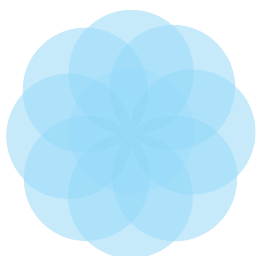


2011

GUIA PRÁTICO

SOBRE A LUTA

CONTRA A DOPAGEM



JUNTOS
será+fácil

GUIA PRÁTICO

SOBRE A LUTA

CONTRA A DOPAGEM

COM A COLABORAÇÃO

Autoridade Antidopagem de Portugal - ADoP, Prof. Doutor Luís Horta

©Copyright, 2011 por UBM Medica Portugal, Lisboa

Registado na Conservatória do Registo de Propriedade Literária, Científica e Artística.

Todos os direitos reservados. Esta publicação não pode ser reproduzida nem transmitida por nenhum sistema de informação sem a autorização prévia de UBM Medica Portugal.

As decisões clínicas são da exclusiva responsabilidade do Profissional de Saúde.

A Editora não pode assumir responsabilidades por algum erro ou omissão.

Pré-impressão: UBM Medica Portugal

ISBN: 978-972-8053-53-6

UBM Medica Portugal

Campo Grande, nº 56 - 6º A • 1700-093 Lisboa

Telf: 217 990 760 • Fax: 217 990 769

geral@simposium.pt • www.simposium.pt

Sumário

Introdução pelo Presidente da Autoridade Antidopagem de Portugal	5
A luta contra a dopagem no desporto	7
Programa Mundial Antidopagem	7
Programa Nacional Antidopagem	8
Sistema de Localização do Praticante Desportivo	8
Procedimentos de recolha de amostras de urina e de sangue no âmbito de controlos de dopagem	15
Procedimentos analíticos	18
Gestão de resultados	20
O Passaporte Biológico	21
Informação e Educação	26
Legislação Portuguesa relativa à Luta contra a Dopagem no Desporto (Descrição dos títulos dos diversos capítulos e artigos, com transcrição integral dos mais relevantes)	27
Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem versão 2011	53
Substâncias proibidas e Grupos Farmacológicos	63
Especialidades Farmacêuticas Proibidas por Substância Activa	71
Especialidades Farmacêuticas incluídas no Programa de Monitorização da Agência Mundial Antidopagem para 2011	93
Especialidades Farmacêuticas Proibidas por Nome Comercial	95
Procedimentos para solicitação de Autorização de Utilização Terapêutica (AUT)	111
As substâncias e métodos proibidos e os seus malefícios orgânicos	121
Suplementos nutricionais	137
Links para Sítios relevantes	140
Glossário	141

GUIA PRÁTICO SOBRE A LUTA CONTRA A DOPAGEM NO DESPORTO

Introdução pelo Presidente da Autoridade Antidopagem de Portugal

No quarto trimestre de 2010 foi publicada a 1.^a edição do Guia Prático sobre a Luta contra a Dopagem no Desporto, resultado do trabalho conjunto entre a UBM Medica Portugal e a ADoP. Na altura do lançamento da 1.^a edição referimos que este Guia teria uma actualização anual, pelo que agora nos congratulamos com o lançamento desta 2.^a edição, relativa ao ano de 2011.

A informação e a educação sobre a Luta contra a Dopagem no Desporto são um vector fundamental na luta contra este flagelo, que põe em causa a verdade desportiva e que constitui um sério risco para a saúde dos(as) que recorrem a práticas de dopagem para aumentar o seu rendimento desportivo.

A dopagem não é um problema de alguns, mas representa um problema de todos. Desse modo, a cooperação é uma palavra-chave na luta contra a dopagem e é o princípio orientador subjacente à Campanha de Informação e Educação sobre a Luta contra a Dopagem no Desporto lançada pela Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP) em 2010 - "Juntos Será+Fácil".

Esta nova edição do Guia Prático para 2011, para além da informação que foi disponibilizada na edição de 2010 e das respectivas actualizações, nomeadamente no que diz respeito à Lista de Substâncias e Métodos Proibidos em vigor para 2011 e às determinações da ADoP para a solicitação de autorização de utilização terapêutica, contém novos capítulos e secções. Destaca-se a informação relativa a novas estratégias de luta contra a dopagem – o Passaporte Biológico e o Sistema de Localização do praticante desportivo – e um novo capítulo denominado "Especialidades Farmacêuticas Proibidas, por Nome Comercial".

Este capítulo representa uma enorme mais-valia para os(as) praticantes desportivos(as) e seu pessoal de apoio pois permite, mesmo para não profissionais de saúde, verificar se um medicamento contém substâncias proibidas através do seu nome comercial.

A secção relativa ao Passaporte Biológico destina-se a informar os(as) praticantes desportivos(as) e o seu pessoal de apoio relativamente a

esta estratégia inovadora de luta contra dopagem, que foi implementada no nosso país a 1 de Janeiro de 2010.

A secção relativa ao Sistema de Localização do praticante desportivo contém um conjunto de respostas relativas a questões que foram colocadas pelos(as) praticantes desportivos(as) ao longo do ano passado – o ano em que o sistema foi lançado – assim como as razões que justificam a existência deste sistema, fundamental para a realização de controlos de dopagem fora de competição aos(às) praticantes desportivos(as) de alto nível competitivo.

Sendo especialmente dedicado aos profissionais de saúde, o Guia Prático é também muito útil para todos os restantes intervenientes no Movimento Desportivo, desde os(as) praticantes desportivos(as) e o seu pessoal de apoio, aos(às) dirigentes e Federações Desportivas nacionais.

Saudamos o interesse manifestado pelas UBM Medica Portugal na produção desta 2.^a edição Guia Prático, que esperamos se venha a revelar mais uma vez como um instrumento importante na luta pela defesa da verdade desportiva e da saúde dos(as) praticantes desportivos(as), pois tal poderá comprovar que “Juntos Será+Fácil”.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'LHorta', is centered on the page. The signature is fluid and cursive, with a prominent initial 'L' and 'H'.

Luís Horta
Presidente da Autoridade Antidopagem de Portugal

A Luta contra a Dopagem no Desporto

PROGRAMA MUNDIAL ANTIDOPAGEM

O Programa Mundial Antidopagem (PMA) foi desenvolvido e implementado pela Agência Mundial Antidopagem (AMA) para harmonizar as políticas e regulamentações da luta contra a dopagem no desporto entre as diferentes organizações desportivas e os governos de todos os países.

O PMA desenvolve-se em 3 níveis distintos: O Código Mundial Antidopagem, as Normas Internacionais e os Modelos de Boas Práticas. Os documentos dos primeiros dois níveis – o Código e as Normas Internacionais – são de aplicação obrigatória para todos os signatários do Código. Já os documentos de nível 3 - os Modelos de Boas Práticas – têm a sua aplicação recomendada pela AMA, mas não são de aplicação obrigatória.

Um dos avanços mais significativos até à data na luta contra a dopagem no Desporto foi a redacção, aprovação e implementação de um conjunto harmonizado de normas antidopagem com aplicação universal – o Código Mundial Antidopagem.

O Código é o documento nuclear que possibilita o enquadramento para uma harmonização das políticas, normas e regulamentos antidopagem entre as diferentes organizações desportivas e as autoridades públicas intervenientes na luta contra a dopagem no desporto. O Código opera em conjunto com 5 normas internacionais, destinadas a harmonizar diferentes áreas da luta contra a dopagem no desporto: o controlo de dopagem, a actividade dos laboratórios antidopagem, as autorizações de utilização terapêutica, a Lista de Substâncias e Métodos Proibidos e a protecção da privacidade e da informação pessoal dos praticantes desportivos.

Esta harmonização teve como objectivo corrigir dificuldades que se levantavam em resultado de um esforço na luta contra a dopagem que se caracterizava por ser pouco coordenado e eficaz entre os diversos parceiros, nomeadamente as que resultavam da escassez de recursos atribuídos à investigação, aos programas de informação e educação sobre a luta contra a dopagem no desporto e ao controlo de dopagem, e também as que resultavam de uma abordagem desigual ao regime sancionatório a aplicar aos praticantes desportivos por uma violação de dopagem.

Desde a sua entrada em vigor, em 1 de Janeiro de 2004, o Código revelou ser um instrumento poderoso e eficaz na harmonização dos esforços na luta contra a dopagem, no mundo inteiro. Este facto traduziu-se na aceitação generalizada do Código pela esmagadora maioria dos governos dos diferentes países e das várias modalidades desportivas, e também pela crescente jurisprudência emanada do Tribunal Arbitral do Desporto (TAD), suportando os princípios estabelecidos no Código.

A adopção do Código levou a vários avanços significativos na luta global contra a dopagem no desporto, incluído a formalização de diversas normas bem como uma clarificação das responsabilidades dos diversos intervenientes.

Por outro lado, o Código introduziu o conceito de violações de normas antidopagem “não analíticas”, significando que se passou a sancionar casos em que existem evidências de uma violação de normas antidopagem que não passam apenas por um resultado analítico positivo na sequência de um controlo de dopagem.

Tendo por base a experiência adquirida nos primeiros anos de aplicação do Código e tendo em vista o aperfeiçoamento dos programas antidopagem a nível

mundial, a AMA iniciou em 2006 um processo alargado de consultas para uma revisão profunda das disposições do Código.

Na sequência deste processo de consultas, que foi composto por 3 fases e que implicou a publicação de várias propostas iniciais, a versão revista do Código foi adoptada por unanimidade pelo Conselho de Fundadores da AMA e foi endossada pelos 1.500 participantes no último dia da 3.^a Conferência Mundial sobre Dopagem, que decorreu em Madrid em Novembro de 2008. A versão revista do Código entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2009.

A revisão do Código traduziu-se na disponibilização de uma ferramenta ainda mais forte, eficaz e flexível que assegura que todos os praticantes desportivos possam beneficiar dos mesmos direitos no que diz respeito à luta contra a dopagem no desporto, independentemente da modalidade que praticam e do país em que são submetidos a um controlo de dopagem. Desta forma, os praticantes desportivos podem competir de uma forma mais segura e justa.

PROGRAMA NACIONAL ANTIDOPAGEM

O Programa Nacional Antidopagem (PNA) consiste numa planificação de periodicidade anual, estabelecida e aplicada pela ADoP segundo o seu quadro de competências legais, onde são englobadas as acções de controlo de dopagem a realizar em competição e fora de competição, para todas as modalidades desportivas incluídas no PNA nesse ano.

O objectivo do PNA é planear e implementar uma distribuição isenta e racional de controlos de dopagem. As acções de controlo de dopagem têm por objecto as modalidades desportivas organizadas no âmbito das federações nacionais titulares do estatuto de utilidade pública desportiva (UPD), ou outras entidades mediante protocolo estabelecido com a ADoP.

O PNA é elaborado de acordo com as propostas enviadas à ADoP por cada uma das federações desportivas, propostas essas que são posteriormente analisadas tendo em vista definir o número ideal de amostras a recolher em cada uma das modalidades. Para esse efeito, as modalidades são distribuídas anualmente por 3 grupos de risco utilizando uma série de critérios, nomeadamente atendendo ao respectivo historial em termos de violações de normas antidopagem. O número ideal de amostras a recolher em cada modalidade leva também em consideração o número de praticantes juniores e seniores filiados em cada federação no ano transacto, bem como um factor de ponderação específico para cada um dos grupos de risco.

SISTEMA DE LOCALIZAÇÃO DO PRATICANTE DESPORTIVO

O Sistema de Localização do Praticante Desportivo e o respectivo Grupo Alvo, criados pelo artigo 7.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, e regulados nomeadamente pelos artigos 4.º a 10.º da Portaria n.º 1123/2009, de 1 de Outubro, destinam-se a facilitar à Autoridade Antidopagem de Portugal a localização de um conjunto restrito de praticantes desportivos de elevado nível competitivo, para efeitos de realização de controlos de dopagem fora de competição. Apresentam-se abaixo um conjunto de perguntas e respostas sobre o Sistema de Localização, como forma de melhor esclarecer o seu funcionamento:

MODALIDADES INDIVIDUAIS:

Porque é que os praticantes desportivos têm de disponibilizar informação relativa à sua localização?

São várias as substâncias e métodos proibidos cuja detecção só é possível com a realização de controlos fora de competição. Por isso, estes controlos são uma das estratégias mais importantes para garantir a protecção da saúde dos prati-

cantes desportivos e para manter o desporto livre de práticas de dopagem. Para a sua realização é fundamental, no entanto, que as organizações antidopagem consigam localizar os praticantes desportivos.

A versão do Código Mundial Antidopagem que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2009 criou um conjunto de novas regras para esse efeito. Destaca-se a obrigação, para determinados praticantes desportivos de alto nível competitivo, de comunicar à sua organização antidopagem um período diário de 60 minutos, durante o qual podem ser submetidos a controlos de dopagem num determinado local. Compete às organizações antidopagem seleccionar quais os praticantes desportivos sob a sua jurisdição que são integrados nesse sistema, definindo assim o seu Grupo Alvo. Em Portugal, a Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, e a Portaria n.º 1123/2009, de 1 de Outubro, diplomas que estabeleceram o novo regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto, permitindo a criação do sistema de informação sobre a localização dos praticantes desportivos da ADoP e do respectivo Grupo Alvo.

Não seria mais simples ter um contacto de telemóvel para localizar os praticantes desportivos quando se pretendesse localizá-los para um controlo de dopagem?

Sem a informação relativa à localização, não seria possível aos MRCD da ADoP localizar os praticantes desportivos para a realização de controlos fora de competição. De acordo com a legislação em vigor, os controlos de dopagem têm de ser realizados sem aviso prévio, para evitar uma eventual manipulação das amostras. Esse facto afasta a possibilidade do recurso ao telemóvel para tentar localizar os praticantes desportivos.

Quais são os praticantes desportivos que têm de disponibilizar informação relativa ao Sistema de Localização?

São os praticantes desportivos que estão incluídos no Grupo Alvo de uma organização antidopagem (organização nacional antidopagem ou federação internacional). Pode consultar a actual composição do Grupo Alvo da ADoP na área dedicada à luta contra a dopagem do sítio internet do Instituto do Desporto de Portugal, IP (www.idesporto.pt), em Antidopagem → Grupo Alvo.



Os praticantes desportivos que já pertencem ao Grupo Alvo da sua federação internacional não necessitam de enviar a sua informação relativa ao sistema de localização à ADoP.

Os praticantes desportivos que residem no estrangeiro, devem enviar a informação relativa ao Sistema de Localização à ADoP?

Sim. Todos os praticantes desportivos notificados da sua inclusão no Grupo Alvo de praticantes desportivos da ADoP devem enviar a informação, independentemente do local onde residem. A ADoP tem a capacidade de realizar controlos de dopagem fora de competição no estrangeiro.

Caso um praticante desportivo seja notificado de que já não está registado no Grupo Alvo de uma federação internacional, como deve proceder?

Deve informar a ADoP e sua federação nacional desse facto, porque provavelmente cumprirá os critérios para ser incluído no Grupo Alvo da ADoP.

Durante quanto tempo se deve enviar a informação relativa ao Sistema de Localização?

Até que a ADoP notifique o praticante desportivo de que já não está incluído no Grupo Alvo. Caso contrário, o praticante desportivo deve continuar a enviar essa informação trimestralmente à ADoP.

Pode delegar-se noutra pessoa o envio da informação relativa ao Sistema de Localização?

Sim, mas o praticante desportivo será sempre o único responsável pela informação enviada, ou por eventuais omissões ou atrasos no envio da mesma.

Qual é o nível de detalhe relativamente à informação a disponibilizar?

O praticante desportivo deve indicar para cada um dos dias do trimestre um período de 60 minutos, associado a uma localização devidamente identificada onde permanecerá durante esse período, disponível para ser eventualmente submetido a um controlo de dopagem fora de competição. No mínimo, terá de ser indicado o local de residência permanente, os locais de treino habituais, os respectivos horários e o período de 60 minutos para cada um dos dias do trimestre. Se aplicável, deve também indicar locais de residência temporária e/ou os planos de viagens e de competições previstos, detalhando os respectivos locais de alojamento. Esta informação possibilita que um Médico Responsável pelo Controlo de Dopagem (MRCD) possa localizar o praticante desportivo em cada um dos dias do ano. É também fundamental actualizar atempadamente essa informação sempre que se prevejam alterações.

