



Ziua Mondială fără Tutun (World No Tobacco Day - WNTD) 31 mai 2019

Analiza de situație *Bolile pulmonare: tributul principal impus de fumat sănătății publice*

Cuprins

a)	<i>Date statistice la nivel mondial, european și național privind consumul de tutun.....</i>	<i>2</i>
	• <i>Date globale și naționale privind bolile pulmonare asociate fumatului.....</i>	<i>6</i>
b)	<i>Date din studii internaționale privind impactul fumatului asupra sănătății adulților și copiilor.....</i>	<i>8</i>
c)	<i>Mecanismul de acțiune (inducerea dependenței de tutun).....</i>	<i>9</i>
d)	<i>Politici, strategii și programe existente la nivel global și național.....</i>	<i>9</i>
e)	<i>Analiza grupurilor populaționale.....</i>	<i>11</i>
f)	<i>Campanii IEC efectuate la nivel național în anii anteriori.....</i>	<i>12</i>
g)	<i>Bibliografie.....</i>	<i>12</i>

În fiecare an, pe 31 mai, OMS împreună cu partenerii de pe glob celebrează Ziua Mondială fără Tutun (ZMFT). Campania reprezintă o oportunitate pentru creșterea gradului de conștientizare în rândul populației privind efectele nocive ale consumului de tutun și ale fumatului pasiv, precum și pentru descurajarea utilizării acestuia sub orice formă. Campania cheamă la acțiune toți factorii decidenți, susținând politicile eficiente de reducere a consumului de tutun și activarea tuturor sectoarelor implicate în lupta pentru controlul tutunului.

În 2019, atenția campaniei se îndreaptă către riscurile apariției și dezvoltării bolilor pulmonare, cauzate de consumul de tutun și expunerea pasivă la fumul de tutun [1].

*

a) *Date statistice la nivel global, european și național privind consumul de tutun*

• *Fapte cheie globale*

Pe glob, tutunul ucide aproape jumătate din utilizatori, generând peste 7 milioane decese anual. Peste 6 milioane dintre consumatori își pierd viața urmare a fumatului activ, în timp ce aproximativ 890 000 sunt decese cauzate de fumatul pasiv.

În lume, aproximativ 80% din cei 1,1 miliarde de fumători trăiesc în țări cu venituri mici și mijlocii, unde povara bolilor și a deceselor asociate tutunului este cea mai ridicată.

În 2004, copiii reprezentau 28% din decesele atribuite fumatului pasiv.

În prezent, numai circa 1,4 miliarde persoane (20% din populația lumii), sunt protejate de legi naționale cuprinzătoare anti-fumat [2].

• *Prevalența fumatului în Regiunea Euro-OMS*

Anual, 650 000 de europeni mor din cauza bolilor asociate tutunului, dintre care 79 000 prin fumat pasiv [3].

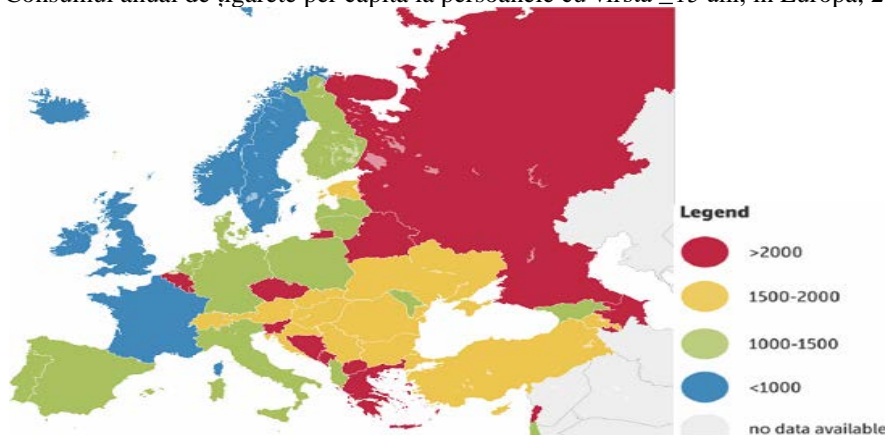
Cel mai mare consum de țigarete se înregistrează în Muntenegru, cu o medie anuală de 4 125 țigarete/fumător, în timp ce în Islanda media era de 551 țigarete, cea mai mică din Europa.

Prevalența fumatului în rândul bărbaților înregistrează cel mai ridicat procent în Armenia unde mai mult de jumătate dintre aceștia fumau (51,7%), în timp ce Suedia prezenta cel mai scăzut procent de fumători în populația masculină (12,7%).

Prevalența fumatului în rândul femeilor era cea mai ridicată în Grecia, unde mai mult de 1/3 din femei fumau (34,7%), în timp ce în Azerbaidjan se înregistrează cel mai redus procent de populație feminină fumătoare (0,9%).

În sinoptica consumului anual de țigarete per capita la persoanele cu vârsta ≥ 15 ani în 2016 majoritatea statelor CSI, Grecia, Slovenia, Belgia și Cehia înregistrau cel mai ridicat consum (>2000 țigarete), în timp ce în Peninsula Scandinavă, Islanda, Franța și UK consumul era cel mai scăzut (<1000 țigarete). În România consumul înregistrează un număr de 1500 - 2000 țigarete (Fig. 1) [3].

