

DISSONÂNCIA COGNITIVA EM FUMADORES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA: UMA EMERGÊNCIA EM ONCOLOGIA

Esmeralda Barreira

merbarreira@gmail.com

Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Clínica do Pulmão – Instituto Português de Oncologia-Porto

Fumar é o comportamento de risco para a saúde que persiste como sendo a principal e evitável causa de doença e morte prematura. No doente oncológico o conhecimento dos malefícios do tabaco e o facto de manterem hábito de fumar origina por vezes uma discordância de atitudes, que pode bem ser o reflexo de uma dissonância cognitiva. O Counselling, como arte de ajudar os outros a ajudarem-se a si próprios, pode ser desenvolvido para ajudar a pessoa a explorar as potencialidades e dificuldades para abandonar o hábito de fumar, orientando para uma visão positiva das capacidades da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: counselling; cessação tabágica; dissonância cognitiva.

ABSTRACT: Smoking is the health risk behavior that persists as the major avoidable cause of disease and premature death. For the oncologic patient, knowledge of the smoking risks and the persistence of smoking habits originate a dissenting attitude that could reflect a cognitive dissonance. Counseling as an instrument to help others helping themselves can be developed to help people explore the potentialities and difficulties of smoking cessation, guiding them towards a positive view of the individual capabilities.

KEYWORDS: counseling; smoking cessation; cognitive dissonance.

Introdução

Actualmente relaciona-se o tabaco com enfartes do miocárdio, arteriosclerose, trombose, cancro (80% de cancro do pulmão) e doenças pulmonares obstrutivas.

O conhecimento dos efeitos nefastos do tabaco levou muitas organizações a desenvolverem campanhas antitabágicas. Também as instituições de saúde têm organizado sessões de formação sobre tabagismo, de forma a sensibilizar profissionais e utentes. Em alguns casos de doentes oncológicos fumadores, parece haver evidência que a mensagem relativa às consequências do tabaco, para o indivíduo, tem sido interiorizada. O conhecimento sobre as consequências do fumar e o facto de manterem este hábito origina por vezes uma discordância de atitudes, que pode bem ser o reflexo de

uma dissonância cognitiva. Esta incongruência, aliada à dependência da nicotina, leva-os à procura de uma consulta de cessação tabágica, com o intuito de abandonar o hábito. O Counselling, como arte de ajudar os outros a ajudarem-se a si próprios, pode ser desenvolvido ao longo de todo o ciclo de vida adulta, quando a pessoa está vulnerável e/ou em sofrimento, a necessitar de ajuda psicológica. Ajudar a modificar comportamentos é um dos objectivos do aconselhamento. A pessoa pode ser ajudada em situações de crise, de luto, de doença, de integração, problemas de relacionamento, entre outros.

No presente caso foi utilizada esta metodologia em meio hospitalar, na consulta de cessação tabágica.

1. Dissonância Cognitiva

Todo o indivíduo tende a justificar os seus comportamentos e isto provoca uma associação entre acção e atitude. O mesmo se passa com os fumadores. Quando alguém toma consciência que as suas atitudes, pensamentos e crenças são inconsistentes entre si incorre num incomportável estado de tensão, que Festinger (1957, citado por Lima, 2002) chama de dissonância cognitiva. O fumador que acredita que o fumar provoca várias patologias mas continua a fumar, sente desconforto com a inconsistência psicológica em que vive.

A dissonância cognitiva geralmente segue-se a um conflito percebido entre comportamento e atitude ou entre dois comportamentos.

Festinger, explica os dois conceitos desta teoria:

1. Cognição que compreende os pensamentos, atitudes e crenças dos indivíduos, bem como os seus comportamentos, desde que conscientes, isto é desde que tenham uma representação cognitiva.

2. Dissonância, ou seja, a existência simultânea de cognições que não se ajustam entre si, implicando uma cognição, o contrário da outra.

