologia descrita em literatura psiquiátrica, suas dificuldades mereciam uma atenção especial, pois estavam dificultando sua vida relacional com sua esposa.

Após o estabelecimento de vínculo inicial que garantisse adesão terapêutica, passou-se a psicoeducação. Neste caso foram apresentados o conceito de economia cognitiva e o conseqüente funcionamento automático usando como exemplo sua habilidade de *expertise* em conduzir veículo de passeio da família. Em contra ponto, falou-se da metacognição explicando de forma simplificada que era uma cognição que todos tínhamos uns mais, outros menos, de pensar sobre os nossos pensamentos.

Clauss assentiu respondendo que entendera o proposto. Nesta primeira sessão não foi apresentado o Registro de Pensamentos e Atitudes (RPA) e nem aplicado o Inventário de Atividade Metacognitiva (IAM). Preferiu-se sedimentar a psicoeducação pedindo que ele trouxesse como tarefa de casa por escrito situações onde julgasse aparecer automatismos.

No segundo encontro, ele mostrou-se com bom aprendizado, posto que identificou duas práticas de funcionamento automático em seu cotidiano. O primeiro reconheceu que ocorria quando, de forma simultânea, conversava com sua esposa e trocava de canais através do controle remoto do televisor à procura de algum programa de notícias. A segunda, quando

ouvira em rádio AM a transmissão de futebol e, ao mesmo tempo, assistia pela televisão, simultaneamente, vários jogos, que era seu lazer. Ao localizar com correção os funcionamentos automáticos, reiteramos a conceituação inversa que abriga a metacognição.

Passou-se, então, a explicar que a economia cognitiva havia lhe beneficiado por anos no exercício profissional. A automatização do ato de trabalhar fazia com que ele realizasse uma infinidade de tarefas sem pensar nelas, por exemplo, em sua atividade o uso do computador era fundamental, mas se precisasse olhar para as teclas quando digitasse seria bem mais lento e menos produtivo, a automatização da digitação foi fundamental para seu desempenho. Hoje pelo processo reverso, era um entrave à nova aprendizagem da não automatização do uso do controle remoto, pois passava por uma necessidade de desprogramação mental da antiga. Instruiu-se, de forma subseqüente, sobre a importância de, nesse momento, estimular o desenvolvimento metacognitivo, por ser este uma forma de esforço contrário ao automatismo em nível de processamento da informação.

Aplicou-se o IAM, onde ele alcançou um escore de 13 pontos, configurando um nível médio inferior de atividade metacognitiva como resultado. Apresentou-se novamente a metacognição e seu potencial de auto-reflexão, justificando-se que nesse caso ajudaria muito tornar todas as atitudes automáticas que significam ausência de pensamento em situações onde se pense sobre o próprio pensamento. Dessa forma, isso auxiliaria muito a quebrar a lógica na qual ocorria o processamento cognitivo de Claus.

Orientou-se sobre o uso do RPA, que se constituiu na tarefa de casa. Sendo ainda conteúdo do terceiro e quarto encontro, onde foi trabalhada a naturalização do uso da metacognição em todas as rotinas para que se exercitasse o uso do monitoramento e da regulação cognitiva, resultando sempre em atitudes alternativas ou modelos explicativos.

Na quinta sessão, o cliente mostrou-se receptivo à criação própria de estratégias de enfrentamento de seus automatismos. Claus falou que identificou como o seu automatismo mais comum e repetitivo, sua relação com o controle remoto do televisor. Portanto, o hábito de assistir televisão com sua esposa era anterior a sua aposentadoria, mas a intensificação do funcionamento colapsado de automatismo ocorreu justamente quando foram diminuídas as demandas sociais.

Seu exercício metacognitivo constituiu-se no retirar as baterias dos controles remotos dos aparelhos eletrônicos de sua casa. Afirmou que, embora possuísse apenas dois televisores, retirar as pilhas dos controles do DVD e do aparelho de som ajudaram a desprogramar o uso destes eletrodomésticos. Esta estratégia forçou-o a pensar quando queria mudar de canal, posto que precisaria levantar-se para fazê-lo.

Nas sessões seguintes, Claus começou a relatar que a mudança em algumas rotinas automatizadas transformou sua maneira de proceder. Sendo que sem perceber exatamente quando, notou o aumento do domínio sobre o zapear dos controles remotos de seus televisores.