Fig. 1 Consumul anual de țigarete per capita la persoanele cu vârsta ≥ 15 ani, în Europa, 2016



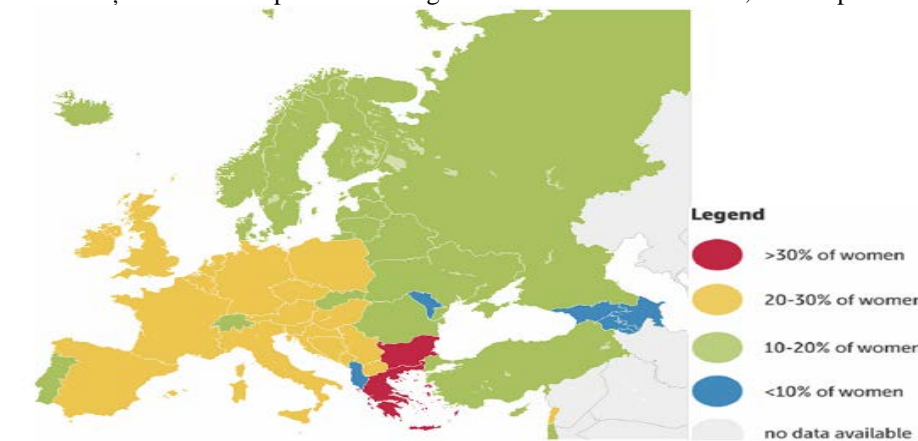
Euro-sinoptica prevalenței fumatului la persoanele de gen masculin ≥ 15 ani înregistrează cele mai ridicate valori în statele CSI, Grecia și Bulgaria cu $>40\%$ fumători, în timp ce țările scandinave prezentau cel mai scăzut procent, $<20\%$. În România prevalența în rândul persoanelor de gen masculin era cuprinsă între 30 - 40% (Fig. 2) [3].

Fig. 2 Prevalența fumatului la persoanele de gen masculin cu vârsta ≥ 15 ani, în Europa 2016



În sfârșit, în euro-sinoptica prevalenței fumatului la persoanele de gen feminin cu vârsta ≥ 15 ani (2016), Grecia și Bulgaria înregistrau ponderea cea mai ridicată ($>30\%$), în timp ce Georgia, Azerbaijan, Albania și Republica Moldova aveau cel mai scăzut procent ($<10\%$). În România prevalența se situa între 10 - 20% (Fig 3) [3].

Fig. 3 Prevalența fumatului la persoanele de gen feminin cu vârsta >15 ani, în Europa 2016



- România: nivelul și dinamica prevalenței fumatului

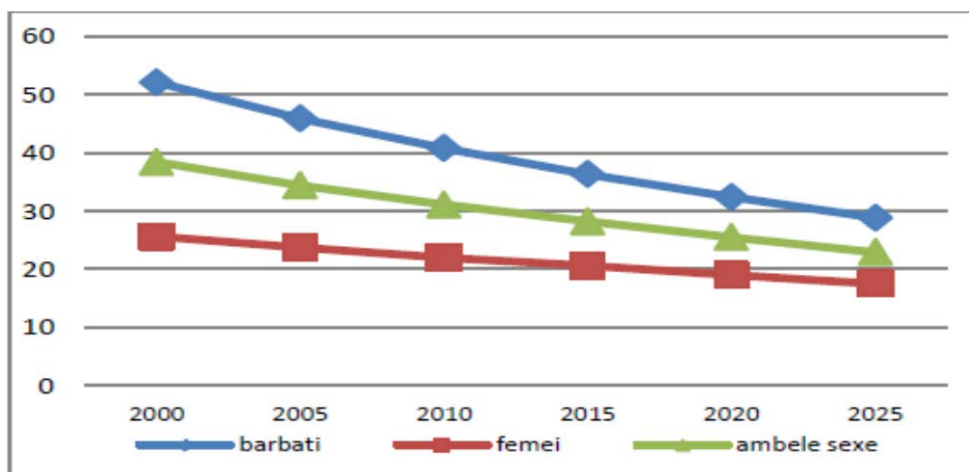
România raportează în anii recenti o prevalență a fumătorilor curenți (minimum o dată în ultima săptămână) de 27,2% din populația ≥ 15 ani în 2014, ceea ce o situează între statele cu nivel mediu al prevalenței fumatului.

Există diferențe mari între genuri (40,8% la bărbați, față de 22% la femei). Cel mai recent studiu (Ancheta stării de sănătate prin interviu), realizat de Institutul Național de Statistică în 2014, semnalează faptul că 1/4 din populația rezidentă ≥ 15 ani fumează, 19,6% din aceasta reprezentând fumători zilnici.

Diferențe se observă și în funcție de nivelul educației: 27,9% dintre fumători au nivel de educație superior, 29,9% au nivel de educație mediu, iar 17,1% au nivel de educație scăzut [4].

Prevalența medie a fumatului curent în România la subiecții de sau peste 15 ani era în 2000 de circa 40% (54% fumători de gen masculin) și de circa 30% (dintre care 37% fumători de gen masculin) în 2015. Prevalența prognozată pentru 2025 ar fi de circa 23% (dintre care 29% fumători de gen masculin). Consumul de tutun descrește, în special în rândul persoanelor de gen feminin (Fig. 4).

Fig. 4 România 2000-2025: dinamica și prognoza prevalenței fumatului la subiecți ≥ 15 ani



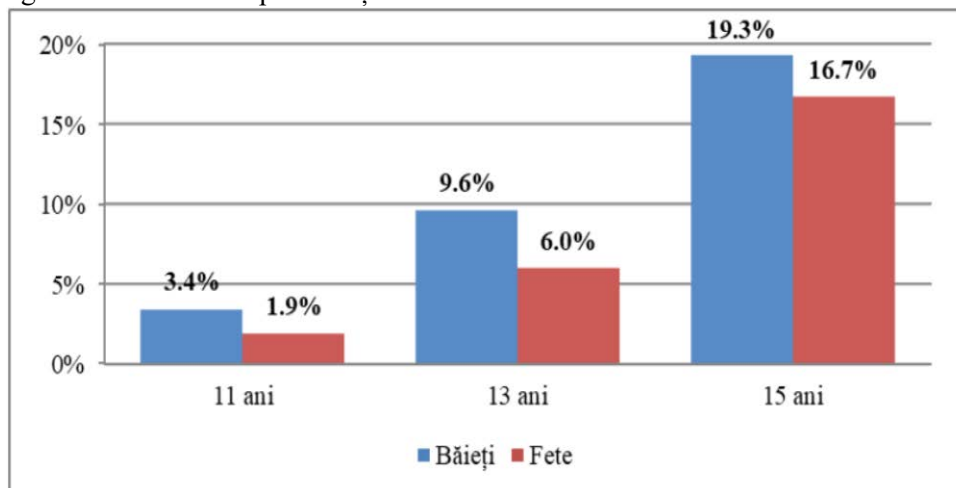
• România: nivelul și dinamica consumului de tutun la adolescenți

Studiul Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) a evidențiat în 2014 un consum curent de tutun (cel puțin o dată în ultima săptămână) în rândul elevilor cu vârstă de 15 ani împliniți, de 19,3% la băieți și de 16,7% la fete.

