

Conhecimentos, atitudes e comportamentos ligados à alimentação e abordagem das doenças relacionadas com a alimentação por parte de profissionais de saúde

A Bragança ¹

¹ Universidade Atlântica

RESUMO

Introdução: Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, as principais causas de mortalidade e morbilidade são doenças relacionadas com a alimentação. Os profissionais de saúde dos cuidados primários atendem um elevado número de pacientes com patologias de origem alimentar, para além de lidarem com o crescente interesse da população por estes assuntos. No entanto, estes profissionais revelam algumas dificuldades em lidar com estas situações, sendo os principais motivos apontados, a falta de tempo, de conhecimentos e de confiança para o fazer.

Objectivo: avaliar os conhecimentos e necessidades de formação em nutrição, atitudes e comportamentos ligados à alimentação, e abordagem das doenças relacionadas com a alimentação, de profissionais de saúde da Região Centro do país.

Métodos: Estudo descritivo transversal, aplicado em 2006, a uma amostra representativa (n=497) de profissionais de saúde (médicos de família e enfermeiros) de 120 Centros de Saúde. Foi utilizado um questionário auto-respondido com 35 questões, através do qual se avaliaram variáveis como o nível de formação e conhecimentos em nutrição, os hábitos e comportamentos alimentares e ainda alguns aspectos relacionados com a abordagem clínica de doenças relacionadas com a alimentação, destes profissionais. Foi utilizado o software SPSS 16.0 para fazer o tratamento estatístico dos dados.

Resultados: A taxa de resposta foi cerca de 80%. 74% dos inquiridos nunca tiveram formação em nutrição e as necessidades de formação são bastante elevadas em quase todas as áreas nutricionais. Mais de metade segue 21-50% de pacientes com excesso de peso. As principais razões para evitar tratar situações clínicas relacionadas com a alimentação são falta de tempo (63%), aconselhamentos frustrantes (62%) e falta de conhecimentos (43%). 61% sente que não sabe o suficiente para aconselhar de forma adequada os seus pacientes, mas 97% faz efectivamente aconselhamento nutricional na sua prática clínica diária. Os seus conhecimentos de nutrição são globalmente fracos mas os seus hábitos alimentares parecem ser razoavelmente bons. 97% acredita que os CS devem considerar novos tipos de abordagem destes problemas de saúde, entre os quais a inclusão de profissionais especializados, tais como os nutricionistas.

Conclusões: A evidência revela elevadas necessidades de formação pós-graduada sobre temas básicos e específicos de nutrição, para os profissionais de saúde dos CSP – maior disponibilidade de cursos e melhor acesso aos mesmos. É também urgente que os Serviços dos CSP adotem novas estratégias de intervenção nesta material, incluindo a existência de profissionais especializados em nutrição nos CS.

PALAVRAS-CHAVE: conhecimentos nutricionais, atitudes e comportamentos ligados à alimentação, abordagem clínica de doenças relacionadas com a alimentação, profissionais dos cuidados de saúde primários.

Introdução

Em Maio de 1994, a *American Dietetic Association* fez a seguinte *position statement*: “The public is increasingly nutrition conscious and actively seeks reliable sources of nutrition education. Physicians with appropriate training in nutrition can and should be a powerful force in providing accurate nutrition information and quality health care. As physician educators, dietetics professionals can facilitate this outcome. Appropriate use of nutrition resources and professionals will efficiently and effectively maintain or improve the nutritional status of the public and, ultimately, the health of our nation”¹.