O princípio da teoria da dissonância cognitiva tem uma base motivacional que decorre do facto de um estado de dissonância cognitiva ser psicologicamente desagradável. É então originada uma motivação ou activação do organismo de forma a reduzir ou eliminar a dissonância. As pessoas tendem a racionalizar ou a distorcer a realidade procurando argumentos do tipo, há pessoas que fumam e não têm cancro para aliviar ou eliminar a dissonância. A intensidade desta activação está relacionada com a própria dissonância. A magnitude da dissonância depende da importância pessoal dos elementos presentes, e da proporção de elementos cognitivos dissonantes em relação aos consonantes. Estes factores devem ser considerados em conjunto.

Nem sempre a discordância entre atitudes e comportamento produz dissonância cognitiva. Para que as acções produzam dissonância e para que esta produza mudanças de atitude é necessário que (Cooper e Fazio, 1984; Petty e Wegener, 1998 citados por Smith, 2000):

1. Os indivíduos percebam a acção como inconsistente.
2. O indivíduo deve ter responsabilidade pessoal na acção.
3. Os indivíduos devem experimentar incómodo associado ao aparecimento de manifestações fisiológicas.
4. Os indivíduos devem atribuir o desconforto ao comportamento.

Para que exista dissonância é necessário que as cognições sejam importantes e que a pessoa seja responsável pelas situações que causam dissonância. Não é a incoerência entre cognições do ponto de vista racional que motiva a mudança de atitude mas sim o mal-estar psicológico que é vivido como tensão. Busca-se então a consistência cognitiva para recuperar o bem-estar.

Da mesma opinião é Totman (1987, citado por Ogden, 1999) ao referir que os indivíduos passam por dois tipos de processos na dissonância: precisam de justificar o seu comportamento e precisam de se considerar racionais e com controlo. Se estes dois factores não estão em concordância, o indivíduo experimenta um alto estado de dissonância.

Para reduzir a dissonância, uma vez que não se pode mudar a *posteriori* o comportamento já realizado, muda-se habitualmente a atitude. Esta mudança é feita pelo indivíduo através da racionalização do comportamento de forma a auto-justificar-se para manter a auto-estima (Lopez-Sáez, 2001). De modo geral a redução da dissonância faz-se com a diminuição do número ou da importância dos argumentos dissonantes e com o aumento do número ou da importância dos argumentos consonantes (Festinger, 1957 citado por Lima, 2002; Zimbardo e Leippe 1991, citados por Lopez-Sáez, 2001). Assim, a redução da dissonância pode ser obtida dando importância à decisão tomada, incrementando uma atitude positiva face à alternativa escolhida desvalorizando a rejeitada. Também se pode reduzir a dissonância pensando que as consequências de escolher uma ou outra alternativa seriam as mesmas (Lopez-Sáez, 2001).

Festinger exemplifica as alternativas para a redução da dissonância cognitiva pela mudança das atitudes, com duas cognições psicologicamente inconsistentes: fumar e saber que o fumar provoca cancro. Para eliminar esta perturbação bastaria deixar de fumar, no entanto não é a única solução, já que se pode:

1. Invocar a idade avançada de alguns fumadores que se mantêm saudáveis.
2. Mudar para cigarros menos nocivos.
3. Invocar que se prefere morrer nonagenário e alegre do que centenário e aborrecido.
4. Justificar a relação entre fumar e cancro como devida a uma variável fisiológica que só atinge os outros.

Recentemente tem-se verificado que nem sempre a dissonância resulta em mudança do comportamento ou de atitude. Com efeito, para Smith e Mackie (2000), existem vários processos alternativos, numa sequência de passos sucessivos que tanto podem levar à mudança de atitude como bloquear o aparecimento da dissonância, ou reduzi-la por um processo de auto-afirmação.

Estes passos envolvem: minimização da inconsistência, negação da responsabilidade pessoal, “adormecimento” do problema e atribuição do despertar do problema a outras causas, e a auto-afirmação. De todas estas alternativas sobre o consumo do tabaco é escolhida a que reduz a dissonância de forma mais fácil e eficaz.

A auto-afirmação pode ser conseguida com recurso a argumentos pessoais, ou utilizando a interacção com outras pessoas. Assim, o indivíduo encontra apoio em pessoas que pensam da mesma forma ou tenta convencer os outros daquilo que deseja crer. Estes mecanismos proporcionam nova informação e novos argumentos coincidentes com a sua atitude (Lopez-Sáez, 2001).

