

Hábitos alimentares em crianças e jovens: nível de adesão à Dieta Mediterrânica

Martins, E.¹; Mendes, F.²; & Fernandes, R.³

Resumo — Pretende-se com este estudo explorar os hábitos alimentares de crianças e jovens, nomeadamente o nível de adesão à Dieta Mediterrânica, em função da idade e zona geográfica. Participaram neste estudo 68 crianças e jovens (entre os 6 e os 16 anos) provenientes dos distritos de Lisboa e Viseu. Na avaliação do nível de adesão à Dieta Mediterrânica foi utilizado o KIDMED – *Mediterranean Diet Quality Index*. Os dados foram analisados com recurso ao software estatístico SPSS 20, assumindo como valor de referência o grau de confiança de 95%. Para além das análises descritivas, procedeu-se à exploração de correlações entre variáveis e testes de hipóteses. À semelhança de outros estudos (Santos, 2003; Serra-Majem et al., 2004), a maioria dos sujeitos situa-se nos níveis médio e elevado de adesão à Dieta Mediterrânica. Constatou-se uma correlação moderada negativa e estatisticamente significativa entre a idade e o resultado total do KIDMED. Os resultados em função da zona geográfica de residência evidenciam níveis inferiores de adesão à Dieta Mediterrânica nas crianças e jovens da região de Lisboa. Estes resultados revelam-se importantes, porquanto podem sustentar a necessidade de intervenções específicas de âmbito nutricional, com vista à prevenção de problemas relacionados com o excesso de peso e obesidade.

Palavras-chave — crianças; jovens; dieta mediterrânica.



1 – INTRODUÇÃO

É hoje, sobejamente, conhecido, o relevo que o comportamento alimentar e os hábitos de prática de actividade física e/ou desportiva assumem na qualidade de vida das pessoas (Dosil, 2004). Porém, sabemos igualmente, que os maus hábitos alimentares, conjuntamente

¹ Escola Superior de Educação de Viseu – emiliamartins@esev.ipv.pt

² Escola Superior de Educação de Viseu – fmendes@esev.ipv.pt

³ Escola Superior de Educação de Viseu – rosina@esev.ipv.pt

com uma vida sedentária, têm vindo, cada vez mais, a enraizar-se na população em geral e, também, na população portuguesa.

Num momento em que o quotidiano se rende às exigências da globalização e da competitividade que lhe está associada, as vidas apressadas começam a interferir em hábitos associados à qualidade de vida, como é o caso do espaço, tempo e qualidade da refeição. É assim que, frequentemente, comer acontece no trajecto para a escola ou trabalho, ou no intervalo de duas reuniões, ou a escolha do restaurante tem como critério principal o tempo de espera. Até os horários escolares se confinaram ao intervalo mínimo para o almoço, perdendo-se o importante hábito de “ir comer a casa”, característico dos meios mais pequenos. Acrescem as dificuldades inerentes à falta de tempo para cozinhar, pelo que só uma tarefa suplementar da imaginação consegue fazer face à tentação da facilitação permitida pela *fast food*, que não é mais do que *junk food*. Com efeito, comida rápida não significa, necessariamente, comida de má qualidade e valor nutricional, como é o caso da alimentação importada do lado de lá do Atlântico (EUA).

Estas alterações do padrão alimentar estão associadas a problemas de saúde vários e, muitas vezes, em relação, tais como a obesidade, colesterol, hipertensão, doenças do esqueleto e cardiovasculares, cancro, etc. (Lazarou, Panagiotakos, & Matalas, 2009). O aumento desmedido de peso, ou dietas restritivas, por exemplo, podem conduzir ainda a distúrbios do comportamento alimentar, como a anorexia e bulimia, sobretudo nos jovens. É por todas estas razões que comer, não obstante ser um comportamento obrigatório com vista à satisfação de uma necessidade básica, fornecendo às nossas células os nutrientes necessários para a sua sobrevivência e bom funcionamento, pode tornar-se um comportamento de risco para o organismo. Neste contexto, é necessário saber o que fazer, ou seja, o que e como comer. As inúmeras potencialidades da gastronomia garantem-nos um leque rico e variado de opções alimentares, à medida de todos os gostos e dos vários estilos e padrões de vida. O segredo está mesmo na educação alimentar e nos seus efeitos.

