

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO MEDITERRANEAN DIET QUALITY INDEX IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Translation and cultural adaptation of the mediterranean diet quality index in children and adolescents

Miriam Isabel Souza dos Santos Simon^{a,*} , Gabriele Carra Forte^a ,
Paulo Jose Cauduro Marostica^a 

RESUMO

Objetivo: Traduzir e adaptar culturalmente a escala do *Mediterranean Diet Quality Index in Children and Adolescent* (KIDMED) para a população brasileira.

Métodos: Os processos de tradução e adaptação cultural seguiram normas metodológicas padronizadas internacionalmente. A reprodutibilidade foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclass e pela análise de dispersão de Bland-Altman, e a consistência interna foi calculada pelo coeficiente de Cronbach.

Resultados: Participaram da etapa de adaptação transcultural 102 crianças e adolescentes, sendo 58 (56,9%) meninas com idade média de 9,8±4,9 anos. Os escores totais médio de aderência à dieta mediterrânea no teste e no reteste foram semelhantes (8,00 e 3,80 *versus* 8,01 e 3,84) para as crianças e os adolescentes, respectivamente. O coeficiente de correlação intraclass para as crianças e os adolescentes foi de 0,893 e 0,998, respectivamente. A consistência interna obtida foi de 0,72. A análise do gráfico de Bland-Altman demonstrou boa concordância entre os escores finais dos questionários de teste e de reteste, sem diferença estatisticamente significativa.

Conclusões: O questionário KIDMED foi traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil, apresentando alta reprodutibilidade. Esse questionário pode ser, portanto, incluído e utilizado em estudos brasileiros que visem avaliar a aderência à dieta mediterrânea de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Adaptação; Dieta mediterrânea; Reprodutibilidade dos testes.

ABSTRACT

Objective: To translate and culturally adapt the Mediterranean Diet Quality Index in Children and Adolescent (KIDMED) for the Brazilian population.

Methods: The processes of translation and cultural adaptation followed internationally standardized methodological norms. We used the intraclass correlation coefficient and the Bland-Altman dispersion analysis to assess the reproducibility and calculated the internal consistency with Cronbach's alpha coefficient.

Results: A total of 102 children and adolescents participated in the cross-cultural adaptation, of whom 58 (56.9%) were females, with a mean age of 9.8±4.9 years. The mean overall scores of adherence to the Mediterranean diet in the test and retest were similar (8.00 and 3.80 *versus* 8.01 and 3.84) for children and adolescents, respectively. The intraclass correlation coefficient for children and adolescents was 0.893 and 0.998, respectively. The internal consistency was 0.72. The Bland-Altman plot analysis showed good agreement between the final scores of the test and retest questionnaires, with no statistically significant difference.

Conclusions: The KIDMED questionnaire was translated into Brazilian Portuguese and culturally adapted, presenting high reproducibility. This questionnaire can, therefore, be included and used in Brazilian studies that aim at evaluating the adherence to the Mediterranean diet among children and adolescents.

Keywords: Adaptation; Mediterranean diet; Reproducibility of results.

*Autor correspondente. E-mail: misantos@hcpa.edu.br (M.I.S.S. Simon).

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em 21 de julho de 2018; aprovado em 04 de novembro de 2018; disponível on-line em 20 de dezembro de 2019.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se observado uma modificação rápida e importante no padrão alimentar da população brasileira, sobretudo nas crianças e nos adolescentes. Essa modificação, caracterizada pelo consumo excessivo de alimentos industrializados e obesogênicos, associada à drástica redução do gasto energético, explica, em parte, a proporção epidêmica de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na idade adulta.¹

O padrão alimentar mediterrâneo tem sido considerado um dos mais saudáveis modelos alimentares existentes, associado a menores taxas de doenças crônicas e maior expectativa de vida. Tem mostrado efeitos favoráveis sobre as concentrações plasmáticas de lipoproteínas, a vasodilatação do endotélio, a resistência à insulina, a síndrome metabólica, a capacidade antioxidante e a mortalidade devida a causas cardiovasculares, possivelmente por seu efeito anti-inflamatório.²⁻⁴