Porque é necessário preencher e enviar à ADoP a Declaração de Autorização de Utilização de Dados Pessoais?

A legislação nacional relativa à protecção de dados pessoais obriga a que qualquer entidade que trate de dados pessoais tenha que obter uma declaração que inclua as condições inerentes a esse tratamento e respectiva autorização do titular dos dados. O formulário de declaração está disponível em www.idesporto.pt, em Antidopagem → Sistema de Localização, e só tem que ser enviado à ADoP uma única vez, no início do envio da informação relativa ao Sistema de Localização.

Se está de férias ou lesionado, o praticante desportivo deve continuar a enviar a informação relativa ao Sistema de Localização?

Sim, o período de 60 minutos associado a uma localização terá sempre de ser comunicado, porque a ADoP pode decidir realizar controlos de dopagem fora de competição nesses casos, em circunstâncias excepcionais.

Nos desportos em que é difícil definir um local para o período de 60 minutos, por exemplo porque os locais de treino podem variar em função das condições climáticas, como proceder?

O mais adequado será escolher um período de 60 minutos cedo pela manhã, ou à noite, e associar a esse período o seu local de residência. O período de 60 minutos pode ser definido entre as 6 horas e as 23 horas.

Com que frequência se deve disponibilizar a informação relativa ao Sistema de Localização?

A informação deve ser submetida trimestralmente:

- » 1.º Trimestre: 1 de Janeiro a 31 de Março (data limite de envio: 24 horas do dia 31 de Dezembro)
- » 2.º Trimestre: 1 de Abril a 30 de Junho (data limite de envio: 24 horas do dia 30 de Março)

- » 3.º Trimestre: 1 de Julho a 30 de Setembro (data limite de envio: 24 horas do dia 30 de Junho)
- » 4.º Trimestre: 1 de Outubro a 31 de Dezembro (data limite de envio: 24 horas do dia 30 de Setembro)

Deve ser enviada a informação relativa ao Sistema de Localização se já terminou o prazo?

Sim. O envio fora de prazo corresponde a um eventual incumprimento no âmbito do Sistema de Localização. No entanto, o envio fora do prazo poderá ser considerado como uma falta menos grave do que a ausência de envio, no âmbito de um eventual procedimento disciplinar.

Onde se podem obter os formulários para submeter a informação à ADoP?

Os formulários estão disponíveis na área dedicada à luta contra a dopagem do Instituto do Desporto de Portugal, IP (www.idesporto.pt), em Antidopagem → Sistema de Localização.

Os formulários para as modalidades individuais estão disponíveis em dois modelos, um que pode ser impresso para ser preenchido manualmente e outro que pode ser directamente preenchido e enviado através do computador.

De que formas se podem enviar os formulários à ADoP?

Os formulários de localização podem ser enviados à ADoP recorrendo a uma das seguintes vias: E-mail (slocalizacao@idesporto.pt); Fax (21 797 75 29), ou Correio (Autoridade Antidopagem de Portugal, Av. Prof. Egas Moniz (Estádio Universitário), 1600-190 Lisboa).

A Agência Mundial Antidopagem disponibiliza uma plataforma electrónica que permite submeter a informação relativa ao Sistema de Localização. Posso recorrer ao sistema ADAMS (Anti-Doping Management System) para esse efeito?

A utilização do ADAMS depende de uma autorização específica para esse efeito da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD). Essa autorização foi atempadamente solicitada pela ADoP, mas não foi ainda concedida porque a CNPD aguarda o posicionamento sobre esta matéria do “Grupo de Trabalho do Artigo 29”, entidade que funciona junto da Comissão Europeia.

Como se podem enviar alterações à informação prestada no formulário de localização?

Sempre que se verifiquem alterações à informação inicialmente prestada, devem ser comunicadas à ADoP o mais rapidamente possível e até 24 horas antes da sua verificação. Essa informação deve ser enviada à ADoP preferencialmente por e-mail (slocalizacao@idesporto.pt). Não sendo possível o envio por esse meio, as actualizações devem ser remetidas à ADoP por qualquer das vias indicadas no ponto anterior.

Para alterações pontuais, não é necessário o envio de um novo formulário, bastando a comunicação da alteração por escrito. Para alterações substanciais, é necessário o envio de um novo formulário.

Como se podem comunicar à ADoP alterações de última hora?

Consideram-se alterações de última hora as que ocorram nas próximas 24 horas. Nessas situações excepcionais, pode ser enviada uma mensagem SMS por telemóvel para o n.º 4901 com o seguinte formato obrigatório:

adop “Nome do praticante” – “Modalidade” – texto livre sobre a alteração

As mensagens correctamente enviadas receberão como resposta uma mensagem automática, confirmando a sua recepção.

Quem pode aceder à informação relativa ao Sistema de Localização?

A informação relativa ao controlo de dopagem pode ser eventualmente cedida a entidades públicas e privadas que participem na Luta contra a Dopagem no Desporto, desde que para tal sejam respeitadas as disposições da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro (Lei da Protecção de Dados Pessoais), e que a entidade ou o País para onde sejam transferidas assegurem um nível de protecção adequado.

O artigo 14.3 do Código Mundial Antidopagem é muito claro quanto à confidencialidade a que está sujeita a informação relativa ao sistema de localização: *“Esta informação será mantida na mais estrita confidencialidade em todos os momentos; será utilizada exclusivamente para efeitos de planeamento, coordenação e realização de controlos de dopagem; e será destruída quando deixar de ser relevante para esses efeitos.”*

O que sucede se for atribuído um eventual incumprimento ao Praticante Desportivo?

Verificado um eventual incumprimento, quer seja por não ter enviado dentro do prazo a sua informação relativa à localização ou quer seja por um controlo declarado como não realizado, o praticante desportivo receberá duas notificações. Num primeiro momento, é notificado pela ADoP do eventual incumprimento e é informado que tem a possibilidade de enviar à ADoP uma resposta por escrito, caso considere que a falta se deve a motivos atendíveis. A justificação será avaliada pela Comissão de Avaliação do Sistema Informação sobre a Localização da ADoP. A Comissão, composta por um jurista, por um MRCD e por um ex-praticante desportivo de alto rendimento, avaliará os argumentos apresentados e emitirá um parecer para o Presidente da ADoP, que decidirá se os factos consubstanciam ou não um incumprimento. Num segundo momento, será notificado relativamente à decisão final do Presidente da ADoP quanto ao incumprimento.

Se o praticante desportivo não disponibilizar a informação relativa ao Sistema de Localização ou se não comunicar atempadamente alterações à informação inicialmente disponibilizada pode ser sujeito a sanções?

A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorrecta, por três vezes no espaço de 18 meses consecutivos, sem justificação válida e após ter sido devidamente notificado pela ADoP em relação a cada uma das faltas, constitui uma violação de norma antidopagem cujo sancionamento está previsto na Lei: tratando-se de uma primeira infracção, o praticante é sancionado com pena de suspensão por um período de 2 a 8 anos; tratando-se de uma segunda infracção, o praticante é sancionado com pena de suspensão por um período de 15 a 20 anos.

O que sucede se o praticante desportivo não se encontrar no local que indicou durante o período obrigatório de 60 minutos e se durante esse período um MRCD da ADoP o tentar controlar?

Ser-lhe-á atribuído um controlo declarado como não realizado, o que corresponde a um eventual incumprimento no âmbito do Sistema de Localização do Praticante Desportivo. Se o MRCD tentar localizar o praticante desportivo fora do período de 60 minutos no seu local de treino, por exemplo, e não o encontrar, esse facto nunca será considerado como um controlo declarado como não realizado.

O praticante desportivo tem de permanecer no local que indicou para o período de 60 minutos durante todo esse período?

Sim. O MRCD pode apresentar-se no local em qualquer momento dentro do período de 60 minutos e se não for localizado ser-lhe-á atribuído um controlo declarado como não realizado.

O praticante desportivo pode recusar submeter-se a um controlo de dopagem se o MRCD o localizar num momento fora do período de 60 minutos que definiu? Não. Uma recusa a um controlo de dopagem é uma violação de norma antidopagem grave. Ser notificado fora desse período para a realização de um controlo de dopagem é perfeitamente normal.

Só os praticantes desportivos que estão registados no Grupo Alvo são submetidos a controlos fora de competição?

Não, qualquer praticante desportivo filiado numa federação desportiva integrada no Programa Nacional Antidopagem (federações com o estatuto de Utilidade Pública Desportiva) pode ser submetido a controlos de dopagem em competição ou fora de competição.

Onde se pode obter mais informação sobre o Sistema de Localização do Praticante Desportivo?

Pode obter-se mais informação, nomeadamente sobre os direitos e obrigações que dele resultam para os praticantes desportivos registados no Grupo Alvo de praticantes desportivos da ADoP na área dedicada à luta contra a dopagem do Instituto do Desporto de Portugal, IP (www.idesporto.pt → Antidopagem → Sistema de Localização).

O sistema de localização apresenta para as modalidades colectivas algumas particularidades, que cumpre também esclarecer. Abaixo apresentam-se um conjunto de perguntas e respostas relativamente a esses aspectos:

MODALIDADES COLECTIVAS:

Quais são as equipas que têm de disponibilizar informação relativa ao Sistema de Localização?

São as equipas incluídas no Grupo Alvo da ADoP. Pode consultar a composição do Grupo Alvo da ADoP na área dedicada à luta contra a dopagem do sítio internet do Instituto do Desporto de Portugal, IP (www.idesporto.pt), em Antidopagem → Grupo Alvo.

As equipas que já pertencem ao Grupo Alvo da sua federação internacional ou continental não necessitam de enviar a informação relativa ao sistema de localização à ADoP.

É possível enviar a informação para o conjunto dos elementos da equipa?

Nas modalidades colectivas, os praticantes desportivos cujas equipas estão incluídas no Grupo Alvo da ADoP podem delegar num representante do seu clube ou sociedade anónima desportiva a responsabilidade pelo envio à ADoP da informação relativa ao Sistema de Localização e das respectivas actualizações. De acordo com a legislação em vigor, esta delegação presume-se nas modalidades colectivas a menos que os praticantes desportivos informem a ADoP, por escrito, do contrário. Na área dedicada à luta contra a dopagem do Instituto do Desporto de Portugal, IP (www.idesporto.pt → Antidopagem → Sistema de Localização) estão disponíveis formulários específicos para enviar a informação relativa ao Sistema de Localização para as modalidades colectivas.

Se o praticante desportivo de uma modalidade colectiva está incluído no Grupo Alvo da ADoP por ser praticante desportivo de alto rendimento, mas se a sua equipa não está incluída no Grupo Alvo da ADoP, como deve proceder?

Nesses casos, o praticante desportivo deve enviar a sua informação relativa ao Sistema de Localização utilizando os formulários para as modalidades individuais, disponíveis em (www.idesporto.pt → Antidopagem → Sistema de Localização).

Para os praticantes desportivos de modalidades colectivas, qual é o nível de detalhe relativamente à informação a disponibilizar?

A equipa deve indicar um período de 60 minutos, associado a uma localização devidamente identificada onde permanecerá durante esse período, estando os respectivos praticantes desportivos disponíveis para serem eventualmente submetidos a um controlo de dopagem fora de competição. No mínimo, terão de ser indicados os locais de treino habituais e os respectivos horários e o período de 60 minutos para cada um dos dias em que a equipa tem actividades. Se aplicável, devem também ser indicados os planos de viagens e de competições previstos, detalhando os respectivos locais de alojamento. É também fundamental actualizar atempadamente essa informação sempre que se prevejam alterações.

Se o início do trimestre coincide com um período de férias e não está definido ainda o calendário de actividades da equipa, como proceder?

Nesses casos, deve esse facto ser comunicado à ADoP por escrito, antes do final do prazo para o envio da informação relativa ao trimestre em causa. Uma vez definido o referido calendário, o formulário de localização da equipa deve ser enviado à ADoP o mais rapidamente possível, sempre antes das 24 horas que antecedem o início das actividades.

Se o representante do clube ou da sociedade anónima desportiva designado para enviar à ADoP a informação relativa ao Sistema de Localização não o fizer correctamente, como proceder?

Os praticantes desportivos devem comunicar à ADoP por escrito que pretendem passar a enviar individualmente a sua informação relativa ao Sistema de Localização, afastando assim a presunção que resulta da legislação em vigor.

Se o representante do clube ou da sociedade anónima desportiva não enviar atempadamente a informação relativa ao Sistema de Localização, os praticantes desportivos podem ser sancionados?

Sim, os praticantes desportivos podem também ser sancionados, pois são sempre os últimos responsáveis pela informação enviada, ou por eventuais omissões ou atrasos no envio da informação. Para além disso, a equipa pode igualmente ser sancionada.

Caso uma equipa seja notificada de que já não está registada no Grupo Alvo de uma federação internacional, como deve proceder?

Deve informar a ADoP e sua federação nacional desse facto, porque provavelmente cumprirá os critérios para a equipa ser incluída no Grupo Alvo da ADoP.

O que sucede se for atribuído um eventual incumprimento à Equipa?

Verificado um eventual incumprimento, quer seja por não ter enviado dentro do prazo a informação relativa à localização ou quer seja por um controlo declarado como não realizado, o representante legal do clube receberá duas notificações. Num primeiro momento, é notificado pela ADoP do eventual incumprimento e informado de que tem a possibilidade de enviar à ADoP uma resposta por escrito, caso considere que a falta se deve a motivos atendíveis. A justificação será avaliada pela Comissão de Avaliação do Sistema Informação sobre a Localização da ADoP. A Comissão, composta por um jurista, por um MRCD e por um ex-praticante desportivo de alto rendimento, avaliará os argumentos apresentados e emitirá um parecer para o Presidente da ADoP, que decidirá se os factos consubstanciam ou não um incumprimento. Num segundo momento, será notificado o representante legal do clube e os praticantes desportivos relativamente à decisão final do Presidente da ADoP quanto ao incumprimento.

Se a equipa não disponibilizar a informação relativa ao Sistema de Localização ou se não comunicar atempadamente alterações à informação inicialmente disponibilizada pode ser sujeita a sanções?

A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorrecta, por três vezes no espaço de 18 meses consecutivos, sem justificação válida e após ter sido devidamente notificado pela ADoP em relação a cada uma das faltas, constitui uma violação de norma antidopagem cujo sancionamento está previsto na Lei: tratando-se de uma primeira infracção, o praticante é sancionado com pena de suspensão por um período de 2 a 8 anos; tratando-se de uma segunda infracção, o praticante é sancionado com pena de suspensão por um período de 15 a 20 anos.

PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE AMOSTRAS DE URINA E DE SANGUE NO ÂMBITO DE CONTROLOS DE DOPAGEM

Os controlos de dopagem representam a vertente de carácter mais dissuasor da luta contra a dopagem. Os controlos de dopagem recorrem à recolha de amostras de urina ou de sangue aos praticantes desportivos, amostras essas que são submetidas a análises laboratoriais específicas, realizadas por laboratórios acreditados para o efeito pela AMA, visando a detecção de substâncias e métodos proibidos previstos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos em vigor. Já a detecção do álcool, substância que é proibida em competição em algumas modalidades, é realizada através do método de análise expiratória. Os controlos de dopagem podem ocorrer em competição e fora de competição.

Os controlos de dopagem em competição visam a detecção de substâncias e métodos proibidos em competição previstos na Lista de Substâncias e Métodos proibidos. Os critérios de selecção dos praticantes desportivos a submeter a controlo de dopagem em competição variam de federação para federação, mas podem ser o sorteio, por classificação na competição ou por um sistema misto. No entanto, os médicos responsáveis pelo controlo de dopagem (MRCD) da ADoP têm autoridade para seleccionar para o controlo quaisquer praticantes desportivos que, durante a competição, evidenciem sinais que indiquem práticas de dopagem. Por outro lado, e face à legislação actualmente em vigor, os resultados desportivos considerados como recordes nacionais só podem ser homologados quando os praticantes desportivos que os tenham obtido hajam sido submetidos ao controlo de dopagem na respectiva competição ou, em caso de justificada impossibilidade, dentro das 24 horas subsequentes.