A dieta mediterrânica (DM) tem sido apontada, em estudos epidemiológicos, como um importante padrão alimentar associado à saúde, ajudando a prevenir doenças e facilitando o aumento da esperança de vida (Santos, Graça, Sancho, Oliveira, & Beato, s.d.; Serra-Majem et al., 2004; Trichopoulou, Bamia, & Trichopoulos, 2009). Tradicionalmente (décadas de 50-60 do séc. XX), a dieta mediterrânica tem por base hábitos alimentares da Grécia e Sul de Itália, mas apresenta variações noutros países europeus meridionais, ocidental asiático e costa do Norte de África (Lopes, 2012). Destacam-se, entre as características deste modelo

alimentar, o consumo abundante de alimentos de origem vegetal (produtos hortícolas, fruta, cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos); de produtos frescos da região, pouco processados e sazonais; a utilização do azeite como principal fonte de gordura; o consumo baixo a moderado de laticínios, sobretudo de queijo e iogurte; a baixa ou pouca frequência de ingestão de carnes vermelhas; a frequência no consumo de pescado e a baixa ou moderada ingestão de vinho, principalmente às refeições (Serra-Majem, et al., 2004). Deste modo, a DM constitui-se como um modelo completo e equilibrado, enquanto importante fonte de ácidos gordos insaturados (a partir do azeite), ácido oleico e ómega 3 (pescado e frutos secos), o que, concomitantemente a um baixo consumo de ácidos gordos saturados e *trans* das carnes vermelhas, é importante para a saúde cardio vascular e cerebral (Matinez-Gonzalez et al., 2009; Trichopoulou, 2003; Trichopoulou, Bamia, & Trichopoulos, 2005; Willett, 2006). Também, a riqueza em vitaminas, minerais e substâncias com elevado potencial antioxidante provenientes dos produtos hortícolas, fruta, leguminosas frescas e ervas aromáticas, contribuem para diminuir o risco de doenças neuro-degenerativas, cardio e cerebrovasculares e de vários tipos de cancro (Scarmeas et al., 2009; Sofi, Cesari, Abate, Gensini, & Casini, 2008). De acordo com Lopes (2012), os cereais pouco refinados (trigo e arroz, principalmente), a batata e as leguminosas, são boas fontes alimentares de hidratos de carbono complexos e calorías, bem como o elevado consumo de produtos vegetais em alternativa aos de origem animal servem uma distribuição equilibrada do balanço energético diário (55 a 60% da energia diária é proveniente dos hidratos de carbono, 25 a 30% dos lípidos e 10 a 15% da proteína). Às vantagens nutricionais desta dieta, podemos acrescentar a simplicidade de uma cozinha que tem por base sopas, cozidos, ensopados e caldeiradas, com utilização de hortícolas e leguminosas e quantidades modestas de carne, condimentada com cebola, alho e ervas aromáticas (Valagão, 2011).

Não obstante as vantagens deste padrão alimentar, ele próprio não tem resistido aos reflexos de mudanças culturais e de estilos de vida, revelando alterações no sentido de diminuir a ingestão calórica, aumentar o consumo de alimentos com baixa densidade nutricional e modificar técnicas de processamento, com impacto negativo em termos de aporte vitamínico e de antioxidantes, aumento na proporção de gorduras saturadas, diminuição da ingestão de fibras, etc. (Serra-Majem, et al., 2004).

Urge intervir de modo a modificar, mas sabemos que comportamentos e hábitos enraizados demoram décadas a alterar, sobretudo se o movimento for contra corrente, como acontece com os comportamentos alimentares. As crianças e jovens tornam-se, assim, uma população de intervenção por excelência, não só pela precocidade da intervenção, como ainda

pela capacidade de influência que podem exercer sobre os mais velhos, justificando o investimento da investigação no domínio do diagnóstico. É neste quadro que se insere o estudo ora apresentado, com vista a avaliar a adequação da alimentação de crianças e jovens, do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico, à DM. “Importa pois preservar e promover este modo de vida, que para além de ser uma forma saudável de comer abrange a história, a cultura e arte de bem viver dos povos que a partilham” (Lopes, 2012, p.1).