Uma grande parte dos fumadores pretendem abandonar o consumo do tabaco, muitos já tentaram abandonar o hábito, mais do que uma vez. Existe pois um grupo dissonante que não está satisfeito com o seu vício mas mantém o consumo do tabaco, tentando sempre justificar o seu comportamento.

No caso dos doentes fumadores com patologia oncológica, e que têm consciência dos malefícios do

tabaco, qualquer que seja a solução escolhida para justificar o seu comportamento, estes apresentam com frequência dissonância cognitiva. Para reduzir este efeito, o profissional de saúde pode acompanhar o doente, utilizando as técnicas de Counselling.

2. Counselling: Uma Proposta De Intervenção

Counselling

O Counselling surgiu como reacção às terapias Americanas dominantes nos anos 30 do sec. XX, o intelectualismo que visava o diagnóstico e os conselhos modelo, e o psicanalítico com técnicas de interpretação.

Com base no pensamento de Rogers (1983), este processo terapêutico assimilou os princípios humanistas. Para Rogers a pessoa tem um impulso interior que promove a sua auto-realização, é só necessário retirar os obstáculos que favorecem o processo de desenvolvimento. Este processo baseia-se numa relação de ajuda, em que a experiencia humana é privilegiada e facilita o crescimento das capacidades “sequestradas” da pessoa em crise. É assim necessária uma visão positiva das capacidades da pessoa para enfrentar positivamente os conflitos.

O ajudante é um veículo para ajudar a pessoa em crise a encontrar o seu próprio caminho. Este tem de conhecer a dinâmica da pessoa, descobrir quais as suas dificuldades, o seu sofrimento e os seus sentimentos, para examinar e compreender as suas vivencias e potencialidades e assim ajudar a procurar caminhos. A pessoa que ajuda, segundo Okun (2001), ao estabelecer relações interpessoais de qualidade na sua vida pessoal, poderá aplicar as suas competências nas relações de ajuda que estabelece e, ao mesmo tempo, pode ensinar outros a melhorar as suas competências e a qualidade das suas relações. O papel das pessoas que ajudam não é de solucionamento de problemas, mas sim de assessoria e apoio, para que quem recorre à ajuda possa enfrentar os seus problemas através da exploração, compreensão e acção. Numa situação de ajuda não se deve procurar fazer algo para tornar melhor uma pessoa, mas antes em conjunto trabalhar na procura da melhor solução e, se possível, colocá-la em prática. A eficácia da rela-

ção depende da competência da pessoa que ajuda para: comunicar a sua compreensão e emoções, determinar e definir o problema, e aplicar estratégias de ajuda apropriadas, facilitadoras da compreensão de si mesmo, da resolução de problemas e da tomada de decisões por parte da pessoa que é ajudada.

Rogers (1983) evidencia várias destrezas, habilidades e atitudes, essenciais neste processo terapêutico. A aceitação *positiva incondicional* é uma atitude fundamental, sem a qual não é possível uma relação interpessoal profunda. O ajudante preocupa-se com o ajudado de forma não possessiva, aceita a pessoa na sua totalidade, como um sistema dinâmico de atitudes e necessidades. Deve aceitar sem restrições a pessoa, com todo o seu passado, presente e futuro, aceitar as suas expressões sem fazer juízos de valor. É essencial que o ajudante descubra uma visão positiva do ajudado, com percepção das suas potencialidades e sentimentos, para promover a sua liberdade e responsabilidade nas decisões por ele tomadas.

Na relação de ajuda, o ajudante, para ser eficaz, necessita de manusear o seu estado de ânimo, acolher e respeitar os sentimentos alheios. É pois importante usar técnicas para ser o mais assertivo possível, permitindo manobrar os próprios sentimentos em situações de conflito.