Do nono encontro até o décimo segundo, passou-se a implementar formas de transformar este pensar sobre o pensamento e o aprender sobre como ele aprendia em modos normativos de funcionamento. Claus pareceu aumentar o domínio de suas cognições e comportamentos com uma boa habilidade metacognitiva. Do mesmo modo, uma

considerável diminuição de funcionamentos automáticos danosos a sua vida de relação tanto no campo conjugal quanto no social.

Seu desempenho nas suas relações interpessoais já estava "normalizado", fato este que havia sido ratificado pela aplicação do IAM, no qual totalizou 21 pontos com escore apontando para um nível de atividade metacognitiva média superior. Pressupõe-se que essa evolução seja resultado direto da utilização desta metodologia de treinamento.

Considerações finais

Contudo, é importante ressaltar que a tentativa de criar uma ligação entre crenças, pensamentos intrusivos ou uma psicopatologia a esses comportamentos automáticos podem propiciar uma confusão danosa para este tratamento, pois seria criado um manual explicativo para um automatismo, gerando uma relação de causa e efeito para um funcionamento automático, que significa criar artificialmente um fenômeno metacognitivo onde ele não existe.

A intervenção metacognitiva pressupõe um olhar complexo (Morin, 2000) para um determinado evento. Sendo assim, embora existam várias possibilidades de entendimento para um comportamento na abordagem metacognitiva elege-se o viés processual cognitivo básico como principal, focando o relacionamento terapêutico na estratégia operativa e não considerando outras variáveis, que embora importantes, não são objetos desta metodologia terapêutica. Mas é fundamental ressaltar que, a estratégia metacognitiva não exclui de forma nenhuma, segundo este olhar, outro axioma teórico explicativo em psicologia, mas sim, propõe que este seja contemplado em outro momento.

Algumas vertentes teóricas em psicologia trabalham eminentemente com o processo de significação e, portanto, estes automatismos seriam respostas a algo de fundo psíquico. Sem desconsiderar estes entendimentos, acredita-se que a relação existente entre funcionamento automático e o processo mental resida na velocidade do processamento da informação, isto é, a economia cognitiva tão importante em nossas demandas sociais contemporâneas para permitir convivência com a rapidez e fluidez (Bauman, 1997) do atual momento de pós-modernidade. Paradoxalmente, os excessos de automatismos, em geral, provocam colapsos cognitivos em nível processual, gerando estereotípias comportamentais, às vezes, até incapacitantes.

Por ser um estudo relativamente novo, a metacognição não conseguiu satisfazer alguns parâmetros científicos que conferem confiabilidade a uma teoria até os dias de hoje. Tais parâmetros constituem-se de parcimônia, precisão, testabilidade e a habilidade para se ajustar aos dados (Kantowitz, Roediger III & Elmes, 2006). O cabedal de outros axiomas teóricos que se associaram a este conhecimento causaram mais confusão do que uma síntese teórica que pudesse resultar em um paradigma científico novo.

Todavia, um treinamento ou tratamento que respeite uma lógica metacognitiva, embora respeite toda base epistemológica cognitiva, necessita desconsiderar parâmetros importantes da terapêutica cognitiva tradicional. Dessa forma, é fundamental a negação dos paradigmas dos sinais e dos sintomas, em detrimento de um foco de primazia ao antagonismo entre economia cognitiva e metacognição.

Ao pressupor que este viés sobre a teoria cognitiva é ímpar, a presente proposta visa contribuir com um modelo de tratamento para a investigação científica da atividade metacognitiva a partir de um modelo conceitual mínimo. Assim, o MMG mostrou-se útil e válido na terapêutica da quebra dos automatismos gerados pelos processos de economia cognitiva. Tais processos são necessários em uma época em que as mudanças ocorrem com muita velocidade e cada vez mais uma grande quantidade de informações precisa ser processada.

Todo este objetivismo cognitivo ao utilizar-se do pensamento sistêmico permite que o olhar que abrange o envelhecer tenha um relativismo, que possibilite tecer uma rede que admite tensões e diferenças, mas que não suporte distensões e rupturas (Morin, 2003).