Hoje em dia, a relação entre a alimentação e a saúde está perfeitamente estabelecida ² sendo as doenças cardio-vasculares (DCV), a hipertensão arterial (HTA), a diabetes mellitus (DM) e certos tipos de cancro, as principais causas de morbilidade e mortalidade nos Estados Unidos da América (EUA) e na maioria dos países desenvolvidos do ocidente. ³ Além disso, os profissionais dos cuidados de saúde primários têm de atender um elevado número de pacientes com patologias devidas a questões nutricionais e alimentares, bem como lidar com o crescente interesse da população por estes assuntos.⁴ Por estas razões, os médicos dos cuidados primários apresentam o potencial para reduzir a morbilidade e mortalidade associadas a muitas doenças crónicas, caso façam um aconselhamento nutricional eficaz, o qual, dados os constrangimentos de tempo na prática clínica dos cuidados primários de saúde, deve ser breve, estar integrado num sistema organizado e referenciar os pacientes indicados para profissionais especializados em nutrição. Por outras palavras, as visitas a estes médicos podem ser um meio eficaz de fazer avaliação e aconselhamento nutricionais, provocando um impacto na morbilidade e mortalidade destas doenças mortais. De facto, a eficácia do aconselhamento nutricional na alteração dos hábitos alimentares nos cuidados de saúde primários está bem documentada em numerosos ensaios clínicos.³

A prevenção da doença e a promoção da saúde são importantes tarefas na prática diária de todos os Médicos de Família (MF), já que dois terços da população visita o seu MF uma ou mais vezes por ano e 90% visitam-no pelo menos uma vez em cada cinco anos. Assim, os MF encontram-se numa excelente posição para passar informação preventiva e de promoção da saúde direccionada em função da idade e do género, de forma oportunista – ou seja, quando os pacientes os visitam por qualquer razão. Os MF apresentam também um óptimo potencial para adoptar comportamentos saudáveis. Em particular, podem defender perante os seus pacientes, os benefícios de uma alimentação saudável, aconselhá-los sobre práticas alimentares saudáveis para condições de saúde específicas e referenciá-los para um especialista em nutrição para um aconselhamento mais detalhado.⁵

De facto, numa avaliação feita às alterações na promoção da saúde nos cuidados primários verificou-se que tanto médicos como enfermeiros tinham uma atitude positiva em relação às actividades de promoção da saúde para prevenir as DCV. Também num estudo sobre gestão do peso em clínica geral (CG), no Reino Unido (RU), 98% dos CG respondentes acredita que aconselhar os pacientes sobre questões de peso faz parte das suas funções. Outros trabalhos, realizados nos EUA, mostraram que quer médicos, quer enfermeiros apresentam atitudes positivas relativamente a darem conselhos alimentares.⁶

Em conclusão, os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto entre os indivíduos e o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e como este integra a promoção da saúde, a prevenção, tratamento e reabilitação de problemas de saúde, os hábitos alimentares e a nutrição devem estar incluídas nas actividades dos profissionais de saúde, quer em termos do tratamento do indivíduo, quer dos problemas de saúde comunitários.⁷

A literatura relativa à posição dos profissionais de saúde dos cuidados primários relativamente a intervenções nutricionais não é conclusiva. Embora alguns trabalhos reportem uma atitude positiva em relação a tais intervenções, outros indicam a existência de barreiras significativas que limitam o desempenho destes profissionais.⁶

Entre as barreiras apontadas pelos profissionais de saúde à prática da educação alimentar dos seus pacientes encontram-se conceitos erróneos e estereótipos sobre a idade destes e as suas preocupações nutricionais, falta de atenção a e de financiamento de programas educacionais para adultos e dificuldades para recrutar alunos mais maduros.⁸ um estudo mostra que, particularmente os CG, têm pouca tendência a fornecer aconselhamento alimentar. Barreiras comumente citadas incluem falta de tempo, falta de conhecimentos nutricionais e de confiança, pouca adesão dos pacientes e falta de materiais informativos e educacionais.⁶ Além disso, quando os CG e os enfermeiros não têm tempo, conhecimentos ou competências para aconselhar os seus pacientes, não é fácil referenciá-los para um profissional mais qualificado a fazer esse aconselhamento.⁵ Outros estudos no RU revelam que existem importantes lacunas nos conhecimentos de nutrição quer entre médicos, quer entre enfermeiros. Estes estudos reportam que os conhecimentos e os conceitos nutricionais são razoáveis, mas traduzi-los em conselhos alimentares é mais difícil.⁶

