

INTERVENȚII LA NIVEL EUROPEAN ASUPRA FACTORILOR ASOCIAȚI CREȘTERII TENSIUNII ARTERIALE. REDUCEREA CONSUMULUI DE TUTUN ȘI ALCOOL. PROMOVAREA MOBILITĂȚII ACTIVE

CARMEN DANIELA DOMNARIU¹

¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie:

consum, tutun, alcool, intervenție, mobilitate sănătate

Rezumat: Pe lângă consumul de sare, zahăr și grăsimi, care s-a dovedit a contribui direct la creșterea valorilor tensiunii arteriale, tutunul, alcoolul și lipsa activității fizice sunt, de asemenea, considerați factori de risc cunoscuți pentru apariția bolilor cardiovasculare. Impactul pe care acești factori de risc îl au asupra stării de sănătate a oamenilor, precum și costurile aferente tratării afecțiunilor cauzate de aceștia pot fi inversate prin elaborarea și implementarea de intervenții de reducere a consumului de tutun și alcool în rândul populațiilor și de promovare a mobilității active. Această lucrare prezintă intervențiile realizate de unele state membre, intervenții care au avut ca rezultat scăderea consumului factorilor de risc menționați anterior și, implicit îmbunătățirea sănătății publice.

Keywords:

consumption, tobacco, alcohol, mobility intervention, health

Abstract: Besides the consumption of salt, sugar and fats, which has been shown to directly contribute to increased blood pressure, tobacco, alcohol consumption and the lack of exercise are also considered risk factors for the occurrence of cardiovascular diseases. The impact these risk factors have on the health of people, as well as the costs of treating the diseases caused by them can be reversed by developing and implementing interventions to reduce tobacco and alcohol consumption among populations and to promote the active mobility. This paper presents the interventions made by some Member States, interventions that resulted in decreased consumption of the above-mentioned risk factors, improving thus, the public health.

În Regiunea Europeană, tutunul este responsabil pentru 16% din totalul deceselor la adulți (în vârstă de 30 de ani sau peste). Acest lucru contrazice puternic cifrele globale și regionale, potrivit cărora tutunul este responsabil pentru 3% din decesele adulților în regiunea africană, 7% din decesele adulților în regiunea Mediterană de Est, și 12% din totalul deceselor la adulți la nivel global.(1) Mai precis, 16% din toate decesele cauzate de bolile de inimă în Regiunea Europeană sunt legate de consumul de tutun.(2) În plus, Regiunea Europeană pierde 1600000 de vieți omeneste ca urmare a consumului de tutun în fiecare an.(3)

Există o asociere puternică între fumat și bolile cardiovasculare. Consumul acut de tutun este asociat cu o creștere temporară doar, a tensiunii arteriale cu fiecare țigară consumată, o creștere care dispare după 30 de minute.(4) În fapt, mulți fumători au o tensiune arterială în repaus mai mică decât nefumătorii - un fapt adesea legat de o masă corporală medie mai mică în rândul fumătorilor comparativ cu nefumătorii. Cu toate acestea, consumul cronic de tutun cauzează rigiditate arterială, care poate persista ani după renunțarea la fumat.(5) Mai mult decât atât, se înregistrează o creștere a incidenței hipertensiunii arteriale în rândul fumătorilor cronici. În mod alarmant, atunci când combină fumatul, pacienții hipertensivi sunt mai susceptibili de a suferi o reducere a funcției ventriculului stâng (6) și, astfel, de a suferi o afecțiune cardiacă. Mai mult decât atât, consumul de tutun este adesea asociat cu consumul de alcool (o relație care devine mai puternică odată cu creșterea uneia din acestea), expunând astfel consumatorii la multipli factori de risc pentru dezvoltarea hipertensiunii arteriale.(7) La nivel mondial, 48 de țări și Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) au ratificat

Convenția Cadru privind Controlul Consumului de Tutun (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), oferindu-le legitimitate în a exercita presiuni pentru stabilirea de măsuri severe privind controlul consumului de tutun. Această convenție recunoaște importanța strategiilor de reducere atât a cererii, cât și a ofertei de tutun și oferă oportunitatea exercitării măsurilor de control al tutunului, care urmează să fie puse în aplicare la nivel național, regional și internațional.