Entre a investigação que tem sido realizada com o KIDMED – *Mediterranean Diet Quality Index*, destacamos três estudos efectuados em contextos distintos, como sejam Chipre (Lazarou, Panagiotakos, & Matalas, 2009), Espanha (Serra-Majem, et al., 2004) e Portugal (Santos, et al., s.d.). O primeiro chegou a resultados de 6,7% de nível de adesão baixo e 37% elevado, em 1580 alunos da escola primária, entre os 9 e os 13 anos. Quanto ao estudo realizado com 3850 crianças e jovens espanhóis (2-24 anos), obtiveram-se percentagens médias de adesão muito favoráveis (49,4%, nível médio e 46,6% elevado) e apenas 2% de nível baixo. Realçam-se, ainda, diferenças em função da zona geográfica, com vantagem para a submostra do Nordeste (52,2% de nível elevado), comparativamente ao Norte (37,5% de nível elevado) e para as grandes cidades, o mesmo acontecendo para o nível socioeconómico (médio e elevado com melhores padrões de adesão à DM). O género e idade não se revelaram discriminatórios. O estudo português foi realizado em Tavira, utilizando uma amostra de 1952 crianças e jovens, dos 3 aos 16 anos e os resultados foram inferiores aos do estudo anterior, uma vez que no padrão baixo de adesão se encontraram 12,7% dos sujeitos, 63% no nível médio e 24,1% no nível elevado. O nível de escolaridade da amostra revelou-se importante, na medida em que os da pré-escolar e 1º ciclo diferiram significativa e favoravelmente dos restantes (37,7% de adesão elevada versus 13,9% e 16,4%, respectivamente nos 2º e 3º ciclos). Destacam-se, também, as variáveis nível de instrução dos pais (baixo, médio e elevado) e nível ocupacional dos pais (elevado, médio e baixo). Com efeito, os níveis de adesão favorecem os filhos de pais com maior instrução (35%, 27,7% e 26,8%, correspondem aos valores de adesão elevada à DM, nos três níveis da variável considerados). Igualmente, a ocupação dos pais parece influenciar os resultados, uma vez que profissões de maior estatuto correspondem a níveis de adesão superiores (30,2%, 22,4% e 19,7%, para baixo, médio e elevado).

2 - MÉTODO

2.1- Participantes

A amostra, de conveniência, ficou constituída por 68 crianças e jovens (42 do género feminino e 23 do género masculino) com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos ($M=11.46\pm 2.08$).

A distribuição por nível de escolaridade revela que a maioria dos participantes frequenta o 2º ciclo do ensino básico (52.3%), seguindo-se o 3º ciclo com 27.7% da amostra e, finalmente, 20% no 1º ciclo. Relativamente às habilitações académicas dos pais, verifica-se que 40% da amostra se situa ao nível do 3º ciclo, 24% apresenta o 2º ciclo e 22% o ensino secundário, com uma minoria ao nível do 1º ciclo (8%) e ensino superior (6%). No que concerne ao nível de escolaridade das mães, 26.7% possui habilitações ao nível do ensino secundário, 23.3% ao nível do 3º ciclo, 20% ao nível do 2º ciclo, e mais uma vez, os valores mais baixos situam-se no 1º ciclo e ensino superior (15% em cada).

A média de idades dos pais é ligeiramente superior ($M=43.02\pm 5.16$) à das mães ($M=40.95\pm 5.10$), variando entre 32 e 53 nos pais e 29 e 51 nas mães.

As crianças e jovens da amostra são provenientes de duas regiões do país: distrito de Lisboa (23.5%) e distrito de Viseu (76.5%).

2.2- Material

O instrumento de preenchimento assistido utilizado para avaliação do nível de adesão à DM foi o KIDMED – *Mediterranean Diet Quality Index*. A primeira parte do instrumento inclui questões de natureza sócio-demográfica (género, idade, zona de residência e caracterização do agregado familiar).