Apesar de a Bacia do Mediterrâneo abranger várias regiões diferentes, todas as suas dietas partilham características comuns, incluindo a elevada ingestão de frutas, legumes e grãos integrais, o consumo frequente de sementes oleaginosas, a preferência ao consumo de carnes brancas (peixe e aves) em vez de carnes vermelhas, o baixo consumo de gordura saturada e de colesterol. Ainda, há um estímulo ao consumo de alimentos ricos em componentes antioxidantes e possivelmente anti-inflamatórios.^{5,6}

O *Mediterranean Diet Quality Index in Children and Adolescents* (KIDMED) é um questionário originalmente escrito em língua inglesa e internacionalmente aceito para avaliação da aderência à dieta mediterrânea de crianças e adolescentes. Esse questionário foi inspirado por um instrumento prévio desenvolvido para as populações adulta⁷ e idosa.⁸

No Brasil, ainda não dispomos de ferramentas para avaliar a aderência à dieta mediterrânea, possivelmente por ser um padrão alimentar diferente do habitual dessa população. Portanto, para o KIDMED ser utilizado na população brasileira, necessita-se de um processo de tradução linguística e adaptação cultural, a fim de manter as propriedades psicométricas da versão original, disponível em língua inglesa. Desse modo, o objetivo do presente trabalho foi traduzir e adaptar culturalmente a escala KIDMED para a população brasileira.

MÉTODO

O KIDMED é um questionário elaborado para quantificação da aderência à dieta mediterrânea de crianças e adolescentes. Esse instrumento contém 16 questões baseadas na avaliação do regime alimentar, de acordo com os princípios que sustentam e enfraquecem os padrões alimentares dessa dieta. Esse questionário pode ser autoadministrado ou realizado por meio de entrevista por um profissional de saúde. Cada questão é respondida

com “sim” ou “não”, em que as possibilidades de resposta variam de -1 (conotação negativa em relação à dieta mediterrânea) e +1 (conotação positiva em relação à dieta mediterrânea), conforme instrumento original (Tabela 1). O índice total varia de 0 a 12, e o somatório final é classificado em três níveis:

- >8, dieta mediterrânea ideal.
- (2) 4–7, necessárias melhorias para ajustar a ingestão aos padrões da dieta mediterrânea.
- ≤3, muito baixa qualidade da alimentação.⁹

Os processos de tradução e adaptação cultural do questionário seguiram normas metodológicas padronizadas internacionalmente.¹⁰ Após a obtenção da autorização formal do autor principal do KIDMED, Lluís Serra-Majem, por meio

Tabela 1 Versão original do *Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents*.

	Scoring	
1.	+1	Takes a fruit or fruit juice every day
2.	+1	Has a second fruit every day
3.	+1	Has fresh or cooked vegetables regularly once a day
4.	+1	Has fresh or cooked vegetables more than once a day
5.	+1	Consumes fish regularly (at least 2–3 times per week)
6.	-1	Goes more than once a week to a fast-food (hamburger) restaurants
7.	+1	Likes pulses and eats them more than once a week
8.	+1	Consumes pasta or rice almost every day (5 or more times per week)
9.	+1	Has cereals or grains (bread etc.) for breakfast
10.	+1	Consumes nuts regularly (at least 2–3 times per week)
11.	+1	Uses olive oil at home
12.	-1	Skips breakfast
13.	+1	Has a dairy product for breakfast (yoghurt, milk etc.)
14.	-1	Has commercially baked goods or pastries for breakfast
15.	+1	Takes two yoghurts and/or some cheese (40 g) daily
16.	-1	Takes sweets and candy several times every day
17.	-1	Takes sugar-sweetened beverage (SBB) (one cup or more) every day

de contato via *e-mail*, procedeu-se à etapa de tradução e adaptação transcultural do instrumento. As etapas ocorreram conforme os procedimentos descritos a seguir.