Același studiu indică o creștere între anii 2006 și 2014 a prevalenței acestui comportament de risc în rândul adolescenților, ambele genuri la un loc. În timp ce la fete creșterea a fost monotonă, înregistrând valori de 5,2% (în 2006), 8,3% (în 2010) și 8,9% (în 2014), la băieți, în perioada 2006-2010 creșterea a fost mai accentuată (de la 7,9% la 14,4%), urmată apoi de o scădere (10,8%) în anul 2014 [5].

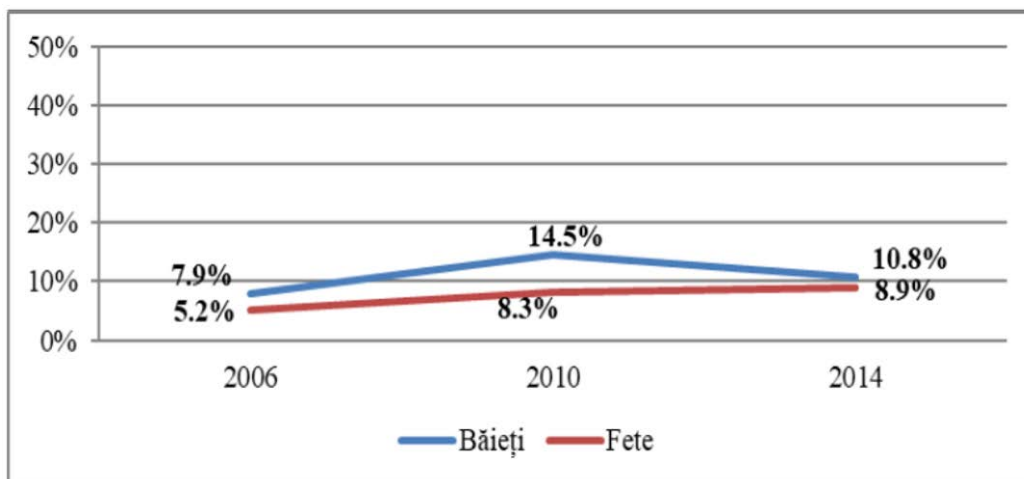
După vârstă (Fig. 5), dacă în 2014 prevalența în rândul elevilor fumători cu vârsta de 15 ani era, cum am menționat, de 19,3% la băieți și de 16,7% la fete, diferența procentuală între băieți și fete la această vârstă era mai mică în comparație cu elevii cu vârsta de 13 ani la care prevalența era de 9,6% la băieți și de 6% în rândul fetelor. Fumatul curent crește cu vârsta, în special la fete [5].

Fig. 5 România 2014: prevalența fumatului curent la elevii cu vârsta 11 - 15 ani



Datele cu privire la consumul curent de tutun indicau în general între anii 2006 și 2014 o creștere a prevalenței acestui comportament de risc în rândul adolescenților (rezultată dintr-o creștere monotonă la fete și o curbă în “U” inversat cu vârf în 2010 la băieți). Astfel, dacă în 2010 prevalența la băieți se ridica la 14,5%, iar în rândul fetelor era de 8,3%, până în 2014 diferența dintre genuri se micșora înregistrând valori de 10,8% la băieți și 8,9% la fete (Fig 6) [5].

Fig. 6 România 2006 - 2014: dinamica fumatului curent la elevii de 15 ani



În urma studiului GYTS 2017 efectuat pe un eșantion reprezentativ de 4 395 elevi de 13-15 ani din clasele 6-8 s-au constatat următoarele:

În privința consumului curent de tutun:

- 14,6% dintre elevi (16,4% dintre băieți și 12,5% dintre fete) consumau produse din tutun;
- 8,6% dintre elevi (9,8% dintre băieți și 7,3% dintre fete) fumau țigarete;
- 3,1% dintre elevi, (3,8% dintre băieți și 2,3% dintre fete) utilizau produse din tutun încălzite (IQOS);
- 28,0% dintre fumători au încercat o primă țigaretă înaintea vârstei de 10 ani.

Țigaretetele electronice erau utilizate de 8,2% dintre elevi (10,1% dintre băieți și 5,9% dintre fete).

Renunțarea la fumat se afla în intenția a circa 7 din 10 (67,2%) fumători curenți care au încercat să renunțe la acest viciu în ultimele 12 luni, în timp ce circa 6 din 10 (57,2%) fumători curenți doreau să renunțe la fumat în 2017 [6].

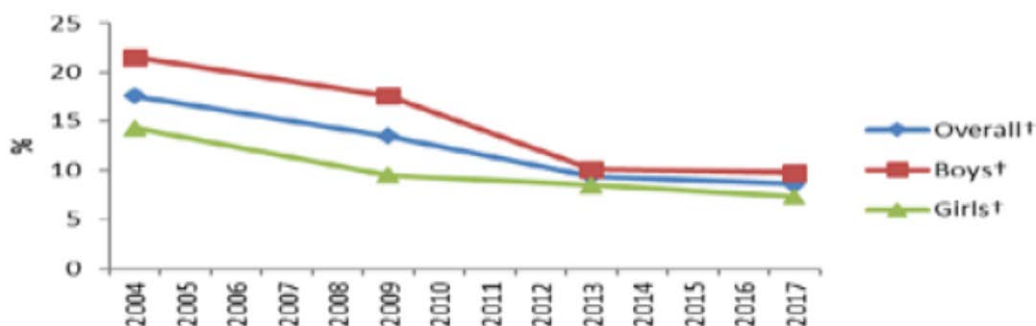
În privința fumatului pasiv la elevii 13 - 15 ani același studiu arată următoarele:

- 35,9% dintre elevi au declarat că au fost expuși fumatului pasiv la domiciliu, (34,1% băieți și 37,8% fete);
- 34,2% au declarat că au fost expuși fumatului pasiv în interiorul unui spațiu public închis, (33,3% băieți și 35,3% fete);
- 49,2% au declarat că au fost expuși fumatului pasiv într-un spațiu public deschis, 47,4% băieți și 51,3% fete;
- 45,5% dintre elevi au declarat că au văzut pe cineva fumând în clădirea școlii sau în curtea școlii (46% băieți și 45% fete) [6].