O índice de adesão à DM constitui a segunda parte do instrumento e é avaliado através de 16 questões de resposta dicotómica (sim/não). Este instrumento foi desenvolvido com base nos princípios que suportam o padrão alimentar mediterrânico e aqueles que o deterioram (Serra-Majem, et al., 2004). Os resultados finais podem variar entre 0 e 12 pontos, sendo que cada resposta afirmativa implica a soma de 1 ponto e os itens com uma conotação negativa relativamente à DM, implicam a subtracção de 1 ponto. O somatório final é categorizado em três padrões de adesão à DM: baixa (≤ 3), média (4 a 7) e elevada (≥ 8).

2.3 – Procedimento

O instrumento foi aplicado depois de efectuados os contactos pessoais necessários à recolha de dados. Atendendo à idade dos participantes, foi assinado pelos encarregados de

educação um consentimento informado, com indicações relativas ao objectivo do estudo e natureza voluntária da sua participação, garantindo-se a confidencialidade e anonimato das respostas dos seus educandos. O tempo total necessário para o preenchimento do instrumento foi de aproximadamente 15 minutos. Os dados foram recolhidos em Janeiro de 2012.

3 - ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados foram analisados com recurso ao software estatístico SPSS 20, adoptando-se o grau de confiança de 95%, valor de referência em estudos da área das Ciências Sociais e Humanas. As primeiras análises centraram-se na verificação da normalidade ao nível da variável dependente, nomeadamente o somatório total do índice de adesão à DM. Tomou-se como critério de referência, para considerar a distribuição normal, o nível de significância superior a .05 no teste de *Kolmogorov-Smirnov* e, uma vez que se verificou a violação deste pressuposto, optou-se pela utilização de técnicas não paramétricas. Foram realizadas análises descritivas relativas ao nível de adesão, exploração de correlações entre variáveis e os testes de hipóteses adequados.

Verificou-se que 50% dos participantes se situa no nível médio de adesão e 47.1% no nível elevado, enquanto que apenas 2.9% da amostra apresentou resultados baixos neste índice. A média do resultado total no KIDMED é de 7.19 (± 1.96). As análises descritivas por item do questionário são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Frequências das respostas aos itens do KIDMED

Itens KIDMED	N	Não (%)	Sim (%)
1. Comes uma peça de fruta ou bebes um sumo de fruta todos os dias?	68	20.6	79.4
2. Comes uma segunda peça de fruta, todos os dias?	68	63.2	36.8
3. Comes vegetais crus (alface, tomate...) ou cozinhados (bróculos cozidos, couve branca salteada...), regularmente uma vez por dia?	68	41.2	58.8
4. Comes vegetais crus (alface, tomate...) ou cozinhados (bróculos cozidos, couve branca salteada...), mais do que uma vez por dia?	68	73.5	26.5
5. Comes peixe com regularidade (pelo menos 2 a 3 vezes por semana)?	68	26.5	73.5
6. Vais uma ou mais vezes por semana a restaurantes de <i>fast food</i> (ex. hamburguers, cachorros...)?	68	13.2	86.8
7. Gostas de comer leguminosas (feijão, grão...). Comes mais do que uma vez por semana?	68	33.8	66.2
8. Comes diariamente arroz ou massa (5 ou mais vezes por semana)?	68	7.4	92.6
9. Ao pequeno-almoço comes cereais ou derivados (pão...)?	68	14.7	85.3
10. Comes frutos secos (nozes, amendoins, amêndoas...) pelo menos 2 a 3 vezes por semana?	68	73.5	26.5
11. Em tua casa, utilizam azeite?	68	2.9	97.1
12. Habitualmente não tomas o pequeno-almoço?	68	27.9	72.1
13. Ao pequeno-almoço costumavas comer leite ou derivados (iogurte, queijo...)?	68	7.4	92.6

14. Comes bolos ao pequeno-almoço?	68	5.9	94.1
15. Comes diariamente 2 iogurtes e/ou 40g de queijo?	68	48.5	51.5
16. Comes doces e guloseimas várias vezes ao dia?	68	20.6	79.4

Salientam-se como aspectos menos positivos: a elevada percentagem relativa ao consumo de *fast food* (86.85%); o consumo diário de vegetais em apenas 58.8 % da amostra; o baixo consumo de frutos secos (26.5%); a percentagem elevada de crianças e jovens que não toma o pequeno-almoço (72.1%); o elevado consumo de bolos ao pequeno-almoço (94.1%); e também o elevado consumo de doces e guloseimas durante o dia (79.4%). Por outro lado, verifica-se que a maioria das crianças e jovens ingere uma peça de fruta ou bebe um sumo de fruta todos os dias (79.4%), come peixe com regularidade (73.5%), come diariamente arroz ou massa (92.6%), utiliza como principal gordura o azeite (97.1%) e consome cereais ou derivados (85.3%), assim como leite ou derivados (92.6%), ao pequeno-almoço.

