

1- INTRODUÇÃO

Atividade Física

“A Atividade Física (AF), a saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas entre si. O corpo humano foi concebido para se movimentar e como tal necessita de atividade física regular com vista ao seu funcionamento ótimo e de forma a evitar doenças. Está provado que um estilo de vida sedentário constituiu um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Além disso, ter uma vida ativa apresenta muitos outros benefícios, sociais e psicológicos, existindo uma ligação direta entre a atividade física e a esperança de vida, já que as populações fisicamente ativas tendem a viver mais tempo do que as populações inativas”.

In Orientações da União Europeia para a Atividade Física - 2009.

As oportunidades para se ser fisicamente ativo tendem a diminuir à medida que nos tornamos adultos, e as mudanças recentes nos estilos de vida têm vindo a reforçar este fenómeno. Assim, tem-se verificado uma diminuição assinalável na quantidade de esforço físico necessário às tarefas diárias, para nos deslocarmos de um ponto para outro utilizamos o automóvel ou o autocarro independentemente da distância. De acordo com os dados disponíveis, entre 40% e 60% da população da União Europeia (EU) tem um estilo de vida sedentário (Sardinha, 2009).

As crianças e os jovens participam em diversos tipos de AF, por exemplo ao participar em jogos e em diversas atividades desportivas. No entanto, os seus hábitos diários têm vindo a ser alterados devido a novos padrões de entretenimento (TV, jogos de vídeo, Internet), tendo esta mudança coincido com taxas crescentes de excesso de peso e obesidade infantil. Nesta medida, existe uma grande preocupação relativamente ao facto de a atividade física entre as crianças e os jovens poder ter sido substituída por atividades mais sedentárias, nos últimos anos (OUEAF- 2009).

Estudos de natureza epidemiológica têm demonstrado uma associação forte e consistente entre a AF e a saúde (Erlichman, Kerbey & James, 2002). As recomendações de algumas entidades ligadas à saúde pública nomeadamente o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), da Associação Americana de Cardiologia, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação Portuguesa de Cardiologia destacam a importância da AF na redução dos fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV), obesidade, hipertensão, osteoporose, elevados níveis de colesterol e depressão, mostram a especial relevância da AF prática desportiva (Sallis & Owen, 1999).

De acordo com o *Physical Activity and Health: A Report of The Surgeon General* (CDC, 2012) é importante oferecer às crianças e adolescentes oportunidades de incorporarem a AF como uma parte regular das suas vidas. A participação em qualquer tipo de AF durante a infância e adolescência pode propiciar a obtenção de ganhos significativos para a saúde uma vez que contribui para o aumento do dispêndio energético consequentemente a AF ajudará a

manter um peso corporal saudável, um bom desenvolvimento ósseo e um aumento da capacidade cardiorrespiratória e contribuirá ainda para um bom desenvolvimento muscular aumentando a força, a resistência e a flexibilidade diminuindo assim o risco da ocorrência de lesões (Strongetal., 2005).

O documento *“Orientações da União Europeia para a Atividade Física”* refere que existem atualmente provas suficientes que demonstram que as pessoas que têm uma **vida fisicamente ativa** podem obter um conjunto de **benefícios para a saúde**, incluindo os seguintes:

1. Redução do risco de doença cardiovascular;
2. Prevenção e/ou atraso no desenvolvimento de hipertensão arterial, e maior controlo da tensão arterial em indivíduos que sofrem de tensão arterial elevada;
3. Bom funcionamento cardiopulmonar;
4. Controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2;
5. Maior consumo das gorduras, o que pode ajudar a controlar a peso e diminuir o risco de obesidade;
6. Maior mineralização dos ossos em idades jovens, contribuindo para a prevenção da osteoporose e de fraturas em idades mais avançadas;
7. Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, o que resulta numa melhoria da capacidade funcional para levar a cabo as atividades do dia-a-dia;
8. Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;
9. Diminuição dos níveis de stress e melhoria da qualidade do sono;
10. Melhoria da autoimagem e da autoestima, e aumento do entusiasmo e otimismo.

