

# Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde

## *Knowledge, self-efficacy and professional practices related to the Dietary Guidelines for the Brazilian population in primary health care*

Cláudia Raulino Tramontt<sup>1</sup> , Larissa Galastri Baraldi<sup>2</sup> , Tarsis de Mattos Maia<sup>1</sup> ,  
Patricia Constante Jaime<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Núcleo de estudos e Pesquisas em Alimentação (NEPA), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

---

**Como citar:** Tramontt CR, Baraldi LG, Maia TM, Jaime PC. Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde. Cad Saúde Colet, 2023; 31 (3):e31030215. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030215>

---

### Resumo

**Introdução:** fatores individuais parecem estar relacionados à utilização de novas recomendações e mudanças de prática profissional para ações de promoção à saúde. **Objetivo:** avaliar a relação entre conhecimento, autoeficácia (AE) e utilização das recomendações do Guia Alimentar Brasileiro (GAB) nas práticas de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB). **Método:** recorte transversal de pós-intervenção de um ensaio comunitário controlado envolvendo 26 profissionais de saúde. Conhecimento e AE em utilizar as recomendações do GAB foram coletados por escalas validadas autoaplicáveis. A utilização do GAB na prática profissional foi mensurada mediante observação da rotina de trabalho dos NASF-AB e preenchimento de escala validada sobre as recomendações do GAB. Todos os escores variaram de 0 a 100. **Resultados:** as pontuações médias nos escores de conhecimento, AE e utilização do GAB foram de 83,07 (DP = 18,29), 63,36 (DP = 19,07) e 4,33 (DP = 8,03), respectivamente. Houve correlação positiva e moderada entre AE e escore de utilização do GAB ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,03$ ). Conhecimento sobre o GAB obteve fraca correlação com o escore de utilização ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,11$ ). Diferença significativa foi obtida entre as médias do escore de utilização do GAB no grupo de elevada AE (5,13;  $p = 0,004$ ; DP = 1,55), em relação ao de baixa AE (3,40;  $p = 0,059$ ; DP = 1,69), independentemente da categoria profissional. **Conclusão:** neste estudo, a AE demonstrou estar moderadamente correlacionada com a adoção de novas práticas profissionais.

**Palavras-chave:** guias alimentares; prática profissional; autoeficácia; atenção primária à saúde.

### Abstract

**Background:** Individual factors appear related to the adoption of new recommendations and changes to professional practice for health promotion initiatives. **Objective:** to evaluate the relationship between knowledge, self-efficacy (SE) and adoption of the Brazilian Dietary Guideline (BDG) recommendations in the practices of Family Health Support Center (NASF-AB) teams. **Method:** a post-intervention cross-sectional sample from a controlled community trial involving 26 health professionals. Knowledge and



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

---

Correspondência: Cláudia Raulino Tramontt. E-mail: claudiartromontt@gmail.com

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [número de bolsa 409733/2016-4]; Centro Internacional de Pesquisa para o Desenvolvimento (IDRC) [número 108166].

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Maio 13, 2020. Aprovado em: Maio 16, 2021

---

SE in adopting the BDG recommendations were determined using a validated self-applicable scale. BDG adoption in professional practice was measured by observing the NASF-AB work routine and the scoring on the validated scale investigating GAB recommendation uptake. Scores ranged from 0 to 100 points. **Results:** Average scores for knowledge, SE and BDG use were 83.07 (SD = 18.29), 63.36 (SD = 19.07) and 4.33 (SD = 8.03), respectively. There was a positive moderate correlation between SE and BDG utilization scores ( $r = 0.45$ ;  $p = 0.03$ ). Knowledge about BDG presented a weak correlation with the utilization score ( $r = 0.34$ ;  $p = 0.11$ ). Significant difference was observed between the averages of the BDG utilization score in the high SE group (5.13;  $p = 0.004$ ; SD = 1.55), in relation to the low SE group (3.40;  $p = 0.059$ ; SD = 1.69), regardless of professional category. **Conclusion:** in this study, SE was moderately correlated with the adoption of new professional practices.

