

317

ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNIC EM JOVENS NO ALGARVE

*Maria Palma Mateus
e Pedro Graça*

**ESTILO DE VIDA,
ALIMENTAÇÃO
E SAÚDE**

ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO EM JOVENS NO ALGARVE

Maria Palma Mateus* e Pedro Graça**

* Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve;

** Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

RESUMO

A adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) está associada a taxas de morbidade e mortalidade mais baixas. A nível nutricional este padrão alimentar caracteriza-se por um consumo abundante de ácidos gordos monoinsaturados, sobretudo de ácido oleico, de fibras e de substâncias de origem vegetal com propriedades antioxidantes.

Embora os dados disponíveis sobre a adesão ao PAM em crianças e adolescentes em Portugal, ainda sejam limitados, estudos desenvolvidos em Espanha e na Grécia, evidenciam que os jovens estão a afastar-se das suas raízes mediterrânicas.

318

Os principais objetivos deste estudo consistiram na caracterização dos hábitos alimentares dos jovens do Algarve e avaliação do nível de adesão ao PAM através da aplicação do *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (Índice KIDMED).

Desenvolveu-se um questionário para obter informações sobre os hábitos alimentares dos jovens, entre os onze e os dezasseis anos de idade, que frequentavam as escolas do ensino público regular. Obteve-se uma amostra final de 276 jovens inquiridos. Destes, 52,5% apresentaram alta adesão ao PAM, 42,0% situavam-se no nível de adesão intermédia, e 5,4% apresentaram um nível de adesão baixo. No entanto, observou-se uma ingestão elevada de proteínas de origem animal, de lípidos ricos em ácidos gordos saturados e de açúcares.

Palavras-chave: hábitos alimentares, adesão dieta mediterrânica, crianças, adolescentes.

PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO EM PORTUGAL

Portugal apresenta características que lhe têm conferido um estatuto mediterrânico, destas destacam-se os seus hábitos alimentares tradicionais (Braga, 2008; Durão et al., 2008). No entanto, a alimentação dos portugueses, à semelhança do que se tem vindo a observar noutros países mediterrânicos (Alexandratos, 2006; Balanza *et al.*, 2007; da Silva *et al.*, 2009; Naska *et al.*, 2006; Vareiro *et al.*, 2009) tende a afastar-se da alimentação tradicional tipo mediterrânica.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, entre 2003 e 2008, as disponibilidades *per capita* dos produtos de origem animal (carnes, pescado e ovos) e de “Óleos e gorduras”, nomeadamente de gorduras de origem animal aumentaram, e as disponibilidades *per capita* de leguminosas, frutos e produtos hortícolas diminuíram.

ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A adesão ao PAM em crianças e adolescentes ainda está pouco explorada, muito embora os estudos que já existem apresentem o PAM como fator promotor de saúde, também nestas fases do ciclo de vida. Um estudo desenvolvido por investigadores espanhóis, que abrangeu uma amostra de 3166 indivíduos, de ambos os sexos, entre os seis e os vinte e quatro anos, demonstrou que o PAM constitui uma opção nutricionalmente rica para estas faixas etárias (Serra-Majem *et al.*, 2003), e com efeitos protetores em situações de asma e alergia em crianças (Chatzi *et al.*, 2007; de Batlle *et al.*, 2008; Garcia-Marcos *et al.*, 2007).

Embora os dados disponíveis sobre a adesão ao PAM em crianças e adolescentes, estejam atualmente a ser mais explorados, estudos já desenvolvidos em Espanha e na Grécia apresentam conclusões pouco animadoras, pois evidenciam que as crianças e os adolescentes estão a afastar-se das suas raízes alimentares mediterrânicas (Kárlen *et al.*, 2008; Kontogianni *et al.*, 2008; Lazarou *et al.*, 2009; Serra-Majem *et al.*, 2004).

OBJETIVO GERAL

Analisar a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) em jovens entre os onze e os dezasseis anos, na região do Algarve, através da aplicação do *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (índice KIDMED).