Na relação de ajuda também é necessário desenvolver a destreza de *personalizar*. O ajudante ajuda a pessoa a expressar de forma clara e específica as suas experiências e sentimentos e a centrar-se cada vez mais em si mesmo. Esta destreza ajuda a personalizar significados, problemas e sentimentos. Relacionado directamente com estas destrezas está a confrontação, que ajuda a descobrir os recursos internos e externos para enfrentar a situação de crise. A pessoa ajudada é chamada à responsabilidade, para autonomamente dar um sentido positivo à sua vida.

A *autenticidade* é sinónimo de transparência, genuinidade e congruência interior, e é uma atitude fundamental numa relação de ajuda. O ajudante é aquilo que é (não apresenta máscara), tem consciência dos seus sentimentos e pode exprimi-los abertamente durante a relação, não nega a sua personalidade, exprime-a. A

autenticidade realiza-se duplamente. A nível pessoal, o ajudante é livre para sentir e aceitar o que se passa consigo, descobrindo cada vez mais a complexidade dos seus sentimentos. A nível interpessoal, a pessoa é livre para comunicar os seus sentimentos ao ajudante. É necessário ter consciência de como se transmitem de modo não verbal as mensagens. O estado de emissão é contínuo, mesmo no silêncio, passa através dos gestos, olhares, suores, estremecimentos, etc. A condição fundamental do ajudante numa relação interpessoal é conhecer-se e aceitar-se a si mesmo. Somos incongruentes quando as formas de comunicação (verbal e não verbal) estão em desacordo, ou seja, o diz-se uma coisa, e em contraposição a linguagem não verbal revela algo diferente, que transmite o verdadeiro pensamento. Nestes casos, a comunicação verbal concretizada nas palavras e sons é ineficaz.

As atitudes que sustentam o modelo Rogeriano são a empatia, a autenticidade e aceitação positiva incondicional. Estes são valores fundamentais para o ajudante nesta forma de relação de ajuda.

Resumidamente, o Counselling valoriza as qualidades mais importantes do ser humano, tais como a sua capacidade de escolha, os valores, a criatividade, a consciência de si e o desenvolvimento do potencial humano. Esta perspectiva permite que esta forma de aconselhamento se aplique em diversas áreas, nomeadamente na educação, na gestão e na saúde.

Counselling no Meio Hospitalar

No meio hospitalar a pessoa pode ser ajudada em situações de crise, como o luto, a doença, a integração, os problemas de relacionamento, etc. Através das técnicas do Counselling tem-se ajudado as pessoas a desenvolver capacidades para se adaptarem às diversas situações. Actualmente o Counselling também tem sido usado com sucesso na cessação tabágica (Klink, et al; Manfredi, et al 2011). Para Edgan (1991) a pessoa pode ser ajudada a avaliar a sua situação e necessidades; compreender a nova situação e clarificar o que pode fazer para lidar eficazmente com ela; implementar decisões e planos; considerar as suas consequências. O objectivo do “cuidar de pessoas” é que o indivíduo, mantenha ou recupere a máxima independência nas actividades de vida.

O estabelecimento duma relação de ajuda começa quando há “participação pessoal”, ou seja, há confiança por parte do ajudado em relação ao cuidador. Este por sua vez necessita de se auto-conhecer, a fim de se adaptar à pessoa do ajudado, e ainda de possuir a habilidade de comunicação, visto ser por este meio que as pessoas se compreendem, se aceitam e se ajudam, na promoção ou recuperação da saúde.

Numa visão holística-humanística, Challifour (1992) sublinha que o objectivo dos cuidados de enfermagem é assistir o cliente, a fim de o ajudar ao desenvolvimento de estratégias que lhe permitam viver harmoniosamente, com ele, com os outros, com a natureza e o universo.

Este relacionamento encontra-se dividido em três fases. Fase de orientação da relação, caracterizada pelo acolhimento do utente num ambiente aberto, de respeito, de autenticidade e interesse. O enfermeiro e o cliente estabelecem contacto e começam a conhecer-se, este é o momento privilegiado, onde se criam laços de confiança recíproca. Outra fase é a de trabalho, as pessoas conhecem-se cada vez mais, fortalecendo a confiança, o enfermeiro e o utente reconhecem-se progressivamente, como diferentes e únicos, criando um clima de aceitação. O utente tem a noção da competência, das habilidades e responsabilidades do enfermeiro. Por seu lado, o enfermeiro capta melhor o que o utente deve colocar nesta relação, para encontrar resposta às suas necessidades. A fase final deve ser preparada para evitar a sensação de perda, por parte do utente. Enfermeiro e utente devem utilizar este momento para partilhar as suas opiniões sobre o desenrolar desta experiência comum e transferir a aprendizagem adquiridas para outras situações da vida.