**Keywords:** food guides; professional practice; self-efficacy; primary health care.

## INTRODUÇÃO

O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2014, foi elaborado com base em evidências científicas, sendo um instrumento capaz de subsidiar políticas, programas e ações para incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável<sup>1</sup>. Nesse sentido, no campo da saúde pública, é possível compreender o Guia Alimentar como uma inovação científica que demanda planejamento de estratégias para implementação de suas recomendações visando qualificar o serviço.

Para alcançar a integralidade do cuidado em saúde, os profissionais de saúde são atores importantes na propagação das recomendações contidas nos guias alimentares, por serem responsáveis pela orientação da população acerca dos diversos aspectos que envolvem a alimentação<sup>2-4</sup>. Uma das maneiras de implementar novas ferramentas de inovação é investir em estratégias de qualificação de equipes interdisciplinares de saúde<sup>5</sup>.

Grande parte dos estudos de intervenção que focam na capacitação de profissionais de saúde para tratar de questões referentes à alimentação e à nutrição busca melhorar o conhecimento dos indivíduos sobre determinado tema ou ferramenta, sustentando a hipótese de que o aumento de conhecimento teria efeitos no desempenho profissional<sup>6</sup>. De fato, é consensual que, para haver uma prática qualificada, é necessário conhecimento técnico adequado. Mas o que está envolvido na adesão de novas recomendações e na mudança efetiva na prática de profissionais de saúde permanece um campo de estudo a ser mais bem explorado<sup>7-10</sup>.

Características pessoais e decisões individuais parecem ter relação direta na adoção de um comportamento clínico e no desempenho profissional para executar ações de promoção da saúde<sup>8,9,11</sup>. Teorias comportamentais buscam compreender os fatores relacionados aos determinantes do comportamento e a Teoria Social Cognitiva (TSC) é uma das mais utilizadas nessa esfera, amplamente difundida nos processos de aprendizagem em saúde<sup>12-14</sup>.

A TSC baseia-se no conceito da reciprocidade triádica, segundo o qual as ações humanas são resultado da interação entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. A capacidade comportamental está intimamente relacionada ao conhecimento prévio adquirido, uma vez que para executar com êxito uma ação específica, o indivíduo deve saber o que e como fazer. A autoeficácia é um dos constructos determinantes do comportamento explicado por essa teoria, compreendida como a confiança do próprio sujeito em sua capacidade de executar uma ação com sucesso<sup>14</sup>.

Tendo em vista os fatores que podem estar associados ao comportamento humano, este estudo visou analisar a relação entre o conhecimento, a AE e as práticas de profissionais de saúde relacionadas à utilização das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira na atenção primária a saúde (APS).

## MÉTODO

Trata-se de um recorte transversal do momento pós-intervenção ocorrido em ensaio comunitário controlado que desenvolveu uma intervenção educativa para implementar o Guia Alimentar para a população brasileira em equipes de NASF-AB. Mais detalhes deste estudo foram descritos em publicações anteriores<sup>15-17</sup>.

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência; foram selecionados profissionais atuantes em equipes de NASF-AB de um município de médio porte (aproximadamente 400 mil habitantes), localizado no sudeste do país. O município contava com quatro equipes de NASF-AB compostas igualmente de assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, distribuídas homogeneamente nas quatro regiões de saúde do município.

Essas equipes apresentam como característica um cuidado especializado, que atua do tratamento até a prevenção e promoção de saúde em seus diversos aspectos e áreas do conhecimento. Cada NASF-AB era a equipe de referência para aproximadamente 8 a 10 unidades básicas de saúde, abrangendo aproximadamente 54% da população. Todos os profissionais cadastrados e atuantes nas equipes de NASF-AB do município foram convidados a participar voluntariamente do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2017. As variáveis de interesse coletadas foram: a) dados sociodemográficos, coletados mediante questionário específico autoadministrado; b) conhecimento do profissional de saúde sobre o Guia Alimentar; c) autoeficácia, compreendida como a percepção de confiança do indivíduo em fazer orientações baseadas no Guia Alimentar; d) práticas dos profissionais de saúde em relação à orientação e ao aconselhamento sobre alimentação.