Sallis e Owen (1999) referem que o aumento dos níveis de AF dos jovens e diminuição dos comportamentos sedentários constitui-se, assim, como preocupação fundamental para as instituições e organismos nacionais e internacionais responsáveis pela saúde pública. Torna-se por isso importante a necessidade de fomentar estilos de vida ativos da infância e adolescência, como meio de prevenção de um conjunto de fatores de risco de diferentes patologias atrás mencionadas, contribuindo deste modo para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

No entanto, a investigação centrada na AF dos jovens tem revelado, de forma consistente, um declínio dos índices de AF com o aumento da idade, sendo essa diminuição mais evidente nas raparigas. Uma meta-análise efetuada com base em 108 estudos relacionados com os fatores de influência da AF em crianças e adolescentes mostrou que os rapazes eram sistemática e consistentemente mais ativos do que as raparigas.

Decorrente destas preocupações, considero que as práticas que se adquirem na infância e adolescência são extremamente importantes para um desenvolvimento saudável. De facto, os hábitos alimentares e a prática de atividade física regular quando adquiridos durante a infância e adolescência são determinantes para um bom estado de saúde dos

indivíduos, repercutindo-se tanto no imediato como a médio e longo prazo no bem-estar físico e emocional e no estado de saúde geral dos indivíduos.

Aptidão Morfológica/Obesidade

Atualmente o excesso de peso e a obesidade constituem um dos maiores problemas ao nível da saúde pública no entanto, a sua definição não está totalmente esclarecida (Kuczmarski & Flegal, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), a obesidade assume-se como uma condição de excesso de gordura corporal, acumulada no tecido adiposo, cujas implicações podem prejudicar seriamente a saúde.

O American College of Sports Medicine (ACSM, 2005) define a obesidade como o resultado de uma percentagem elevada de gordura corporal que aumenta o risco de doença. Pode afirmar-se que num indivíduo com obesidade as reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo atingem níveis capazes de afetar a saúde e que tendem a perpetuar-se uma vez instaladas constituindo-se, por isso, uma verdadeira doença crónica (Nicklas, Baranowski, & Berenson, 2001).

Baseada nestas evidências, a Direção Geral da Saúde, considera primordial que sejam feitos esforços permanentes no sentido de controlar a obesidade, uma vez que esta se assume como uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias (Direção Geral da Saúde, 2005).

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade (SPCO) refere a obesidade como sendo a forma mais comum de má nutrição no mundo ocidental, considerando-a uma doença crónica resultante do armazenamento excessivo de gordura, envolvendo na sua génese fatores hereditários, bioquímicos, hormonas, ambientais, comportamentais e culturais (SPCO, 2005).

Williams e Schlenker (2003) referem que para a multicausalidade da obesidade, contribuem quatro fatores, de natureza genética, de natureza fisiológica, de natureza psicológica e natureza social. Salbe & Ravussin (2000) salientam que, embora os ganhos de peso significativos resultem de uma forma simples, da ocorrência de um desequilíbrio sustentado entre a energia consumida e a energia despendida, os mesmos podem ser afetados por fatores comportamentais, metabólicos e biológicos como sejam os que influenciam a predisposição de um indivíduo para o desenvolvimento da obesidade.

Barbosa (2004) classificou os fatores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade em fatores internos e fatores externos ou ambientais. Os fatores internos abrangem os de natureza genética e metabólica e os fatores externos abrangem os de natureza alimentar, psicológica e os relacionados com a AF.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a má alimentação e a inatividade física são os fatores que mais contribuem para o excesso de peso e obesidade, sendo também estes os principais fatores das doenças não transmissíveis. Salienta ainda que o aumento do consumo de alimentos de maior densidade energética, nutricionalmente pobres e com alto teor de açúcar e gorduras saturadas, associado à redução da AF conduziu, desde 1980, a um aumento das taxas de obesidade.

Refere que em alguns casos o excesso de peso e obesidade mais do que triplicaram em determinadas regiões como da América do Norte, do Reino Unido, da Europa Oriental, das Ilhas do Pacífico, da Austrália e da China. Este aumento reflete as profundas mudanças ocorridas na sociedade e nos padrões comportamentais das comunidades ao longo das últimas décadas, associadas ao crescimento económico, à modernização, à urbanização, à globalização dos mercados alimentares, entre outros aspetos.

A obesidade parece ser um problema sobretudo de natureza ambiental até porque o aumento da sua prevalência ocorreu de forma drástica e num período demasiado curto para poder ser atribuído a uma mutação genética (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004). De uma maneira geral, presume-se que, para além de fatores genéticos, a obesidade resulte de um balanço positivo entre a energia consumida e a energia despendida que ocorre quando o consumo total de calorias excede o total de calorias despendidas, principalmente devido aos excessos alimentares e à falta de AF.