Para proporcionar uma ajuda eficaz, o enfermeiro deve empenhar-se na relação. Este empenho caracteriza-se sobretudo por uma tomada de contacto, utilizando os sentidos, um “savoir-fair” para comunicar e uma certa disponibilidade para compreender e intervir em função da necessidade de ajuda identificada (Challifour, 1992). Para tal o enfermeiro deve ter noção dos seus recursos pessoais e profissionais, a fim de melhor os rentabilizar.

Para além dos conhecimentos, o enfermeiro deve possuir habilidades como as que estão associadas ao contacto e à comunicação verbal e não verbal. Neste sentido, o tocar, o olhar e a escuta são formas de contacto. Nas relações inter-pessoais, o olhar constitui o primeiro sentido para estabelecer contacto e iniciar uma relação. De facto, é um “utensílio” precioso para colher dados sobre a condição actual do utente, manifestar-lhe atenção, e confirmar que ele existe para nós.

Outra habilidade é a escuta, pois quando o utente se dirige ao enfermeiro espera ser escutado e compreendido. Para reconhecer as naturezas conceptual e afectiva da mensagem é preciso estar atento ao conteúdo exprimido e à forma como é comunicado. Por exemplo, o contexto dentro do qual as palavras são pronunciadas, a intensidade da voz do utente, as suas hesitações as palavras escolhidas, são índices que aliados à expressão facial, aos gestos e à sua postura auxiliam o enfermeiro a captar a mensagem afectiva e a sua intensidade.

As atitudes próprias do estabelecimento da relação com o utente são a empatia, a autenticidade, o respeito, a confiança, a imediatez e a especificidade.

A compreensão empática é uma das principais finalidades do utente que comunica com o enfermeiro, pois espera ser compreendido, nesta atitude assenta toda a relação.

No contexto da relação de ajuda, o *respeito caloroso* não deve ser entendido no sentido comum, onde respeitar alguém está associado ao status social. Tal como refere Rogers e Kinget (1969) citado por Chalifour (1992) “o utente é respeitado não por qualquer mérito, dignidade ou competência particular que adquiriu ao longo da sua vida ou por qualidades particulares, como a sinceridade, a coragem, a cooperação, e a inteligência, que poderá demonstrar ao longo dos encontros”. Na realidade, cada pessoa é única, possuidora de recursos para conduzir a sua vida, é capaz de fazer escolhas. Por isso, o respeito caloroso é uma atitude através da qual o enfermeiro reconhece o utente como exclusivo na sua maneira de ser e estar no mundo e esta maneira é digna de interesse e mérito, reconhecimento e valorização.

O enfermeiro deve demonstrar ao utente que é verdadeiro e digno de confiança, desenvolvendo uma atitude de *autenticidade*. É demonstrada coerência entre o que realmente se é, o que se percebe, pensa, sente, e o que se comunica. Esta atitude permite ao utente adquirir um grande conhecimento sobre si mesmo e uma capacidade de estabelecer um verdadeiro relacionamento.

A *especificidade* visa aumentar o nível de compreensão do enfermeiro e do utente, no que concerne não só às emoções e experiências específicas que o utente vive. Esta atitude ajuda o doente a conhecer as suas emoções de forma precisa, exprimindo-se também através de termos precisos (não usando uma linguagem vaga).

A *imediatez* visa ajudar o utente a reconhecer no presente as informações que o seu organismo lhe comunica. Segundo Selom Auger (1972) citado por Chalifour (1992), *imediatez* pode definir-se como “uma atitude do enfermeiro através da qual este vive intensamente o momento presente na sua relação com o utente e não hesita em reformular claramente as comunicações do seu utente que parecem ser dirigidas mais ou menos directamente para ele ou para a relação recíproca”. Esta atitude ajuda a clarificar imediatamente a comunicação.