Os controlos de dopagem fora de competição são justificados pelo uso de substâncias e métodos proibidos que, pela sua natureza, já não são possíveis de detectar quando a competição se verifica. O uso de hormonas peptídicas ou de factores de crescimento, por exemplo, correspondem a casos em que as janelas de detecção para essas substâncias se encerram muitas vezes antes do período da competição. Isso criou a necessidade de alargar o âmbito do controlo de dopagem para além da competição propriamente dita. Actualmente, os praticantes desportivos podem ser controlados em qualquer altura e em qualquer lugar, seja nos seus locais habituais de treino, seja nas suas residências, em período de férias, respeitando no entanto os elementares princípios relacionados com a sua privacidade.

Os procedimentos a seguir na realização dos controlos de dopagem por todas as organizações antidopagem, bem como os direitos e deveres dos diferentes intervenientes, são definidos na Norma Internacional para Controlo da AMA.

No âmbito da ADoP, compete à Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem (ESPAD) assegurar os serviços administrativos e logísticos necessários à implementação do Programa Nacional Antidopagem, nomeadamente o planeamento

e realização dos controlos de dopagem. Parte essencial do Sistema de Gestão de Qualidade da ESPAD, os procedimentos e instruções técnicas relativos à colheita de amostras de urina e/ou de sangue para controlos de dopagem garantem o estrito cumprimento da referida norma internacional, assegurando a defesa dos direitos dos praticantes desportivos, a sua saúde e, especialmente, o direito a uma competição leal e limpa, livre de práticas de dopagem.

O CONTROLO DE DOPAGEM PASSO A PASSO

Seleção dos praticantes desportivos

A seleção dos praticantes desportivos é baseada nos requisitos estabelecidos pela organização antidopagem responsável. A seleção pode proceder-se de três formas: aleatoriamente, com base em critérios pré-definidos (ex: classificação nas provas), ou sob a forma de controlos dirigidos.

Notificação

Um Médico Responsável pelo Controlo de Dopagem (MRCD) ou uma escolta notificarão o praticante desportivo de que foi seleccionado para controlo de dopagem. Geralmente, esta notificação é realizada pessoalmente. A identificação oficial do MRCD ou da escolta, e a autoridade segundo a qual o controlo irá ser realizado, serão apresentadas ao praticante desportivo.

O MRCD ou a escolta informarão o praticante desportivo dos seus direitos e responsabilidades, incluindo o direito a ter um representante presente durante todo o procedimento. O praticante desportivo será solicitado a assinar o formulário de notificação, confirmando que foi notificado para controlo de dopagem.

Caso o praticante desportivo seja menor de idade ou portador de deficiência, uma terceira pessoa será também notificada.

Apresentação na Estação de Controlo de Dopagem

O praticante desportivo deve apresentar-se na Estação de Controlo de Dopagem após ter sido notificado. O MRCD pode autorizar o praticante desportivo a atrasar a sua chegada à Estação de Controlo de Dopagem, permitindo-lhe assim participar em actividades como uma conferência de imprensa, ou completar uma sessão de treino; no entanto, o praticante desportivo será acompanhado em permanência pelo MRCD ou pela escolta, desde o momento da notificação até à conclusão do procedimento de colheita de amostras.

O praticante desportivo será solicitado a apresentar uma identificação com fotografia e terá a possibilidade de se hidratar. Os praticantes desportivos são responsáveis pelo que decidirem beber. Podem beber as suas próprias bebidas ou escolher de entre um conjunto de bebidas seladas, sem cafeína ou álcool.

Seleção do Vaso Colector

É dada ao praticante desportivo a possibilidade de escolher de entre um conjunto de vasos colectores selados. O praticante desportivo verificará se o equipamento está intacto e se não foi adulterado. O praticante desportivo deve manter o vaso colector sob controlo permanente.

Fornecimento da Amostra

Apenas o praticante desportivo e o MRCD poderão permanecer no lavabo durante a emissão da amostra. Os praticantes desportivos menores de idade ou portadores de deficiência poderão também ter um representante presente no lavabo. No entanto, este representante não poderá observar directamente o acto de micção. Pretende-se assegurar que o MRCD observa o acto de micção de forma correcta.

Os praticantes desportivos serão solicitados a remover qualquer peça de vestuário entre os joelhos e o meio do peito e das mãos aos cotovelos. Tal permite ao

MRCDD observar directamente a urina a sair do corpo do praticante desportivo. Estas regras destinam-se a garantir que se trata efectivamente da urina do praticante desportivo e a impedir uma eventual manipulação da amostra.

Os praticantes desportivos deverão manter a amostra sob o seu controlo durante todo o procedimento, excepto caso de necessitarem de auxílio por serem portadores de deficiência.

Volume de Urina

O MRCDD deve assegurar que o praticante desportivo disponibiliza um mínimo de 90 mL de urina, sob a sua observação directa. Se a quantidade de amostra colhida não cumprir este requisito, o praticante desportivo prosseguirá com o fornecimento de uma ou mais amostras adicionais.

Seleção do Kit de Colheita de Amostras

Se o praticante desportivo disponibilizou o volume adequado de urina, terá a possibilidade de escolher um kit de colheita de amostras de entre um conjunto de kits selados. O praticante desportivo verificará que o kit está intacto e que não sofreu qualquer adulteração. O praticante desportivo abrirá então o kit e confirmará que os números de código são idênticos em ambos os frascos, tampas e contentores.

Divisão da Amostra

O praticante desportivo dividirá a amostra, vertendo a urina pessoalmente, excepto quando se torne necessário prestar auxílio a um praticante desportivo portador de deficiência.

O praticante desportivo verterá o volume requerido de urina no frasco “B”. A urina remanescente será vertida no frasco “A”. Será solicitado ao atleta que deixe uma pequena quantidade de urina no vaso colector, para que o MRCDD possa medir a densidade específica da amostra, de acordo com as especificações indicadas pelo laboratório.

Encerramento das Amostras

O praticante desportivo encerrará então os frascos “A” e “B”. O representante do praticante desportivo e o MRCDD verificarão se ambos os frascos foram devidamente encerrados.

Medição da Densidade Específica

O MRCDD mede a densidade específica da amostra recorrendo à urina residual deixada no vaso colector. Os valores obtidos são registados no formulário do controlo de dopagem. Se a amostra não cumprir os requisitos estabelecidos relativamente à densidade específica, o praticante desportivo poderá ser solicitado a disponibilizar amostras adicionais, conforme o requerido pela organização antidopagem.

Preenchimento do Formulário do Controlo de Dopagem

É pedida ao praticante desportivo informação relativa à toma de medicamentos, receitados ou não receitados, e relativa a suplementos que tenha consumido recentemente. Essa informação será registada no formulário de controlo de dopagem. O praticante desportivo tem o direito de registar comentários relativamente à forma como foi conduzida a sessão de controlo de dopagem. O praticante desportivo deve confirmar que toda a informação no formulário de controlo de dopagem está correcta, incluindo o número de código da amostra.

Envio das amostras para procedimento laboratorial

As amostras são acondicionadas para transporte, sendo assegurada uma adequada cadeia de custódia. As amostras são então enviadas para um laboratório acreditado pela AMA.

O laboratório acreditado pela AMA analisará a amostra respeitando o disposto na Norma Internacional para Laboratórios da AMA e assegurará que uma cadeia de custódia da amostra é mantida permanentemente.

Nos controlos de dopagem podem igualmente ser recolhidas amostras de sangue. A recolha de amostras de sangue pode ter duas finalidades distintas:

- » Para a detecção de determinadas substâncias ou métodos proibidos, nomeadamente a hormona do crescimento, as hemoglobinas sintéticas, transfusões homólogas, e CERA. Neste caso, são recolhidas amostras A e B, como nos controlos com recolha de urina, recorrendo a contentores muito semelhantes aos utilizados na urina, para garantir a inviolabilidade das amostras. Pode ser recolhido sangue para dois ou quatro tubos, consoante o tipo de análise a realizar: sangue total, soro ou ambos.
- » Para o Passaporte Biológico é recolhida geralmente uma única amostra de sangue, que é encerrada num contentor com características específicas.

A grande maioria dos restantes procedimentos inerentes aos controlos de dopagem com recolha de urina aplicam-se à recolha de amostras de sangue, nomeadamente os que dizem respeito à selecção dos praticantes desportivos, à notificação, à apresentação na estação de controlo de dopagem, à selecção dos kits de colheita de amostras, ao encerramento das amostras e ao preenchimento do formulário do controlo de dopagem. No entanto, o transporte das amostras para o laboratório, quando se trata de amostras de sangue, é realizado através de uma mala refrigerada e com registo permanente da sua temperatura.

Os controlos de dopagem podem ser realizados com recolha apenas de urina ou de sangue, ou de ambos.

PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Ao chegarem ao laboratório, as amostras são colocadas numa sala de recepção que, de acordo com a Norma Internacional de Laboratórios da AMA, está situada fora da área laboratorial. Nessa sala, o responsável pela recepção das amostras verifica se as amostras e a documentação associada estão conformes. No caso de existência de qualquer não conformidade que possa pôr em causa a validade das amostras, isso conduzirá à abertura de uma não conformidade e à comunicação dessa informação ao cliente.

Após verificar que as amostras e os documentos associados estão conformes, as mesmas recebem um código laboratorial interno, sendo devidamente etiquetadas. De seguida, os códigos das amostras, os códigos internos de laboratório e toda a informação relevante associada às amostras são introduzidos num sistema informático de gestão de amostras. O responsável pela recepção das amostras procede à abertura das amostras “A”, que seguem para a área laboratorial e armazena os contentores contendo as amostras “B” em congeladores com uma temperatura de cerca de -20° centígrados. Na área laboratorial, as amostras “A” são conservadas num frigorífico a uma temperatura entre 0° e 4° centígrados durante a realização dos procedimentos analíticos na amostra “A”, sendo posteriormente congelados.

Após a chegada da amostra “A” à área laboratorial, é retirada uma pequena porção da mesma, para a realização de procedimentos pré-analíticos de verificação de pH e da densidade urinária e verificação da cor e estimação do volume da amostra.

De seguida, são retiradas diversas pequenas porções da amostra (alíquotas) que vão seguir para uma área onde vão ser realizados diversos procedimentos de preparação das amostras, procedimentos de extracção, de modo a que o produto resultante possa ser utilizado para os procedimentos analíticos.

Após esta primeira fase de preparação, as alíquotas resultantes vão de seguida ser analisadas em diversos *screenings*. Estes *screenings*, que têm como objectivo

fazer uma primeira avaliação das alíquotas, de modo a verificar a existência de eventuais casos suspeitos, são realizadas por diversas metodologias analíticas, nomeadamente métodos imunológicos, cromatografia líquida (HPLC), cromatografia gasosa associada a espectrometria de massa (GC/MS) e cromatografia líquida associada a espectrometria de massa (LC/MS).

No caso de se verificar em qualquer um dos *screenings* um caso suspeito, são preparadas novas alíquotas da amostra, que irão ser submetidas a um procedimento analítico de confirmação. Essa confirmação é realizada com metodologias analíticas mais sofisticadas, nomeadamente cromatografia gasosa associada a espectrometria de massa/massa (GC/MS/MS), cromatografia líquida associada a espectrometria de massa/massa (LC/MS/MS) e espectrometria de massa de razão isotópica (IRMS). Se, após a realização destes procedimentos, se confirmar a presença de uma substância proibida, deverá verificar-se se todos os procedimentos analíticos e os resultados obtidos estão de acordo com os critérios definidos na Norma Internacional de Laboratórios da AMA. Tratando-se de uma substância sujeita a limites de positividade, deverá verificar-se se a concentração encontrada após subtração da incerteza associada está acima do referido limite de positividade.

Após esta verificação, procede-se à emissão do relatório analítico, que será enviado pelo laboratório, de forma confidencial e em simultâneo, ao cliente, à respectiva Federação Internacional e à Agência Mundial Antidopagem.

O praticante desportivo tem sempre o direito de solicitar a realização da análise da amostra “B”, que durante todo este processo esteve conservada a cerca de -20° centígrados. O praticante desportivo tem o direito de estar presente na abertura da amostra “B” e de indicar peritos técnicos para testemunhar a realização dos procedimentos analíticos. Após a abertura da amostra “B” e de retirada uma pequena porção da mesma, a parte remanescente é novamente introduzida num contentor que será selado. Deste procedimento, é elaborada uma acta de abertura e encerramento da amostra “B”, que será assinada por todos os presentes. No final da realização dos procedimentos analíticos, é elaborada nova acta, que lavrará o que se passou na realização da análise da amostra “B”, que será assinada pelo director do laboratório e pelo perito ou peritos indicados pelo atleta. De seguida, será elaborado um relatório analítico, a ser enviado para as mesmas entidades. A entidade responsável pela gestão desse resultado enviará o relatório analítico das amostras “A” e “B” e toda a documentação relevante para o órgão disciplinar encarregue da realização dos procedimentos disciplinares. O praticante desportivo e/ou a entidade responsável pela gestão dos resultados tem igualmente o direito de solicitar ao laboratório um processo analítico completo, de modo a que os seus peritos possam verificar a conformidade de todos os procedimentos realizados.

Os laboratórios antidopagem realizam igualmente procedimentos analíticos em amostras de sangue, que seguem procedimentos muito semelhantes aos realizados nas amostras de urina. Existem, no entanto, algumas especificidades, nomeadamente na conservação das amostras. Se os procedimentos analíticos a realizar forem executados no sangue total, as amostras “A” e “B” deverão ser conservadas entre 0° e 4° centígrados e se forem executados no plasma, a amostra “A” será conservada entre 0° e 4° centígrados, mas a amostra “B” será conservada a -20° centígrados. Neste momento, existe uma substância que só pode ser detectada no sangue - a hormona de crescimento, utilizando métodos imunológicos. Existem igualmente dois métodos de dopagem - transfusões homólogas e hemoglobinas sintéticas - que só podem ser detectadas no sangue através, respectivamente, de citometria de fluxo e de cromatografia gasosa associada a espectrometria de massa. No entanto, a urina é e continuará a ser, nos próximos anos o principal líquido orgânico a ser utilizado para a realização de controlos de dopagem.

GESTÃO DE RESULTADOS

A ADoP, ao recepcionar do LAD ou de um outro laboratório acreditado pela Agência Mundial Antidopagem (AMA) um resultado analítico positivo ou um resultado analítico atípico, realiza uma instrução inicial, de forma a verificar se foi concedida ao praticante desportivo em causa uma autorização de utilização terapêutica (AUT), se ocorreu alguma violação da Norma Internacional para Controlo ou da Norma Internacional para Laboratórios da AMA que ponha em causa a validade do relatório analítico positivo ou do resultado analítico atípico, ou ainda se há a necessidade de se proceder à realização de exames complementares.

Os exames complementares são realizados quando é necessário determinar se os indícios de positividade detectados numa amostra podem ser atribuídos a causas fisiológicas ou patológicas.

A ADoP, após confirmar pela instrução inicial que não foi concedida uma AUT que cubra o caso em apreço e que não se verificou nenhuma violação das normas internacionais para controlo ou de laboratórios da AMA, procede à notificação referida no n.º 1 do artigo 34.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, endereçada à respectiva federação desportiva. Nessa notificação, a ADoP informa a federação desportiva sobre a data e a hora propostas pelo LAD, ou por outro laboratório antidopagem acreditado pela AMA, para a eventual realização da segunda análise, a qual deve ser efectuada o mais rapidamente possível e nunca depois de decorridos sete dias úteis após a notificação do relatório analítico positivo pelo laboratório.