Dados de conhecimento e autoeficácia foram coletados mediante preenchimento de escalas autoaplicáveis, validadas previamente<sup>18</sup>, com 16 e 12 questões cada uma, respectivamente. A escala de conhecimento continha alternativas de verdadeiro ou falso (0 = resposta incorreta; 1 = resposta correta) e as questões de autoeficácia referiam-se ao grau de confiança do indivíduo, com respostas de quatro pontos na escala Likert, variando de nada confiante a muito confiante, dividida em duas dimensões para avaliar a percepção de autoeficácia (0 = nada ou pouco confiante; 1 = confiante ou muito confiante).

As práticas dos profissionais de saúde foram coletadas mediante observação em campo da rotina de trabalho das quatro equipes de saúde. Três pesquisadores com domínio do conteúdo do guia alimentar foram treinados previamente sobre o uso do instrumento mediante observação simultânea de atendimentos em um centro de saúde e as respostas foram avaliadas quanto à variabilidade e à consistência das informações. Para a coleta dos desfechos, os observadores acompanharam as atividades desempenhadas por cada equipe do município, como observadores não participantes, durante duas semanas não consecutivas dois meses após a intervenção educativa, totalizando oito semanas de observação.

Por realizarem mais atividades de alimentação, as nutricionistas foram observadas durante três dias, enquanto os demais profissionais, um dia. Os observadores contatavam os profissionais no dia anterior à observação e, para evitar viés nos resultados, explicavam que o acompanhamento tinha ênfase em conhecer e explorar o processo de trabalho das equipes, assim não declaravam o foco da observação nas questões de nutrição. Cada observador acompanhou todas as atividades ocorridas durante o dia de trabalho do profissional, preenchendo um questionário para caracterização da atividade e anotações no diário de campo.

Registrou-se a abordagem das recomendações do Guia, em um instrumento previamente validado mediante validação de conteúdo e aparente, onde demonstrou boa concordância (> 80%) e confiabilidade (kappas > 0,75) intra e interobservadores em diversas situações de cuidado na atenção primária<sup>19</sup>. O instrumento continha 17 itens, cada item correspondente a uma recomendação do Guia, resultando em um conjunto que abrange todos os conteúdos do Guia. A pontuação consistiu na observação (sim = 1 ou não = 0) de cada item em cada atividade, convertidos em um escore de práticas observadas. Calculou-se o escore pela pontuação média das atividades observadas de cada profissional. Todas as escalas tiveram as pontuações convertidas em escores que variaram de 0 a 100 pontos.

As análises foram realizadas no software Stata SE 14.1. Os questionários receberam dupla digitação para confirmação dos dados. A normalidade da distribuição amostral foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e histograma. A caracterização dos participantes foi realizada por meio de análise descritiva das variáveis, com medidas de tendência central e de dispersão, sendo as variáveis qualitativas descritas por frequência.

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para verificar a relação entre as variáveis contínuas de interesse. Os indivíduos foram categorizados ao ponto médio do escore de autoeficácia entre aqueles com baixa autoeficácia e elevada autoeficácia; o teste de comparação de médias para amostras independentes (teste t-Student) foi aplicado para testar a diferença no escore de práticas por nível de autoeficácia e ANOVA foi utilizada para ajustar segundo a categoria profissional. A significância estatística foi aceita ao nível de  $p < 0,05$ .

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, teve anuência da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 26 profissionais, a maioria mulheres (69,2%), com distribuição semelhante nas categorias profissionais de assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A média de idade dos participantes foi de 39,03 (DP = 9,98) anos, com tempo médio de formação de 13,09 (DP = 10,41) anos e de atuação nas equipes de 23 (DP = 11,74) meses. Esses dados são apresentados na Tabela 1.