Consciente desta gravidade em 2004 a DGS criou o *Programa Nacional de Combate à Obesidade*, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, valorizando, deste modo, as crescentes preocupações que esta problemática tem merecido por parte dos diversos intervenientes neste domínio.

Salbe & Ravussin (2003) destacam a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, no qual se incluem a AF e uma alimentação saudável como referências qualitativas nas medidas preventivas de combate à obesidade.

Torna-se assim imperioso que, para se reduzir os níveis de obesidade verificados se deva promover a AF regular e uma alimentação saudável, criando um ambiente que suporte estes comportamentos (CDC, 2005).

A Escola Promotora de Saúde (EPS) aborda os alunos como pessoas completas, em que os valores e oportunidades determinam comportamentos que se inter-relacionam de uma forma sistémica (Loureiro, 2004). Segundo Legar (2001) as estratégias para facilitar a adesão a comportamentos saudáveis colocam particular importância nos seguintes aspetos: 1) investir na capacitação dos alunos, professores e pais para serem capazes de terem comportamentos saudáveis e criarem ambientes facilitadores dessas escolhas; 2) melhorar a dimensão organizacional numa abordagem sistémica e compreensiva através do aumento das competências para fazer um diagnóstico, selecionar prioridades e elaborar um plano de ação pertinente.

Deste modo, pretende-se com este projeto contribuir para um melhor conhecimento dos estilos de vida das crianças e jovens, compreender os fatores que os influenciam, e desenvolver programas de intervenção direcionados para a promoção da saúde dos mesmos.

2. DENOMINAÇÃO: Observatório Escolar da Atividade Física e Obesidade

2.1 POPULAÇÃO ALVO: Alunos do Agrupamento de Escolas D. Maria II – V. N. Famalicão

2.2 OBJETIVOS:

- ✓ Aferir/monitorizar anualmente os níveis de excesso de peso e obesidade dos alunos;
- ✓ Consciencializar a comunidade educativa para a importância da atividade física;
- ✓ Promover a realização de encontros/sessões informativas com especialistas nas áreas da atividade física, nutrição e saúde pública;
- ✓ Promover ações que mobilizem a comunidade educativa, por exemplo, organização de caminhadas, passeios em BTT, dia da “Atividade Física”;
- ✓ Contribuir para que a escola seja um espaço de **PROMOÇÃO DA SAÚDE**.

2.3 OPERACIONALIZAÇÃO: Para o desenvolvimento deste projeto serão utilizados os recursos disponíveis nas duas escolas do Agrupamento (D. Maria II e Conde de Arnoso).

2.4 METODOLOGIA: O projeto será implementado utilizando através das seguintes fases/momentos todos os anos letivos:

1ª fase – Aferição dos valores relativos à Aptidão Morfológica (Índice de Massa Corporal – IMC) e respetivas categorias ponderais;

2ª fase – Aplicação da bateria de testes “FITESCOLO” e a consequente determinação dos alunos que se encontram dentro da “Zona Saudável de Aptidão Física – ZSAF”;

3ª fase - Definição do perfil de risco de cada aluno/sinalização dos casos mais problemáticos em termos de obesidade;

4ª fase – Comunicação ao diretor de turma/encarregado de educação dos casos merecedores de uma maior atenção face aos resultados obtidos;

5ª fase – Acompanhamento da evolução de cada um dos alunos durante a sua permanência no Agrupamento de Escolas D. Maria II.

2.5 RECURSOS**2.5.1 Humanos**

Coordenador do projeto: Júlio Gonçalves

Equipa: Grupo disciplinar de Educação Física

2.5.2 Espaços, Equipamentos e Materiais:

- ✓ Pavilhão Gimnodesportivo
- ✓ Gabinetes de Educação Física
- ✓ Material/Equipamento desportivo: cones de sinalização, aparelhagem de som, áudio de aplicação dos testes doFITESCOLA
- ✓ Balança de chão digital **SECA813**
- ✓ Escala de adulto portátil **SECA217**

Endereço Eletrónico: observatoriodmariaii@gmail.com

3. ARTICULAÇÃO

Será desenvolvido em articulação com o projeto de **Educação para a Saúde** do Agrupamento.