Relativamente ao segundo tipo de análises, nomeadamente de exploração da relação entre variáveis, verificou-se apenas uma correlação moderada negativa ($r=-.43$) e estatisticamente significativa ($p=.00$) entre a idade e o resultado total do KIDMED, sugerindo que os participantes mais novos têm resultados superiores no índice de adesão à DM.

Finalmente, no que diz respeito aos testes de hipóteses, os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($U=253.0$; $p=.017$), com os participantes de Lisboa apresentando um índice de adesão à DM inferior ($M=6.19\pm 1.87$) aos de Viseu ($M=7.50\pm 1.90$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do género ou características do agregado familiar.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Atendendo aos resultados encontrados, é possível constatar que, tal como noutros estudos de relevo neste âmbito, a baixa adesão ao padrão alimentar mediterrânico verifica-se apenas em alguns sujeitos da amostra (2.9%), salientando-se neste sentido a semelhança em relação aos resultados encontrados em contexto espanhol (2% no estudo de Serra-Majem, et al., 2004) mais favoráveis que na investigação realizada em contexto português com crianças de Tavira (12.7% no trabalho de Santos, et al., s.d.). A localização na zona litoral não parece favorecer o padrão de adesão à DM.

Destacam-se, ainda, os resultados ao nível da adesão média, que embora mais positivos (50%), tal como no estudo realizado em Espanha (49.4%) e ligeiramente inferiores aos

verificados em Tavira (63%), merecem ainda assim uma atenção especial ao nível da intervenção nomeadamente numa perspectiva preventiva, até porque de acordo com a correlação negativa e estatisticamente significativa encontrada neste estudo, entre a idade e o resultado total no KIDMED (salienta-se que no estudo realizado em Espanha não se verificou qualquer relação com a idade), revela-se prioritário actuar desde cedo na educação para uma alimentação saudável que permita que os jovens efectuem as suas escolhas alimentares de forma adequada, à medida que a sua autonomia aumenta. Os resultados poderão revelar uma melhor alimentação quanto maior é a dependência dos pais ou de casa, correspondendo a pior alimentação às opções dos jovens.

Destacam-se, positivamente, os resultados ao nível da adesão elevada (47.1%), superiores aos encontrados no Chipre (37% no estudo de Lazarou, Panagiotakos, & Matalas, 2009) e no estudo realizado em Tavira (24.1%), mas semelhantes aos verificados em contexto espanhol (46.6%).

Tal como no trabalho desenvolvido em Espanha, também neste estudo a variável género não se manifestou discriminatória, sugerindo que ao nível da intervenção as estratégias a implementar deverão incluir ambos os géneros sem necessidade de qualquer especificação neste sentido.

Contrariamente ao que foi verificado com a amostra espanhola, neste trabalho os resultados favoráveis não emergem sobretudo nas grandes cidades. De facto, os participantes da capital do nosso país apresentaram um padrão alimentar menos ajustado em relação à DM ($M=6.19\pm 1.87$) que os de Viseu ($M=7.50\pm 1.90$), diferenças que se revelaram estatisticamente significativas como já foi referido anteriormente. A vida apressada nos grandes centros urbanos, bem como a maior disponibilidade de *fast food* poderão justificar este resultado. Apesar de Viseu ser uma capital de distrito, o ritmo de vida nesta região do interior do país não se pode comparar com o que se verifica em Lisboa. Para além disso, outras especificidades culturais relacionadas com a importância da refeição realizada em família e o menor acesso a refeições rapidamente prontas, poderão explicar esta diferença na qualidade alimentar. No entanto, revela-se preocupante o resultado encontrado no que concerne ao consumo de *fast food* nesta amostra (86.8%), superior ao verificado no outro trabalho realizado em contexto português (71%).