Conform GYTS, dinamica 2004 – 2017 a fumatului curent de țigaretete la elevii 13 – 15 ani indica o micșorare graduală a decalajului între băieți și fete în intervalul 2009 (17% băieți față de 11% fete) și 2013 (14% față de 12%), în timp ce în perioada 2014 - 2017 prevalența în rândul elevilor era apropiată, fiind de circa 13% la băieți și de circa 11% la fete (Fig. 7) [6].

Fig. 7 România 2004 - 2017: dinamica fumatului curent de țigaretete la elevii 13 - 15 ani

**Current Cigarette Smokers
Among Students Aged 13-15 Years --
Romania, GYTS 2004-2017**



- Date globale si nationale privind bolile pulmonare asociate fumatului

Fumul de tutun reprezintă o formă foarte periculoasă de poluare a aerului în interior: conține peste 7 000 de substanțe chimice, dintre care 69 sunt cunoscute drept cancerigene. Fumul de tutun poate rămâne în aer circa cinci ore, generând risc de cancer pulmonar, boli respiratorii cronice și funcții pulmonare reduse ale persoanelor expuse [1].

Afirmațiile industriei tutunului că poluarea aerului deja existentă ar face nesemnificativ plusul contribuit de fumat este un sofism ușor de combătut: acesta ar fi eventual cazul exclusiv în centrele marilor aglomerații urbane în orele de trafic maxim și la nivelul solului, nicidecum în toate mediile urbane și mai ales rurale.

*

Cancerul pulmonar. Fumatul reprezintă principala cauză a cancerului pulmonar, responsabil pentru mai mult de 2/3 din decesele cauzate de acest tip de cancer la nivel global. Expunerea la fumatul pasiv acasă sau la locul de muncă crește riscul cancerului pulmonar. Renunțarea la fumat poate reduce riscul acestei boli: după 10 ani de renunțare, riscul de cancer pulmonar scade la aproximativ jumătate față de cel al unui fumător.

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) - acumularea de mucus purulent în plămâni duce la o tuse dureroasă și la mari dificultăți de respirație, este substanțial favorizat de fumat. Riscul de dezvoltare al BPOC este deosebit de mare în rândul persoanelor care încep să fumeze la o vârstă fragedă, deoarece fumul de tutun încetinește semnificativ dezvoltarea pulmonară. La nivel global, aproximativ 165 000 de copii mor înaintea vârstei de 5 ani, din cauza infecțiilor respiratorii cauzate de fumatul pasiv. Cei care ajung la maturitate suportă consecințele expunerii, deoarece infecțiile căilor respiratorii inferioare frecvente din frageda copilărie cresc semnificativ riscul de a dezvolta BPOC la vârsta adultă. Renunțarea timpurie la fumat este cea mai eficientă măsură pentru încetinirea progresiei BPOC și ameliorarea simptomelor de astm [1].

Pe glob, în 2015, 3,2 milioane persoane (CI: 3,1 - 3,3) au decedat din cauza BPOC, o creștere de 11,6% (CI: 5,3 – 19,8) față de 1990.

A existat o scădere a ratei mortalității standardizate cu vârsta de 41,9% (CI: 37,7 – 45,1), dar aceasta a fost contracarată de creșterea și de îmbătrânirea populației globale.

Din 1990 până în 2015, prevalența BPOC a crescut cu 44,2% (CI: 41,7 - 46,6), în timp ce prevalența standardizată cu vârsta a scăzut cu 14,7% (CI: 13,5 – 15,9).

Ratele DALY standardizate privind BPOC au crescut până la intervalul mediu al SDI (Standard Deviation Index), înainte de a se reduce drastic.

Fumatul și particulele din ambientul căminului sunt principalii factori de risc pentru BPOC, urmate de poluarea atmosferică și particulele rezultate din munca în gospodărie, ozonul și fumatul pasiv. Împreună, aceste riscuri au generat 73,3% (CI: 65,8 - 80,1) din DALY atribuiți BPOC [7].

Astmul, care limitează activitatea fizică și contribuie la dizabilități este exacerbat de fumat.

În 2015, 0,40 milioane de persoane (CI: 0,36 – 0,44) au decedat din cauza astmului, o scădere de 26,7% (CI: 7,2 - 43,7) din 1990, iar rata de mortalitate standardizată cu vârsta a scăzut cu 58,8% (CI: 39,0 – 69,0).

Prevalența astmului a crescut cu 12,6% (9 până la 16,4), în timp ce prevalența standardizată cu vârsta a scăzut cu 17,7% (CI: 15,1 - 19,9).

Ratele DALY standardizate cu vârsta datorate astmului la ambele genuri au scăzut monoton cu creșterea SDI.

Fumatul și astmogenii ocupaționali au fost singurele riscuri cuantificate pentru astm în GLOBAL BURDEN of DISEASE (GBD), reprezentând 16,5% (CI: 14,6 - 18,7) din DALYs atribuite astmului [7].

Tuberculoza (TB) afectează plămânii și reduce funcția pulmonară, care este în continuare exacerbată de fumat. Componentele chimice ale fumului de tutun pot declanșa infecții latente asociate tuberculozei ce pot afecta 1/4 din cei infectați cu această boală. TB activă, agravată de efectele dăunătoare ale sănătății pulmonare ale fumatului crește substanțial riscul de dizabilități și de decese cauzate de insuficiențe respiratorii [1].

În România 2017, numărul deceselor cauzate de bolile aparatului respirator a crescut apreciabil, cu 961 mai multe față de anul 2016; mortalitatea specifică a crescut de la 65,5 la 69,9/100 000 locuitori [8].

Astfel, numărul deceselor prin BPOC se ridică la 6 231 (28,1/100 000 loc) mai mare decât în 2016 – 5 916 (26,6/100 000 loc).