O ajudante pode assim manifestar atitudes de empatia, autenticidade, respeito, confiança, imediatez e especificidade, tal como manifestar comportamentos através do dizer e do fazer.

Aplicação do Modelo Precede a Fumadores com Patologia Oncológica

Para muitas pessoas, a admissão num hospital é uma oportunidade para parar de fumar. O facto de não se poder fumar no hospital leva a que os fumadores parem temporariamente o hábito. As pessoas com patologias relacionadas com o tabagismo, estão muitas vezes, neste período, mais receptivas para a cessação tabágica. Verifica-se muitas vezes que os fumadores com cancro manifestam revolta, dizem “sentirem-se mal por continuarem a fumar e estarem doentes” (Barreira, 2007). Consequentemente, este grupo de pessoas necessitam de terapia para os ajudar a abandonar o hábito de fu-

mar. Aliada a esta motivação natural, a assistência na cessação do tabagismo durante a sua estada, e depois no domicílio, terá um benefício significativo.

Em Portugal as consultas de cessação tabágica proporcionam ao utente vários tratamentos farmacológicos associados a aconselhamento pessoal. Vários autores firmam que intervenções intensivas de aconselhamento são eficazes na promoção da cessação do tabagismo.

O modelo *Precede*, concebido para a Educação para a Saúde, é actualmente muito utilizado para identificar os factores que influenciam o comportamento de uma pessoa. Neste modelo existem três tipos de factores: os predisponentes, os facilitadores e os reforçantes (Quadro 1). Os factores predisponentes são factores internos que representam a motivação para agir. Incluem uma visão holística da pessoa, com os conhecimentos, crenças, valores, atitudes, idade e cultura, etc. Os factores predisponentes, como o nome indica, predis põem a pessoa a experimentar um novo comportamento, a modificá-lo, a mantê-lo ou a abandoná-lo. Os factores facilitadores são aqueles que antecedem o comportamento e a motivação para mudar. Eles são os recursos pessoais, habilidades e recursos sociais que permitem realizar o comportamento desejado. Os factores reforçadores são os obtidos pelo desempenho (recompensa, sanções ou iniciativa). Eles podem ser sociais, materiais, de auto-reconhecimento, entre outros.

O modelo *Precede* será aplicado como instrumento para identificar os factores que influenciam a conduta da pessoa.

No Quadro 1 apresenta-se a aplicação do modelo *Precede* onde a conduta a potenciar é a cessação tabágica. Com a ajuda do utente, começa-se por distinguir os três tipos de factores (predisponentes, facilitadores e reforçadores) para estruturar uma ajuda individualizada.

O Counselling, neste processo de cessação tabágica, ajuda a pessoa a explorar as suas potencialidades e dificuldades para abandonar o hábito de fumar.

	A favor da conduta	Contra a conduta
Factores Predisponentes	<p>Ser uma pessoa mais saudável.</p> <p>Ser um exemplo positivo especialmente para os filhos.</p> <p>Pretende poupar dinheiro.</p> <p>Gerir saudavelmente o stress.</p> <p>Pressão social: têm familiares e amigos que querem que deixe de fumar.</p> <p>Autodomínio.</p> <p>Estética: sabe que se deixar de fumar fica com a pele mais brilhante, o cabelo menos quebradiço e não cheira a tabaco.</p>	<p>Adição provocada pela nicotina</p> <p>Dependência dos rituais do fumar</p> <p>Grupos de amigos que fumam</p> <p>Redução da ansiedade</p> <p>Recompensas psicossociais</p> <p>Recompensas sensoriomotores, prazer</p> <p>Estimulação</p>
Factores Facilitadores	<p>Pagamento da consulta de cessação tabágica.</p> <p>Disponibilidade do médico/enfermeiro assistente para poder esclarecer dúvidas telefonicamente ou antecipar consulta.</p> <p>Disponibilidade de informação escrita sobre cessação tabágica.</p>	<p>“Agressividade” de alguns não fumadores, questionando porque fuma se sabe que este hábito é prejudicial.</p>
Factores Reforçantes	<p>Alteração do paladar</p> <p>Roupa não cheira a fumo</p> <p>A pele da face ficou mais brilhante</p> <p>Aumento da auto-estima por conseguir deixar de fumar</p> <p>Disponibilidade de mais dinheiro</p> <p>Menor predisposição para problemas respiratórios, não tosse tanto de manhã e já tem menos expectoração.</p> <p>Filhos e marido dão-lhe os parabéns.</p> <p>Os amigos manifestam contentamento</p>	<p>Privação da nicotina.</p> <p>Sente-se mais ansiosa.</p> <p>Alteração de comportamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - após a refeição tem de se levantar logo porque lhe apetece fumar; - vai tomar café com os amigos mas regressa mais cedo porque alguns estavam a fumar e têm receio de não resistir; - vai com frequência à carteira procurar os cigarros