A intersecção do enfoque gerontológico, com o imaginário social, a subjetividade e a objetividade cognitiva confere a esta concepção de envelhecimento que se propõe uma teia de complexidade que permite que sobre qualquer aresta deste prisma se vislumbre estes fenômenos de formas diversas e inclusivas.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, S. M. R. L. (2003). *Qualidade de vida do idoso*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4 ed. texto revisado). Washington, DC: APA.
- Anderson, J. R. (2004). *Psicologia cognitiva e suas implicações experimentais*. São Paulo: LTC.
- Bauman, Z. (1997). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boruchovitch, E. (1999). As estratégias de aprendizagem e o desempenho escolar de crianças brasileiras: considerações para a prática educacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 316-376.
- Boruchovitch, E. (2001). Algumas estratégias de compreensão em leitura de alunos do ensino fundamental. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5(1), 19-25.
- Brown, A. (1997). Transforming schools into communities of thinking and learning about serious matters. *American Psychologist*, 52(4), 399-413.
- Caballo, V. (1996). *Manual de técnicas e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.
- Carneiro, R. S. (2006). Relação entre habilidades sociais e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (1), 45-54.

- Durand, G. (1998). *O imaginário: ensaio acerca das ciências e da filosofia da imagem*. Rio de Janeiro: Difel.
- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Flavell, J. (1987). Speculations about the Nature and Development of Metacognition. Em: F. Weinert & R. Kluwe (Orgs.). *Metacognition, Motivation, and Understanding* (pp. 21-29). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Flavell, J. (1988). *A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget*. São Paulo: Pioneira.
- Flavell, J.; Miller, P. H. & Miller, S. A. (1999). *Desenvolvimento cognitivo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em: A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.). *E por falar em boa velhice* (pp. 125-135). Campinas: Papirus.
- Gazzaniga, M. S.; Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (2006). *Neurociência Cognitiva: A biologia da mente*. Porto Alegre: Artmed.
- Grendene, M. V. C. (2007). *Metacognição: uma teoria em busca de validação*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Jou, G. I. & Sperb, T. M. (2006). A metacognição como estratégia reguladora da aprendizagem. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19 (2), 177-185.
- Knapp, P. (Org.). (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kantowitz, B. H.; Roediger III, H. L. & Elmes, D. G. (2006). *Psicologia experimental: psicologia para compreender a pesquisa em psicologia*. São Paulo: Thomson.
- Kray, J.; Eber, J. & Lindenberger, U. (2004). Age differences in executive functioning across the lifespan: The role of verbalization in task preparation. *Acta Psychologica* 115,143-165.
- Maffesoli, M. (2007). *O conhecimento comum*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Maturana, H. R. (1997). *Ontologia da realidade*. Belo Horizonte. Editora da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena.
- Morin, E. (1999). *O Método III*. Lisboa: Europa-América.
- Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à Educação do Futuro*. São Paulo: Cortez.

- Morin, E. (2003). *A cabeça bem feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Mungas, D.; Reed, B. R. & Kramer, J. H. (2003). Psychometrically matched measures of global cognition, memory, and executive function for assessment of cognitive decline in older person. *Neuropsychology*, 17(3), 380-392.
- Neri, A. L. (1997). Qualidade de vida na velhice. Em: M. Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e cognição. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.34-40). Campinas: Arbytes.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em: A. L. Neri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento* (pp.161-200). Campinas. Papyrus.
- Petersen, R. C.; Smith, G. E.; Waring, S. C.; Ivnik, R. J.; Tangalos, E. G. & kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment. Clinical Characterization and Outcome. *Arch Neurol*, 56, 303-308.
- Pinker, S. (1998). *Como a mente funciona* (trad. Laura Teixeira). São Paulo: Companhia das Letras, ed. 2.
- Sternberg, R. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasconcellos, M. J. E. (2006). *Pensamento Sistêmico*. Campinas: Papyrus.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2003). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 105-108.
- Yang, L.; Krampe, R.T. & Baltes, P. B. (2006). Basic forms of cognitive plasticity extended into the oldest-old: Retest learning, age, and cognitive functioning. *Psychology and Aging*, 21 (2), 372-378.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.
- Yussen, S. (1985). *The growth of reflection in children*. Orlando, FL: Academic Press.

 [Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Mário Vinícius Canfield Grendene.

Rua Coronel Vicente 465, 1201. Bairro Centro. Porto Alegre-RS. CEP: 90030041.
Telefone: (51)84481722. E-mail: canfieldgrendene@yahoo.com.br

Recebido em: 10/01/2008
Aceito em:12/05/2008