Turcia se numără printre țările care au implementat cu succes cele mai bune practici recomandate în raportul Organizației Națiunilor Unite (ONU) privind Prevenirea și controlul bolilor netransmisibile, prin promovarea locurilor speciale pentru fumat, etichete de avertizare, stabilirea de restricții, creșterea accizelor.(8)

Turcia este recunoscută pentru consumul nereglementat de tutun, care a fost corelat cu creșteri mari ale numărului de spitalizări din cauza bolii coronariene.(9) În anul 2000, Ministerul Sănătății a atribuit 21317 de decese cardiovasculare, 274770 ani de viață pierduți, și 321237 ani de viață ajustați în funcție de invaliditate (DALY) consumului de tutun în Turcia.(10) Inițiativele privind controlul tutunului au început în anii 1980, iar acțiunile reale începând cu anii 1990, care au încercat să controleze, reducă, și să prevină consumul de tutun.(11)

În anul 1996, guvernul a adoptat Legea nr. 4207, *Prevenirea pericolelor determinate de produsele din tutun*.(12) Această lege a interzis fumatul în unele locuri publice, a interzis toate reclamele publicitare privind consumul de tutun, vânzarea de tutun minorilor, a impus introducerea de avertismente de sănătate obligatorii pe ambalajele pachetelor de tutun și a cerut posturilor naționale de televiziune să aloce 90 de minute timp de

¹Autor corespondent: Carmen Daniela Domnariu, Str. Luptei, Nr. 21, 550330, Sibiu, România, E-mail: cdomnariu@yahoo.com, Tel: +40269 212812
Articol intrat în redacție în 05.03.2013 și acceptat spre publicare în 06.05.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2013;2(3):1-3

emisie pentru a descrie impactul dăunător al consumului de tutun.(12) Pentru a monitoriza și reglementa noua lege, a fost creată în anul 2002, Autoritatea de Reglementare a Tutunului.(13) În plus față de susținerea Legii nr. 4207, Autoritatea de Reglementare a Tutunului a interzis expunerea produselor din tutun publicului, și de asemenea, a încercat să crească gradul de conștientizare a pericolelor asociate fumatului.(11) Cel mai recent, în anul 2008, Turcia a implementat *Legea cu privire la prevenirea riscurilor produselor din tutun* (un amendament al Legii nr. 4207, care a avut în vedere implicarea sectorului îngrijirilor de sănătate, care să includă servicii pentru a ajuta cetățenii să renunțe la fumat), precum și implementarea unei politici anti-fumat (stipularea prin lege a aerului curat).(14) Cu privire la rezultatele obținute după punerea în aplicare a acestor măsuri de controlare a consumului de tutun, s-a înregistrat o scădere mică a acestuia de la 33,6% din populație în 1993 la 31,2% în 2008.(15,16) Cel mai impresionant, s-a constatat o reducere de la 57,8% în 1993 la 47,8% în 2008 în rândul bărbaților. În același interval de timp, numărul femeilor fumătoare a crescut de la 13,5% în 1993 la 15,2% în 2008 - evidențiind tendințele sociale negative ale obiceiurilor acceptabile. Aceste modificări, deși recente, au dus deja la o scădere de 33,6% a afecțiunilor acute cardiovasculare spitalizate la nivel local.(17)

O altă țară care a ratificat Convenția Cadru privind Controlul Consumului de Tutun este Federația Rusă. În anul 1999, Federația Rusă a pus în aplicare programul *Hipertensiunea arterială la pacienții hipertensivi vârstnici*, care a vizat reducerea fumatului în rândul pacienților hipertensivi vârstnici. Programul a redus cu succes prevalența fumatului, prin creșterea terapiei privind consumul de tutun și îmbunătățind procesul de tratare generală a pacienților vârstnici cu tensiune arterială crescută, prin metodele de tratament specifice.(18)

În ceea ce privește, consumul de alcool, Regiunea Europeană înregistrează cea mai mare cantitate consumată de alcool din lume, aproximativ dublu față de media mondială.(19) În 2009, în medie, un adult de 15 ani sau mai în vârstă, consuma 12,5 litri de alcool pur - echivalentul a 27 g de alcool pur sau aproape trei băuturi standard pe zi de persoană.

Planul de acțiune european pentru reducerea consumului nociv de alcool 2012-2020 citează alcoolul ca fiind una dintre prioritățile de top din lume, în lupta pentru îmbunătățirea stării de sănătate. Alcoolul este cel mai mare contribuabil al unei stări de sănătate precară și moarte prematură, în Regiunea Europeană, și al treilea cel mai mare contributor la nivel global.(20) Alături de fumat și accidente rutiere (care sunt frecvent asociate consumului de alcool), alcoolul cauzează 40% din afecțiuni și decese premature în Regiunea Europeană.

Cele mai renumite acțiuni de reducere a consumului de alcool au fost implementate la nivelul Federației Ruse și a Moldovei, țări cu un binecunoscut consum ridicat de alcool. Intervențiile anti-alcool desfășurate la nivelul acestor țări includ seriale de televiziune, ateliere de conștientizare pentru adolescenți, crearea de servicii de consiliere ca parte a instituțiilor medicale la nivel național.(21) Aceste campanii vizează scăderea consumului de alcool la jumătate până în anul 2020. Federația Rusă a înregistrat o reducere de 17% a consumului de alcool, în scădere de la 18 litri la 15 litri pe cap de locuitor între anii 2010 - 2012.(22)

În anul 2010, Republica Moldova a pus în aplicare numeroase intervenții pentru a restricționa consumul de alcool, fiind țara cu cel mai mare consum de alcool din lume, cu 18,22 litri per cap de locuitor în fiecare an. O evaluare a eficienței și cost-eficacității intervențiilor a arătat că Republica Moldova a avut cel mai mare succes, crescând accizele la alcool cu 25%.