É também sabido que os consumidores estão expostos a informação nutricional de diversas fontes. Novas questões surgem e os MF são frequentemente solicitados para as responder. No entanto, responder a estas questões nem sempre é fácil para estes profissionais, uma vez que os hábitos alimentares são o resultado de uma complexa interacção entre factores biológicos, económicos, sociais e psicológicos.²

Sendo assim, a evidência apresenta um quadro caracterizado pela falta de convicção sobre o papel da nutrição no âmbito da prevenção, níveis de conhecimento inconsistentes e níveis de envolvimento em actividades de prevenção abaixo do desejável. É bastante provável a necessidade de alterações significativas destes factores, se o potencial da nutrição contribuir para a prevenção de doenças é para ser atingido.⁶ Além disso, se é expectável que os profissionais de saúde promovam mensagens de alimentação saudável, deverá haver uma abordagem mais sistemática da sua formação em nutrição.⁹ Desta forma, a necessidade de uma melhor formação em nutrição para os médicos nunca foi tão evidente.¹⁰

Para além de tudo isto, os conselhos nutricionais dados pelos médicos e outros profissionais de saúde são tidos em alta consideração pelo público em geral, pelo que se torna importante garantir que esses conselhos sejam bons e seguros.¹¹

É importante ter em conta que, como o tempo é um factor fundamental nos cuidados primários, e a falta dele é uma das razões apontadas para a não frequência de cursos de formação, Weinsier acredita não ser necessário gastar horas em formação para cumprir os

objectivos de transmitir os princípios-chave e de aumentar a tomada de consciência. O objectivo não passa tanto por produzir um expert em nutrição, mas sim dotar os profissionais de um nível de conhecimentos e competências úteis neste tipo de cuidados de saúde. Assim, encontrar a melhor forma de dar formação em nutrição aos profissionais de saúde dos cuidados primários irá contribuir para ultrapassar as barreiras mais comuns à participação nestes cursos.⁶

O objectivo do presente trabalho foi avaliar os conhecimentos nutricionais, os comportamentos e hábitos alimentares, e a abordagem clínica das doenças de origem alimentar por parte dos profissionais de saúde dos cuidados primários da região Centro de Portugal.

Métodos

Em 2006, a Administração Regional de Saúde (ARS) da região Centro de Portugal, através do seu Departamento de Saúde Pública, fez um estudo descritivo transversal para avaliar o nível de formação e de conhecimentos em nutrição, as atitudes e crenças alimentares, bem como a aptidão dos profissionais dos cuidados de saúde primários, MF e enfermeiros, para lidar com situações clínicas e comunitárias que exijam algum tipo de conhecimento ou intervenção nutricional.

Foi considerada uma amostra aleatória sistemática de 20% de um universo totam de 3 157 MF e enfermeiros de 120 Centros de Saúde (CS), correspondendo a 630 indivíduos.

Foi desenvolvido, validado e aplicado um questionário estruturado e auto-respondido. O questionário continha 35 perguntas, abertas e fechadas, versando sobre questões como: dados sócio-demográficos e profissionais (4 questões), formação em nutrição (6 questões), abordagem clínica (10 questões), hábitos alimentares (3 questões) e percepção sobre conhecimentos de nutrição e crenças alimentares (2 questões). Os questionários foram respondidos no local de trabalho dos indivíduos da amostra.

As perguntas tentaram avaliar coisas como a quantidade, qualidade e necessidades de formação em nutrição, averiguar quais as opções clínicas e as dificuldades para lidar com doenças de origem alimentar, qual o nível percebido de conhecimentos e noção geral dos hábitos alimentares. As questões comportamentais foram medidas numa escala de *Likert* de três ou de cinco pontos. Outras respostas eram de escolha-múltipla, seleccionando uma ou mais opções entre as existentes. Poucas questões eram do tipo aberto.

O tratamento estatístico dos dados foi feito usando o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 16.0). Os métodos estatísticos descritivos incluíram frequências e percentagens válidas.

Resultados

Foram analisados 497 questionários válidos (taxa de resposta de 78.8%).