A federação desportiva, ao recepcionar a notificação referida acima, procede nas vinte e quatro horas seguintes à notificação do praticante desportivo e do seu clube ou sociedade anónima desportiva, de acordo com o previsto no n.º 2 do artigo 34.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

O praticante desportivo, após ter recebido a notificação do dia e da hora propostos para a eventual realização da análise da amostra B, informa a federação, por qualquer meio escrito e nunca depois de decorridas vinte e quatro horas após a recepção da mesma, sobre se deseja exercer os direitos conferidos pelas alíneas b), c) e d) do n.º 2 do artigo 34.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, ou seja, se requer a realização da análise da amostra B, se pretende pronunciar-se quanto ao dia e à hora para a eventual realização da análise da amostra B e se pretende exercer o direito de ele ou o seu clube se encontrarem presentes ou se fazerem representar no acto da análise da amostra B, bem como o de nomearem peritos para acompanhar a realização dessa diligência. Caso o praticante desportivo requeira a análise da amostra B, os encargos da análise serão da sua responsabilidade, se esta revelar um resultado positivo.

A federação desportiva, ao receber essa informação, transmite-a de imediato à ADoP por qualquer meio, confirmando posteriormente por escrito, garantindo sempre a confidencialidade da informação.

Compete então à ADoP informar o LAD, ou o laboratório antidopagem acreditado pela AMA responsável pela realização da primeira análise, do teor dessa informação.

Caso o praticante desportivo informe a federação desportiva de que prescindir da realização da análise da amostra B, a ADoP, ao ser notificada dessa decisão, informará a federação sobre a necessidade de abertura de um procedimento disciplinar.

Caso o praticante desportivo não responda à notificação da federação desportiva no prazo estipulado, o LAD ou o laboratório antidopagem acreditado pela AMA responsável pela realização da primeira análise, procede à realização da análise da amostra B na data previamente definida, na presença de uma testemunha independente.

Na realização da análise da amostra B pode também estar presente, para além das pessoas e entidades já referidas, um representante da respectiva federação

desportiva. Do que se passar na análise da amostra B é lavrada acta, subscrita pelos presentes.

O LAD, ou ao laboratório antidopagem acreditado pela AMA, responsável pela realização da primeira análise, emitem um relatório com o resultado da análise da amostra B, que é remetido à ADoP em conjunto com a acta atrás referida. Compete à ADoP remeter esse relatório para a respectiva federação desportiva, de forma a accionar os mecanismos disciplinares.

Caso o resultado da análise da amostra B confirme o da primeira análise, a federação deve suspender preventivamente o praticante desportivo em causa até ao 2.º dia posterior à recepção do relatório enviado pela ADoP e deve determinar a abertura de um procedimento disciplinar pelo órgão disciplinar federativo. A entidade responsável pela elaboração da instrução do procedimento disciplinar deve emitir a nota de culpa do prazo de sete dias úteis. Tal não se aplica, no entanto, nos casos em que a ADoP determine a realização de exames complementares.

Todas as federações desportivas dispõem de um regulamento antidopagem que prevê as sanções a aplicar, no âmbito de um procedimento disciplinar, aos seus praticantes que sejam responsáveis por violações de normas antidopagem. As sanções podem ir da mera advertência à suspensão por 20 anos da prática desportiva, mas a aplicação de qualquer sanção inferior a uma suspensão da actividade desportiva de 2 anos tem que ser precedida, para efeitos de aprovação da mesma, de parecer prévio emitido pela ADoP. Esta decisão atende aos factos inerentes a cada caso, nomeadamente o tipo de substância ou método em causa, os riscos inerentes à modalidade desportiva em questão, a colaboração na descoberta da forma como foi violada a norma antidopagem e o grau de culpa ou negligência.

As decisões em âmbito de procedimento disciplinar são passíveis de recurso para um órgão de recurso no âmbito da própria federação – geralmente denominado Conselho Jurisdicional.

A aplicação das sanções disciplinares prevista na Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho compete à ADoP, mas encontra-se delegada nas federações titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, a quem cabe igualmente a instrução dos processos disciplinares, como referimos acima.

A ADoP pode ainda rever, substituir ou revogar as decisões de arquivamento, absolvição ou condenação proferidas pelos órgãos disciplinares de 1.ª e 2.ª instância das federações desportivas, verificada a sua não conformidade com o disposto na legislação em vigor.

Das decisões proferidas pela ADoP cabe ainda recurso para o Tribunal Arbitral do Desporto de Lausanne - TAD.

O PASSAPORTE BIOLÓGICO

O Passaporte Biológico consiste numa estratégia inovadora no âmbito da luta contra a dopagem no desporto visando dissuadir os praticantes desportivos da utilização de substâncias e métodos dopantes para o incremento do transporte de oxigénio, criada recentemente pela Agência Mundial Antidopagem (AMA) tendo como base um projecto-piloto desenvolvido pela *Union Cycliste Internationale* (UCI).

A ADoP decidiu iniciar a implementação do Passaporte Biológico em Portugal, que se processa em diversas etapas:

A primeira etapa, já concluída em 2009, consistiu na acreditação do Laboratório de Análises de Dopagem (LAD) para a realização de análises relativas ao perfil hematológico de cada praticante desportivo. Para isso, o LAD teve de adquirir um novo equipamento de hematologia Sysmex® pois a Agência Mundial Antidopagem

obriga a que todos os laboratórios acreditados para a realização destes procedimentos recorram ao mesmo equipamento, de modo a que os resultados sejam comparáveis, independentemente do laboratório acreditado onde sejam obtidos. O LAD participa igualmente em ensaios inter-laboratoriais organizados pelo *Centre Suisse de Contrôle de Qualité (CSCQ)*, organismo suíço de controlo de qualidade, contratado pela Agência Mundial Antidopagem para assegurar a fiabilidade e a comparabilidade dos resultados obtidos. No final de 2009, foi concedida ao LAD a acreditação do método relativo ao Passaporte Biológico pelo IPAC – Instituto Português de Acreditação.

A segunda etapa passou por iniciar a recolha de amostras de sangue a praticantes de diversas modalidades, de modo a disponibilizar à ADoP os resultados analíticos de diversos praticantes desportivos. Esta segunda etapa representou uma tarefa relativamente fácil para a ADoP, pois desde há alguns anos que realiza a recolha de amostras de sangue e respectivo transporte dessas amostras para laboratórios acreditados, no âmbito de protocolos assinados com a Agência Mundial Antidopagem, com a ANADO, com a IAAF e com a UCI. A grande maioria das recolhas de amostras realizadas a ciclistas profissionais espanhóis em Espanha no âmbito do projecto-piloto do Passaporte Biológico da UCI, foram executadas pela ADoP. As amostras de sangue têm de ser transportadas de uma forma célere e recorrendo a um sistema controlado de refrigeração das mesmas. No ano de 2010, foram recolhidas um total de 161 amostras de sangue nas modalidades de Atletismo, Canoagem, Ciclismo e Triatlo. No futuro, e após a introdução do “Módulo Endocrinológico”, o Passaporte Biológico será implementado noutras modalidades desportivas.

A terceira etapa, em fase de implementação, visa criar uma base de dados onde estarão registados os perfis hematológicos dos diversos praticantes desportivos abrangidos por esta nova estratégia, após a devida autorização pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, de acordo com o previsto na alínea d) do n.º 1 e no n.º 4 do Artigo 37.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

A quarta etapa, também em fase de implementação, consiste na criação de uma comissão de peritos que irá avaliar se determinados perfis hematológicos podem ser considerados anómalos e indiciadores de eventuais violações de normas antidopagem, permitindo que praticantes desportivos possam ser eventualmente sancionados por possuírem perfis anómalos, confirmados cientificamente, de acordo com o previsto no Artigo 2.2 do Código Mundial Antidopagem e na alínea c) do n.º 2 do Artigo 3.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

O PASSAPORTE BIOLÓGICO – PERGUNTAS E RESPOSTAS

O que é o passaporte biológico?

O princípio fundamental do passaporte biológico baseia-se na monitorização de determinados parâmetros biológicos (através de amostras de sangue e de urina) que, de uma forma indirecta, possam revelar os efeitos da utilização de substâncias ou métodos proibidos, em oposição às estratégias tradicionais de detecção directa de substâncias ou métodos proibidos em amostras de sangue e de urina. Uma monitorização destes parâmetros ao longo de uma carreira desportiva tornará praticamente impossível a utilização de determinado tipo de substâncias e métodos proibidos.

O passaporte biológico visa essencialmente a prossecução de dois objectivos: a possibilidade de evidenciar perfis biológicos anómalos que possam determinar a existência de violações às normas antidopagem com base no Artigo 2.2 do Código Mundial Antidopagem – Uso ou tentativa de uso de uma substância ou de um método proibido por um praticante desportivo – e contribuir para a realização de uma estratégia de controlo inteligente, usando os métodos de detecção tradicionais. Um praticante desportivo que evidencie um perfil biológico anómalo pode ser submetido a controlos de dopagem dirigidos, realizados no lugar certo e no momento adequado.

Quando foi criado o Passaporte Biológico?

O conceito de Passaporte Biológico começou a ser discutido pela Agência Mundial Antidopagem a partir de 2002. Algumas federações internacionais tinham iniciado, há já alguns anos, estratégias de recolha de amostras de sangue destinadas à verificação de determinados parâmetros hematológicos (hemoglobina e hematócrito, numa fase inicial) de modo a que os praticantes desportivos que apresentassem valores anómalos desses parâmetros fossem impedidos de participar numa competição, em alguns casos, ou fossem submetidos a controlos de dopagem dirigidos, noutros casos.

A federação internacional pioneira nesta estratégia foi a *Union Cycliste Internationale* (UCI) que a partir do final dos anos 90, iniciou uma estratégia de recolha de amostras de sangue na véspera das grandes competições internacionais, impedindo os praticantes desportivos com valores anómalos de participarem nessa competição, ficando inicialmente suspensos por 15 dias, só podendo retomar a competição após demonstrarem terem-se normalizado os referidos valores.

A AMA, reconhecendo a grande diversidade de estratégias de monitorização de perfis hematológicos utilizadas por diversas federações internacionais, bem como a falta de harmonização dessas estratégias, decidiu organizar uma reunião com o objectivo de se obter um consenso visando essa harmonização, com a presença de representantes das federações internacionais envolvidas nesse processo (FIS, IBU, ISU, UCI e IAAF). Nessa reunião, foi decidido que os resultados das análises de parâmetros hematológicos poderiam ser considerados como parte integrante de controlo de dopagem, contribuindo para a identificação de perfis hematológicos anómalos. Foi decidido ainda que a AMA deveria liderar este processo, realizando diversas reuniões em que estariam envolvidos peritos científicos no âmbito da hematologia. Sucederam-se uma série de reuniões nesse sentido, onde foram debatidos e concebidos diversos documentos técnicos visando a harmonização de procedimentos de recolha, transporte, análise e gestão de resultados relativos ao Passaporte Biológico. Com base nos resultados destas reuniões, foi decidido pela AMA e pela UCI que seria importante realizar um projecto-piloto de implementação do Passaporte Biológico no ciclismo, de modo a poder testar no terreno a estratégia em causa, tendo os resultados sido muito satisfatórios.

O Comité Executivo da AMA aprovou, na sua reunião de 1 de Dezembro de 2009, em que se comemorava o 10.º aniversário daquela organização, o documento “*WADA’s Athlete’s Biological Passport Operating Guidelines*”, que entrou em vigor imediatamente. Com a aprovação deste documento, a Agência Mundial Antidopagem deu assim luz verde a todas as organizações antidopagem, a nível mundial, para poderem implementar o seu Passaporte Biológico, preservando no entanto a harmonização da sua aplicação, de modo a que todos os praticantes desportivos, qualquer que seja a sua nacionalidade ou o desporto praticado, sejam submetidos aos mesmos procedimentos.

Que praticantes desportivos terão um passaporte?

A nível internacional, existem uma série de federações internacionais que já há alguns anos estudavam os perfis hematológicos dos seus praticantes desportivos e, por isso, vão implementar de imediato o Passaporte Biológico, para além da UCI, que desde há dois anos iniciou, de uma forma pioneira, esse processo para os ciclistas profissionais das equipas *Pro-Tour*.

A nível nacional, a ADoP decidiu implementar de imediato o Passaporte Biológico, iniciando a sua estratégia ao incidir principalmente sobre modalidades com uma elevada componente aeróbia, nomeadamente o Atletismo, o Ciclismo e o Triatlo.

Que tipo de controlos serão efectuados aos praticantes desportivos no âmbito do passaporte biológico?

Neste momento, a Agência Mundial Antidopagem concebeu apenas o módulo hematológico do Passaporte Biológico, estando neste momento em fase de con-

cepção o segundo módulo, que se intitulará “Módulo Endocrinológico”. No módulo hematológico, serão recolhidas amostras de sangue, tanto fora de competição como nos dias que antecedem determinadas competições, de modo a estabelecer um perfil hematológico do praticante desportivo, assim como os valores de referência de normalidade, baseados nos próprios resultados do praticante desportivo e não em valores de uma população de referência, como é tradicional.

O Módulo Endocrinológico permitirá estabelecer um perfil de determinados valores urinários e sanguíneos de determinadas hormonas e seus metabolitos, onde se inclui o perfil de esteróides endógenos, de forma a estabelecer uma estratégia idêntica à do módulo hematológico.

O que é um perfil hematológico?

Esta abordagem baseia-se no conceito da detecção “indirecta”. Na determinação do perfil hematológico, não iremos detectar a presença de uma substância, ou o uso de um método proibido, na análise de uma amostra orgânica do praticante desportivo (sangue ou urina), mas sim os efeitos da manipulação desse perfil hematológico utilizando praticas de dopagem, independentemente da substância ou método proibido que possa ter sido utilizada. Algumas das substâncias e dos métodos proibidos que habitualmente são utilizadas pelos praticantes desportivos têm janelas de detecção muito curtas, o que dificulta a sua detecção. Noutros casos, não existem ainda métodos de detecção directa para determinadas substâncias e métodos proibidos. Esta estratégia visa contornar estas dificuldades, pois os efeitos da utilização dessas substâncias ou métodos proibidos ao nível do perfil hematológico perduram por um período muito mais prolongado. Desse modo, torna-se praticamente impossível que um praticante desportivo que utilize substâncias ou métodos visando o incremento do transporte de oxigénio não tenha uma repercussão no seu perfil hematológico, conduzindo a um perfil anómalo. Prevê-se que um perfil estabelecido com base em seis análises seja suficiente para permitir identificar uma manipulação do sangue. Em certos casos, o número de análises requeridas para detectar os efeitos da dopagem poderá até ser inferior.

Como serão analisadas as amostras recolhidas para a determinação do perfil hematológico?

Cada amostra de sangue é analisada por um laboratório acreditado pela Agência Mundial Antidopagem para este tipo de análises recorrendo a uma metodologia específica, e utilizando equipamento específico.

A acreditação pela Agência Mundial Antidopagem de um laboratório para a realização de procedimentos analíticos para o Passaporte Biológico é independente da acreditação normal para a realização de controlos de dopagem. Neste momento, só alguns dos laboratórios acreditados pela Agência Mundial Antidopagem para a realização de procedimentos analíticos para a realização de controlos de dopagem estão acreditados para a realização de procedimentos analíticos relativos ao Passaporte Biológico.

Como se processa a Gestão de Resultados do Passaporte Biológico?

As organizações antidopagem, após receberem os resultados analíticos do Passaporte Biológico de um laboratório acreditado, descodificam o número da amostra para identificar o praticante desportivo em causa, e introduzem os resultados numa aplicação informática criada pelo Laboratório Antidopagem Suíço, em Lausanne, e disponibilizada pela Agência Mundial Antidopagem. Essa aplicação irá comparar automaticamente os resultados da recolha em causa com outros resultados já introduzidos no sistema e referentes ao mesmo praticante desportivo, tendo em vista a construção de um perfil hematológico e de valores de referência baseados nos próprios resultados desse praticante desportivo. Essa comparação automática é baseada num método estatístico

denominado “*Bayesian*”, que com um intervalo de confiança de 99,9% determina a existência de um eventual perfil anómalo. Este intervalo de confiança é o mesmo que é utilizado em medicina forense para determinação da paternidade através do perfil de ADN, havendo por isso substancial jurisprudência, a nível de diversos tribunais, que aceitaram esta mínima margem de erro.

O perfil hematológico pode ser utilizado para fins disciplinares?

Sim, o perfil hematológico constitui um novo meio para identificar os praticantes desportivos que recorrem à manipulação sanguínea para melhorarem o seu rendimento desportivo de forma ilícita.