Objetivos específicos

- Caracterizar os hábitos alimentares e de consumo da população em estudo;
- Analisar a relação entre a adesão ao PAM e o sexo, a idade e os parâmetros antropométricos e pressão arterial dos jovens;
- Analisar a relação entre a adesão ao PAM e a ingestão nutricional dos jovens;
- Analisar os hábitos de consumo e alimentares do agregado familiar dos jovens.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo

É um estudo epidemiológico observacional, baseado em técnicas de análise quantitativas, de natureza descritiva e transversal.

População

A população a estudar foi constituída por jovens, de ambos os sexos, residentes no Algarve e que frequentavam escolas dos 2º e 3º ciclos da rede nacional do ensino público regular, do distrito de Faro, com idades compreendidas entre os onze e os dezasseis anos.

320

Instrumentos de recolha de dados

Para o presente estudo foi desenvolvido um questionário, que foi aplicado aos estudantes selecionados.

Questionário

O questionário A foi desenvolvido para ser aplicado aos estudantes das turmas selecionadas, era constituído por cinco partes (A, B, C, D e E), com um total de 154 questões, composto por oito páginas A4.

Parte A – Dados referentes aos hábitos alimentares dos jovens

Parte B – *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (Índice KIDMED)

O índice KIDMED é um questionário composto por dezasseis questões, que pretendem analisar o consumo diário e a frequência de consumo de alguns alimentos, e foi originalmente desenvolvido para avaliar o nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico de crianças e adolescentes espanhóis, entre os dois e os vinte e quatro anos de idades. A estas questões está atribuída uma pontuação de +1 ou -1, em função da sua concordância

com o PAM. A soma dos valores obtidos varia numa escala entre 0 e 12 e permite classificar a adesão ao PAM em três níveis: nível 1 – alta adesão (>8); nível 2 – adesão intermédia (4 - 7) e nível 3 – baixa adesão (≤ 3) (Bach *et al.*, 2006; Serra-Majem *et al.*, 2004).

No Quadro 1, apresenta-se a tradução para a língua portuguesa do índice KIDMED, utilizada no questionário.

Quadro 1 – Tradução final do índice KIDMED para a língua portuguesa

Índice KIDMED	
+1	Consomes uma fruta ou sumo de fruta todos os dias
+1	Consomes uma segunda fruta todos os dias
+1	Consomes produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, pelo menos uma vez por dia
+1	Consomes produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, mais de uma vez por dia
+1	Consomes peixe regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)
-1	Frequentas, mais de uma vez por semana, restaurantes de "fast-food" (hambúrguer)
+1	Consomes leguminosas, mais de uma vez por semana
+1	Consomes massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)
+1	Consomes cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc) ao pequeno-almoço
+1	Consomes frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, etc) regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)
+1	Usas azeite em casa
-1	Costumas tomar o pequeno-almoço
+1	Consomes lactínios (leite, iogurte, etc) ao pequeno-almoço
-1	Consome produtos confeccionados ou pastelaria ao pequeno-almoço
+1	Consomes 2 iogurtes e/ou queijo (40g) diariamente
-1	Consomes doces ou guloseimas várias vezes por dia

321

Adaptado de Serra-Majem *et al.* (2004)

Parte C - Prática de atividade física dos jovens

Parte D - Dados sociodemográficos dos jovens e do agregado familiar

Parte E - Dados antropométricos e pressão arterial

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das amostras

Dos 276 estudantes que constituíram a amostra final, 50,2% (n= 139) eram do sexo masculino e 49,8% (n= 137) eram do sexo feminino. A idade média dos estudantes que constituíram a amostra era de $13,3 \pm 1,3$ anos, apresentando uma distribuição relativamente homogénea para as faixas etárias entre os doze e os catorze anos sendo, que a maior parte da amostra se situava na faixa etária dos catorze anos (25%). Quanto à origem dos estudantes, 74,6% eram do Algarve, 13,7% eram de outras regiões de Portugal e 11,7 % eram de origem estrangeira. A maioria dos estudantes (55,7%) frequentava escolas situadas em meios predominantemente rurais, e 44,3% frequentavam escolas situadas em meios predominantemente urbanos.