Caracterização da amostra

As principais características da amostra são apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 1 – Caracterização da amostra

N = 497								
Médicos de Família	Enfermeiros	Homens	Mulheres	Idade (anos)			Anos de graduação	
				Max	Min	Média	> 20	< 20
51.1 %	48.9 %	30.6 %	69.4 %	67	23	45	50.5 %	49.5 %

Formação em nutrição

A tabela em baixo mostra a percentagem de indivíduos que tiveram formação em nutrição, quanto tempo de formação tiveram e as principais razões pelas quais os restantes indivíduos não tiveram formação nesta matéria.

Tabela 2 – Formação em nutrição

Com formação		Sem formação	
25.7%		74%	
< 4 h	4 – 20 h	Falta de oportunidade	Falta de cursos disponíveis
45.2 %	32.5 %	45.7 %	15 %

De entre os que tiveram algum tipo de formação, 40.9% referem que esta teve muito impacto e 47.3% referem que teve algum impacto na sua prática profissional.

Quanto às características da formação, 88.5% consideram-na insuficiente e desejam ter mais formação em matéria de nutrição; 73.1% afirmam que a formação que tiveram não os faz sentir à vontade para lidar com estes assuntos. Além disso, apesar da formação que receberam, 61.5% acreditam que a intervenção de um profissional especializado, nomeadamente de um nutricionista, é muito importante.

A tabela seguinte mostra as principais necessidades de formação em nutrição sentidas por estes profissionais de saúde.

Tabela 3 – Necessidades de formação

Muita ou alguma necessidade de formação em ...	
Conhecimentos básicos de nutrição	74.5 %
Abordagem nutricional de doentes diabéticos, obesos, hipertensos...	91.2 %
Nutrição e ciclo de vida	90.7 %
Tratamento da obesidade e dietética	92.3 %
Estratégias motivacionais para a mudança	94 %
Avaliação do estado nutricional	88.3 %
Alimentação artificial	76.9 %

Abordagem clínica de doenças relacionadas com a alimentação

Mais de metade dos respondentes More (51%) referem ter 21-50% de utentes com excesso de peso e 26.7% atendem mais de 20 utentes por semana, com problemas ligados à alimentação.

As principais dificuldades que estes profissionais sentem ao lidar com utentes com doenças de origem alimentar são apresentadas na seguinte tabela:

Tabela 4 – Dificuldades em lidar com doenças de origem alimentar

Motivos	Médicos de Família	MF + Enfermeiros
Falta de trino	51.3 %	42.5 %
Falta de tempo	75 %	62.8 %
Falta de incentivos	42 %	43.9 %
Dificuldades de diagnóstico	3.7 %	8.5 %
Consultas frustrantes	72.2 %	62.4 %

Além destas dificuldades, cerca de 61% dos inquiridos sentem que não possuem conhecimentos nutricionais suficientes e quase metade deles acredita não estar em condições de aconselhar os seus utentes de forma adequada.

A tabela em baixo mostra as opções clínicas para lidar com utentes com excesso de peso (IMC > 25).

Tabela 5 – Opções para lidar com utentes com excesso de peso

Opções	%
Aconselho a emagrecer o mais depressa possível	17.7 %
Procuro encaminhar para um nutricionista	35.6 %
Procuro encaminhar para um nutricionista em casos especiais	37.4 %
Procuro incentivar a prática de actividade física	94.3 %
Forneço alguns conselhos alimentares	97.1 %
Procuro motivar para a importância de fazer algo em relação ao peso	85.7 %
Desaconselho o consumo de alguns alimentos e algumas bebidas	86.9 %
Prescrevo imediatamente uma dieta tipo que tenha à disposição	8.4 %
Em caso de obesidade grave, encaminho logo para cirurgia bariátrica	18.8 %

Os resultados mostram ainda que apenas 15.7% destes profissionais de saúde pensa que os Centros de Saúde (CS) têm a possibilidade de dar respostas adequadas aos utentes com problemas ligados à alimentação, mas but 97.7% considera importante a existência de especialistas em nutrição (nutricionistas) nos CS.