În același an, numărul deceselor cauzate de *tuberculoză* era în 2017 de 927 (4,2/100 000 loc), mai mic decât în 2016 - 972 (4,4/100 000 loc) [9].

- Efectele fumatului pasiv asupra funcției respiratorii la sugari și copii

În 2012, 1,7 milioane dintre decesele înregistrate în lume la copiii sub cinci ani au fost atribuite condițiilor de mediu neadecvate. Dintre acestea, 570 000 au fost cauzate de infecțiile respiratorii [10].

Circa 700 milioane de copii, adică jumătate din populația globală a acestei categorii, este expusă fumului de tutun din mediul înconjurător (Environmental tobacco smoke-ETS) [11].

Riscurile confirmate pe termen scurt pentru sănătatea copiilor generate de ETS sunt infecțiile căilor respiratorii inferioare, iar pe termen lung greutatea redusă la naștere pentru copiii mamelor fumătoare/expuse la fumul de tutun, precum și alte afecțiuni respiratorii [12].

Sindromul morții subite la sugar (SIDS) este definit ca fiind decesul unui copil sub vârsta de un an. Sugarii expuși la fumul de tutun sunt mai predispuși la îngroșarea și inflamarea căilor respiratorii și sunt mai susceptibili la infecțiile pulmonare [13].

Dezvoltarea și funcționarea creierului fetal pot fi afectate în urma consumului de tutun în timpul sarcinii. La sugarii expuși fumatului prenatal au fost observate dimensiunea redusă și alte modificări ale funcțiilor creierului, în comparație cu cei neexpuși [14].

Cancerle în perioada copilăriei sunt o consecință a consumului de tutun de către părinți în perioada preconcepției/prenatală/postnatală având în spate dovezi privind asocierea între fumat și tumorile cerebrale, limfoamele și leucemia limfocitară acută la copiii acestora.

Astmul în perioada copilăriei, precum și alte simptome respiratorii cronice (tusea, producerea de flegmă, senzația de sufocare) sunt cauzate de expunerea la fumul de tutun. Rapoarte și analize sistematice au prezentat dovezile care arată în mod clar că expunerea la fumul de tutun agravează boala astmatică.

Infecțiile acute ale tractului respirator inferior la sugari și copii sunt cauzate, de asemenea, de expunerea la fumul de tutun în propriul cămin. “Șansele” de a dezvolta boli respiratorii inferioare sunt cu 50% mai mari, iar riscul de a contracta infecții toracice acute, inclusiv bronșită, bronșiolită și pneumonie este mult mai ridicat decât la copiii neexpuși.

Bolile urechii medii prezintă risc de apariție cu 35% mai ridicat la copiii expuși la fumul de tutun și cu 46% dacă mamele lor fumează [13].

b) Date din studii internaționale privind impactul fumatului asupra sanatații adulților și copiilor

Fumatul crește riscul bolilor respiratorii atât la adulți cât și la copii, dar comunicarea magnitudinii acestor efecte într-o manieră științifică accesibilă și utilizabilă de către public și factorii de decizie politică lasă încă de dorit.

Mai jos sunt rezumate câteva meta-analize privind impactul fumatului asupra sănătății prin apariția cancerului pulmonar și al bolilor respiratorii.

Una dintre acestea, a inclus 216 articole și a arătat că în rândul fumătorilor adulți au fost confirmate riscuri substanțiale pentru cancerul pulmonar (raportul de risc (RR), 10,92; 95% CI, 8,28-14,40, 34 de studii), bronhopneumopatia obstructivă cronică - BPOC (RR 4,01; 95% CI, 3,18-5,05; 22 studii), și astm (RR, 1,61; 95% CI, 1,07-2,42; opt studii). De asemenea, expunerea la fumatul pasiv a crescut semnificativ riscul de cancer pulmonar la nefumătorii adulți, precum și riscul de astm bronșic, respirație îngreunată, infecții ale căilor respiratorii inferioare și funcție pulmonară redusă la copii. Totodată, fumatul a crescut

semnificativ riscul de apnee în somn și exacerbări ale astmului la populațiile adulte și la gravide, iar atât fumatul activ cât și cel pasiv au crescut riscul de tuberculoză [15].

Pe de altă parte, odată cu creșterea rapidă a utilizării sistemelor electronice de livrare a nicotinei (*Electronic Nicotine Delivery Systems-ENDS*), precum țigăretele electronice (e-țigărete), continuă controversa privind efectele expunerii utilizatorilor și non-utilizatorilor la aerosoli și alte componente ale acestui tip de produs.

Astfel, o analiză ce a cuprins 44 de articole privind e-țigăretea, a arătat că **aerosolii de la acest dispozitiv conțin de obicei nicotină, propilenă, glicol, glicerol, arome dar și alte chimicale. Aerosolizate, propilenglicolul și glicerolul produc iritații la nivelul gurii și al gâtului, precum și tuse uscată.** Nu au fost identificate efecte ale inhalării aromelor. Datele privind efectele pe termen scurt asupra sănătății sunt limitate și nu există informații privind efectele pe termen lung. **Expunerea la aerosoli poate fi asociată cu afectarea funcției respiratorii, iar nivelurile de cotinină serică sunt similare cu cele ale fumătorilor de țigărete clasice.** Concentrațiile mari de nicotină ale unor produse măresc riscurile de expunere pasivă pentru nefumători, în special pentru copii. Pericolele expunerii la aerosolii e-țigaretelor (fumatul pasiv specific) și ale fumatului terțiar (asociat impregnării obiectelor înconjurătoare cu particule din fumul de tutun) nu au fost evaluate.

Se conchide că dovezile științifice privind efectele e-țigaretelor asupra sănătății sunt limitate. În timp ce aerosolii țigaretelor electronice pot conține mai puține substanțe toxice decât fumul de țigaretă clasică, studiile care evaluează impactul e-țigaretelor asupra sănătății sunt neconcludente. Unele dovezi sugerează că utilizarea acestor dispozitive poate facilita renunțarea la fumat, dar lipsesc datele definitive. Nicio e-țigaretă nu a fost aprobată de *Federal Drug Administration (FDA)* ca alternativă pentru renunțarea la fumat. Sunt preocupări cu privire la mediu și aspecte legate de expunerea non-utilizatorilor [16].

