

# Tema 4 Hepatites víricas e desporto

Prof. Doutor Rui Tato Marinho

Gastroenterologista e Hepatologista, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria; Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa. Editor-chefe da Acta Médica Portuguesa.

## RESUMO ABSTRACT

As hepatites víricas são um importante problema de saúde pública. A sua relevância epidemiológica é variável de acordo com as regiões do Mundo. As mais importantes são a hepatite A, a B, a E e a C. A hepatite A e a E são transmissíveis por via fecal-oral e têm sido causadoras de importantes focos epidémicos. A hepatite B e a C são provocadas por vírus oncogénicos e podem evoluir para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Existem cerca de 550 milhões de infectados com estes dois vírus, muitos deles portadores infecciosos. A actividade física não agrava quem tem hepatite crónica vírica. O desporto não traz na grande maioria dos casos risco acrescido para o contágio, caso sejam cumpridas as regras de prevenção universal.

*Viral hepatitis have been a major health public problem. Their relevance varies according the world region. The most important ones are hepatitis A, B, C and E. Hepatitis A and E are transmissible by fecal-oral route, and have been the cause of worldwide epidemics.*

*Virus B and C are oncogenic virus and can cause liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. There are 550 millions of chronic carriers of hepatitis B and C. A great part of them are infectious. The sports does not worsen the chronic carrier of hepatitis B or C. The activity of sport does not carry an increased risk of hepatitis transmission if the universal measures of prevention are observed.*

## PALAVRAS-CHAVE KEYWORDS

Hepatite A, hepatite B, hepatite C, desporto

*Hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, sport*

Como o futebol é o desporto mais popular em Portugal vamos-nos centrar nele.

## Risco de hepatites víricas e Desporto

Não está provado que a atividade desportiva “per se” seja um fator de risco muito relevante para o contágio das hepatites víricas<sup>(3)</sup>. São bem conhecidos vários casos no domínio da comunicação social, muitas vezes acompanhados de um certo alarmismo e de má informação em que se notícia que há jogadores infetados com os vírus das hepatites<sup>(4)</sup>.

## Hepatite A

Existem vários casos pontuais descritos em jogadores de futebol que chamam a atenção do grande público pelo facto de serem figuras mediáticas. Existem ainda algumas descrições de pequenos focos epidémicos de hepatite A em clubes de futebol, nomeadamente no Brasil. O mesmo acontece na sociedade em geral. Com efeito a prevalência da hepatite A tem vindo a reduzir-se devido à melhoria substancial das condições higiénicas do País, de tal modo que o adulto jovem terá uma prevalência de apenas 30–40% de anticorpos anti-VHA<sup>(5)</sup>. Ou seja, a maioria dos desportistas está em risco de adquirir hepatite A. Neste grupo etário o risco de ocorrer uma evolução sintomática e com complicações é mais elevada do que em idades mais precoces. O futebolista (mais importante por maior impacto mediático) e outros desportistas têm frequentemente atitudes que facilitam a transmissão de doenças infecciosas de cariz fecal-oral, como é o caso da hepatite A e da hepatite E: além de partilharem os recipientes das bebidas, é infelizmente de uso comum o “cuspir” para

## Hepatites Víricas e Desporto

São hoje reconhecidos os múltiplos benefícios da actividade física não só em termos físicos (cardiovascular, obesidade, aparelho locomotor, redução do risco de cancro, respiratório), mas também psíquicos (depressão, actividade cerebral), sociais, económicos, etc.

A falta de actividade física é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais fatores de risco de morte. É referido como sendo o quarto a seguir à hipertensão arterial, tabagismo, diabetes<sup>(1)</sup>.

O desporto de alto rendimento tem hoje em dia uma relevância para a sociedade inimaginável há alguns anos. O desportista profissional ou aquele de alto rendimento tem uma grande visibilidade social, presença muito marcante nos media e uma importância social e económica de grande impacto.