Măsurile fiscale au fost susținute de interzicerea vânzărilor de alcool la cei sub vârsta de 16 ani, testarea șoferilor pentru volumul de alcool din sânge, informarea populației cu privire la pericolele consumului excesiv de alcool, precum și eforturile de a preveni fabricarea ilegală de alcool. Per ansamblu, intervențiile au reușit salvarea a 6114 ani de viață sănătoasă în 2010, cu posibilitatea de a crește această cifră la 17736 de vieți pe an, cu punerea în aplicare pe scară largă în continuare a intervențiilor curente.(23) S-a constatat că reducerile semnificative ale consumului de alcool sunt direct legate de scăderi ale tensiunii arteriale - prin intermediul unei relații doză-răspuns (adică o reducere mai mare a consumului de alcool determină o ameliorare mai mare a tensiunii arteriale). Reducerea consumului de alcool este vitală pentru prevenirea și tratamentul hipertensiunii arteriale în rândul consumatorilor cronici.(24) În special, studiile au arătat că există o relație liniară între consumul de alcool și tensiunea arterială. Într-un studiu, s-a constatat că persoanele care consumă cantități mari de alcool au cu 17,6mmHg o tensiune arterială sistolică mai mare și o tensiune arterială diastolică mai mare de 10,9mmHg decât consumatorii de alcool ocazionali.(25) În timp ce relația directă dintre alcool și hipertensiune arterială nu este încă cunoscută, studii pe pacienți hipertensivi au constatat că până la 40% din aceștia erau considerați consumatori cronici (cei care consumă mai mult de 40g de alcool / zi).(25)

Factorii de decizie politică ar trebui să încerce să pună în aplicare cele mai bune practici, prin abordarea a trei domenii dovedite a avea un impact pozitiv asupra consumului de alcool: marketing (publicitate), disponibilitate (retail), și cele mai bune preturi (impozitarea). În plus, intervențiile ar trebui să vizeze tinerii, în scopul de a avea un impact asupra stilului de viață viitor.

Lipsa activității fizice este recunoscută ca un factor major de risc independent pentru hipertensiune arterială (și bolile netransmisibile în general), cauzând 3,5% din povara bolii și până la 10% din totalul deceselor în Regiunea Europeană. Activitatea fizică moderată regulată este o modalitate foarte eficientă de a îmbunătăți și menține starea de sănătate a populației.(26)

Carta europeană privind combaterea obezității are scopul de a reduce epidemia de obezitate și de a inversa tendința actuală în Regiunea Europeană. Aceasta detaliază acțiunile cheie necesare pentru a încuraja o alimentație mai sănătoasă și activitatea fizică.(27) Importanța activității fizice pentru a face față epidemiei de obezitate este subliniată în acest document și se reflectă în documentul-ghid „Pași spre sănătate: un cadru de acțiune în Regiunea Europeană OMS”.(26) În plus, Declarația de la Parma privind mediul și sănătatea, adoptată de către statele membre OMS la a cincea Conferință ministerială privind mediul și sănătatea, care a avut loc în Parma, Italia, în perioada 10-12 martie 2010, subliniază importanța asigurării unui mediu sigur pentru a permite desfășurarea activității fizice, precum și angajamentul țărilor de a depune eforturi în realizarea obiectivelor în acest sens.(28)

Factorii politici ar trebui să înțeleagă valoarea gândirii de tipul „în afară cutiei”, pentru realizarea de modalități creative de promovare a mobilității în cadrul societății, pentru a face din schimbare o posibilitate, și pentru a educa populația cu privire la beneficiile asociate activității fizice.

Una din intervențiile de promovare a mobilității active a fost implementată de Slovenia, care în anul 2000, a creat *Programul MURA*, care urmărea îmbunătățirea stilului de viață al locuitorilor, starea de sănătate fiind la baza dezvoltării de noi programe și politici. Ca parte a programului, a fost creată campania *Hai să trăim sănătos!* Campania a avut ca scop crearea sentimentului de proprietate privind propria stare de

sănătate, și conștientizarea îmbunătățirii stării de sănătate. Până în prezent, programul a reușit să includă 30000 de persoane, iar 80% din participanți au raportat o schimbare permanentă în stilul lor de viață. Concret, Slovenia, lucrează mai proeminent în ceea ce privește activitatea fizică, de exemplu, prin includerea în program a centrelor Nordic walking.(29)