A determinação de um perfil anómalo através da aplicação informática pela Agência Mundial Antidopagem para a interpretação dos resultados do perfil hematológico não origina automaticamente uma evidência de violação de uma norma antidopagem. Qualquer perfil anómalo determinado pela aplicação informática deve ser analisado e discutido no seio de um grupo de peritos que cada organização antidopagem deve ter para esse efeito. Esse grupo de peritos levará em consideração não só se todos os procedimentos de recolha, transporte, análise e gestão de resultados estão conformes com os respectivos documentos técnicos da Agência Mundial Antidopagem, mas também se esse perfil anómalo não pode ser justificado por qualquer condição patológica ou fisiologia a que o praticante desportivo tenha estado submetido. No momento da recolha das amostras, o praticante desportivo preenche um pequeno questionário onde indica se realizou transfusões sanguíneas, se teve perdas de sangue fruto de uma hemorragia, se esteve exposto a situações de hipoxia motivadas por estadias em altitude ou permanência em tendas ou outras instalações causadoras de hipoxia, num determinado período, que possam eventualmente justificar esse perfil anómalo.

Se os peritos recolherem provas suficientes que demonstrem a culpabilidade de um praticante desportivo com um certo grau de certeza, recomendarão à ADoP para desencadear um processo disciplinar por violação de norma antidopagem baseado na alínea c) do n.º 2 do Artigo 3.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

Qual é a importância do sistema de localização dos praticantes desportivos no âmbito da implementação do Passaporte Biológico?

A disponibilização, de forma precisa e actualizada, da informação relativa à localização dos praticantes desportivos é fundamental para o sucesso deste programa. Testes sem aviso prévio apenas podem ser realizados se for possível encontrar o praticante desportivo.

O passaporte constitui uma viragem na estratégia de luta contra a antidopagem da ADoP?

O passaporte biológico constitui um grande passo em frente. Está inserido no conjunto de esforços já desenvolvidos pela ADoP para eliminar a dopagem do desporto. A novidade deste programa antidopagem reside no facto de:

- » Apelar a novos métodos científicos para detecção indirecta;
- » Utilizar métodos estatísticos sofisticados para a interpretação dos resultados;
- » Basear-se numa sequência de análises para assegurar uma maior fiabilidade;
- » Optimizar a protecção da saúde dos praticantes desportivos.

A *International Ski Federation (FIS)* e a *Union Cycliste Internationale (UCI)*, que implementaram uma estratégia de registo hematológico dos seus principais praticantes desportivos há já alguns anos, demonstram recentemente que essa estratégia teve como resultado uma diminuição substancial dos valores de hemoglobina e de hematócrito, bem como uma normalização dos valores de reticulócitos desses praticantes desportivos. Este facto é fundamental para a preservação da saúde dos praticantes desportivos pois as substâncias e métodos cuja utilização

se pretende desta forma dissuadir conduzem a um aumento da viscosidade sanguínea, causando um aumento da predisposição para doenças cardiovasculares.

Este novo sistema permite identificar os praticantes desportivos que utilizam métodos de dopagem sanguíneos ou esteróides endógenos, tais como a testosterona. A partir do momento em que um praticante desportivo tenha um passaporte biológico, será impossível não ser descoberto se recorrer à manipulação sanguínea ou à utilização de esteróides para melhorar o seu rendimento desportivo.

INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

A divulgação da problemática relacionada com a luta contra a dopagem constitui uma tarefa à qual a ADoP atribui grande importância, desenvolvendo anualmente um programa informativo e educacional para esse efeito.

Na prossecução deste objectivo, a ADoP conta com a colaboração de várias entidades, quer do movimento desportivo, quer do sector privado, das quais se referem, a título exemplificativo, o Comité Olímpico de Portugal, a Confederação do Desporto de Portugal e o Jornal Diário de Notícias. Salienta-se também a colaboração com o Simposium Terapêutico, que já decorre há vários anos, e que tem neste documento mais um bom exemplo de parceria entre entidades públicas e privadas na defesa da saúde do praticante desportivo e de um desporto livre de práticas de dopagem.

É também de realçar a colaboração com a Agência Mundial Antidopagem, que considera a componente educativa como um aspecto fundamental na luta contra a dopagem. No âmbito desta colaboração, destaca-se a contribuição da ADoP, para a área de línguas alternativas no sítio Internet da agência (www.wada-ama.org), que se tem consubstanciado na tradução de um conjunto de documentos que facilitam agora a divulgação da informação sobre a luta contra a dopagem a todos os países de expressão portuguesa no espaço lusófono.

Com o objectivo de melhor rentabilizar os recursos disponíveis para esta área de actividade, são anualmente identificados pela ADoP um conjunto de “Grupos Alvo”, para os quais são preparados e distribuídos um conjunto de materiais informativos e educativos específicos. Os grupos alvo elegidos pela ADoP para 2010 foram: praticantes desportivos de alto rendimento, praticantes desportivos federados, dirigentes e técnicos, jovens em idade escolar (2.º ciclo ensino básico), praticantes desportivos de alto rendimento, médicos de medicina familiar; médicos com a especialidade de medicina desportiva e utentes dos ginásios.

A ADoP disponibiliza, através da área dedicada à luta contra a dopagem no desporto no sítio internet do Instituto do Desporto de Portugal, IP (www.idesporto.pt), um conjunto alargado de informações relativas a esta temática, nomeadamente os dados estatísticos relacionados com a sua actividade.

Os médicos responsáveis pelo controlo de dopagem disponibilizam também, no âmbito da realização dos referidos controlos, materiais informativos e educativos da ADoP aos praticantes desportivos submetidos a controlo, e estão disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos relativamente a esse procedimento.

No âmbito do seu programa informativo e educacional, e tendo em vista a divulgação de informação sobre a luta contra a dopagem no desporto a esse grupo alvo, a ADoP organiza anualmente diversas visitas de estudo para alunos do ensino secundário às suas instalações.

Por outro lado, e permitindo aos praticantes desportivos em geral, aos seus médicos e pessoal de apoio obter uma resposta personalizada para questões que pretendam colocar relativamente à temática da luta contra a dopagem no desporto, a ADoP mantém em funcionamento uma linha azul de informação antidopagem 808 229 229, o endereço de correio electrónico antidopagem@idesporto.pt e o número de fax 21 797 75 29.

Legislação Portuguesa relativa à Luta contra a Dopagem no Desporto

(Descrição dos títulos dos diversos capítulos e artigos, com transcrição integral dos mais relevantes)

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 27/2009

de 19 de Junho

Estabelece o regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei estabelece o regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei e demais legislação aplicável, entende-se por:

- a) «Amostra ou amostra orgânica» qualquer material biológico recolhido para efeitos de controlo de dopagem;
- b) «Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP)» a organização nacional antidopagem;
- c) «Competição» uma corrida única, um encontro, um jogo ou uma competição desportiva específica, considerando-se em provas por etapas e noutras competições desportivas em que são atribuídos prémios, diariamente ou de forma intercalar, que a distinção entre competição e evento desportivo é a indicada nas regras da federação desportiva internacional em causa;
- d) «Controlo de dopagem» o procedimento que inclui todas os actos e formalidades, desde a planificação e distribuição dos controlos até à decisão final, nomeadamente a informação sobre a localização dos praticantes desportivos, a recolha e o manuseamento das amostras, as análises laboratoriais, as autorizações de utilização terapêuticas, a gestão dos resultados, as audições e os recursos;

- e) «Controlo» a fase do procedimento de controlo de dopagem que envolve a planificação da distribuição dos controlos, a recolha de amostras, o manuseamento de amostras e o seu transporte para o laboratório;
- f) «Controlo direccionado» a selecção não aleatória para controlo, num dado momento, de praticantes ou grupos de praticantes desportivos;
- g) «Controlo em competição» o controlo do praticante desportivo seleccionado no âmbito de uma competição específica;
- h) «Controlo fora de competição» qualquer controlo de dopagem que não ocorra em competição;
- i) «Controlo sem aviso prévio» o controlo de dopagem realizado sem conhecimento antecipado do praticante desportivo e no qual este é continuamente acompanhado desde o momento da notificação até à recolha da amostra;
- j) «Evento desportivo» a organização que engloba uma série de competições individuais e ou colectivas que se realiza sob a égide da mesma entidade desportiva;
- l) «Grupo alvo de praticantes desportivos» o grupo de praticantes desportivos de alto rendimento, identificados por cada federação internacional e pela ADoP, no quadro das respectivas planificações da distribuição dos controlos antidopagem em competição e fora dela;
- m) «Lista de substâncias e métodos proibidos», as substâncias proibidas e métodos proibidos que constam da portaria a que se refere o artigo 8.º;
- n) «Marcador» um composto, grupo de compostos ou parâmetros biológicos que indicia o uso de uma substância proibida ou de um método proibido;
- o) «Metabolito» qualquer substância produzida através de um processo de biotransformação;
- p) «Método proibido» qualquer método descrito como tal na lista de substâncias e métodos proibidos;
- q) «Norma Internacional» uma norma adoptada pela Agência Mundial Antidopagem (AMA) como elemento de apoio ao Código Mundial Antidopagem;
- r) «Pessoal de apoio ao praticante desportivo» pessoa singular ou colectiva que trabalhe, colabore ou assista o praticante desportivo, nomeadamente qualquer treinador, dirigente, agente, membro da equipa, pessoal médico ou paramédico;
- s) «Praticante desportivo» aquele que, encontrando-se inscrito numa federação desportiva nacional ou estrangeira, treine ou compita em território nacional, bem como aquele que não se encontrando inscrito participa numa competição desportiva realizada em território nacional;
- t) «Resultado analítico positivo» o relatório proveniente de um laboratório ou de uma outra entidade aprovada pela AMA, no qual, de acordo com a Norma Internacional de Laboratórios e Documentos Técnicos Relacionados, é identificada a presença numa amostra orgânica de uma substância proibida ou dos seus metabolitos ou marcadores (incluindo elevadas quantidades de substâncias endógenas) ou prova do uso de um método proibido;
- u) «Resultado analítico atípico» o relatório proveniente de um laboratório ou de uma outra entidade aprovada pela AMA, no qual, de acordo com a Norma Internacional de Laboratórios e Documentos Técnicos Relacionados, se demonstra a necessidade de investigação complementar;

- v) «Substância proibida» qualquer substância descrita como tal na lista de substâncias e métodos proibidos;
- x) «Substância específica» a substância que é susceptível de dar origem a infracções não intencionais das normas antidopagem devido ao facto de frequentemente se encontrar presente em medicamentos ou de ser menos susceptível de utilização com sucesso enquanto agente dopante e que consta da lista de substâncias e métodos proibidos.

Artigo 3.º

Proibição de dopagem e violação das normas antidopagem

1 — É proibida a dopagem a todos os praticantes desportivos dentro e fora das competições desportivas organizadas em território nacional.

2 — Constitui violação das normas antidopagem por parte dos praticantes desportivos ou do seu pessoal de apoio, consoante o caso:

- a) A presença numa amostra recolhida a um praticante desportivo de uma substância proibida, dos seus metabolitos ou marcadores;
- b) O recurso a um método proibido;
- c) O uso de uma substância proibida ou de um método proibido por um praticante desportivo, demonstrado por confissão do mesmo, por declarações de testemunhas, por prova documental, por conclusões resultantes de perfis longitudinais ou por outras informações analíticas que não preenchem os critérios estabelecidos para a verificação de uma violação das normas antidopagem descritas nas alíneas a) e b);
- d) A recusa, a resistência ou a falta sem justificação válida a submeter-se a um controlo de dopagem, em competição ou fora de competição, após a notificação, bem como qualquer comportamento que se traduza no impedimento à recolha da amostra;
- e) A obstrução, a dilação injustificada, a ocultação e as demais condutas que, por acção ou omissão, impeçam ou perturbem a recolha de amostras no âmbito do controlo de dopagem;
- f) A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorrecta, nos termos do disposto no artigo 7.º, por três vezes por parte do praticante desportivo no espaço de 18 meses consecutivos, sem justificação válida, após ter sido devidamente notificado pela ADoP em relação a cada uma das faltas;
- g) A verificação de três controlos declarados como não realizados com base nas regras definidas pela ADoP num período com a duração 18 meses consecutivos, sem justificação válida, após o praticante desportivo a que se refere o artigo 7.º ter sido devidamente notificado por aquela Autoridade em relação a cada um dos controlos declarados como não realizados;
- h) A alteração, falsificação ou manipulação de qualquer elemento integrante do procedimento de controlo de dopagem;
- i) A posse de substâncias ou de métodos proibidos, quer por parte do praticante desportivo quer por parte de qualquer membro do seu pessoal de apoio.

3 — Qualquer combinação de três situações constantes das alíneas f) e g) do número anterior, no espaço de 18 meses consecutivos, constitui igualmente uma violação das normas antidopagem.

4 — A posse de substâncias ou de métodos proibidos, bem como a sua administração, por parte do praticante desportivo ou do seu pessoal de apoio, não constituem uma violação das normas antidopagem nos casos em que decorrem de uma autorização de utilização terapêutica.

Artigo 4.º

Realização de eventos ou competições desportivas

(...)

Artigo 5.º

Deveres do praticante desportivo

(...)

Artigo 6.º

Responsabilidade do praticante desportivo

(...)

Artigo 7.º

Informações sobre a localização dos praticantes desportivos

1 — Os praticantes desportivos que tenham sido identificados pela ADoP para inclusão num grupo alvo para efeitos de serem submetidos a controlos fora de competição são obrigados a fornecer informação precisa e actualizada sobre a sua localização durante os três meses seguintes a essa informação, nomeadamente a que se refere às datas e locais em que efectuem treinos ou provas não integradas em competições.

2 — A informação a que se refere o número anterior é fornecida trimestralmente à ADoP e sempre que se verifique qualquer alteração, nas 24 horas precedentes à mesma.

3 — A informação é mantida confidencial, apenas podendo ser utilizada para efeitos de planeamento, coordenação ou realização de controlos de dopagem e destruída após deixar de ser útil para os efeitos indicados.

Artigo 8.º

Lista de substâncias e métodos proibidos

1 — A lista de substâncias e métodos proibidos em vigor é aprovada por portaria do membro do Governo responsável pela área do desporto e publicada no Diário da República.

2 — A ADoP divulga a lista de substâncias e métodos proibidos junto das federações desportivas que, no âmbito das respectivas modalidades, a devem adoptar e dar-lhe publicidade, bem como junto do Comité Olímpico de Portugal, do Comité Paraolímpico de Portugal, da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos e da Ordem dos Enfermeiros.

3 — A lista de substâncias e métodos proibidos é revista anualmente ou, sempre que as circunstâncias o justifiquem, pela ADoP, sendo actualizada pela forma mencionada no n.º 1.

4 — A lista de substâncias e métodos proibidos, devidamente actualizada, deve figurar em anexo ao regulamento de controlo antidopagem, aprovado por cada federação desportiva.

Artigo 9.º

Prova de dopagem para efeitos disciplinares

(...)

Artigo 10.º

Tratamento médico dos praticantes desportivos

1 — Os médicos que actuem no âmbito do sistema desportivo, devem, no que concerne ao tratamento médico de praticantes desportivos, observar as seguintes regras:

- a) Não recomendar, nem prescrever ou administrar medicamentos que contenham substâncias proibidas, sempre que os mesmos possam ser substituídos por outros que as não contenham;
- b) Não recomendar, nem prescrever ou colaborar na utilização de métodos proibidos, sempre que os mesmos possam ser substituídos por outros que o não sejam.

2 — O estabelecido no número anterior aplica-se à intervenção de outros profissionais de saúde, no âmbito das suas competências.

3 — Não sendo possível àqueles profissionais de saúde dar cumprimento ao disposto nas alíneas a) e b) do n.º 1, quer em função do estado de saúde do praticante desportivo quer pelos produtos, substâncias ou métodos disponíveis para lhe acorrer, o praticante desportivo deve ser por estes informado para proceder à respectiva solicitação de autorização de utilização terapêutica de acordo com a Norma Internacional de autorizações de utilização terapêutica da AMA e com as determinações da ADoP.