Cerca de 97% de todos os profissionais incluídos nesta amostra considera ainda necessário que os CS adoptem novos tipos de abordagem destes problemas de saúde.

Conhecimentos de nutrição

Algumas das questões foram apresentadas na forma de frases relacionadas com conhecimentos gerais e básicos de nutrição, bem como com as crenças alimentares individuais, sobre as quais os inquiridos tiveram de expressar o seu grau de concordância, com base numa escala de *Likert*. A tabela seguinte mostra esses resultados.

Tabela 6 – conhecimentos de nutrição e crenças alimentares – algumas frases

Frases	Concordo	Discordo	Não sei	Não concordo nem discordo
O pão é um dos alimentos que mais engorda	21.1 %	77.3 %	1.2 %	-
O óleo de amendoim é uma gordura adequada para cozinhar	56.4 %	21.7 %	21.7 %	-
A gordura fornece 7 kcal/g	14.3 %	31.9 %	53.2 %	-
O etanol das bebidas alcoólicas fornece mais calorias do que os hidratos de carbono por cada g	52.5 %	20.8 %	26.5 %	-
O álcool que as pessoas bebem chama-se álcool etílico	69.3 %	25.8 %	4.2 %	-
O azeite é rico em gorduras polinsaturadas	67.9 %	24.4 %	7.5 %	-
A pastelaria e as bolachas são ricas em ácidos gordos <i>trans</i>	39.8 %	13.4 %	46.4 %	-
Uma pessoa com IMC = 30 é obesa	75.6 %	12.9 %	11.1 %	-
A dieta mediterrânica é parcimoniosa no quotidiano com excessos ocasionais	65.2 %	16.8 %	17.6 %	-
O amido é um hidrato de carbono complexo importante para a saúde	81.7 %	7.5 %	10.4 %	-
Ingerir vegetais na sopa é o suficiente	16.4 %	74.6 %	-	25.2 %
A ingestão diária de mais de 5g de sal pode ser prejudicial para a saúde	92.4 %	1.6 %	-	5.8 %
O açúcar é um hidrato de carbono	84.1 %	12.6 %	-	2.8 %
Os alimentos vegetais temperados com azeite contêm colesterol	24.8 %	58.5 %	-	16.2 %

Os resultados mais relevantes, seja por serem muito elevados ou muito baixos, dependendo da frase, estão a negrito.

Atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação

Foi pedido aos inquiridos que seleccionassem, de uma lista de 12 opções, os três principais critérios que influenciam as suas escolhas alimentares. Os resultados são apresentados em baixo.

Tabela 7 – Critérios de selecção alimentar

Opções	%
Hábitos e costumes	23.8 %

Necessidades nutricionais especiais	4.2 %
Os hábitos e rotinas instalados	18 %
Alimentos preferidos pelo cônjuge e/ou filhos	4.2 %
O preço dos alimentos	0.8 %
A qualidade e a higiene dos alimentos	33.1 %
O sabor dos alimentos	5.1 %
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	1.1 %
Apresentação ou embalagem dos alimentos	0.2 %
Nenhum em especial	5.3 %
Questões culturais, étnicas ou religiosas	0.8 %
A publicidade e o marketing	2.1 %

A auto-percepção das atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação foi avaliada usando uma escala de frequência, e os seus resultados estão na tabela 8.