Igualmente inquietantes são os resultados verificados ao nível do pequeno-almoço, em que 72.1% das crianças e jovens não toma esta refeição (enquanto que no estudo de Tavira, apenas 9.6% responde negativamente a esta questão) e, quando tomam, as opções alimentares nem sempre são as melhores (94.1% consome bolos, tal como 70.3% no trabalho realizado

em Tavira). São várias as referências que associam influências positivas do pequeno-almoço a aspectos de crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental: estados nutricionais (com implicações na saúde física e mental), índice de massa corporal (IMC), prevenção de obesidade, tendência para estilos de vida mais saudáveis, melhorias em capacidades cognitivas de processamento de informação (atenção/concentração, memória, etc.) e aprendizagens escolares (Chitra & Reddy, 2007). Finalmente, também ao nível do consumo de doces e guloseimas, os participantes deste estudo revelam resultados menos favoráveis (79.4%) que os do estudo realizado em Tavira (62.9%). Para além dos problemas relacionados com a obesidade, podemos destacar aqui também os aspectos inerentes à saúde oral. Seria importante perceber a que se devem estas discrepâncias, explorando noutros estudos se se confirmam estes dados mais recentes. Se assim for, mais uma vez se alerta para a importância de rapidamente se investir na inversão destes resultados, tendo em conta as implicações de padrões alimentares menos ajustados em vários problemas de saúde (Lazarou, Panagiotakos, Kouta, & Matalas, 2009).

Não podemos deixar de salientar os aspectos positivos verificados nesta amostra, e que encontram paralelismo no trabalho desenvolvido em Tavira, ao nível do consumo de fruta, peixe, arroz/massa, azeite, cereais, leite e derivados. Estas boas práticas na alimentação devem continuar a ser estimuladas, quer no seio familiar quer em contexto escolar, não desprezando o papel crucial que os meios de comunicação social (nomeadamente, a influência da publicidade) podem assumir neste âmbito.

Neste estudo não se verificou qualquer efeito do nível de escolaridade dos pais, embora na investigação realizada em Tavira esta variável tenha revelado resultados favoráveis nas crianças e jovens provenientes de agregados familiares com maiores níveis de instrução. Este dado merece exploração em estudos posteriores, tal como a análise do nível socioeconómico dos pais (que em Espanha se revelou discriminatória) e a profissão dos pais (com influência no estudo realizado em Tavira).

5 - CONCLUSÕES

Os principais contributos evidenciados neste trabalho devem ser entendidos devidamente enquadrados nas limitações inerentes ao tamanho reduzido da amostra. Ainda assim, numa perspectiva exploratória, destacamos a importância do diagnóstico destas situações, impondo-se a continuidade do estudo dos padrões alimentares das nossas crianças e

jovens, permitindo em última instância a reflexão sobre os hábitos de vida da população portuguesa, essencial à promoção de boas práticas em todos os contextos de vida.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para a melhoria das práticas alimentares dos portugueses, atendendo às especificidades sociodemográficas e culturais que se verificam no nosso país, mas cujos padrões gerais parecem encontrar paralelismo noutros contextos deste mundo globalizado.