4 — A solicitação referida no número anterior é dirigida à federação internacional tratando-se de praticantes desportivos de nível internacional ou sempre que um praticante pretenda participar numa competição desportiva internacional.

5 — Nos casos não compreendidos no número anterior, a solicitação é dirigida à ADoP.

6 — O incumprimento das obrigações decorrentes do presente artigo por parte das entidades referidas no n.º 1 não constitui, só por si, causa de exclusão da eventual culpa do praticante desportivo, sem prejuízo da responsabilidade penal, civil ou disciplinar em que incorrem.

7 — A violação das obrigações mencionadas no presente artigo por parte de um médico ou farmacêutico é obrigatoriamente participada às respectivas ordens profissionais.

Artigo 11.º

Revisão e recurso das decisões da Comissão de Autorização e Utilização Terapêutica

1 — A AMA tem o direito de rever todas as decisões da Comissão de Autorização e Utilização Terapêutica (CAUT).

2 — O praticante desportivo tem o direito de recorrer das decisões da CAUT de acordo com os princípios definidos na Norma Internacional de autorizações de utilização terapêutica.

3 — A tramitação do recurso deve respeitar os seguintes princípios e normas:

- a) Audição em tempo oportuno;
- b) Imparcialidade e independência;
- c) Decisão célere, devidamente fundamentada e por escrito.

4 — O recurso a que se refere o número anterior é dirigido ao presidente da ADoP, que, no prazo máximo de 48 horas, deve promover a constituição de uma comissão tripartida com a seguinte composição:

- a) Um elemento designado pela Ordem dos Médicos, que preside;
- b) Um elemento designado pela CAUT;
- c) Um elemento designado pelo praticante.

5 — A comissão mencionada no número anterior deve decidir sobre o recurso no prazo máximo de dois dias contados da sua constituição.

Artigo 12.º

Regulamentos federativos antidopagem

(...)

Artigo 13.º

Princípios gerais dos regulamentos federativos antidopagem

(...)

Artigo 14.º

Conteúdo obrigatório dos regulamentos federativos antidopagem

(...)

Artigo 15.º

Co-responsabilidade do pessoal de apoio do praticante desportivo

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 10.º, incumbe em especial aos médicos e paramédicos que acompanham de forma directa o praticante desportivo zelar para que este se abstenha de qualquer forma de dopagem, não podendo, por qualquer meio, dificultar ou impedir a realização de um controlo de dopagem.

2 — Igual obrigação impende, com as necessárias adaptações, sobre o demais pessoal de apoio ao praticante desportivo, bem como sobre todos os que mantenham com este uma relação de hierarquia ou de orientação.

3 — A obrigação referida nos números anteriores inclui o dever de esclarecer o praticante desportivo sobre a natureza de quaisquer substâncias ou métodos que lhe sejam ministrados e de o manter informado dos que sejam proibidos, bem como das suas consequências e, no âmbito das respectivas competências, tomar todas as providências adequadas a desaconselhar e a prevenir o seu uso por parte daquele.

4 — Tratando-se de treinadores e profissionais de saúde, a obrigação referida nos números anteriores inclui ainda o dever de informar a ADoP sobre os praticantes desportivos em relação aos quais se suspeite que possam estar a utilizar substâncias ou métodos proibidos.

CAPÍTULO II

Autoridade Antidopagem de Portugal

Artigo 16.º

Natureza e missão

1 — A ADoP funciona junto do Instituto do Desporto de Portugal, I. P. (IDP, I. P.), e é a organização nacional antidopagem com funções no controlo e na luta contra

a dopagem no desporto, nomeadamente enquanto entidade responsável pela adopção de regras com vista a desencadear, implementar ou aplicar qualquer fase do procedimento de controlo de dopagem.

2 — A ADoP colabora com os organismos nacionais e internacionais com responsabilidade na luta contra a dopagem no desporto.

Artigo 17.º

Jurisdição territorial

(...)

Artigo 18.º

Competências

1 — Compete à ADoP:

- a) Elaborar e aplicar o Programa Nacional Antidopagem, ouvido o Conselho Nacional Antidopagem (CNAD);
- b) Emitir pareceres científicos e técnicos, recomendações e avisos, nomeadamente sobre os procedimentos de prevenção e controlo da dopagem;
- c) Prestar às federações desportivas o apoio técnico que por estas seja solicitado, quer na elaboração quer na aplicação dos respectivos regulamentos antidopagem;
- d) Pronunciar-se sobre a elaboração da legislação sobre a luta contra a dopagem no desporto, ouvido o CNAD;
- e) Emitir parecer vinculativo sobre os regulamentos de luta contra a dopagem no desporto adoptados pelas federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, ouvido o CNAD;
- f) Proceder à recepção das solicitações de autorização de utilização terapêutica de substâncias ou métodos proibidos, procedendo ao respectivo encaminhamento para a CAUT, bem como estabelecer os procedimentos inerentes ao sistema de autorização de utilização terapêutica a nível nacional;
- g) Estudar, em colaboração com as entidades responsáveis pelo sistema educativo e da área do desporto, programas pedagógicos, designadamente campanhas de informação e educação, com a finalidade de sensibilizar os praticantes desportivos, o respectivo pessoal de apoio e os jovens em geral para os perigos e a deslealdade da dopagem;
- h) Estudar e propor as medidas legislativas e administrativas adequadas à luta contra a dopagem em geral e ao controlo da produção, da comercialização e do tráfico ilícito de substâncias ou métodos proibidos;
- i) Estudar e sugerir as medidas que visem a coordenação dos programas nacionais de luta contra a dopagem com as orientações da AMA, bem como o cumprimento das obrigações decorrentes de convenções celebradas por Portugal no mesmo âmbito;
- j) Propor o financiamento de programas de investigação no âmbito da luta contra a dopagem, nomeadamente estudos sociológicos, comportamentais, jurídicos, e éticos para além de investigação nas áreas médica, analítica e fisiológica;
- l) Emitir recomendações gerais ou especiais sobre procedimentos de prevenção e controlo da dopagem, dirigidas às entidades que integram o associativismo desportivo e aos praticantes desportivos e respectivo pessoal de apoio;

- m) Determinar e instruir a realização de inquéritos extraordinários e dos inerentes controlos de dopagem sempre que receba ou reúna fortes indícios de práticas habituais ou continuados de dopagem por parte de algum praticante desportivo ou do seu pessoal de apoio;
- n) Rever, substituir ou revogar as decisões de arquivamento, absolvição ou condenação proferidas pelos órgãos jurisdicionais das federações desportivas, verificada a sua não conformidade com o disposto na presente lei;
- o) Prestar os serviços solicitados por outras entidades, nacionais ou estrangeiras, no âmbito da luta contra a dopagem no desporto;
- p) Acompanhar a participação técnica nacional nas diferentes instâncias internacionais com responsabilidade na luta contra a dopagem no desporto;
- q) Avaliar os riscos de novas substâncias e métodos, ouvido o CNAD.

2 — A investigação a que se refere a alínea m) do número anterior deve respeitar os princípios de ética internacionalmente reconhecidos, evitar a administração de substâncias e métodos dopantes aos praticantes desportivos e ser apenas realizada se existirem garantias de que não haja uma utilização abusiva dos resultados para efeitos de dopagem.

Artigo 19.º

Princípios orientadores

A ADoP, no exercício da sua missão, rege-se pelos princípios da independência científica, da precaução, da credibilidade e transparência e da confidencialidade.

Artigo 20.º

Cooperação com outras entidades

(...)

Artigo 21.º

Órgãos e serviços

1 — São órgãos da ADoP:

- a) O presidente;
- b) O director executivo.

2 — São serviços da ADoP:

- a) O Laboratório de Análise de Dopagem (LAD);
- b) A Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem (ESPAD);
- c) O Gabinete Jurídico.

3 — O órgão referido na alínea a) do n.º 1 é nomeado por despacho do membro do Governo responsável pela área do desporto.

Artigo 22.º

Presidente

(...)

Artigo 23.º

Director executivo

(...)

Artigo 24.º

Laboratório de Análises de Dopagem

1 — No âmbito da ADoP funciona o LAD, dotado de autonomia técnica e científica, ao qual compete:

- a) Executar as análises relativas ao controlo da dopagem, a nível nacional ou internacional, se para tal for solicitado;
- b) Executar as análises bioquímicas e afins destinadas a apoiar as acções desenvolvidas pelos organismos e entidades competentes na preparação dos praticantes desportivos, designadamente os de alto rendimento, e colaborar nas acções de recolha necessárias;
- c) Dar execução, no âmbito das suas competências, aos protocolos celebrados entre o IDP, I. P., e outras instituições;
- d) Colaborar em acções de formação e investigação no âmbito da dopagem;
- e) Assegurar as demais funções que lhe sejam cometidas.

(...)

Artigo 25.º

Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem

1 — A ESPAD funciona na dependência do director executivo, competindo-lhe:

- a) Assegurar os serviços administrativos e logísticos necessários à implementação do Plano Nacional Antidopagem, nomeadamente o planeamento e realização dos controlos de dopagem;
- b) Assegurar a gestão administrativa dos resultados, sanções e apelos;
- c) Assegurar a gestão administrativa do sistema de localização de praticantes desportivos para efeitos de controlo de dopagem;
- d) Assegurar a gestão administrativa do sistema de autorizações de utilização terapêutica;
- e) Executar os programas informativos e educativos relativos à luta contra a dopagem no desporto.

2 — No âmbito da ESPAD funcionam:

- a) O CNAD;
- b) A CAUT.

Artigo 26.º

Conselho Nacional Antidopagem

1 — O CNAD é o órgão consultivo da ADoP, competindo-lhe:

- a) Emitir parecer prévio, com força vinculativa, quanto à aplicação por parte das federações desportivas de sanções, decorrentes da utilização, por parte dos praticantes, de substâncias específicas, como tal definidas na lista de substâncias e métodos proibidos;
- b) Emitir parecer prévio, vinculativo, quanto à atenuação das sanções com base nas circunstâncias excepcionais definidas pelo Código Mundial Antidopagem;
- c) Emitir parecer prévio, vinculativo, quanto ao agravamento das sanções com base nas circunstâncias excepcionais definidas pelo Código Mundial Antidopagem;
- d) Assegurar as demais funções que lhe sejam cometidas pela lei.

(...)

Artigo 27.º

Comissão de Autorização de Utilização Terapêutica

- 1 — A CAUT é o órgão responsável pela análise e aprovação das autorizações de utilização terapêutica.
- 2 — Compete à CAUT:
 - a) Analisar e aprovar as autorizações de utilização terapêutica;
 - b) Assegurar as demais funções que lhe sejam cometidas pela lei.
- 3 — A CAUT é composta por cinco elementos licenciados em Medicina, com serviços relevantes na área da luta contra a dopagem no desporto e na medicina desportiva.
- 4 — Os licenciados em Medicina a que se refere o número anterior são propostos ao presidente da ADoP pelo director executivo e nomeados pelo membro do Governo responsável pela área do desporto, que designa igualmente o seu presidente.
- 5 — Três dos licenciados a que se refere o n.º 3 não podem, em simultâneo, integrar o CNAD.
- 6 — A CAUT decide de acordo com os critérios e regras definidas na Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica da AMA.
- 7 — O mandato dos membros da CAUT tem a duração de três anos, renovável por iguais períodos.

Artigo 28.º

Garantias dos membros do CNAD e da CAUT

(...)

Artigo 29.º

Programas pedagógicos

Os programas a que se refere a alínea g) do artigo 18.º devem fornecer informação actualizada e correcta sobre as seguintes matérias:

- a) Substâncias e métodos que integram a lista de substâncias e métodos proibidos;
- b) Consequências da dopagem sobre a saúde;
- c) Procedimentos de controlo de dopagem;
- d) Suplementos nutricionais;
- e) Direitos e responsabilidades dos praticantes desportivos e do pessoal de apoio no âmbito da luta contra a dopagem.

CAPÍTULO III

Controlo da dopagem

Artigo 30.º

Controlo de dopagem em competição e fora de competição

- 1 — Os praticantes desportivos, bem como todos aqueles que se encontrem abrangidos pela proibição de dopagem, que participem em competições desportivas oficiais, independentemente da sua nacionalidade, estão obrigados a submeter-se ao controlo de dopagem, nos termos da presente lei e legislação complementar.

2 — O disposto no número anterior aplica-se aos controlos fora de competição, nomeadamente quanto aos praticantes desportivos que se encontrem em regime de alta competição, devendo as respectivas acções de controlo processar-se sem aviso prévio.

3 — Tratando-se de menores de idade, no acto de inscrição, a federação desportiva deve exigir a respectiva autorização a quem exerce poder paternal ou detém a tutela sobre os mesmos a autorização para a sua sujeição aos controlos de dopagem em competição e fora de competição.

Artigo 31.º

Realização dos controlos de dopagem

(...)

Artigo 32.º

Acções de controlo

(...)

Artigo 33.º

Responsabilidade da recolha e do transporte das amostras e dos procedimentos analíticos

(...)

Artigo 34.º

Notificação e análise da amostra B

1 — Indiciada uma violação das normas antidopagem na análise da amostra A, a federação desportiva a que pertença o titular da mesma é notificada pela ADoP nas 24 horas seguintes.

2 — A federação desportiva notificada informa do facto o titular da amostra e o seu clube, nas 24 horas seguintes, mencionando expressamente:

- a) O resultado positivo da amostra A;
- b) A possibilidade de o praticante desportivo em causa requerer a realização da análise da amostra B;
- c) O dia e a hora para a eventual realização da análise amostra B, propostos pelo laboratório antidopagem que realizou a análise da amostra A;
- d) A faculdade de o praticante desportivo em causa ou o seu clube se encontrarem presentes ou se fazerem representar no acto da análise amostra B, bem como o de nomearem peritos para acompanhar a realização dessa diligência.

3 — Às notificações a que se refere o presente artigo aplica-se, subsidiariamente, o disposto no Código do Procedimento Administrativo.

4 — A federação desportiva notificada pode igualmente fazer-se representar no acto da análise da amostra B e, caso seja necessário, designar um tradutor.

5 — Os prazos para realização da análise da amostra B e para as notificações a que se referem os números anteriores são fixados por diploma regulamentar.

6 — Quando requerida a análise da amostra B, os encargos da análise, caso esta revele resultado positivo, são da responsabilidade do titular da amostra a submeter a análise.

7 — Quando requerida a análise da amostra B, as consequências desportivas e disciplinares só serão desencadeadas se o seu resultado for positivo, confirmando o teor da análise da amostra A, devendo todos os intervenientes no processo manter a mais estrita confidencialidade até que tal confirmação seja obtida.

Artigo 35.º

Exames complementares

1 — Para além do disposto no artigo anterior, sempre que os indícios de positividade detectados numa amostra possam ser atribuídos a causas fisiológicas ou patológicas, os resultados devem ser remetidos ao CNAD, para elaboração de um relatório a submeter à ADoP, que decide sobre a existência ou não de uma violação das normas antidopagem.

2 — Da intervenção do CNAD deve ser dado conhecimento à federação desportiva e ao praticante desportivo titular da amostra, o qual é obrigado a submeter-se aos exames que lhe forem determinados, incorrendo, caso não o faça, nas sanções cominadas para a recusa ao controlo de dopagem.

3 — Até à decisão referida no n.º 1, todos os intervenientes devem manter a mais estrita confidencialidade.

Artigo 36.º

Suspensão preventiva do praticante desportivo

1 — O praticante desportivo em relação ao qual o resultado do controlo seja positivo, logo com a primeira análise ou depois da análise da amostra B, quando requerida, é suspenso preventivamente até ser proferida a decisão final do processo pela respectiva federação, salvo nos casos em que for determinada pela ADoP a realização de exames complementares.

2 — A suspensão preventiva referida no número anterior inibe o praticante de participar em competições ou eventos desportivos, devendo o período já cumprido ser descontado no período de suspensão aplicado.

CAPÍTULO IV

Protecção de dados

SECÇÃO I

Bases de dados e responsabilidade

Artigo 37.º

Bases de dados

1 — Para o efectivo cumprimento da sua missão e competências, a ADoP pode proceder ao tratamento de dados referentes a:

- a) Autorizações de utilização terapêutica;
- b) Informações sobre a localização de praticantes desportivos;
- c) Gestão de resultados;
- d) Perfil longitudinal de resultados analíticos de amostras orgânicas.