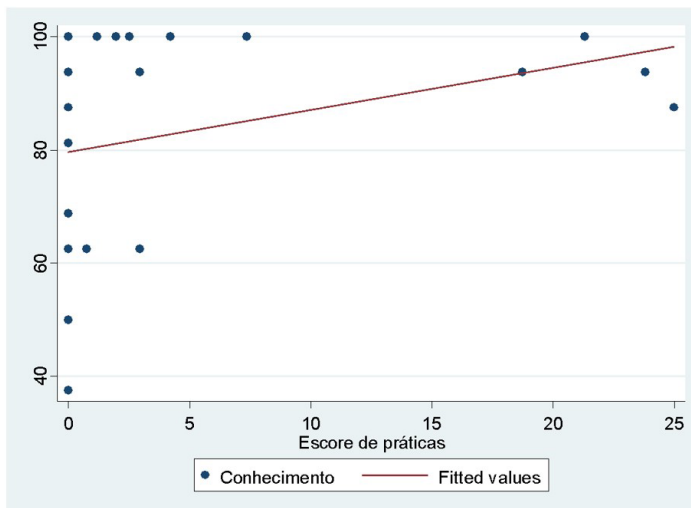
**Tabela 1.** Caracterização dos profissionais e média do escore de práticas por sexo e categoria profissional. Jundiá, Brasil, 2019

Características	N (%)	Média (DP)
<b>Idade (anos)</b>	-	39,0(9,9)
<b>Tempo de formação (anos)</b>	-	13,1 (10,4)
<b>Tempo de atuação em NASF-AB (meses)</b>	-	23,0 (11,7)
<b>Escore de conhecimento</b>	-	83,07 (18,29)
<b>Escore de autoeficácia</b>	-	63,36 (19,07)
<b>Sexo</b>		<b>Escore de Práticas</b>
Masculino	8 (30,8)	0,42 (1,11)
Feminino	18 (69,2)	5,78 (8,99)
<b>Profissão</b>		
Assistente social	5 (19,2)	0,25 (0,11)
Educador físico	5 (19,2)	0,59 (0,16)
Fisioterapeuta	4 (15,4)	0,0 (-)
Nutricionista	4 (15,4)	17,93 (0,62)
Psicólogo	4 (15,4)	4,70 (1,15)
Terapeuta ocupacional	4 (15,4)	1,24 (0,20)
<b>Autoeficácia</b>		
Baixa autoeficácia ( $\leq 63,36$ )	12 (46,15)	3,40 (1,69)
Elevada autoeficácia ( $> 63,36$ )	14 (53,8)	5,13 (1,55) *
<b>Total</b>	<b>26(100)</b>	<b>4,33 (8,03)</b>

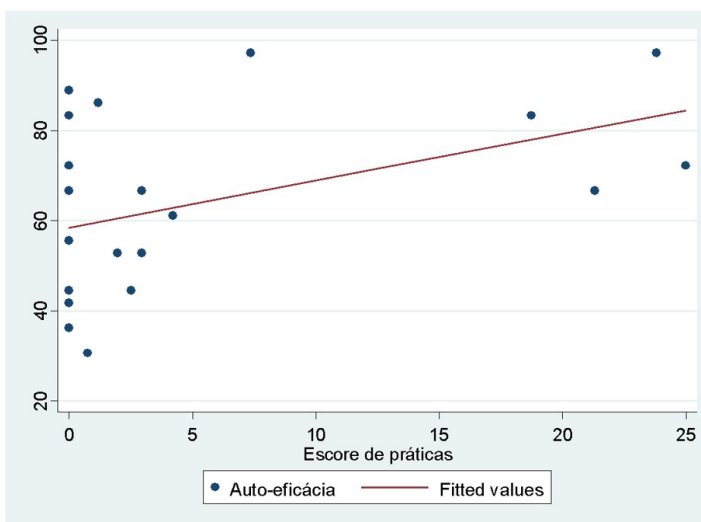
\*Teste ANOVA ajustado para categoria profissional ( $p = 0,004$ )

A pontuação média nos escores de conhecimento sobre o Guia dessas equipes foi de 83,07 (DP = 18,29); já no escore de autoeficácia para realizar orientações sobre alimentação

e nutrição baseadas no Guia Alimentar, foi de 63,36 (DP = 19,07). O escore de utilização das recomendações do Guia Alimentar na prática dos profissionais de saúde foi, em média, 4,33 (DP = 8,03). Encontrou-se correlação positiva e moderada entre escore de práticas dos profissionais e autoeficácia ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,03$ ). A correlação entre o nível de conhecimento dos participantes e o escore de práticas, apesar de positiva, foi fraca e não significativa ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,11$ ) (Figuras 1 e 2). Não houve variabilidade sociodemográfica na amostra, por isso não foram realizados ajustes nessas características.