A versão original do KIDMED foi traduzida para o português por dois tradutores independentes, fluentes em inglês, que conheceram os objetivos do presente trabalho. As versões foram comparadas por duas nutricionistas responsáveis pelo estudo, as quais realizaram a reconciliação de ambas as versões desenvolvendo uma versão final do questionário em português (primeira versão preliminar). Posteriormente, um tradutor independente (professor de inglês), com o idioma inglês como sua língua nativa e fluente na língua-alvo (português), retraduziu a primeira versão preliminar para o inglês (retrotradução). Esse tradutor não tinha acesso ao instrumento original e ao objetivo da pesquisa. Essa retrotradução e as duas traduções anteriores do KIDMED foram levadas em consideração para chegar a um consenso e se obter a segunda versão preliminar. Um comitê de avaliação composto de quatro profissionais de saúde (duas nutricionistas, um pneumologista pediátrico e o autor principal do instrumento) avaliou a segunda versão, em inglês e em português, verificando equivalência semântica (entre as palavras), idiomática (expressões equivalentes não encontradas), experimental (palavras adequadas ao contexto cultural) e conceitual (validade do conceito explorado e os eventos experimentados pelos indivíduos leigos), gerando a produção da última versão do instrumento, que foi utilizada para o processo de adaptação. O autor principal sugeriu a inclusão de mais um item de avaliação em virtude do hábito de consumo elevado de bebidas açucaradas por parte da população brasileira. Assim, o KIDMED versão brasileira ficou com 17 itens de avaliação.

O processo de adaptação cultural foi desenvolvido com base na metodologia proposta por Beaton et al.¹⁰ A última versão da tradução do instrumento foi aplicada às mães e/ou responsáveis de crianças menores de 10 anos e aos adolescentes no intuito de avaliar o nível de compreensão e equivalência cognitiva dessa versão do instrumento (pré-teste cognitivo). Em cada um dos itens questionados foi avaliada a dificuldade de compreensão dos entrevistados. A adaptação transcultural foi necessária naquelas perguntas classificadas pelos entrevistados como de difícil compreensão em um número de participantes maior que 15% da amostra estudada. Dessa forma, as dificuldades levantadas durante as entrevistas foram adaptadas para a aplicação do teste final.

As propriedades de medida utilizadas no teste final foram a reprodutibilidade (teste-reteste) e a consistência interna. Essa etapa foi realizada com 102 indivíduos, sendo 51 mães e/ou responsáveis e 51 adolescentes. A reprodutibilidade foi avaliada com intervalos mínimo e máximo de sete e 10 dias,

respectivamente, com o intuito de se comparar os resultados obtidos pelo mesmo examinador em tempos diferentes.

O tamanho da amostra para o processo de adaptação transcultural foi baseado na sugestão de Beaton et al.¹⁰ para o estágio de pré-teste. Para consistência interna, o cálculo amostral foi realizado pela multiplicação do número de questões por seis.¹¹

A composição da amostra seguiu critérios semelhantes aos utilizados por Serra-Majem et al.⁹ na elaboração do questionário original. Foram incluídas 66 crianças saudáveis de dois a nove anos de idade, representadas por suas mães e/ou responsáveis, das quais 15 participaram da fase pré-teste e 51 da fase final do questionário, além de 66 adolescentes (dez a 18 anos) saudáveis, dos quais 15 participaram da fase pré-teste e 51 da fase final do questionário. A amostra foi de conveniência em escola pública e privada abrangendo a capital e o interior do estado. Foram selecionadas mães de um projeto pedagógico (Projeto Semear) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e adolescentes de uma escola estadual (Escola Estadual Professor Ulisses Cabral) de Antônio Prado, Rio Grande do Sul. A escolha dos participantes foi de forma aleatória, sem distinção de raça, estado civil ou sexo. O critério de exclusão foi a inabilidade para responder devidamente aos questionários em decorrência de limitações cognitivas.

Foi realizada uma análise descritiva para as variáveis de identificação da amostra. Os dados quantitativos serão apresentados como média±desvio padrão ou como mediana (intervalo interquartilico), dependendo da distribuição das variáveis. A reprodutibilidade foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e pela análise gráfica de dispersão de Bland-Altman, que permite visualizar as diferenças médias e os limites extremos de concordância, com viés calculado pelo teste *t* de Student pareado. A consistência interna foi calculada pelo alfa de Cronbach, com valor mínimo aceitável de 0,7. Os dados foram processados e analisados com auxílio do programa estatístico *PASW*, versão 18.0 para Windows (IBM). Foi estabelecido um nível de significância de 5%.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (sob nº. 62014016.0.0000.5327). Os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e os adolescentes, o termo de assentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Na fase pré-teste, realizada com 15 mães e/ou responsáveis de crianças de dois a nove anos e 15 adolescentes de dez a 18 anos, nenhum dos entrevistados se recusou a responder às questões ou interrompeu a própria participação. A equivalência semântica, que consiste na equivalência gramatical