Estado nutricional dos adolescentes

Dados antropométricos

322 O peso médio dos estudantes foi de $53,45 \pm 12,60$ Kg. A estatura média foi de $1,59 \pm 0,094$ m. Quanto ao perímetro da cintura (PC) o valor médio foi de $73,34 \pm 10,6$ cm.

Excesso de peso e obesidade

Para o estudo das prevalências de pré-obesidade e de obesidade, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) através da análise quantitativa numérica, com os valores reais obtidos, e a sua categorização, de acordo os critérios da *International Obesity Task Force* (IOFT), segundo as curvas de classificação de magreza, pré-obesidade e obesidade de Cole e col. (Cole *et al.*, 2000a; Cole *et al.*, 2000b). O IMC médio dos inquiridos foi de $21,02 \pm 3,81$ Kg/m².

Da análise do IMC por categorias verificou-se que 24,3% dos estudantes se encontrava na categoria de pré-obesidade e 5,1% estava na categoria de obesidade, pelo que pode afirmar-se que 29,4% do total dos casos observados apresentava excesso de peso. De realçar que 66,7% dos estudantes se encontrava na categoria de normoponderal (Cole *et al.*, 2000 a), e 4,0% apresentavam baixo peso, de acordo com a classificação de Cole e col. para a definição de magreza em crianças e adolescentes (Cole *et al.*, 2000 b).

No conjunto dos resultados, a prevalência de pré-obesidade e de obesidade, nos adolescentes algarvios, apresentou um valor de 29,4%, superior ao da média nacional de 27,8%, apresentada num estudo recente desenvolvido por Miranda e col. (2010), o que não deixa de ser um facto preocupante, tendo em conta que o excesso de peso em idades jovens está associado a uma tendência acrescida para desenvolver obesidade na idade adulta, estima-se que 80% dos jovens obesos sejam adultos obesos e, com o surgimento de problemas de saúde, ainda em idades pediátricas. Estas complicações de saúde tendem a conduzir a risco de desenvolvimento de complicações metabólicas, como a hipertensão arterial, a hiperlipidemia e resistência à insulina/hiperinsulinemia que estão associados a risco acrescido de desenvolvimento de doenças cérebro e cardiovasculares na vida adulta (Cali *et al.*, 2008; Ricco *et al.*, 2010; Rodriguez *et al.*, 2004).

Adesão ao padrão alimentar mediterrânico

A adesão ao padrão alimentar mediterrânico foi analisada com recurso ao *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (Índice KIDMED); numa primeira abordagem analisaram-se as respostas obtidas na forma como foram apresentadas aos estudantes, como se encontra representado no Quadro 2.

323

Das respostas obtidas destacaram-se positivamente o consumo, de pelo menos, uma peça de fruta ou um sumo de fruta por dia (81,5%); o consumo de produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, pelo menos uma vez por dia (78,6%); o consumo regular de peixe (70,3%); o consumo de cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc) ao pequeno-almoço (85,1%); a utilização de azeite em casa (91,3%) e o hábito de tomar o pequeno-almoço (88%), assim como o consumo de lacticínios a esta refeição (86,2%).

Negativamente destacaram-se o baixo consumo de uma segunda fruta por dia e o consumo de produtos hortícolas, mais de uma vez por dia, com 48,9% e 45,7%, respetivamente. O consumo de frutos oleaginosos também se destacou pelo baixo consumo (77,2%), estes alimentos são excelentes fontes de lípidos monoinsaturados (amêndoas e avelãs) e polinsaturados (nomeadamente, as nozes ricas em ácidos gordos ómega 3), vitaminas (vitamina E e ácido fólico), minerais, fibra e substâncias com propriedades

antioxidantes, podem constituir uma boa opção para uma refeição intermédia (Bach-Faig *et al.*, 2011). O consumo destes frutos tem sido associado a benefícios evidentes para a saúde cardiovascular (Márquez-Sandoval *et al.*, 2008).