Intervențiile de reducere a consumului de tutun și alcool, precum și abordarea unor strategii de creștere a activității fizice reprezintă modalități directe de a combate bolile asociate tensiunii arteriale ridicate la nivel european.(30)

REFERINȚE

1. Strazzulo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2009;339:b4567.
2. WHO. Deaths from tobacco in Europe. [Online].; 2012 [cited 2013 1 10]. Available from: "http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/04/deaths-from-tobacco-in-europe" <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/04/deaths-from-tobacco-in-europe>.
3. WHO. 2-11: WHO Framework Convention on Tobacco Control. [Online].; 2013 [cited 2013 1 16]. Available from: "http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day/2011-who-framework-convention-on-tobacco-control" <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day/2011-who-framework-convention-on-tobacco-control>.
4. Gropelli A, Giorgi D, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens*. 1992; 10(5): p. 495.
5. Jatoi N, Jerrard-Dunne P, Feely J, Mahmud A. Impact of smoking and smoking cessation on arterial stiffness and aortic wave reflection in hypertension. *Hypertension*. 2007;49(5):981.
6. Rosen B, Saad M, Shea S, Nasir K, Edvardsen T, Burke G, et al. Hypertension and smoking are associated with reduced regional left ventricular function in asymptomatic individuals the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47(6):1150.
7. Fertig JB, Allen JP. Alcohol and tobacco: from basic science to clinical practice Washington, DC: National Institutes of Health; 1995.
8. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Mauer-Stender K. Tobacco control in Turkey – story of commitment and leadership. Copenhagen, Denmark: 2012.
9. MOH. Statistics of diseases (196401994), Publication No. 584. Ankara, Turkey; 1996.
10. MOH. National Burden of Disease Study. Ankara, Turkey; 2003.
11. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Mauer-Stender K. Tobacco control in turkey – story of commitment and leadership. Copenhagen, Denmark; 2012.
12. TC. Resmî Gazete [Official Gazette]. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun [Law on Preventing Harms of Tobacco Products, No. 4207, November 1996]. [Online].; 1996 [cited 2013 1 27]. Available from:<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www>.
13. TAPDK. [Online].; 2011 [cited 2013 1 28]. Available from: http://www.tapdk.gov.tr/default_eng.asp.
14. TC. Resmî Gazete [Official Gazette]. Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması [Bill Amending the Law on Prevention of Hazards of Tobacco Control Products, 3 January 2008, No. 5727]. [Online].; 2008 [cited 2013 1 28]. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr>.
15. Toros A, Oztek Z. Health Services Utilization Survey in Turkey 1993. Ankara, Turkey; 1993.
16. Turkish Statistical Institute. Global Adult Tobacco Survey, 2008. Ankara, Turkey; 2009.
17. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. Expansion of smoke-free public places and workplaces in Ankara, Turkey; 2011.
18. Kobalava Z, Kotovskaia I, Drozdetskiy S, Hirmanov V, Karpov Y, Sklizkova L, et al. P-226 Educational programme can improve real practice of arterial hypertension management in the elderly patients of Russia. *AJH*. 2002; 15(4): p. 111A-112A.
19. WHO. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, Denmark; 2012.
20. WHO. European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, Denmark; 2010.
21. Parfitt T. Russia's health promotion efforts bloom. *Lancet*. 2009;373:2186-7.
22. European Alcohol Policy Alliance. eurocare. [Online]. [cited 2013 1 4]. Available from: "http://www.eurocare.org/newsroom/news/russia_alcohol_consumption_in_russia_down_17_to_15_liters_in_2_yrs_28_12_2011" http://www.eurocare.org/newsroom/news/russia_alcohol_consumption_in_russia_down_17_to_15_liters_in_2_yrs_28_12_2011.
23. Tirdea M, Ciobanu A, Vasiliev T, Buzdugan L. Reducing harmful use of alcohol: cost-effectiveness of alcohol control strategies in the Republic of Moldova. Copenhagen; 2011.
24. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure. *Hypertension*. 2001;38:1112-1117.
25. Saunders JB, Beevers DG, Paton A. Alcohol-induced hypertension. *Lancet*; 1981. p. 653-656.
26. WHO. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, Denmark; 2007.
27. WHO. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity: diet and physical activity for health. In European Charter on counteracting obesity; Istanbul, Turkey: WHO Office for the European Region; 2006.
28. WHO. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health: Protecting children's health in a changing environment. In Parma Declaration on Environment and Health; Parma, Italy: WHO Regional Office for Europe; 2010.
29. WHO. Resource of health system actions on socially determined health inequalities. [Online].; 2010 [cited 2013 1 5]. Available from: "http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=9" <http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=9>.
30. World Health Organization. High Blood Pressure – County experiences and effective interventions utilized across the European Region; 2013.