e de vocabulário, foi alcançada com algumas mudanças, por exemplo, a substituição da palavra “pastelaria” por “padaria”, na questão 14. Exemplos como “feijão, lentilha e ervilha” foram acrescentados entre parênteses após “leguminosas”, na questão 7. Com a mesma finalidade, foram adicionados os exemplos “castanhas, nozes, amendoim e etc.” após “oleaginosas”, na questão 10. E, por fim, foram acrescentadas as palavras “refrigerante, sucos de caixinha, sucos artificiais, achocolatado” após “bebidas açucaradas”, na questão 17. Desse modo, a adaptação cultural foi realizada em quatro questões, obtendo-se, assim, a versão final do instrumento a ser validado, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 Versão traduzida em português do *Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents*.

	ESCORE	
1.	+1	Ingere uma fruta ou suco de fruta natural todos os dias
2.	+1	Ingere uma segunda fruta todos os dias
3.	+1	Ingere vegetais crus ou cozidos regularmente uma vez ao dia
4.	+1	Ingere vegetais crus ou cozidos mais de uma vez ao dia
5.	+1	Consome peixe regularmente (pelo menos 2–3 vezes por semana)
6.	-1	Vai mais que uma vez por semana em restaurantes <i>fast-food</i> (hambúrguer)
7.	+1	Ingere leguminosas (feijão, lentilha, ervilha) mais de uma vez por semana
8.	+1	Consome massa ou arroz quase todos os dias (cinco ou mais vezes por semana)
9.	+1	Ingere cereais ou grãos (pães etc.) no café da manhã
10.	+1	Consome oleaginosas (castanhas, nozes, amendoim etc.) regularmente (pelo menos 2–3 vezes por semana)
11.	+1	Usa azeite de oliva em casa
12.	-1	Não toma o café da manhã
13.	+1	Ingere um produto lácteo no café da manhã (iogurte, leite etc.)
14.	-1	Consome salgados assados ou doces de padaria no café da manhã
15.	+1	Ingere dois iogurtes e/ou duas fatias de queijo ao dia
16.	-1	Ingere doces e balas várias vezes ao dia
17.	-1	Ingere um ou mais copos de bebidas açucaradas (refrigerantes, sucos de caixinha, sucos artificiais, achocolatado) por dia

Participaram da etapa de adaptação transcultural 102 crianças e adolescentes, sendo 44 (43,1%) meninos e 58 (56,9%) meninas, com idade média de $9,8 \pm 4,95$ anos. As idades mínima e máxima das crianças foram 2,03 e 9,17 anos, respectivamente, e dos adolescentes, 10,89 e 18,51 anos, respectivamente. As características das crianças e dos adolescentes estão apresentadas na Tabela 3. A idade média das mães e/ou responsáveis foi de $36,61 \pm 5,01$ anos, sendo a mínima de 22 anos e a máxima, 46 anos. Em relação à escolaridade, 36 (70,6%) mães e/ou responsáveis tinham curso superior completo; seis (11,8%), curso superior incompleto; sete (13,7%), ensino médio completo; e apenas duas (3,9%), ensino médio incompleto.

Os escores totais médio de aderência à dieta mediterrânea no teste e no reteste foram semelhantes ($8,0$ e $3,8$ versus $8,01$ e $3,84$), para as crianças de dois a nove anos e os adolescentes, respectivamente.

A versão brasileira do KIDMED apresentou-se como um questionário de fácil e rápida aplicabilidade, tanto com as mães e/ou responsáveis quanto com os adolescentes, com tempo de aplicação oscilando entre dois e sete minutos. O tempo médio de resposta das mães e/ou responsáveis foi de 3 ± 1 minutos, e dos adolescentes, 5 ± 1 minutos.

A análise de reprodutibilidade da versão brasileira do KIDMED está demonstrada na Tabela 4. A consistência interna obtida por meio do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,72. A análise do gráfico de Bland-Altman demonstra boa concordância entre os escores

Tabela 3 Características das 102 crianças e adolescentes que participaram da etapa final de validação do questionário.