Quadro 1: Aplicação do modelo Precede para potenciar a conduta de cessação tabágica.

Conclusão

A dissonância cognitiva provocada pelo conhecimento das consequências do fumar e o facto de manterem este hábito leva por vezes as pessoas à procura de uma consulta de cessação tabágica.

O Counselling pode ser um meio de ajudar a pessoa fumadora com patologia oncológica a abandonar o hábito de fumar. Neste processo, a pessoa deve ser considerada responsável e capaz de dar uma resposta pessoal à sua própria realidade. Ajuda-se a pessoa a explorar as potencialidades e dificuldades para abandonar o hábito de fumar. A orientação para uma visão positiva das capacidades da pessoa é um elemento fundamental para começarem a descobrir que conseguem abandonar o hábito de fumar.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. W. (1933). Attitudes. In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds), *Social Psychology* (pp. 565-575). New York: New York University Press. (Obra original publicada em 1935).
- Barreira, E., Gomes, F. & Cunha, L. (2007). Atitudes face ao tabagismo: Hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psic., Saúde & Doenças*, vol. 8, n.º 2, p.197-207.
- Baxter, T. (2000). Desenvolvimento dos Serviços de Cessação do Tabagismo do SNS. In: Natário, E., Moriconi, S., Piha, T., Baxter, T., Calheiros, J., Ryan, J., Vouri, I. *Actas da Conferência Europeia de Évora: Determinantes da Saúde na União Europeia* (pp.159-161). Évora: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Bimbela, J.L. (1994). *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- Chalifour, J. (1992). *La relation d'aide en soins de infirmiers*. Edições Lamarne.
- Egan, G. (1991). *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. Grupo Editorial Iberoamerica.
- Giordani, B. (1997). *La Relación de Ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Klink, K., Lin, S, Elkin, Z., Strigenz, D. & Liu, S. (2011). Smoking cessation knowledge, attitudes, and practice among community health providers in China. *Fam Med*. Mar;43(3):198-200. <http://www.stfm.org/fmhub/fm2011/March/Kathleen198.pdf>.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e Mudança (5ª ed.). In Vala, J.; Monteiro, M. B., *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- López-Sáez, M. (2001). Cambio Actitudinal como Consecuencia de la Acción. In: Morales, J. F. & Huici, C. (Ed.) *Psicologia Social* (pp. 172-183). Madrid: McGraw-Hill.
- Manfredi, C., Cho, YI., Warnecke, R., Saunders, S. & Sullivan, M. (2011). Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors. *Health Educ Res*. Mar 11. [Epub ahead of print].
- Mendes, B. (2000). Técnicas de Cessação Tabágica – Iniciação de uma consulta de apoio ao fumador. In: Ferreira, J. M. & Canteiro, M. C. (Eds), *Tabagismo: Avaliação a Nível Institucional e Abordagem Terapêutica*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Okun B. F. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Counseling. Técnicas de terapia y entrevista*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. (1983). *Terapia centrada no paciente*. Portugal. Moraes Editores.
- Smith, E. & Mackie, D. (2000). *Social Psychology* (2.ª ed). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Warner, K. (1998). Smoking Cessation: A Global Perspective. *The Journal of Respiratory Diseases*, 19, 26-31.