Sintezele internaționale au confirmat că segmentul de populație cel mai vulnerabil la expunerea la fumul de tutun îl reprezintă copiii, în special în primii ani de viață, aceștia prezentând riscuri crescute pentru boli ale tractului respirator superior și inferior. Pentru ilustrație, peste 40 de studii au demonstrat riscuri crescute pentru boala tractului respirator inferior (de exemplu bronșită, bronșiolită, pneumonie); aceste afecțiuni au fost legate în principal de fumatul părinților, fumatul matern fiind mai dăunător decât fumatul patern cu o creștere corespunzătoare a riscului de 1,7 ori (IC 95% = 1,6-1,9), respectiv de 1,3 ori (95% IC = 1.2-1.4) [11].

În Statele Unite se estimează că ETS (*Environmental Tobacco Smoke*) este responsabil anual la sugari și copii cu vârsta până în 18 luni pentru: 3.000 decese de cancer pulmonar; de 35.000 până la 62.000 decese din cauza bolii cardiace ischemice; de 150.000 până la 300.000 cazuri de bronșită și pneumonie; de 8.000 până la 26.000 cazuri noi de astm, de exacerbarea astmului bronșic la 400 000 până la 1 milion de copii; de 700 000 până la 1,6 milioane de copii consultați pentru infecția urechii medii; însfârșit, de 1.900 până la 2.700 cazuri SIDS (sindromul morții subite la sugari); expunerea gravidelor la ETS este considerată la originea a 9.700 până la 18.000 cazuri de naștere cu greutate scăzută [17].

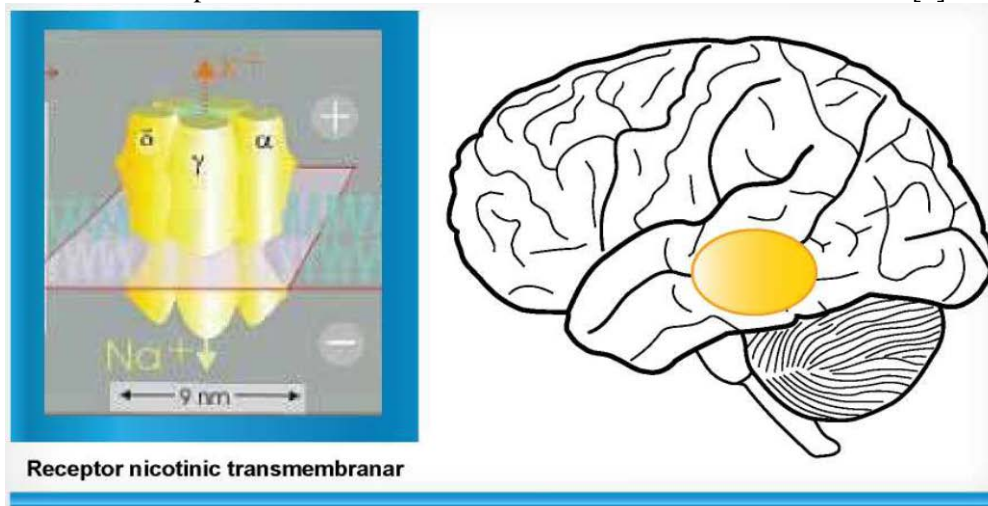
c) *Mecanismul de acțiune (inducerea dependenței de tutun)*

Conform OMS o persoană este considerată dependentă de o substanță atunci când aceasta are antecedente de consum cronic, cu următoarele caracteristici: abuz de substanță, continuarea administrării substanței în ciuda efectelor negative percepute, toleranță mare la substanță și manifestarea simptomelor de sevraj la încercarea de a înceta consumul.

Nicotina inhalată ajunge în circulația arterială a sângelui din creier, prin plămâni, în șapte – zece secunde. Aceasta se fixează la nivelul receptorilor acetilcolinici specifici (în principal receptorii acetilcolinici nicotinici alpha4 beta2) din aria nucleului accumbens, care stimulează eliberarea de neurotransmițători, precum dopamina și noradrenalina, fenomen care este perceput de către fumător ca o senzație de plăcere (Schema 1). Această senzație reprezintă de fapt înlăturarea simptomelor precoce de sevraj, pe măsură ce nivelurile de nicotină cresc, în paralel cu stimularea receptorilor nicotinici. Principala caracteristică a dependenței de nicotină este dorința de a resimți efectele farmacologice ale nicotinei și de a evita posibilele fenomene de sevraj și asocierile lor condiționate, pozitive (nicotina produce o stimulare psihoactivă) sau negative (disconfortul generat de absența nicotinei). Consumul unei țigări scade pe moment dorința de a fuma, dar provoacă o desensitivizare a receptorilor nicotinici și totodată creșterea numărului acestora, precipitând nevoia pentru următoarea țigară. Această stimulare continuă cauzată de consumul de tutun

conduce la un consum cronic. În cursul perioadei de inițiere a dependenței tabagice, fumătorul va trebui să-și crească cantitatea de nicotină administrată pentru a-și reinduce aceleași senzații intense. După perioada inițială de adaptare, el/ea va avea nevoie de doza sa individuală de nicotină care să-i asigure o stare neutră și să prevină instalarea fenomenelor de sevraj. Această adaptare morfologică care se petrece în sistemul nervos central corespunde fazei de dezvoltare a dependenței fizice [18].

Schema 1. Receptorul nicotinic din membrana celulară a nucleus accumbens [2]



d) Politici, strategii și programe existente la nivel global și național

- Strategia OMS pentru prevenirea și controlul bolilor respiratorii cronice

Prevenția primară

Prevenția primară a bolilor respiratorii cronice necesită evitarea sau reducerea expunerii la factori de risc comuni, care trebuie începută în timpul sarcinii și în copilărie. Evitarea expunerii directe și indirecte la fumul de tutun este de o importanță primordială nu numai pentru plămânii sănătoși, ci ca o măsură preventivă pentru celelalte 3 boli prioritare (boli cardiovasculare, cancer și diabet) identificate de Strategia Globală pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (BNT). Alți factori de risc mai puțin specifici includ greutatea scăzută la naștere, alimentația necorespunzătoare, infecțiile respiratorii acute din copilărie, poluanții atmosferici și poluarea mediilor profesionale.