2 — Os dados e informações referentes ao controlo e à luta contra a dopagem no desporto apenas podem ser utilizados para esses fins e para a aplicação de sanções em casos de ilícito criminal, contra-ordenacional ou disciplinar.

3 — O tratamento de dados deve processar-se de forma transparente e no estrito respeito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais.

4 — O conteúdo de cada uma das bases de dados é definido pela ADoP, mediante consulta prévia da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

5 — O responsável pelo tratamento de dados é o presidente da ADoP.

Artigo 38.º

Responsabilidade no exercício de funções públicas

(...)

Artigo 39.º

Responsabilidade dos dirigentes e pessoal das entidades desportivas

(...)

SECÇÃO II

Acesso, rectificação e cessão de dados

Artigo 40.º

Acesso e rectificação

(...)

Artigo 41.º

Autorização para a cessão de dados

(...)

CAPÍTULO V

Regime sancionatório

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 42.º

Extinção da responsabilidade

1 — A prescrição do procedimento criminal rege-se pelo disposto no Código Penal.

2 — O procedimento contra-ordenacional e disciplinar extingue-se, por efeito de prescrição, logo que sobre a data em que ocorreu a violação tenha decorrido o prazo de oito anos.

SECÇÃO II

Ilícito criminal

Artigo 43.º

Tráfico de substâncias e métodos proibidos

1 — Quem, com intenção de violar ou violando as normas antidopagem, e sem que para tal se encontre autorizado, produzir, fabricar, extrair, preparar, oferecer,

puser à venda, vender, distribuir, comprar, ceder ou por qualquer título receber, proporcionar a outrem, transportar, importar, exportar ou fizer transitar ou ilicitamente detiver substâncias e métodos constantes da lista de substâncias e métodos proibidos é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

2 — A tentativa é punível.

Artigo 44.º

Administração de substâncias e métodos proibidos

1 — Quem administrar ao praticante desportivo, com ou sem o seu consentimento, substâncias ou métodos constantes da lista de substâncias e métodos proibidos é punido com prisão de 6 meses a 3 anos, salvo quando exista uma autorização de uso terapêutico.

2 — A pena prevista no número anterior é agravada, nos seus limites mínimo e máximo, para o dobro, se:

- a) A vítima se encontrar em situação de especial vulnerabilidade, em razão da idade, deficiência ou doença;
- b) Tiver sido empregue engano ou intimidação;
- c) O agente se tiver prevalecido de uma relação de dependência hierárquica, económica, de trabalho ou profissional.

3 — A tentativa é punível.

Artigo 45.º

Associação criminosa

1 — Quem promover, fundar, participar ou apoiar grupo, organização ou associação cuja finalidade ou actividade seja dirigida à prática de um ou mais crimes previstos na presente lei é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

2 — Quem chefiar ou dirigir os grupos, organizações ou associações referidos no número anterior é punido com a pena nele prevista agravada de um terço nos seus limites mínimo e máximo.

3 — Para os efeitos do presente artigo, considera-se que existe grupo, organização ou associação quando esteja em causa um conjunto de, pelo menos, três pessoas actuando concertadamente durante um certo período de tempo.

4 — A pena pode ser especialmente atenuada ou não ter lugar a punição, se o agente impedir ou se esforçar seriamente por impedir a continuação dos grupos, organizações ou associações ou comunicar à autoridade a sua existência de modo a esta poder evitar a prática de crimes.

Artigo 46.º

Responsabilidade penal das pessoas colectivas e equiparadas

(...)

Artigo 47.º

Denúncia obrigatória

Os titulares dos órgãos e os funcionários das federações desportivas ou das ligas profissionais, associações e agrupamentos de clubes nelas filiados devem transmitir ao Ministério Público notícia dos crimes previstos na presente lei de que tenham conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

SECÇÃO III

Ilícito de mera ordenação social

Artigo 48.º

Contra-ordenações

- 1 — Constitui contra-ordenação para efeitos do disposto na presente lei:
- a) A obstrução, a dilação injustificada, a ocultação e as demais condutas que, por acção ou omissão, impeçam ou perturbem a recolha de amostras no âmbito do controlo de dopagem, desde que o infractor não seja o praticante desportivo;
 - b) A alteração, falsificação ou manipulação de qualquer elemento integrante do procedimento de controlo de dopagem;
 - c) A posse de substâncias ou de métodos proibidos, quer por parte do praticante desportivo quer por parte de qualquer membro do seu pessoal de apoio, salvo quando possua autorização de uso terapêutico para os mesmos.

(...)

Artigo 49.º

Coimas

(...)

Artigo 50.º

Determinação da medida da coima

(...)

Artigo 51.º

Instrução do processo e aplicação da coima

(...)

Artigo 52.º

Produto das coimas

(...)

Artigo 53.º

Direito subsidiário

(...)

SECÇÃO IV

Ilícito disciplinar

Artigo 54.º

Ilícitos disciplinares

1 — Constitui ilícito disciplinar a violação do disposto nas alíneas a) a i) do n.º 2 do artigo 3.º, bem como a violação do n.º 3 da mesma disposição legal.

2 — O disposto no artigo 44.º constitui igualmente ilícito disciplinar quando o infractor for um praticante desportivo, um elemento do seu pessoal de apoio ou se encontre inscrito numa federação desportiva.

3 — A tentativa e a negligência são puníveis.

Artigo 55.º

Denúncia

Caso, no âmbito dos processos de inquérito ou disciplinares previstos na presente lei, sejam apurados factos susceptíveis de indiciarem a prática de um crime, devem os mesmos ser comunicados pela ADoP, pela respectiva federação desportiva ou liga profissional ao Ministério Público.

Artigo 56.º

Procedimento disciplinar

A existência de indícios de uma infracção às normas antidopagem determina automaticamente a abertura de um procedimento disciplinar pelo órgão disciplinar federativo, adequado a determinar a eventual existência de envolvimento e o grau de comparticipação por parte do pessoal de apoio ao praticante desportivo, devendo, nomeadamente, averiguar quanto ao modo de obtenção pelo praticante desportivo da substância ou método proibido.

Artigo 57.º

Aplicação de sanções disciplinares

1 — A aplicação das sanções disciplinares previstas na presente lei compete à ADoP e encontra-se delegada nas federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, a quem cabe igualmente a instrução dos processos disciplinares.

2 — As federações desportivas devem dispor de uma instância de recurso, para a qual o agente desportivo sancionado possa recorrer, sem efeito suspensivo, a qual deve ser uma entidade diversa e independente da que o sancionou em primeira instância.

3 — Entre a comunicação da infracção a uma norma antidopagem e a aplicação da correspondente sanção disciplinar não pode mediar um prazo superior a 60 dias.

4 — A ADoP pode, a todo o tempo, avocar a aplicação das sanções disciplinares, bem como alterar as decisões de arquivamento, absolvição ou condenação proferidas por órgão jurisdicional de uma federação desportiva, proferindo nova decisão.

5 — Da decisão proferida pela ADoP cabe recurso para o Tribunal Arbitral do Desporto de Lausanne.

Artigo 58.º

Uso de substâncias ou métodos proibidos

1 — O uso de substâncias e métodos proibidos, previstos nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 3.º, com excepção do aplicável às substâncias específicas identificadas no artigo 59.º, é sancionado nos seguintes termos:

- a) Tratando-se de primeira infracção, o praticante é punido com pena de suspensão por um período de 2 a 8 anos;
- b) Tratando-se de segunda infracção, o praticante é punido com pena de suspensão por um período de 15 a 20 anos.

2 — Tratando-se de tentativa, na primeira infracção, os limites mínimo e máximo, são reduzidos a metade.

3 — O disposto nos números anteriores aplica-se à violação do disposto nas alíneas f) e g) do n.º 2 e ao n.º 3 do artigo 3.º

Artigo 59.º**Substâncias específicas**

1 — Tratando-se do uso de substâncias específicas, nos casos em que o praticante desportivo prove como a substância proibida entrou no seu organismo e que o seu uso não visou o aumento do rendimento desportivo ou não teve um efeito mascarante, as sanções previstas no artigo anterior são substituídas pelas seguintes:

- a) Tratando-se de primeira infracção, o praticante é punido com pena de advertência ou com pena de suspensão até 1 ano;
- b) Tratando-se de segunda infracção, o praticante é punido com pena de suspensão por um período de 2 a 4 anos.

2 — Tratando-se de terceira infracção, o praticante é punido com pena de suspensão por um período de 15 a 20 anos.

Artigo 60.º**Suspensão do praticante por outras violações às normas antidopagem**

1 — Ao praticante desportivo que violar a norma antidopagem prevista na alínea i) do n.º 2 do artigo 3.º é aplicada uma suspensão da actividade desportiva de 8 a 15 anos para a primeira infracção.

2 — Ao praticante desportivo que tiver tido uma primeira infracção por violação de uma norma antidopagem em resultado da qual foi punido com uma suspensão da actividade desportiva igual ou superior a 2 anos é aplicada uma suspensão por um período entre 15 e 20 anos no caso de uma segunda infracção a uma norma antidopagem, qualquer que ela seja.

3 — Ao praticante desportivo que tiver tido uma primeira infracção por violação de uma norma antidopagem em resultado da qual foi punido com uma suspensão da actividade desportiva inferior a 2 anos é aplicada uma suspensão da actividade desportiva entre 4 e 8 anos para uma segunda infracção e uma suspensão por um período entre 15 e 20 anos no caso de uma terceira infracção.

Artigo 61.º**Sanções ao pessoal de apoio ao praticante desportivo**

1 — Ao pessoal de apoio do praticante desportivo que violar uma norma antidopagem descrita nas alíneas e), h) e i) do n.º 2 do artigo 3.º é aplicada uma suspensão da actividade desportiva por um período de 2 a 4 anos, para a primeira infracção.

2 — Para o pessoal de apoio do praticante desportivo que for profissional de saúde, a sanção descrita no número anterior é agravada, nos seus limites mínimo e máximo, para o dobro.

3 — Ao pessoal de apoio do praticante desportivo que praticar os ilícitos criminais previstos nos artigos 43.º e 44.º é aplicada uma suspensão da actividade desportiva de 8 a 15 anos, para a primeira infracção.

4 — Ao pessoal de apoio do praticante desportivo que cometa uma segunda infracção a qualquer norma antidopagem é aplicada uma suspensão por um período entre 15 e 20 anos da actividade desportiva.

Artigo 62.º**Direito a audiência prévia**

(...)

Artigo 63.º

Eliminação ou redução do período de suspensão com base em circunstâncias excepcionais

1 — A aplicação de qualquer sanção inferior a uma suspensão da actividade desportiva de 2 anos tem que ser precedida, para efeitos de aprovação da mesma, de parecer prévio emitido pela ADoP.

2 — A ADoP, após consulta ao CNAD, baseia a sua decisão nos factos inerentes a cada caso, nomeadamente o tipo de substância ou método em causa, riscos inerentes à modalidade desportiva em questão, a colaboração na descoberta da forma como foi violada a norma antidopagem e o grau de culpa ou negligência.

Artigo 64.º

Início do período de suspensão

(...)

Artigo 65.º

Estatuto durante o período de suspensão

(...)

Artigo 66.º

Controlo de reabilitação

(...)

Artigo 67.º

Praticantes integrados no sistema do alto rendimento

Tratando-se de praticantes desportivos integrados no sistema de alto rendimento, as penas disciplinares são acompanhadas das seguintes sanções acessórias:

- a) Suspensão da integração no sistema de alto rendimento pelo prazo de 2 anos, ou enquanto durar a sanção aplicada, na primeira infracção;
- b) Cancelamento definitivo do citado sistema, na segunda infracção.

Artigo 68.º

Comunicação das sanções aplicadas e registo

(...)

SECÇÃO V

Sanções desportivas acessórias

Artigo 69.º

Invalidação de resultados individuais

(...)

Artigo 70.º

Efeitos para equipas, clubes ou sociedades anónimas desportivas

(...)

Artigo 71.º

Anulação de resultados em competições realizadas após a recolha das amostras

(...)

CAPÍTULO VI

Disposições finais

Artigo 72.º

Reconhecimento mútuo

Sem prejuízo do direito de recurso, a ADoP reconhece e respeita os controlos, as autorizações de utilização terapêutica e os resultados das audições ou outras decisões finais de qualquer organização antidopagem ou organização responsável por uma competição ou evento desportivo que estejam em conformidade com o Código Mundial Antidopagem e com as suas competências.

Artigo 73.º

Comité Olímpico de Portugal e Comité Paralímpico de Portugal

(...)

Artigo 74.º

Ligas profissionais

(...)

Artigo 75.º

Regulamentação

(...)

Artigo 76.º

Disposição transitória

(...)

Artigo 77.º

Norma revogatória

São revogados o Decreto-Lei n.º 183/97, de 26 de Julho, a Lei n.º 152/99 de 14 de Setembro, o Decreto-Lei n.º 192/2002, de 25 de Setembro, e o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 390/91, de 10 de Outubro.

Artigo 78.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 24 de Abril de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, Jaime Gama.

Promulgada em 4 de Junho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 8 de Junho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

**Portaria n.º 1123/2009
de 1 de Outubro**

A Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, definiu o regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto, remetendo as normas de execução regulamentar para portaria do membro do Governo responsável pela área do desporto.

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro da Presidência, ao abrigo do disposto no artigo 75.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

As acções de controlo de dopagem têm por objecto as modalidades desportivas constituídas no âmbito das federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, bem como todos os praticantes desportivos.

Artigo 2.º

Programa Nacional Antidopagem

1 — As acções de controlo de dopagem a realizar em cada época desportiva são realizadas de acordo com o Programa Nacional Antidopagem anualmente fixado pela Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP).

2 — As federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva devem, até ao início de cada época desportiva, submeter à ADoP as suas necessidades no que concerne à realização das acções de controlo de dopagem, tanto em termos de controlos de dopagem em competição como fora de competição.

Artigo 3.º

Reciprocidade

(...)

Artigo 4.º

Grupo alvo de praticantes desportivos

1 — Até ao início de cada época competitiva a ADoP define os praticantes desportivos a incluir no grupo alvo a submeter a controlos fora de competição, nomeadamente aqueles que:

- a) Integrem o regime de alto rendimento, exceptuando os que já se encontram integrados no grupo alvo da respectiva federação internacional;
- b) Integrem as selecções nacionais;
- c) Participem em competições profissionais;
- d) Indiciem risco de utilização de substâncias ou métodos proibidos através do seu comportamento, da sua morfologia corporal, do seu estado de saúde e dos seus resultados desportivos;
- e) Encontrem-se suspensos por violações de normas antidopagem.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, compete às federações desportivas informar a ADoP do seguinte:

- a) Do nome e contactos actualizados dos praticantes desportivos integrados no grupo alvo de praticantes desportivos a submeter a controlos fora de competição;

- b) Se um praticante desportivo integrado no grupo alvo se retirou da prática desportiva;
 - c) Se um praticante desportivo retirado, mas que esteve incluído no grupo alvo de praticantes, reiniciou a sua actividade desportiva.
- 3 — Os dados referidos no número anterior são facultados no prazo máximo de sete dias, contados da data da solicitação da ADoP ou do conhecimento da federação desportiva sobre os mesmos.
- 4 — Compete à ADoP notificar os praticantes desportivos relativamente aos deveres previstos no artigo 7.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.
- 5 — Compete às federações desportivas colaborar com a ADoP na divulgação de informação relativa aos deveres referidos no número anterior.

Artigo 5.º

Permanência no grupo alvo de praticantes desportivos

Os praticantes desportivos permanecem integrados no grupo alvo até serem notificados em contrário pela ADoP.

Artigo 6.º

Gestão do sistema de localização

A gestão do sistema de informações sobre a localização dos praticantes desportivos é realizada pela ADoP de acordo com o definido nos artigos 37.º a 41.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, e com os princípios definidos nas normas internacionais para controlo e de protecção da privacidade e da informação pessoal da Agência Mundial Antidopagem (AMA).