Quadro 2 – Respostas dos inquiridos ao KIDMED

	NÃO		SIM	
	N	%	N	%
Consumes uma fruta ou sumo de fruta todos os dias	51	18,5%	225	81,5%
Consumes uma segunda fruta todos os dias	141	51,1%	135	48,9%
Consumes produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, pelo menos uma vez por dia	59	21,4%	217	78,6%
Consumes produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, mais de uma vez por dia	150	54,3%	126	45,7%
Consumes peixe regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)	82	29,7%	194	70,3%
Frequentas, mais de uma vez por semana, restaurantes de “fast-food” (hambúrguer)	245	88,8%	31	11,2%
Consumes leguminosas, mais de uma vez por semana	92	33,3%	184	66,7%
Consumes massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)	91	33,0%	185	67,0%
Consumes cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc) ao pequeno-almoço	41	14,9%	235	85,1%
Consumes frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, etc) regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)	213	77,2%	63	22,8%
Usas azeite em casa	24	8,7%	252	91,3%
Costumas tomar o pequeno-almoço	33	12,0%	243	88,0%
Consumes laticínios (leite, iogurte, etc) ao pequeno-almoço	38	13,8%	238	86,2%
Consumes produtos confeccionados ou pastelaria ao pequeno-almoço	216	78,3%	60	21,7%
Consumes 2 iogurtes e/ou queijo (40g) diariamente	151	54,7%	125	45,3%
Consumes doces ou guloseimas várias vezes por dia	223	80,8%	53	19,2%

324

Os níveis de adesão ao padrão alimentar mediterrânico segundo os critérios preconizados pelos autores do KIDMED (Serra-Majem *et al.*, 2004), podem ser observados no Quadro 3.

A maioria (52,5%) dos estudantes situaram-se no nível “alta adesão”, no nível de “adesão intermédia” situaram-se 42,0% dos estudantes, e 5,4% apresentaram um nível de “adesão baixo”.

Quadro 3 – Nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico pelo KIDMED

NÍVEL DE ADESÃO	FREQUÊNCIA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Alta adesão	145	52,5
Adesão intermédia	116	42,0
Baixa adesão	15	5,4
Total(n)	276	100,0

Embora os resultados obtidos revelem um nível de “adesão intermédio” relativamente alto, revelaram-se mais positivos que os obtidos em estudos desenvolvidos na Grécia, que apresentaram níveis de “adesão baixa”, comparáveis ao nível de “adesão alta”, obtido no presente estudo (Farajian *et al.*, 2011; Kontogianni *et al.*, 2008; Lazarou *et al.*, 2009 ; Tsartsali *et al.*, 2009). Noutro estudo também grego, encontraram-se níveis de adesão ao KIDMED mais elevados (27,9%, 43,8% e 28,3%, para os níveis de adesão baixa, intermédia e alta, respetivamente) (Chatzi *et al.*, 2007), mas ainda assim inferiores aos obtidos para os jovens algarvios.

325

Os níveis de adesão ao KIDMED, na Espanha aproximam-se mais dos resultados obtidos no presente estudo (Ayechu Díaz *et al.*, 2010; Mariscal-Arcas *et al.*, 2009; Serra-Majem *et al.*, 2004), com exceção de um estudo realizado em Pamplona, cujos resultados no nível de adesão mais alto, foram de 6,7% (Ayechu Díaz *et al.*, 2010).

KIDMED nas escolas estudadas

A adesão ao *KIDMED* nas escolas selecionadas para o presente estudo, revelou que as escolas com nível de adesão mais elevado, foram as E B 2,3 Dr. Joaquim Magalhães, em Faro, com 67,9%, seguida da escola E B 2,3 Dr. Neves Júnior, em Faro, seguidas da escola secundária de Vila Real de Santo António. Estas escolas situavam-se em meio urbano, pelo que resolveu analisar-se também a adesão ao *KIDMED*, pela localização sociodemográfica das escolas. Tendo-se verificado que as escolas localizadas em meio rural apresentavam uma proporção significativamente mais baixa do que o esperado de estudantes com

“alta adesão” (46,8%) e as escolas localizadas em meio urbano apresentaram uma proporção mais elevada de “alta adesão” maior do que o esperado (59,8%). A relação entre os níveis de adesão e a localização das escolas revelou-se estatisticamente significativa, $\chi^2(2) = 8,652$; $p=0,013$.