Prevenirea secundară sau terțiară

Detectarea precoce a astmului ocupațional este vitală pentru a preveni agravarea ulterioară și pentru a asigura tratament eficient. Au fost sugerate programe de depistare precoce a BPOC, dar cost-eficiența lor nu a fost evaluată cuprinzător. Deși declinul pe termen lung al funcției pulmonare nu poate fi evitat, contracararea eficace, incluzând renunțarea la fumat, reabilitarea pulmonară prin exerciții specifice și reducerea expunerii la particulele & gazele nocive pot reduce simptomele bolilor, pot îmbunătăți calitatea vieții și pot spori aptitudinea fizică. În plus, dovezile sugerează că vaccinarea împotriva gripei este o intervenție eficientă în cazul pacienților cu BPOC [19].

*

În 2008, OMS a introdus un pachet de măsuri de control al tutunului pentru a ajuta țările să pună în aplicare Convenția Cadru *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), primul tratat internațional de nivel mondial privind sănătatea publică. Cunoscută sub acronimul **MPOWER**, măsurile sunt identificate ca fiind cele mai eficiente în controlul tutunului.

Măsurile MPOWER aplicate în România la nivelul anului 2017 [20]

M	P	O	W		E	R	
MONITORING	SMOKE-FREE POLICIES	CESSATION PROGRAMMES	HEALTH WARNINGS	MASS MEDIA	ADVERTISING BANS	TAXATION	CIGARETTES LESS AFFORDABLE SINCE 2008
							YES

■ **M** - *Monitorizarea consumului de tutun și a politicilor de prevenție*: există date recente, reprezentative pentru prevalența fumatului atât pentru populația ≥15 ani, cât și pentru adolescenți;

■ **P** - *Protejarea populației față de fumul de tutun*: toate locurile publice sunt libere de tutun - cel puțin 90% din populație se află sub protecția unei legislații naționale cuprinzătoare;

■ **O** - *Ajutorul oferit pentru renunțarea la fumat*; NRT (Nicotine Replacement Therapy) și/sau servicii de renunțare (cel puțin unul dintre acestea fiind finanțat de la bugetul public);

■ **W** - *Avertizarea în privința pericolelor tutunului*: a) Avertismente mari cu toate caracteristicile complementare pe pachetele de țigarete; b) Campanii naționale desfășurate cu 5-6 caracteristici prescrise sau cu 7 caracteristici, excluzând difuzarea radio/TV;

■ **E** - *Punerea în aplicare a interdicțiilor privind publicitatea; promoțiile și sponsorizările în legătură cu tutunul*: s-au pus în aplicare interdicțiile privind promoțiile și sponsorizările în legătură cu tutunul, precum și publicitatea pe posturile naționale de radio-TV și în presa scrisă, precum și alte forme de publicitate directă și/sau indirectă (deși nu în totalitate);

■ **R** - *Sporirea taxării tutunului*: 51% - 75% din prețul en detail reprezintă taxe și accize.

- Politici și programe naționale anti-fumat în România

În România s-a atins un sprijin consistent pentru politicile de reducere a consumului de tutun.

Programul Național Stop Fumat, un program al Ministerului Sănătății, a luat ființă în 2007 și este coordonat de Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” [21].

Programul este susținut de echipe de medici și psihologi din mai multe orașe din România și are ca obiectiv acordarea sprijinului prin consiliere psihologică de specialitate și acces la tratament complet persoanelor care fumează.

Programul Național Stop Fumat include:

- o linie telefonică cu apel gratuit (TelVerde: 0800 878 673) pentru orice persoană interesată de renunțarea la fumat ce poate intra în legătură cu un specialist pentru a primi mai multe detalii;
- consiliere psihologică privind renunțarea la fumat, prin întâlniri periodice cu un psiholog;
- acces la medicamente gratuite ce ușurează procesul de renunțare la fumat.

Dintre ONG-uri, Asociația Aer Pur România (membru al European Network for Smoking and Tobacco Prevention- ENSP) desfășoară mai multe acțiuni de susținere, publicitate și comunicare în scopul atingerii obiectivelor campaniei naționale "2035 - Prima generație fără tutun" o strategie care urmărește reducerea până la eradicare a consumului de tutun. Prin intermediul acestei campanii, se urmărește generarea de politici publice care reglementează modul în care fabricanții produselor din tutun își fac reclamă la punctele de vânzare, prin promoții și sponsorizări [22].

*

Studiul național cantitativ privind percepția publicului general față de politicile de control al tutunului, realizat de Mercury Research, cea mai mare companie independentă de cercetare de piață în România, a arătat că:

- Politicile naționale privind reducerea consumului de tutun în România sunt susținute de majoritatea populației (85%), 91% dintre nefumători și aproape 3/4 (73%) dintre fumători fiind de acord cu acestea. Sprijinul acordat politicilor fără fumat, care vizează reducerea consumului de tutun, este mai ridicat în rândul persoanelor cu vârsta de și peste 56 ani și mai ales în mediul rural. Aproape două treimi (62%) dintre români ar fi de acord cu interzicerea vânzării produselor din tutun.

- Interzicerea prin lege a fumatului în spațiile publice este puternic susținută, 80% din populație fiind de acord cu aplicarea acesteia încă din 2016. Nivelul de sprijin este ridicat în rândul nefumătorilor, iar două treimi dintre fumători (63%) îl aprobă.

- Strategia națională multisectorială pentru prevenirea și reducerea consumului de tutun, dependența de nicotină și expunerea la fumatul pasiv 2017-2035, elaborată împreună cu experții naționali și internaționali a beneficiat de sprijin unanim, inclusiv de la comisarul european pentru sănătate și siguranță alimentară [22].

e) Analiza grupurilor populaționale

Campaniile ZMFT sunt adresate unor sfere largi de categorii populaționale, precum și unor instituții foarte importante, unele dintre acestea cu putere de decizie.