Quando se considera o tema das hepatites víricas e desporto é necessário em primeiro lugar ter presente que a atividade desportiva está muito integrada na sociedade e o

desportista, antes de o ser, é um cidadão. É um cidadão que na sua vida pessoal, familiar e social tem os riscos habituais em ser contagiado pelos vírus das hepatites víricas que qualquer um corre: transmissão fecal-oral no caso da hepatite A ou hepatite E, parentérica na hepatite B ou C (transfusões antes de 1992, partilha de material injectável, uso de cocaína nasal na hepatite C) ou sexual na hepatite B e menos na hepatite C (Quadro 1).

Por outro lado, não está provado que quem seja portador de um dos vírus que podem evoluir para a cronicidade, hepatite B ou C, não possa praticar desporto de alto rendimento<sup>(2)</sup>. Dado a elevada prevalência, por exemplo da hepatite B nalguns países africanos e asiáticos, será lógico pensar que cerca de 10% dos jogadores africanos ou asiáticos são portadores do vírus da hepatite B (AgHBs positivos). Se pensarmos que cerca de 25% destes têm formas mais graves de doença hepática, como seja cirrose, é fácil deduzir que existirão algumas centenas/milhares de jogadores no ativo com aquela entidade.

## IDEIAS-CHAVE EM DESPORTO E HEPATITES VÍRICAS

O cidadão está primeiro e só depois o atleta

Todo o desportista de alto rendimento deve ser rastreado para doença hepática e hepatites víricas (ALT, anti-VHA IgG, AgHBs, anti-HBs, anti-HBc, anti-VHC)

As precauções universais no desporto devem ser cumpridas

Hepatite A (higiene geral, lavar mãos, não cuspir, não partilhar bebida)

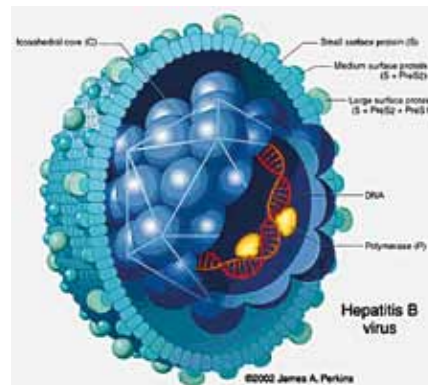
Hepatite B e C (evitar contacto com sangue, não partilhar injectáveis, sexo “seguro”)

A hepatite crónica vírica tem tratamento

Hepatite C (cura ~60-70%, Interferão Peguilado SC + Ribavirina PO), novos fármacos (Boceprevir PO ou Telaprevir PO)

Hepatite B (controlo do vírus em 90%, Tenofovir PO ou Entecavir PO)

Todos os desportistas devem ser vacinados: contra a hepatite A e/ou hepatite B (vacinas em Portugal: A (Havrix 1440®), B (Engerix-B®), vacina combinada A + B (Twinrix®))



## HEPATITES VÍRICAS EM PORTUGAL

### Hepatite A

Redução do número de casos com a melhoria das condições higiénicas do País

Estima-se que mais de metade dos adultos jovens não têm anticorpos (anti-VHA total)

Ocorrência ocasional de alguns focos epidémicos. Não evolui para a cronicidade

A vacina não está incluída no Programa Nacional de Vacinação

A vacina é dada em duas doses por via IM, aos 0 e 6 meses. Eficácia de 99%

### Hepatite B

Prevalência nacional do portador crónico do AgHBs ronda 1%

Presença de imigrantes de zonas de elevado risco (África, China, Europa de Leste)

Prevalência média do portador nos imigrantes de 5%

Evolução para a cronicidade em 5% dos adultos. Risco de cirrose hepática e de carcinoma hepatocelular.