Variáveis	Crianças (n=51)	Adolescentes (n=51)
Sexo, n (%)		
Masculino	14 (27,5)	30 (58,8)
Feminino	37 (72,5)	21 (41,2)
Idade média (anos) \pm desvio padrão	$5,29 \pm 2,03$	$14,33 \pm 1,96$
Escolaridade (anos), mediana [P25–P75]	0 [0–2]	8 [7–10]

n: tamanho da amostra; P: percentil.

Tabela 4 Reprodutibilidade (coeficiente de correlação intraclasse) do escore final do *Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents* aplicado com mães de crianças de 2 a 9 anos e com adolescentes de 10 a 18 anos.

Grupo etário	CCI	(IC95%)
2–9 anos	0,893	(0,812–0,939)
10–18 anos	0,998	(0,997–0,999)

CCI: coeficiente de correlação intraclasse; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

finais dos questionários (Figura 1), sendo o viés próximo de zero, sem diferença estatisticamente significativa (viés=0,029; $p=0,749$). Os limites de concordância apontam que a diferença entre as duas aplicações dos questionários foi menor que dois pontos.

DISCUSSÃO

As etapas de tradução e adaptação cultural da versão original do KIDMED para o português não apresentaram dificuldades. Na fase pré-teste, a maioria das questões foi compreendida pelas mães e/ou responsáveis e pelos adolescentes, precisando ser ajustados apenas quatro itens da tradução original. Além disso, a versão brasileira do KIDMED apresentou bom desempenho quanto ao tempo de aplicação, tornando-se uma ferramenta rápida e prática.

De acordo com alguns autores,^{12,13} a precisão de um questionário avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach deve apresentar valores superiores a 0,70, a fim de assegurar boa consistência interna. Sendo assim, a versão brasileira do KIDMED obteve resultados satisfatórios, atestando sua precisão.

O CCI mostrou-se maior entre os adolescentes do que entre as crianças, evidenciando excelente reprodutibilidade em ambos os grupos (CCI acima de 0,75).

Com relação à aderência ao padrão mediterrâneo, o presente estudo demonstrou melhor padrão alimentar nas crianças de dois

a nove anos em comparação aos adolescentes. Por outro lado, observou-se diferença maior no grupo de dois a nove anos, na análise da dispersão e magnitude das diferenças entre os questionários, do que nos adolescentes. Uma explicação para esses achados é o fato de os questionários das crianças terem sido respondidos pelas mães ou responsáveis, as quais podem não saber relatar exatamente o que foi consumido na escola. Além disso, a amostra foi recrutada de um projeto em que a maioria das mães possuía curso superior, justificando, talvez, uma preocupação com o padrão alimentar mais diversificado de seus filhos. Por outro lado, os adolescentes demonstraram não ter um padrão alimentar saudável, de acordo com a dieta mediterrânea, mas apresentaram uma regularidade maior nas respostas do que as crianças. Correa et al., da mesma forma, analisando 631 crianças e adolescentes de escolas públicas do Rio Grande do Sul, observaram o padrão alimentar saudável (alto consumo de saladas, legumes e verduras cozidos, frutas, feijão, leite/iogurte, e baixo consumo de alimentos fritos, hambúrguer e embutidos, biscoitos salgados ou salgadinhos, bolachas, balas, doces, chocolates e refrigerantes) associado às crianças e o padrão alimentar restrito (baixo consumo de todos os grupos alimentares, com maior consumo de feijão e refrigerante), aos adolescentes.¹⁴ A infância e a adolescência são estágios da vida fundamentais para a formação e o estabelecimento de hábitos alimentares. A adoção de um padrão alimentar mediterrâneo nesses estágios de vida pode contribuir para a redução dos fatores de risco relacionados ao aparecimento de DCNT na fase adulta.

O presente estudo conta com algumas limitações no que tange à adaptação cultural dos itens, devendo ser considerado o aspecto heterogêneo da população brasileira — portanto, recomenda-se a aplicação dessa ferramenta em diferentes regiões do Brasil. Por outro lado, deve ser considerado o benefício deste estudo ao viabilizar uma ferramenta que avalia a aderência, na população pediátrica, a uma dieta que tem sido amplamente recomendada.