- **În sfera controlului tutunului, ZMFT se adresează:**

- Parlamentului României
- Ministerului Sănătății
- Decidenților locali din sănătatea publică
- Organelor administrațiilor județene/locale
- ONG-urilor cu profil pe sănătate
- Mass-mediei centrale și locale

- **În sfera profesioniștilor sănătății:**

- Medicilor de familie
- Asociației bolnavilor de tuberculoză
- Societății Române de Pneumologie
- Federației Asociațiilor Bolnavilor de Cancer

- **În sfera consumului de tutun**

- Fumătorilor de toate vârstele
- Copiilor și adolescenților
- Populației generale

În 2019 campania ZMFT 2019 focalizează pe fumătorii (adulți) de toate vârstele, pe profesioniștii din sănătate, dar mai ales pe copii și adolescenți (11-15 ani) - categoria populațională în rândul căreia s-a înregistrat, conform studiilor, cea mai mare creștere a prevalenței privind acest comportament de risc.

f) Campanii IEC efectuate la nivel național în anii anteriori:

2015: Tema - *Actualizarea politicilor globale, regionale și naționale împotriva comerțului ilicit cu tutun*
Slogan - *Atenție la tutunul netimbrat: vă pândește complicitatea la contrabandă!*

Grupuri țintă - Fumătorii de toate vârstele; Populația generală; Decidenții locali de sănătate publică; Autoritățile publice locale; Poliția și filiala locală DIICOT; Organele vamale (județele de frontieră); ONG-urile cu profil de sănătate; Mass-media.

2016: Tema - *Următorul pas FCTC: ambalarea neutră a produselor de tutun*

Slogan - *Un singur mesaj pe pachetul standard de tutun: avertismentul de sănătate!*

Grupuri țintă: Parlamentul României; Ministerul Sănătății; Decidenții locali din sănătatea publică; Media centrale și locale; Populația generală; ONG-urile de profil sănătate; Agențiile locale pentru Protecția Consumatorului; Organele de control ale Direcțiilor de Sănătate Publică.

2017: Tema - *Tutunul, o amenințare severă la adresa dezvoltării*

Slogan - *Fumatul ruinează sănătatea și contribuie la sărăcie!*

Grupuri țintă - Fumătorii de toate vârstele, Parlamentul României; Organele administrațiilor județene/locale; Ministerul Sănătății; Decidenții locali din sănătatea publică. ONG-urile de profil sănătate; Ministerul Agriculturii

2018: Tema - *Tutunul și bolile cardiovasculare*

Sloganul - *Tutunul ucide în mare măsură prin bolile cardiovasculare!*

Grupuri țintă: Adolescenții și adulții tineri; Fumătorii de toate vârstele; Populația generală; Ministerul Sănătății; Specialiștii din sănătate; Decidenții locali din sănătatea publică.

g) Bibliografie

[1]. Site-ul oficial OMS: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/05/31/default-calendar/world-no-tobacco-day>

- [2]. Site-ul oficial OMS (9 March 2018): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [3]. Site-ul European Network for Smoking Prevention: <http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/09/Maps-of-smokefree-policy-in-Europe.pdf>
- [4]. Cucu A, Cristea C, Calomfirescu C et al. Raportul Național al Stării de Sănătate al Populației, 2016: <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/11/SSPR-2016-3.pdf>
- [5]. Cucu A, Cristea C, Calomfirescu C et al. Raportul Național al Stării de Sănătate al Populației, 2017: <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/SSPR-2017.pdf>
- [6]. *** Global Youth Tobacco Survey - GYTS. Fact Sheet Romania 2017: <http://stopfumat.eu/wp-content/uploads/2018/11/Romania-GYTS-2017.pdf>
- [7]. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med* 2017; 5: 691–706 Published Online August 16, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30293-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30293-X): <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2817%2930293-X>
- [8]. *** Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP). Buletin Informativ Nr. 12/2017. Anul 2017 comparativ cu anul 2016
- [9]. *** Anuarul de Statistică Sanitară al României, 2017. CNSISP 2018
- [10]. Site-ul oficial OMS: Global Plan of Action for Children's Health and the Environment (accesat 4 martie, 2019) <https://www.who.int/ceh/en/>
- [11]. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (FTS) and Child Health. WHO/NCD/TFI, 1999, Geneva: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65930/WHO_NCD_TFI_99.10.pdf?sequence=1&isAllowed=y;
- [12]. M. Bartal [Ed]. Health effects of tobacco use and exposure. Article in Monaldi archives for chest disease, January 2002: https://www.researchgate.net/profile/Mohamed_Bartal3/publication/11389729_Health_effects_of_tobacco_use_and_exposure/links/56ddf98c08aeb8b66f94a37a.pdf
- [13]. Campbell MA, Ford C & Winstanley MH. Ch 4. The health effects of secondhand smoke, 2017: <http://www.tobaccoinustralia.org.au/chapter-4-secondhand/4-17-health-effects-of-secondhand-smoke-for-infants>;
- [14]. G. Banderali, A. Martelli et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med.*2015: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608184/>
- [15]. Jayes L, Haslam PL, Gratziou CG et al SmokeHaz: Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health. *Chest.* 2016 Jul;150(1):164-79. doi: 10.1016/j.chest.2016.03.060. Epub 2016 Apr 19. PubMed-US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27102185>
- [16]. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: human health effects. *Tob Control* 2014;23:ii36–ii40. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051470: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/23/suppl_2/ii36.full.pdf
- [17]. *** California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, California, Environmental Protection Agency, 1999 (<http://www.calepa.ca.gov/oeaha/docs/finalets.htm>): https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/10/m10_complete.pdf
- [18].*** (*preluare din*) Ghidul ENSP pentru tratamentul dependenței de tutun <http://elearning-ensp.eu/assets/Romanian%20version.pdf>
- [19]. Site-ul oficial OMS: <https://www.who.int/respiratory/publications/strategy/en/index5.html>
- [20]. Site-ul oficial OMS: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/rou.pdf?ua=1
- [21]. Site-ul Stop Fumat: <https://stopfumat.eu/despre-programul-national-stop-fumat/>
- [22]. Site-ul European Network for Smoking and Tobacco Prevention-ENSP: <http://ensp.network/conclusions-of-a-quantitative-survey-of-the-public-opinion-on-tobacco-control-policies/>