Reflectindo sobre os resultados encontrados neste estudo, salientamos que o regresso a uma alimentação culturalmente marcada pela influência dos padrões mediterrânicos, poderá inverter a tendência nacional (e também mundial) de crescimento de fenómenos como a obesidade infantil e problemas associados, atendendo aos benefícios encontrados nos estudos epidemiológicos neste âmbito (Santos, et al., s.d.; Serra-Majem, et al., 2004). Evidencia-se, mais uma vez, a importância de uma educação alimentar, que em muito beneficia com o envolvimento de toda a comunidade educativa, onde se destacam a família e a escola, para além dos organismos e profissionais de saúde. Como sinal de prognóstico favorável, estão as baixas percentagens encontradas no nível de não adesão à DM (≤ 3), sendo que a intervenção deve visar a melhoria e não a transformação completa de hábitos e comportamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chitra, U., & Reddy, C. R. (2007). The role of breakfast in nutrient intake of urban schoolchildren. *Public Health Nutrition*, 10(1), 55-58. doi: S1368980007219640 [pii] 10.1017/S1368980007219640
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade Física y del Deporte*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lazarou, C., Panagiotakos, D. B., & Matalas, A. L. (2009). Level of adherence to the Mediterranean diet among children from Cyprus: the CYKIDS study. *Public Health Nutrition*, 12(7), 991-1000. doi: 10.1017/S1368980008003431
- Lopes, M.P. (2012). A Dieta Mediterrânica, from <http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=1258&menuid=410&exmenuid=113>
- Matinez-Gonzalez, M. A., Bes-Rastrolo, M., Serra-Majem, L., Lairon, D., Estruch, R., & Trichopoulou, A. (2009). Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutrition Reviews*, 6(Suppl. 1), S111-S116.
- Santos, P.M., Graça, P., Sancho, T.S., Oliveira, B.M., & Beato, F. (s.d.). The Quality of a mediterranean diet in a South portuguese young population. Retrieved from <http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=1253&menuid=410&exmenuid=-1> website:
- Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., Manly, J. J., Schupf, N., & Luchsinger, J. A. (2009). Mediterranean Diet and Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 66(2), 216-225.

- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2014). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931–935. doi: 10.1079/PHN2004556
- Sofi, F., Cesari, F., Abate, R., Gensini, G.F., & Casini, A. (2008). 2008;337:a1344. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ* 337-344.
- Trichopoulou, A. (2003). Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *N Eng J Medicine*, 348(26), 2599-2608.
- Trichopoulou, A., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2005). Mediterranean Diet and Survival Among Patients With Coronary Heart Disease in Greece. *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 929-935.
- Trichopoulou, A., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2009). Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ*, 338.
- Valagão, M. M. (2011). Dieta Mediterrânica, Património Imaterial da Humanidade. *Revista da APH*, 105(Maio-Junho), 23-27.
- Willett, W. C. (2006). The Mediterranean diet: science and practice. *Public Health Nutrition*, 9(1A), 105-110.

Martins, Emília

Professora coordenadora da Escola Superior de Educação de Viseu – área científica de Psicologia
Doutorada em Psicologia Pedagógica - FPCE da Universidade de Coimbra
Mestre em Ciências da Educação - Psicologia da Educação - FPCE da Universidade de Coimbra
Licenciada em Psicologia pela FPCE da Universidade de Coimbra
Co-Regente de Investigação e supervisora de estágios na licenciatura em Educação Social;
Regente de Técnicas de Avaliação e Diagnóstico Psicossocial e Co-Regente de Seminário de Apoio ao Projecto, no mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco,
Regente de Psicologia do Desporto na licenciatura em Desporto e Actividade Física.

Mendes, Francisco

Prof. Coordenador Escola Superior Educação Viseu - área científica Desporto e Actividade Física;
Doutorado em Ciências do Desporto - Pedagogia Desporto FCDEF- U.Porto;
Provas de Capacidade Científica e Aptidão Pedagógica
Licenciado Educação Física pelo ISEF- U. Técnica Lisboa
Licenciado Direito pela Faculdade de Direito U. de Coimbra
Regente do Direito de Inclusão Social Mestrado de Interv. Psicossocial Crianças Jovens em Risco
Co-Regente Seminário Apoio ao Projecto Mestrado Interv. Psicossocial Crianças Jovens em Risco
Regente Met. da Investigação em Desporto, Técnicas de Avaliação em Desporto Curso de Desporto e Actividade Física
Co-Regente Investigação Educação Social II

Fernandes, Rosina

Assistente convidada da Escola Superior de Educação de Viseu – área científica de Psicologia
Doutoranda em Psicologia – Área de Aconselhamento pela FPCE da Universidade de Coimbra
Mestre em Psicologia - Psicologia da Educação e Desenvolvimento da Criança pela FPCE da Universidade do Porto
Licenciada em Psicologia pela FPCE da Universidade do Porto
Co-Regente de Investigação e Fundamentos da Educação Social e Regente de Seminário de Elaboração do Projecto de Estágio, na licenciatura em Educação Social.