Tabela 8 – Atitudes e comportamentos alimentares

Opções	Frequência	%
Como alimentos fritos ao longo do dia	Nunca / Poucas vezes	82.4 %
Para temperar uso sempre azeite	Sempre / Muitas vezes	75.5 %
Retiro as peles e gorduras visíveis da carne	Sempre / Muitas vezes	80.4 %
Adiciono sal refinado à comida	Nunca / Poucas vezes	78.1 %
Como produtos de pastelaria ou salgados	Nunca / Poucas vezes	67.3 %
Como fruta diariamente	Sempre / Muitas vezes	87.9 %
Como sopa diariamente	Sempre / Muitas vezes	75.2 %
Como hortícolas como acompanhamento das refeições	Sempre / Muitas vezes	85.5 %
Ingiro, pelo menos, 1 ou 2 copos de leite ou iogurtes por dia	Sempre / Muitas vezes	82.6 %
Bebo, pelo menos, 1.5 L de água ao longo do dia	Sempre / Muitas vezes	50.6 %
Bebo, ao almoço e ao jantar, mais de 1 copo de água	Sempre / Muitas vezes	39.6 %
Bebo, ao almoço e ao jantar, mais de 1 copo de sumos/refrigerantes	Nunca / Poucas vezes	88.9 %
Tento escolher os alimentos mais saudáveis	Sempre / Muitas vezes	89.1 %
Tenho em atenção os aspectos nutricionais de um alimento	Sempre / Muitas vezes	65.5 %
Tomo o pequeno-almoço	Sempre / Muitas vezes	92.3 %
Faço três refeições por dia	Sempre / Muitas vezes	68.1 %

Foi também pedido aos inquiridos que indicassem as três principais barreiras à prática de uma alimentação saudável, de entre uma lista de 13 opções. Os resultados são os que se seguem:

Tabela 9 – Barreiras para uma alimentação saudável

Opções	%
Horário laboral irregular	82.1 %
Não saber cozinhar	25.4 %
Vida muito ocupada	77.4 %
Preço elevado	37.6 %
Alimentos estranhos ou pouco usuais	5.1 %
Preparação mais lenta	22.6 %
Falta de informação sobre alimentação saudável	66.9 %
Não gostar de cozinhar	24.4 %
Opção não disponível em cantina ou restaurante	52.3 %
Comida pouco apelativa	21.1 %
Modos de confecção limitados	14.4 %
Cuidados especiais de conservação	7.0 %
Opções limitadas / inexistentes no local de trabalho	53.9 %

Discussão

Antes da discussão dos resultados propriamente dita, é importante notar que o MF é normalmente apontado como uma das principais fontes de informação nutricional, em diversas circunstâncias² e encontra-se numa excelente posição para promover as práticas alimentares adequadas a determinadas situações clínicas junto dos seus utentes, e referenciá-los para um especialista em nutrição para um aconselhamento mais específico.⁵ Na verdade, está muito bem documentado que os utentes vêem os profissionais dos CSP como fontes credíveis de aconselhamento de estilos de vida, incluindo o aconselhamento alimentar⁶, sendo a segunda fonte informativa, logo a seguir dos média.⁷

Embora a literatura sobre a postura dos profissionais dos cuidados primários em relação a uma intervenção nutricional não seja muito conclusiva⁶, os resultados obtidos no presente trabalho evidenciam alguns aspectos que vale a pena salientar.

Por um lado, confirma-se o elevado número de utentes com problemas de saúde ligados à alimentação que são seguidos por estes profissionais⁴, bem como as dificuldades por estes apontadas para lidar com esses mesmos problemas: falta de conhecimentos, de tempo e de confiança na capacidade para o fazer, e aconselhamentos frustrantes.^{5, 6, 7, 9} A falta de tempo parece ser particularmente importante e merecedora de atenção especial, uma vez que o tempo gast no aconselhamento nutricional, a nível dos CSP, deve ser entendido no contexto de uma duração média das consultas de 10 a 16 minutos, sendo usualmente menos de 5 minutos por utente.³

Por outro lado, verifica-se que uma elevada percentagem de profissionais nunca tiveram qualquer tipo de formação em nutrição, quer por falta de oportunidade, quer por falta de

curso disponíveis. Para aqueles que tiveram algum tipo de formação nesta matéria, os resultados mostram, tal como reportado anteriormente⁶, alguma insatisfação relativamente à qualidade dessa formação. No entanto, tal como em estudos realizados no RU e nos EUA⁶, uma elevada percentagem destes profissionais faz aconselhamento nutricional aos seus utentes, apesar da pouca capacidade para tratar vários cenários clínicos previamente reportada nalguns estudos.⁴ Atendendo aos resultados respeitantes às variáveis sobre conhecimentos nutricionais e crenças alimentares, semelhantes aos encontrados em estudos anteriores^{6,9,11}, este tipo de abordagem pode revelar-se algo inadequada.