**Figura 1.** Correlação entre conhecimento e escore de práticas dos profissionais de saúde. Jundiaí, Brasil, 2019



**Figura 2.** Correlação entre autoeficácia e escore de práticas dos profissionais de saúde. Jundiaí, Brasil, 2019

A média do escore de práticas no grupo de baixa autoeficácia foi de 1,03 (DP = 1,49), enquanto no grupo de elevada autoeficácia a média foi de 7,17 (DP = 10,16), tendo apresentado diferença significativa entre os dois grupos ( $p = 0,02$ ). Análise ajustada por categoria profissional mostrou média do escore de práticas no grupo de baixa autoeficácia de 3,40 ( $p = 0,059$ ; DP = 1,69) e de 5,13 ( $p = 0,004$ ; DP = 1,55) no grupo de elevada autoeficácia, tendo apresentado diferença significativa apenas no grupo de elevada autoeficácia.

## DISCUSSÃO

A intervenção educativa executada no ensaio comunitário controlado foi desenvolvida para promover o Guia em equipes multiprofissionais de APS e qualificá-los para implementar suas recomendações<sup>16-18</sup>. Os resultados aqui apresentados demonstram que a população deste estudo, após receber intervenção educativa, possuía conhecimento elevado sobre o conteúdo do Guia Alimentar e uma boa percepção de autoeficácia para orientar sobre alimentação e nutrição segundo as recomendações do Guia. No entanto, as recomendações sobre alimentação foram pouco evidenciadas na prática profissional.

Esses achados corroboram evidências de que o conhecimento sobre certo assunto, por si só, não gera mudanças de comportamento, uma vez que saber determinado conteúdo não representa necessariamente o incorporar à rotina de trabalho<sup>8</sup>. A aquisição de conhecimento para mudança de prática clínica, por exemplo, encontra barreiras para se efetivar, como volume de informações, tempo disponível e acesso a recursos<sup>20</sup>. Neste estudo, mesmo os participantes tendo demonstrado elevado conhecimento, isso não foi um fator determinante nas práticas.

O conhecimento em alimentação e nutrição é um dos atributos para o desenvolvimento da *food literacy*<sup>21</sup> e refere-se a informações adquiridas por meio de experiência ou de educação alimentar e nutricional. Uma revisão sobre o tema define que o conhecimento adquirido se relaciona a características intrínsecas do indivíduo e sugere que a aplicação desse atributo está associada a decisões de mudanças em âmbito pessoal/individual<sup>22</sup>. Considerando esse aspecto, isso pode ter contribuído para que o conhecimento sobre o Guia Alimentar nessa população não estivesse relacionado diretamente à aplicação na prática profissional.

Buscando compreender a eficácia de intervenções na tradução do conhecimento (do inglês, *knowledge translation*, termo usado quando a finalidade é estreitar a lacuna entre a evidência científica e o comportamento dentro do ambiente de prática) em prática de profissionais de saúde, uma revisão sistemática demonstrou resultados inconclusivos, dificultando a interpretação e a compreensão do processo que liga o “saber” e o “fazer”<sup>10</sup>.

No entanto, nesse estudo, a utilização das recomendações do Guia Alimentar na prática profissional obteve correlação moderada com autoeficácia, tendo sido a média no escoro de utilização das recomendações maior no grupo com mais nível de autoeficácia.

Uma revisão sistemática sobre fatores que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde com base em teorias sociais cognitivas verificou que a intenção e a crença sobre a capacidade – o que, neste estudo, poderia ser compreendido como AE – foram os fatores cognitivos mais associados à determinação de comportamentos. O conhecimento também esteve correlacionado ao comportamento, mas em menor grau, sugerindo que a confiança em desempenhar certa ação é mais determinante para a adoção do comportamento – ou prática – do que “saber” sobre determinado assunto<sup>8</sup>.