Apenas alguns portadores têm indicação para tratamento

Fator de risco mais importante: sexo não protegido

Vacina no Programa Nacional de Vacinação

Recomenda-se vacinação no adulto jovem: três doses IM aos 0, 1, 6 meses. Eficácia de 95%

Agravada pelo consumo excessivo de álcool

### Hepatite C

Prevalência nacional de 1 – 1,5% do anti-VHC. Dois terços têm carga vírica positiva

Fator de risco mais importante uso de drogas por via IV

Evolução para a cronicidade em 60 – 85% dos casos. Risco de cirrose hepática e de carcinoma hepatocelular

Não há vacina

Cura com o tratamento (durante 24 a 48 semanas) em cerca de 60 – 70% dos casos

Agravada pelo consumo excessivo de álcool

### Hepatite E

Existe em Portugal

Transmissão fecal – oral

Zoonose, transmissível do porco e javali para o Homem

Casos de hepatite aguda em portugueses sem viagens a zonas de alto risco (África, Ásia, América Latina)

Evolução para a cronicidade nalguns casos de imunossuprimidos (transplantes)

segurança e da falta de rastreio e de vacinação para a hepatite B. Outras formas de contágio nalguns desportos de contacto, como o caso do futebol, podem ocorrer através de lesões ou feridas com presença de sangue.

É de considerar a elevada prevalência de desportistas de elevado rendimento que são originários de países de elevada endemicidade, nomeadamente África. Não é raro países desta região terem prevalências do AgHBs próxima dos 10%. Por outro lado, muitos dos nossos adultos jovens não foram vacinados contra a hepatite B. Estima-se que dos 20 – 29 anos cerca de 50% dos portugueses não estão imunizados contra a hepatite B<sup>(9)</sup>.

### Hepatite C

Estima-se que a prevalência do anti-VHC ronde os 1 – 1,5%<sup>(10)</sup>. No nosso país, o risco principal de contágio é o consumo de drogas por via endovenosa. Cerca de 70 – 80% dos toxicod dependentes foram infetados pelo vírus da hepatite C. A hepatite C transmite-se por via parentérica e menos por via sexual. Existem casos bem conhecidos, no Brasil, onde se verifica elevada prevalência da hepatite C, rondando os 7,5%, em antigos jogadores de futebol<sup>(11,12)</sup>. Pensa-se que a forma de transmissão tenha sido o consumo muito frequente de estimulantes (Glucoenergan, Tiaminose, Energizan) e de glicose por via parentérica com partilha do material injetável na década de 1970 – 1980. São conhecidos anúncios de uma conhecida marca de lâminas de barbear (Gillette®) em que um conhecido jogador de futebol (Tostão) dizia que “14 jogadores do Cruzeiro tinham feito a barba com a mesma lâmina de barbear Super Gillette Inoxidável”. Existe também um único trabalho

o ar, para o chão e muitas vezes para os colegas de profissão. Tal não devia ser permitido.

Por outro lado, as viagens que os jogadores têm que fazer em várias ocasiões a países de maior prevalência da hepatite A como é o caso de países africanos, latino-americanos e países asiáticos, colocam-nos em risco. Um foco epidémico de hepatite A numa equipa de futebol pode prejudicar de forma muito significativa o rendimento desportivo, apesar de na grande maioria dos casos ter evolução benigna. O comité organizador dos Jogos Olímpicos de Pequim

considerou a hepatite A como sendo uma das doenças de maior risco<sup>(6)</sup>.

### Hepatite B

O risco teórico de transmissão da hepatite B no contexto desportivo é de 1 caso em cada 850.000 – 4,5 milhões e 10.000 – 50.000 jogos<sup>(9)</sup>.

Ou seja, o risco é diminuto. Existem alguns casos anedóticos publicados há alguns anos, como seja no futebol americano<sup>(7)</sup> e no sumo<sup>(8)</sup>. Estes casos estão provavelmente relacionados com a quebra das normas de

onde se demonstra que o desporto de contacto poderá ser um dos fatores de risco para a transmissão do vírus da hepatite C, mas poderão estar em jogo outras formas de transmissão que não o jogo “per se”<sup>(13)</sup>.

### Rastreo e Prevenção

Estima-se que a maioria dos jogadores com hepatites víricas tenha sido contaminada fora do campo de jogo. No entanto, o contacto estreito com os membros da equipa, partilhando alimentos e bebidas, pode facilitar a transmissão de hepatites víricas, como seja a hepatite A. O contacto fácil com sangue e a eventual partilha de injetáveis, que nunca deverá ocorrer, pode explicar alguns (poucos) casos de transmissão de hepatite B ou C no contexto desportivo.