4. APOIOS E PARCERIAS

O Observatório contará com o apoio da Direção do Agrupamento de Escolas D. Maria II.

Durante a implementação do projeto serão estabelecidas parcerias com organismos/instituições com o objetivo de alcançar/consolidar os objetivos propostos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSM (2005). Manual ACSM para la valoración y prescripción de ejercicio. Barcelona.

Andersen, L.B., Harro, M., Sardinha, L.B., Froberg, K., Ekelund, U., Brage, S. & Andersen, S.A. (2006). Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet*, 368, 299-304.

Barbosa (2004). Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência. Barueri.

Blair, S., & Church, T. (2004). The fitness, obesity and health equation. Is physical activity the common denominator? *Jama*, 292(8), 1232-1234.

Capucha, L. (2007). Circular nº 11/DGIDC/2007. Recomendação para os Bufetes Escolares. Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular.

Capucha, L. (2006). Referencial “Educação Alimentar em Meio Escolar – Oferta Alimentar Saudável” Nota de apresentação – Direção Geral de Saúde/Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (pp. 5-6).

- Carvalho, G. (2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In *Atividade Física, Saúde e Lazer; A infância e estilos de vida saudáveis*, Pereira, B. & Carvalho, G. Lidel. Edições Técnicas: Lisboa.
- Cavadini, et al. (2000) Food habits and sport activity during adolescence: differences between Athletic and non-athletic teenagers in Switzerland. *European Journal of clinical nutrition*. 54 (Suppl. 1):S16-S20.
- Cecil, J., Palmer, C., Wrieden, W., Murrie, I., Bolton-Smith, C. Watt, P., Wallis, D., & Hetherington, M. (2005). Energy intakes of children after preloads: adjustment, not compensation. *American Journal of Clinical Nutrition*: 82, 302-308.
- Center for Disease Control and Prevention (2006). *Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General*. Center for Disease Control and Prevention (1996). *Physical Activity and Health. A Report from the Surgeon General*. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>. Consultado em 23 de Outubro de 2010.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for the child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1-6.
- Costa P., & Precioso J. (2007). Qualidade dos alimentos disponíveis nos bufetes escolares: um estudo efetuado em escolas promotoras de saúde e escolas “normais”, do concelho de Braga. *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*; Volume 13 nº1: 10-16.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Promoção da Saúde em Meio Escolar – Promoção de uma Alimentação Saudável: Orientações para a elaboração de projetos no âmbito do programa nacional de saúde escolar*.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular - Normativa nº03/DGCG*.
- EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity. March 15. 2005 F
- Fisberg, M., Bandeira, C., Bonilha, E. Halpern, G., & Hirschbruch, M. (2000). Hábitos alimentares na adolescência. *Pediatrics Mod*; 36: 766-70.
- Frank, G. (1994). Environmental influences on methods used to collect dietary data from children. *American Journal Clinical Nutrition*; 59 Suppl: 207S-11S.
- Gibson, R. (1990). *Principles of nutritional assessments*. Oxford: Oxford University Press.
- Gordon-Larsen, P., Nelson, M. C. & Popkin, B. M. (2004). Longitudinal Physical Activity and Sedentary Behavior Trend – Adolescence to Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4): 277-283.
- Hall, D., & Cole, T. (2006). What use is the BMI? *Archives of Disease in Childhood*, 91, 283-286.
- Kuczmarski, R. J., & Flegal, K. M. (2000). Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *American Journal Clinical Nutrition*, v.72, n.5, pp. 1074-1081.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., et al. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity reviews*, 6(2), 123-132.