Ao encontro desses achados, estudos de intervenção demonstraram resultados satisfatórios relacionados à autoeficácia e à mudança de comportamento: programa aplicado a clínicos gerais (CG) demonstrou que o aprimoramento da “autoeficácia profissional” dos CG, previsto na intervenção, foi o primeiro passo para mudar a prática habitual e melhorar o gerenciamento da obesidade na prática geral<sup>23</sup>; intervenção com pediatras da APS para melhorar a autoeficácia e a qualidade do aconselhamento no manejo de peso demonstrou aumento expressivo na autoeficácia, na frequência e na qualidade do aconselhamento ofertado pelos médicos – evidenciando que o investimento em promover a confiança dos profissionais na orientação de pacientes parece ser uma maneira eficaz de impactar na conduta profissional<sup>24</sup>.

A generalização desses achados é limitada pelo pequeno tamanho amostral e pelo tempo de observação do desfecho. O conhecimento sobre determinado assunto precisa ser solidificado e ressignificado para ser posto em prática, exigindo tempo para tanto. Por esse motivo, o tempo de observação de um dia de cada categoria profissional pode ter sido limitante para verificar mudanças efetivas na atuação profissional.

Além disso, o tipo de comportamento a ser observado e o contexto da prática podem modular a adoção de comportamento<sup>8</sup>. Nesse estudo, a ampla diversidade de situações encontradas no contexto da APS, a multiplicidade de condicionantes e sintomas de saúde dos usuários e a alta demanda de casos a serem atendidos podem ter dificultado a incorporação

de orientações sobre alimentação saudável na rotina dos profissionais. Cabe salientar que essa configuração e esse modelo de atuação em equipe são recentes no Brasil, mais ainda no município em questão, portanto a dificuldade da adoção de uma abordagem de promoção de saúde esbarra na perpetuação de uma prática historicamente pautada no modelo médico assistencial<sup>25</sup>.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram que os profissionais da saúde possuíam alto nível de conhecimento técnico, entretanto isso não pareceu ser determinante das práticas profissionais. Por outro lado, níveis mais elevados de autoeficácia demonstraram estar correlacionados com a adoção de novas práticas profissionais. Tais resultados contribuem para o planejamento de ações que visam intervir em processos de formação e qualificação do trabalho de profissionais de saúde. Segundo esses achados, é importante focar em estratégias que estimulem o desenvolvimento da autoeficácia para desempenhar ações de promoção da alimentação saudável, para além da transmissão/aquisição do conhecimento. Sugere-se que estudos qualitativos sejam desenvolvidos para melhor explorar as características envolvidas no processo de mudança de comportamento de profissionais de saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais de saúde que voluntariamente participaram deste estudo e as agências financiadoras: o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [número de bolsa 409733/2016–4] que custeou os gastos relativos à coleta de dados e às taxas de publicação, o Centro Internacional de Pesquisa para o Desenvolvimento (IDRC) [concessão número 108166] que financiou a impressão dos materiais educacionais utilizados no estudo de intervenção e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que concedeu a bolsa de doutorado a primeira autora. As agências patrocinadoras não se envolveram nas etapas de concepção, análise, interpretação e redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Preparation and use of food based dietary guidelines. Nicosia, Cyprus: Joint FAO/WHO Consultation; 1996.
3. Delisle H, Shrimpton R, Blaney S, Du Plessis L, Atwood S, Sanders D, et al. Capacity-building for a strong public health nutrition workforce in low-resource countries. *Bull World Health Organ.* 2017;95(5):385-8. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.174912>. PMID:28479641.
4. Shrimpton R, du Plessis LM, Delisle H, Blaney S, Atwood SJ, Sanders D, et al. Public health nutrition capacity: assuring the quality of workforce preparation for scaling up nutrition programmes. *Public Health Nutr.* 2016 ago;19(11):2090-100. <http://dx.doi.org/10.1017/S136898001500378X>. PMID:26857753.
5. DiMaria-Ghalili RA, Mirtallo JM, Tobin BW, Hark L, Van Horn L, Palmer CA. Challenges and opportunities for nutrition education and training in the health care professions: intraprofessional and interprofessional call to action. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(5 Suppl):1184S-93S. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.113.073536>. PMID:24646823.
6. Mogre V, Scherpbier AJ, Stevens F, Aryee P, Cherry MG, Dornan T. Realist synthesis of educational interventions to improve nutrition care competencies and delivery by doctors and other healthcare professionals. *BMJ Open.* 2016 out;6(10):e010084. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010084>. PMID:27797977.
7. Thomas A, Menon A, Boruff J, Rodriguez AM, Ahmed S. Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: a scoping review. *Implement Sci.* 2014;9(1):54. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-9-54>. PMID:24885925.
8. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci.* 2008;3:36. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-3-36>. PMID: 18631386.