Apesar destes resultados, a esmagadora maioria dos inquiridos refere terem eles próprios hábitos e comportamentos alimentares que podem considerar-se bastante saudáveis.

Também de salientar é a opinião generalizada entre os respondentes, de que os CS não estão devidamente preparados para dar resposta aos utentes com este tipo de problemas, como referido noutros estudos¹⁴, acreditando fortemente na necessidade de novos tipos de abordagem destas questões por parte dos serviços de saúde dos cuidados primários. Entre estas novas abordagens, inclui-se a existência de profissionais especializados na área da nutrição (nutricionistas ou dietistas, nas equipas de profissionais dos CSP. Esta medida reveste-se de especial importância, uma vez que os CSP são um local privilegiado para fazer aconselhamento alimentar oportunisticamente.⁶

Conclusões

A evidência apresentada mostra uma imagem de níveis de conhecimento nutricional inconsistentes, indicativos de uma elevada necessidade de formação pós-graduada em nutrição básica e mais específica, dos profissionais de saúde dos CSP. É também evidente que a sua falta de formação se deve à escassa disponibilidade de cursos especializados na matéria, ou a um fraco acesso aos mesmos. O nível de envolvimento em actividades de prevenção está abaixo do desejável e deve ser incentivado.

A necessidade de alterar estes aspectos é óbvia, caso se pretenda atingir todo o potencial que a nutrição apresenta para contribuir para a prevenção de doenças, ao nível dos CSP. Recomenda-se vivamente a implementação de actividades, estudos e projectos que conduzam à melhoria dos conhecimentos nutricionais dos profissionais dos CSP, para que a referida mudança aconteça.

Torna-se por isso urgente, que os Serviços dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal adoptem novas estratégias de intervenção nesta matéria, entre as quais se encontra a inclusão de profissionais especializados em nutrição nos CS.

Referências

1. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition – an essential of medical education. J Am Diet Assoc. 1994 May;94(5):555-7.

2. van Dillen SME et al. Understanding nutrition communication between health professionals and consumers: development of a model for nutrition awareness based on qualitative consumer research. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(suppl):1065S-72S.
3. Eaton CB et al. Teaching Nutrition Skills to Primary Care Practitioners. *J Nutr.* 2003 Mar; 133:563S-566S.
4. Flores S et al. Training in dietetics and nutrition from the point of view of the primary care physician. *Nutr Hosp.* 2000 Mar-Apr;15(2):45-50.
5. Brotons C et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr.* 2003 Apr;77(suppl):1048S-51S.
6. Moore H et al. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice* 2000;17(2):197-202.
7. Hiddink GJ et al. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr.* 1997;65(suppl):1974S-9S.
8. Gil CI. Nutrition and primary care. *Nutr Hosp.* 1999 May;14(suppl 2):13S-21S.
9. Krebs NF and Primak LE. Comprehensive integration of nutrition into medical training. *J Clin Nutr.* 2006;Am.83(suppl):945S-50S.
10. Meck HM and Barkley MC. Barriers to nutrition education for older adults, and nutrition and aging training opportunities for educators, healthcare providers, volunteers and caregivers. *J Nutr Elder.* 2004;23(4):99-121.
11. Barratt J. Diet-related knowledge, beliefs and actions of health professionals compared with the general population: an investigation in a community Trust. *J Hum Nutr Diet.* 2001 Feb;14(1):25-32.
12. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition education of health professionals. *J Am Diet Assoc.* 1991 May;91(5):611-3.
13. Jackson AA. Human nutrition in medical practice: the training of doctors. *Proc Nutr Soc.* 2001 May;60(2):257-63.
14. Brown I et al. Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *J Adv Nurs.* 2007 Aug;59(4):329-41.