- Lemos, V. (2006). Despacho nº 2709/2006 de 27 de Setembro. Temáticas prioritárias conexas com a Promoção e Educação para a Saúde. Secretaria de Estado da Educação.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health: *Obesity Rev.* vol.5 Suppl 1, pp.4-104.
- Lohman TG, Roche AF, Martorell R. (1991). *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign: Human Kinetics ed.
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Volume 22. Nº2 Julho/Setembro: 43-55.
- Loureiro, I. (1999). A Importância da educação Alimentar na Escola. In Sardinha L. B., Matos. G., Loureiro L., (eds.). *Promoção da Saúde - Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*; 50, 1-11
- Maia, J., Lopes, V., Silva, R., Seabra, A., Fonseca, A., Bustamante, A., Firmino, R., Freitas, D., Prista, A. & Cardoso, M. (2006). Crescimento e Desenvolvimento de Crianças e Jovens Açorianos. O que Pais, Professores, Pediatras e Nutricionistas Gostariam de Saber. Açores: DREFD, DRCT e FCDEF-UP.
- Maia, J., Lopes, V., Campos, M., Silva, R., Seabra, A., Morais, F., Fonseca, A., Freitas, D. & Prista, A. (2006). Crescimento, desenvolvimento e saúde. Três anos de estudo com crianças e jovens açorianos. Açores: DREFD, DRCT e FCDEF-UP.
- Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Dinis, J., & Equipa do Aventura Social (2006). Consumo de substâncias nos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar, <http://www.fmh.utl.pt/aventura-social>. Consultado em Setembro de 2010.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (1998). *A rede Europeia e Portuguesa das Escolas Promotoras de Saúde*, 1ª ed., Editorial do Ministério da Educação.
- Mota, J., & Sallis, J.F. (2002). *Atividade Física e Saúde – Fatores de Influência da AF nas Crianças e nos Adolescentes*. Campo das Letras. Porto.
- Mota, M. (2007). *Associação da Atividade Física, Padrões Alimentares e Obesidade em Adolescentes*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança. Abril de 2007.
- Mota, J., & Batista, F. (2011). *Livro Verde da Aptidão Física*. Instituto do Desporto de Portugal. Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto.
- Oliveira, A., Cerqueira, E., Sousa, J., & Oliveira AC, (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais. *Arq. Brasileiro Endocrinol Metabol.* 47(2): 144-50.
- Pereira, B. O., & Carvalho, G. S. (2008). *Atividade Física, Saúde e Lazer – Modelos de Análise e Intervenção*: Lidel Pereira, B. O., & Carvalho, G. S. (2006). *Atividade Física, Saúde e Lazer – A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*: Lidel Peres, E. (2003):

Saber comer para melhor viver. 5ª Edição. Biblioteca da Saúde. Editorial Caminho. Lisboa.

Rodrigues, L. P., Sá, C., Bezerra, P., & Saraiva, L. Estudo Morfo funcional da Criança Vianense. (2006) Câmara Municipal de Viana do Castelo. Viana do Castelo.

Rodrigues, V., Carvalho, G., Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007). Hábitos de Saúde da População Infanto Juvenil e identificação de comportamentos de risco. Disponível em <http://jovemsaudavel.com.sapo.pt>. Consultado em Setembro de 2010.

Rodrigues, V., Carvalho, G., Gonçalves, A. & Albuquerque, C. (2006). Estilos de Vida: O que dizem os Professores; A Realidade dos alunos. Disponível em <http://jovemsaudavel.com.sapo.pt>. Consultado em Setembro de 2010.

Santos, R., Moreira, C., Moreira, P., & Mota, J. (2010). Estudo dos Fatores de Risco das Doenças Cardiovasculares dos Adolescentes da Região Autónoma dos Açores. CIAFEL – FADUP – DRDRAA.

Santos, J. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 17 (2), 27-42.

Sardinha, L.B., (2009). Orientações da União Europeia para a Actividade Física – Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar. Nota de apresentação. Instituto do Desporto de Portugal. Julho de 2009.

Telama, R. & Yang, X. (2000). Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), 1617-1622.

Toschke, A. et al. (2005). Meal frequency and childhood Obesity, *Obesity research*, vol. 13 nº11: 1932-1938.

Tudor-Locke, C., Ainsworth, B.E. & Popkin, B.M. (2001). Active commuting to school an overlooked source of children's physical activity? *Sports Medicine*, 31(5), 309-313.

Vereecken, C.A., Bobelijn, K., & Maes, L. (2003). School food policy at primary and secondary schools in Belgium- Flandres: does it influence young people's food habits? *European Journal of Clinical Nutrition* (2005) 59, 271-277.

Viana, V., Candeias, L., Rego, C., & Silva, D (2009). Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parental: Uma Revisão da Bibliografia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*. Volume 15 nº1: 9-16.

Viana, V., Lopes dos Santos, P., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doença*.

WHO (2005). The Health of Children and Adolescents in Europe. WHO Europe. Internet Communication.

WHO (2003). The European Men's Health Forum. A report on the state of men's health across 17 European countries, source of data: health for all Database 2003.