Em função deste resultado, resolveu-se também analisar-se a relação entre a escolaridade dos pais e a localização demográfica das escolas, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre os inquiridos de escolas do meio urbano e do meio rural, relativamente ao nível de escolaridade da mãe ($\chi^2(4) = 22,535$, $p < 0,0001$) e do pai ($\chi^2(4) = 9,493$, $p = 0,04$). Registou-se uma maior prevalência de estudantes em escolas de meio urbano com pais com o ensino superior completo.

CONCLUSÕES

Estado nutricional

O IMC médio da amostra foi de $21,02 \pm 3,81$ Kg/m². No conjunto dos resultados, a prevalência de pré-obesidade e de obesidade, nos jovens algarvios, apresentou um valor de 29,4%, superior ao da média nacional que é de 27,8%.

- 326 Para o perímetro da cintura observou-se uma distribuição para os percentis acima de 95, de 13,0% para o sexo masculino e 14,1% para o sexo feminino.

Adesão ao padrão alimentar mediterrânico

A adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico dos jovens algarvios, de acordo com os níveis de adesão estabelecidos pelo *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (KIDMED), foi de 52,5% para o nível “alta adesão”, 42% para “adesão intermédia” e 5,5% para “baixa adesão”.

A relação entre as categorias de IMC, os percentis do perímetro da cintura e os níveis de adesão ao KIDMED, não apresentou relações estatisticamente significativas.

Quanto ao nível de adesão ao KIDMED e a localização sociodemográfica das escolas (meio rural e meio urbano), verificou-se que a relação entre os níveis de adesão e a localização das escolas era estatisticamente significativa, com as escolas localizadas em meio urbano a apresentarem uma proporção mais elevada de “alta adesão” maior do que a esperada.

A escolaridade dos pais, em função da localização das escolas também evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes de escolas do meio urbano e do meio rural relativamente ao nível de escolaridade da mãe e do pai. Estes resultados mostram que poderá haver uma relação entre o nível de escolaridade dos pais e adesão ao KIDMED.

Os resultados obtidos demonstram a necessidade de alargar e aprofundar as pesquisas sobre os hábitos alimentares, o estilo de vida tradicionais e a influência da organização socioeconómica atual no quotidiano dos algarvios e a sua relação com a saúde da população.

REFERÊNCIAS

- Alexandratos, N. (2006). The Mediterranean diet in a world context. *Public Health Nutrition*, **9**(1a): 111-117.
- Ayechu Díaz, A, & Durá Travé, T. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *An. Sist. Sanit. Nava*. **33**(1): 35-42.
- Bach, A., Serrra-Majem, L., Carrasco, L., Blanca, R., Ngo, J., Isabel, B. (2006). The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public Health Nutrition*. **9**(1A): 132-146. 327
- Balanza, R., Garcia-Lorda, P., Pérez-Rodrigo, C., Aranceta, J., Bonet, MB., Salas-Salvador, J. (2007). Trends in food availability determined by the Food and Agriculture Organization's food balance sheets in Mediterranean Europe in comparison with other European areas. *Public Health Nutrition*. **10**(02): 168-176.
- Braga, ID. (2008). As cristãs novas e as práticas e interditos alimentares judaicos no Portugal moderno. *Caderno Espaço Feminino*. **20**(2): 31-56.
- Cali, A., Caprio, S. (2008). Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Endocrinol Metab*. **93**(11S1): s31-36.
- Chatzi, ., Apostolaki, G., Bibakis, I., Skypala, I., Bibaki-Liakou, V., Tzanakis, N., Cullinan, P. (2007). Protective effect of fruits, vegetables and the Mediterranean diet on asthma and allergies among children in Crete. *Thorax*. **62**: 677-683.
- Cole, T., Bellizzini, C., Flegal, K., Dietz, W. (2000 a). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*. 1179-1184.