9. Vallis M, Lee-Baggley D, Sampalli T, Ryer A, Ryan-Carson S, Kumanan K, et al. Equipping providers with principles, knowledge and skills to successfully integrate behaviour change counselling into practice: a primary healthcare framework. *Public Health*. 2018;154:70-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.022>. PMID:29216495.
10. Scott SD, Albrecht L, O'Leary K, Ball GD, Hartling L, Hofmeyer A, et al. Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implement Sci*. 2012;7:70. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-70>. PMID:22831550.
11. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143-64. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198104263660>. PMID:15090118.
12. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychol Health*. 1998;13(4):623-49. <http://dx.doi.org/10.1080/08870449808407422>.
13. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract*. 2005 abr;6(2):148-56. <http://dx.doi.org/10.1177/1524839904266792>. PMID:15855284.
14. Bandura A. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008. 176 p.
15. Jaime PC, Tramontt CR, Gabe KT, Reis LC, Maia TM. Content validity of an educational workshop based on the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Rev Nutr*. 2018;31(6):593-602. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652018000600008>.
16. Tramontt CR, Jaime PC. Improving knowledge, self-efficacy and collective efficacy regarding the Brazilian dietary guidelines in primary health care professionals: a community controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):214. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01245-3>. PMID:33087054.
17. Tramontt CR, Maia TM, Baraldi LG, Jaime PC. Dietary guidelines training may improve health promotion practice: results of a controlled trial in Brazil. *Nutr Health*. 2021;27(3):347-56. <http://dx.doi.org/10.1177/0260106021996924>. PMID:33781125.
18. Reis L, Jaime PC. Measuring professional self and collective efficacy for dietary advice in Primary Health Care. *Nutr Health*. 2021 Mar;27(1):49-57. <http://dx.doi.org/10.1177/0260106020959595>. PMID: 33172345.
19. Reis LC, Jaime PC. Scale for evaluating food and nutrition education practices in Primary Health Care. *Rev Nutr*. 2020;33:e190231. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-9865202033e190231>.
20. Lang ES, Wyer PC, Haynes RB. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Ann Emerg Med*. 2007;49(3):355-63. PMID:17084943.
21. Truman E, Lane D, Elliott C. Defining food literacy: a scoping review. *Appetite*. 2017;116:365-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.007>. PMID:28487244.
22. Azevedo Perry E, Thomas H, Samra HR, Edmonstone S, Davidson L, Faulkner A, et al. Identifying attributes of food literacy: a scoping review. *Public Health Nutr*. 2017;20(13):2406-15. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980017001276>. PMID:28653598.
23. Sturgiss E, Haesler E, Elmitt N, van Weel C, Douglas K. Increasing general practitioners' confidence and self-efficacy in managing obesity: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2017;7(1):e014314. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014314>. PMID:28132016.
24. Welsh JA, Nelson JM, Walsh S, Sealer H, Palmer W, Vos MB. Brief training in patient-centered counseling for healthy weight management increases counseling self-efficacy and goal setting among pediatric primary care providers: results of a pilot program. *Clin Pediatr (Phila)*. 2015;54(5):425-9. <http://dx.doi.org/10.1177/0009922814553432>. PMID:25336443.
25. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp 2):16-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>.