Pode-se concluir que o questionário KIDMED se encontra traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa, apresentando alta reprodutibilidade, podendo, assim, ser incluído e utilizado em estudos que visem avaliar a aderência à dieta mediterrânea de crianças e adolescentes brasileiros. A continuidade dos estudos para a validação da versão brasileira do KIDMED é fundamental para subsidiar sua ampla utilização no contexto brasileiro, em diferentes populações.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

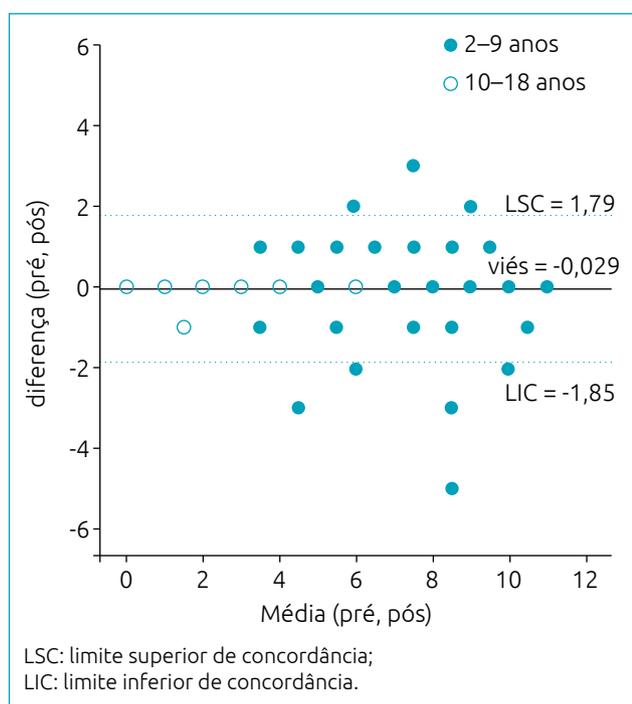


Figura 1 Concordância de medidas do escore total do *Mediterranean Diet Quality Index in Children and Adolescents* no teste e no reteste, segundo a análise de Bland-Altman.

REFERÊNCIAS

1. Wardle J. Eating behaviour and obesity. *Obes Rev.* 2007;8 (Suppl 1):73-5. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00322.x>
2. Casas R, Sacanella E, Urpi-Sarda M, Chiva-Blanch G, Ros E, Martínez-González MA, et al. The effects of the mediterranean diet on biomarkers of vascular wall inflammation and plaque vulnerability in subjects with high risk for cardiovascular disease. A randomized trial. *PLoS One.* 2014;9:e100084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100084>
3. Urpi-Sarda M, Casas R, Chiva-Blanch G, Romero-Mamani ES, Valderas-Martínez P, Arranz S, et al. Virgin olive oil and nuts as key foods of the Mediterranean diet effects on inflammatory biomarkers related to atherosclerosis. *Pharmacol Res.* 2012;65:577-83. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2012.03.006>
4. Casas R, Sacanella E, Urpi-Sarda M, Corella D, Castañer O, Lamuela-Raventós RM, et al. Long-term immunomodulatory effects of a Mediterranean diet in adults at high risk of Cardiovascular disease in the PREvención con Dieta MEDiterránea (PREDIMED) Randomized Controlled Trial. *J Nutri.* 2016;146:1684-93. <https://doi.org/10.3945/jn.115.229476>
5. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med.* 2003;348:2599-608. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039>
6. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013;368:1279-90. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>
7. Alberti-Fidanza A, Fidanza F. Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. *Public Health Nutr.* 2004;7:937-41.
8. Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, et al. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ.* 1995;311:1457-60. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7018.1457>
9. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2004;7:931-5.
10. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25:3186-91. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
11. Terwee CB, Bot SD, Boer MR, Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60:34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
12. Bonin CD, Santos RZ, Ghisi GL, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construction and validation of a questionnaire about heart failure patients' knowledge of their disease. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102:364-73. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140032>
13. Howat-Rodrigues AB, Tokumar RS, Tokumar RS. Construction and validation of the Family Unpredictability Scale in Childhood. *Psicol Reflex Crit.* 2012;25:212-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200002>
14. Correa RS, Rockett FC, Bosa VL, Vencato PH. Dietary patterns: are there differences between children and adolescents? *Cienc Saude Coletiva.* 2017;22:553-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.09422016>