- Cole, T., Flegal, K., Nicholls, D., Jackson, A. (2000 b). Body mass index cut off to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*. 1185-1191.
- da Silva, R., Bach-Faig, A., Raidó Quintana, B., Buckland, G., Vaz de Almeida, MD., Serra-Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutrition*. **12**(9A): 1676-1684.
- de Batlle, J., Garcia-Aymerich, J., Barraza-Villarreal, A., Antó, J., Romieu, I. (2008). Mediterranean diet is associated with reduced asthma and rhinitis in Mexican children. *Allergy*. **63**(10): 1310-1316.
- Durão, C., Oliveira, J., de Almeida, MD. (2008). Portugal e o Padrão Alimentar Mediterrânico. *Revista de Alimentação Humana*. **14**(3): 115-128.
- Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, G., Kastorini, C., Panagiotakos, D., Zampelas, A. (2011). Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: The GRECO study. *Atherosclerosis*. **217**(2): 525-530.
- 328 Garcia-Marcos, L., Canflanca, M., Garrido, J., Varela, A., Garcia-Hernandez, G., Grima, F., Blanco-Quiros, A. (2007). Relationship of asthma and rhinoconjunctivitis with obesity, exercise and Mediterranean diet in Spanish schoolchildren. *Thorax*. **62**: 503-508.
- Kárlen, J., Lowert, Y., Chatziarsenis, K., Falth-Magnusson, Faresjo, T. (2008). *Are children from Crete abandoning a Mediterranean diet?* 8. Acedido em 11 de julho de 2012, no Web site: <http://www.rrh.org.au>
- Kontogianni, M., Vidra, N., Farmaki, A., Koinaki, S., Belogianni, K., Sofrona, S., Yannakoulia, M. (2008). Adherence Rates to the Mediterranean Diet Are Low in a Representative Sample of Greek Children and Adolescents. Acedido em 27 de julho de 2012, no Web site: jn.nutrition.org
- Lazarou, C., Panagiotakos, D., Matalas, AL. (2009). Level of adherence to the Mediterranean diet among children from Cyprus: the CYKIDS study. *Public Health Nutrition*. **12**(07): 991-1000.
- Mariscal-Arcas, M., Rivas, A., Velasco, J., Ortega, M., Caballero, A., Olea-Serrano, F. (2009). Evaluation of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in children and adolescents in Southern Spain. *Public Health Nutrition*. **12**(09): 1408-1412.

- Miranda, A., Araújo, J., Lopes, C., Ramos, E., Alarcão, V., Santos, O., Galvão-Teles, A. (2010). Prevalência de obesidade infantojuvenil e escolaridade parental – resultados do EPOBiA. Acedido em 27 de julho de 2012, no Web site: http://www.onocop.pt/site/artigos_onocop.html
- Naska, A., Fouskakis, D., Oikonomou, E., Almeida, MD., Berg, M., Gedrich, K., Trichopoulou, A. (2006). Dietary patterns and their sociodemographic determinants in 10 European countries: data from the DAFNE databank. *European Journal of Clinical Nutrition*. **60**: 181-190.
- Ricco, C., Ricco, G., Almeida, C., Ramos, A. (2010). Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. *Revista Paulista de Pediatria*. **28**: 320-325.
- Rodriguez, G., Moreno, L., Blay, M., Blay, A., Garagorri, J., Sarria, A., Bueno, M. (2004). Body composition in adolescents: measurements and metabolic aspects. *Int J Obes Relat Metab Disord*. **28**(S3): S54-S58.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R., Garcia, A., Pérez-Rodrigo, C. , Aranceta, J. (2004). Food, youth and Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*. **7**(7): 931-935.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Garcia, A., Perez-Rodrigo, C., Aranceta, J. (2003). Nutrient adequacy and Mediterranean Diet in Spanish school children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*. **57**(9): S35.
- Tsartsali, P., Thompson, Janice L., Jago, R. (2009). Increased knowledge predicts greater adherence to the Mediterranean diet in Greek adolescents. *Public Health Nutrition*. **12**(02): 208-213.
- Vareiro, D., Bach-Faig, A., Raidó Quintana, B., Bertomeu, I., Buckland, G., Vaz de Almeida, MD., Serra-Majem, L. (2009). Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four decades: comparison of several geographical areas. *Public Health Nutrition*. **12**(9A): 1667-1675.