Os profissionais de saúde que intervêm no campo desportivo devem procurar que seja realizado o rastreo e promovida a vacinação de todos os desportistas se indicado.

Devem também promover as boas práticas de higiene universais, informação e aconselhamento dos desportistas caso seja detetado algum portador crónico da hepatite B ou C. Devem também ter um cuidado extremo com a manutenção do segredo profissional e a não discriminação dos casos que eventualmente venham a ser do domínio do clube ou do conhecimento do público.

É curioso ver as normas da UEFA para a liga dos campeões em que se recomenda a vacinação de modo muito forte (“strongly recommended”) dos jogadores de futebol contra a hepatite A e B<sup>(14)</sup>.

Por fim, não está provado que a prática de desporto prejudique a evolução clínica da hepatite vírica. No caso de uma hepatite aguda, a actividade desportiva deve ser retomada quando desaparecer a icterícia, normalizarem as aminotransferases ou já não existir astenia. No caso das hepatites crónicas/cirrose o desportista tem que ser observado por especialista em doenças hepáticas que deverá avaliar a situação. De qualquer modo, na grande maioria destas situações não há impedimento para a prática desportiva.

### Bibliografia

1. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf). World Health Organization 2009. Acesso em Junho 2011.
2. Anish EJ. Viral hepatitis: sports-related risk. *Curr Sports Med Rep*. 2004; 3:100-106.
3. Kordi R, Wallace WA. Blood borne infections in sport: risks of transmission, methods of prevention, and recommendations for hepatitis B vaccination. *Br J Sports Med* 2004;38:678-684.
4. UEFA. <http://pt.uefa.com/search/index.html#hepatite>. Acesso em Junho 2011
5. Marinho R, Valente A, Ramalho F, Carneiro de Moura M. The changing epidemiological pattern of hepatitis A in Lisbon, Portugal. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:795-798.
6. The Health Legacy of the 2008 Beijing Olympic Games: Successes and Recommendations. World Health Organization World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 2010. [http://www.wpro.who.int/publications/PUB\\_9789290614593.htm](http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290614593.htm). Acesso Junho 2011.
7. Tobe K, Matsuura K, Ogura T, et al. Horizontal transmission of hepatitis B virus among players of an American football team. *Arch Intern Med* 2000; 160:2541-2545.
8. Kashiwagi S, Hayashi J, Ikematsu H, et al. An outbreak of hepatitis B in members of a high school sumo wrestling club. *JAMA* 1982;248:213-214.
9. Avaliação do Programa Nacional de Vacinação. Segundo Inquérito Serológico Nacional 2001 – 2002. Direcção Geral da Saúde.
10. Marinho RT, Moura MC, Gíria JA, Ferrinho P. Epidemiological aspects of hepatitis C in Portugal. *J Gastroenterol Hepatol* 2001;16:1076-1077.
11. Souto FJ, da Silva AG, Yonamine F. Risk of hepatitis C among Brazilian ex-soccer players. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2003;98:1025-1026.
12. Paraná R, Lyra L, Trepo C. Intravenous vitamin complexes used in sporting activities and transmission of HCV in Brazil. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1025-1026.
13. Karmochkine M, Carrat F, Dos Santos O, Cacoub P, Raguin G. A case-control study of risk factors for hepatitis C infection in patients with unexplained routes of infection. *J Viral Hepat* 2006;13:775-782.
14. 2010/11 Regulations of the UEFA Champions League. [http://www.uefa.com/Multimedia-Files/Download/Regulations/competitions/Regulations/01/48/42/49/1484249\\_DOWNLOAD.pdf](http://www.uefa.com/Multimedia-Files/Download/Regulations/competitions/Regulations/01/48/42/49/1484249_DOWNLOAD.pdf). Acesso Junho 2011

Agradecimentos – Dr. Henrique Jones, Membro do Comité Médico da UEFA.