Artigo 7.º

Dever de informação

- 1 — O praticante desportivo incluído no sistema de localização envia à ADoP, trimestralmente, a informação prevista no n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.
- 2 — Para efeitos do disposto no número anterior, considera-se:
- a) 1.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Janeiro e 31 de Março de cada ano civil;
 - b) 2.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Abril e 30 de Junho de cada ano civil;
 - c) 3.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Julho e 30 de Setembro de cada ano civil;
 - d) 4.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Outubro e 31 de Dezembro de cada ano civil.
- 3 — Para efeitos do disposto no n.º 1, bem como da actualização dessa informação, o praticante desportivo envia a informação trimestral à ADoP, tendo esta de ser recepcionada até às 24 horas do dia anterior ao início de cada um dos trimestres, através dos meios de comunicação estabelecidos pela ADoP, nomeadamente:
- a) Endereço electrónico;
 - b) Fax;
 - c) Correio;
 - d) Plataforma electrónica.

(...)

Artigo 8.º

Informações incorrectas e informações falsas

(...)

Artigo 9.º

Modalidades colectivas

(...)

Artigo 10.º

Verificação das informações

(...)

Artigo 11.º

Recordes nacionais

(...)

Artigo 12.º

Apoio logístico

(...)

Artigo 13.º

Responsáveis pelo controlo de dopagem

1 — Os controlos de dopagem são actos médicos.

2 — As acções de controlo de dopagem são realizadas por médicos, os quais podem ser coadjuvados por paramédicos ou auxiliares de controlo de dopagem designados pela ADoP, nos termos previstos no n.º 5 do artigo 31.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

3 — A selecção dos médicos responsáveis pelo controlo de dopagem é realizada mediante concurso público, através da celebração de contrato de prestação de serviços com o Instituto de Desporto de Portugal, I. P.

4 — Os médicos, paramédicos e auxiliares de controlo de dopagem a que se refere o número anterior são credenciados pela ADoP.

5 — A credenciação dos membros da ADoP, dos médicos, paramédicos e auxiliares de controlo de dopagem é atestada por cartão de identificação, de acordo com o modelo a aprovar por despacho do presidente da ADoP, publicado na 2.ª série do Diário da República.

Artigo 14.º

Solicitação dos controlos de dopagem

1 — Compete às federações desportivas enviar à ADoP, com a antecedência mínima de quatro dias úteis em relação à data de realização de um controlo de dopagem inscrito no programa nacional antidopagem, toda a informação relevante para a realização do mesmo, nomeadamente a data e o local da realização, a hora prevista para o início do controlo de dopagem e o nome e o contacto do representante da entidade organizadora.

(...)

Artigo 15.º**Instalações**

1 — As acções de controlo de dopagem são realizadas em instalações adequadas, de fácil acesso e devidamente assinaladas, que garantam condições mínimas de higiene, segurança, privacidade e conforto dos seus utilizadores.

2 — As instalações referidas no número anterior deve apresentar a seguinte tipologia, salvo nos casos devidamente justificados:

- a) Sala de espera (20 m² a 25 m²) — a capacidade desta sala deve possibilitar a presença em simultâneo de um mínimo de quatro praticantes desportivos e quatro acompanhantes. A sala deverá estar equipada com cadeiras em número suficiente para a sua capacidade mínima e com um frigorífico para preservação de bebidas necessárias à hidratação dos atletas;
- b) Sala de trabalho (20 m² a 25 m²) — a capacidade desta sala deve possibilitar a presença do praticante desportivo, do seu acompanhante, do MRCD e de pessoal que o coadjuve. A sala deverá ser contígua à sala descrita na alínea a) e deverá estar equipada com uma mesa de trabalho, quatro cadeiras, um frigorífico para preservação das amostras após a sua recolha e um armário com chave para colocação da documentação e equipamentos necessários à sessão de recolha de amostras;
- c) Instalações sanitárias (15 m² a 20 m²) — estas instalações devem conter dois sanitários que possibilitem a presença de duas pessoas no seu interior e, idealmente, um chuveiro. Estas instalações devem ser contíguas à sala de trabalho.

3 — As instalações para a realização dos controlos de dopagem podem consistir, nomeadamente em:

- a) Instalações disponibilizadas pelo promotor da competição ou evento desportivo;
- b) Unidades móveis especialmente concebidas para o efeito.

4 — Os clubes, as sociedades anónimas desportivas e os promotores de competições ou eventos desportivos devem adaptar a tipologia descrita no n.º 2 no prazo de um ano a contar da publicação desta portaria.

5 — O médico responsável pelo controlo de dopagem (MRCD), caso não estejam garantidas as condições previstas nos n.os 1 e 2, determina a realização do controlo de dopagem em instalações por si escolhidas, sendo os respectivos custos imputados ao promotor da competição ou do evento desportivo.

Artigo 16.º**Seleção dos praticantes desportivos**

1 — A selecção dos praticantes desportivos a submeter a controlos dopagem em competição é realizada de acordo com a metodologia constante do respectivo regulamento federativo antidopagem.

(...)

Artigo 17.º**Notificação da acção do controlo de dopagem**

(...)

Artigo 18.º**Comparência no controlo de dopagem**

(...)

Artigo 19.º

Ausência no controlo de dopagem por assistência médica

- 1 — Os organizadores da competição ou do evento desportivo onde o controlo de dopagem se realize informam de imediato o MRCD, caso um praticante desportivo seleccionado para o mesmo se tenha ausentado do local onde decorreu a competição ou evento desportivo, a fim de ser submetido a assistência médica.
- 2 — Igual obrigação impende sobre o praticante desportivo e, no seu impedimento, sobre o seu pessoal de apoio.
- 3 — No caso mencionado no n.º 1, o MRCD determina as medidas necessárias para assegurar a realização do controlo.

Artigo 20.º

Submissão ao controlo de dopagem

(...)

Artigo 21.º

Colheita de amostras

(...)

Artigo 22.º

Taxa de alcoolemia

(...)

Artigo 23.º

Formulários

(...)

Artigo 24.º

Responsáveis pelas condições de realização dos controlos de dopagem

- 1 — As federações desportivas, ligas profissionais, clubes, sociedades anónimas desportivas e demais entidades organizadoras de manifestações ou eventos desportivos são responsáveis pela segurança dos MRCD e das pessoas que os coadjuvem, bem como do respectivo equipamento, devendo nomeadamente providenciar para que a sessão de colheita de amostras se realize sem perturbações.
- 2 — Se o MRCD entender que não estão reunidas condições para desempenhar a sua missão, disso dá conta no relatório do controlo de dopagem, recusando-se a realizar o mesmo.
- 3 — Os factos constantes no relatório do controlo de dopagem elaborado pelo MRCD, e por ele presenciados, fazem fé até prova em contrário.

Artigo 25.º

Administração pós-controlo de dopagem

(...)

Artigo 26.º

Transporte

(...)

Artigo 27.º

Realização dos exames laboratoriais

(...)

Artigo 28.º

Instrução inicial

(...)

Artigo 29.º

Notificações relativas a resultados analíticos positivos

(...)

Artigo 30.º

Realização da segunda análise

(...)

Artigo 31.º

Exames complementares

1 — Compete à ADoP notificar a federação desportiva sobre a decisão tomada relativamente aos exames complementares efectuados no seguimento de um resultado analítico atípico ou de qualquer outro resultado que tenha originado a realização dos mesmos, de acordo com o previsto no artigo 35.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, determinando se os seus resultados consubstanciam uma violação de norma antidopagem.

2 — Tendo sido determinado pela ADoP a violação de uma norma antidopagem, aplicar-se-á o disposto nos n.ºs 7 e 9 do artigo anterior.

Artigo 32.º

Controlo não realizado

(...)

Artigo 33.º

Parecer

(...)

Artigo 34.º

Suspensão dos praticantes desportivos

(...)

Artigo 35.º

Autorização de utilização terapêutica

1 — A ADoP, através da Comissão de Autorização de Utilização Terapêutica (CAUT) procede à recepção, análise e aprovação das solicitações de autorização de utilização terapêutica de substâncias ou métodos proibidos, de acordo com os critérios e regras definidas na norma internacional de autorizações de utilização terapêutica da AMA.

2 — Compete à ADoP aprovar os procedimentos inerentes ao sistema de autorização de utilização terapêutica de substâncias e métodos proibidos, mediante despacho do seu presidente, publicado na 2.ª série do Diário da República.

3 — Compete à ADoP, através do ESPAD e em cooperação com as federações desportivas, divulgar e dar publicidade às determinações referidas no número anterior junto dos praticantes desportivos e do seu pessoal de apoio.

4 — A ADoP garante a total confidencialidade de todas as informações médicas relativas às autorizações de utilização terapêutica.

Artigo 36.º

Campanhas de informação e de educação

1 — Compete à ADoP, através do ESPAD e em cooperação com as federações desportivas e outras entidades públicas ou privadas, implementar campanhas de informação e de educação, com a finalidade de sensibilizar os praticantes desportivos, o respectivo pessoal de apoio e os jovens em particular relativamente à luta contra a dopagem.

2 — As campanhas referidas no número anterior fornecem informação actualizada e correcta sobre as matérias previstas no artigo 29.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

Artigo 37.º

Tabela de preços

(...)

Artigo 38.º

Regulamentos federativos antidopagem

(...)

Artigo 39.º

Recomendações e esclarecimentos

(...)

Artigo 40.º

Notificações

(...)

Artigo 41.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Pelo Ministro da Presidência, *Laurentino José Monteiro Castro Dias*, Secretário de Estado da Juventude e do Desporto, em 9 de Setembro de 2009.

Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem versão 2011

CÓDIGO MUNDIAL ANTIDOPAGEM

1 de Janeiro de 2011 (Data de entrada em vigor)

Ratificada pela Conferência de Partes da Convenção Internacional contra a Dopagem no Desporto da UNESCO em 17/11/2010 e pelo Grupo de Monitorização da Convenção Contra a Dopagem do Conselho da Europa em 09/11/2010.

O texto oficial da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos é mantido pela AMA e é publicado em Inglês e Francês. Em caso de conflito entre a versão Portuguesa e as versões originais, a versão em Inglês prevalece.

Todas as Substâncias Proibidas são consideradas “Substâncias Específicas” excepto as substâncias previstas nas classes **S1**, **S2.1**, a **S2.5**, **S4.4** e **S6.a** e os Métodos Proibidos **M1**, **M2** e **M3**.

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO E FORA DE COMPETIÇÃO

SO. SUBSTÂNCIAS NÃO APROVADAS OFICIALMENTE

Qualquer substância farmacológica que não seja referida em qualquer das subsequentes secções da presente Lista e que não tenha sido objecto de aprovação por qualquer autoridade reguladora governamental de saúde pública para uso terapêutico em humanos (por ex. substâncias sob desenvolvimento pré-clínico ou clínico, ou que foram descontinuadas) é proibida em competição e fora de competição.

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS

S1. AGENTES ANABOLISANTES

Os agentes anabolisantes são proibidos.

1. ESTERÓIDES ANDROGÉNICOS ANABOLISANTES

a. Esteróides androgénicos anabolisantes exógenos* incluindo:

1-androstenediol (5α -androst-1-ene-3 β ,17 β -diol); **1-androstenediona** (5α -androst-1-ene-3,17-diona); **bolandioli** (19-norandrostenediol); **bolasterona**; **boldenona**; **boldiona** (androst-1,4-diene-3,17-diona); **calusterona**; **clostebol**; **danazol** (17 α -etinil-17 β -hidroxiandrost-4-eno[2,3-d]isoxazol); **dehidroclormetiltestosterona** (4-cloro-17 β -hidroxi-17 α -metilandrost-1,4-dien-3-ona); **desoximetiltestosterona** (17 α -metil-5 α -androst-2-ene-17 β -ol); **drostanolona**; **etilestrenol** (19-nor-17 α -pregn-4-en-17-ol); **fluoximesterona**; **formebolona**; **furazabol** (17 β -hidroxi-17 α -metil-5 α -androstano[2,3-c]-furazan); **gestrinona**; **4-hidroxitestosterona** (4,17 β -dihidroxiandrost-4-en-3-ona);

mestanolona; mesterolona; metandienona (17 β -hidroxi-17 α -metilandrosta-1,4-diene-3-ona); **metandriol; metasterona** (2 α ,17 α -dimetil-5 α -androsta-3-ona-17 β -ol); **metenolona; metildienolona** (17 β -hidroxi-17 α -metilestra-4,9-diene-3-ona); **metil-1-testosterona** (17 β -hidroxi-17 α -metil-5 α -androsta-1-ene-3-ona); **metilnortestosterona** (17 β -hidroxi-17 α -metilestra-4-ene-3-ona); **metiltrienolona** (17 β -hidroxi-17 α -metilestra-4,9,11-trien-3-ona); **metiltestosterona; metribolona** (methyltrienolona, 17 β -hidroxi-17 α -metilestra-4,9,11-trien-3-ona); **mibolona; nandrolona; 19-norandrostenediona** (estr-4-ene-3,17-diona); **norboletona; norclostebol; noretandrolona; oxabolona; oxandrolona; oximesterona; oximetolona; prostanazol** (17 β -hidroxi-5 α -androsta-3,2-c] pirazolo); **quinbolona; stanozolol; stenbolona; 1-testosterona** (17 β -hidroxi-5 α -androsta-1-ene-3-ona); **tetrahydrogestrinona** (17 α -homo-pregna-4,9,11-trien-17 β -ol-3-ona); **trenbolona** e outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similar(es).

b. Esteróides androgénicos anabolisantes endógenos, quando administrados exogenamente:**

Androstenediol (androsta-5-ene-3 β ,17 β -diol); **androstenediona** (androsta-4-ene-3,17-diona); **dihidrotestosterona** (17 β -hidroxi-5 α -androsta-ona); **prasterona** (dehidroepiandrosterona, DHEA); **testosterona** e os seguintes metabolitos e isómeros:

5 α -androsta-3 α ,17 α -diol; 5 α -androsta-3 α ,17 β -diol; 5 α -androsta-3 β ,17 α -diol; 5 α -androsta-3 β ,17 β -diol; androsta-4-ene-3 α ,17 α -diol; androsta-4-ene-3 α ,17 β -diol; androsta-4-ene-3 β ,17 α -diol; androsta-5-ene-3 α ,17 α -diol; androsta-5-ene-3 α ,17 β -diol; androsta-5-ene-3 β ,17 α -diol; 4-androstenediol (androsta-4-ene-3 β ,17 β -diol); **5-androstenediona** (androsta-5-ene-3,17-diona); **epi-dihidrotestosterona; epitestosterona; 3 α -hidroxi-5 α -androsta-17-ona; 3 β -hidroxi-5 α -androsta-17-ona; 19-norandrosterona; 19-noreticocolanona.**

2. OUTROS AGENTES ANABOLISANTES, INCLUINDO MAS NÃO LIMITADOS A:

Clembuterol, modeladores selectivos dos receptores dos androgénios (SARMs), tibolona, zeranol, zilpaterol.

Para efeitos desta secção:

* “Exógeno” refere-se a uma substância que não pode ser produzida naturalmente pelo organismo.

** “Endógeno” refere-se a uma substância que pode ser produzida naturalmente pelo organismo.

S2. HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

As seguintes substâncias e seus factores de libertação, são proibidas:

1. **Agentes Estimulantes da Eritropoiese.** [por ex. **Eritropoietina (EPO), darbopoietina (dEPO), estabilizadores dos factores indutores de hipóxia (HIF), metoxi polietileno glicol-epoiteina beta (CERA), peginesatida (Hematida)**];
2. **Gonadotrofina Coriónica (CG) e Hormona Luteinizante (LH)**, proibidas apenas nos praticantes desportivos do sexo masculino;
3. **Insulinas;**
4. **Corticotrofinas;**
5. **Hormona de crescimento (hGH), Factores de crescimento fibroblásticos (FGFs), Factores de crescimento hepatocitários (HGF), Factores de crescimento insulina-like (IGF-1), Factores de crescimento mecânicos**

(MGFs), Factores de crescimento plaquetários (PDGF) e Factores de crescimento vasculo-endoteliais (VEGF), assim como outros factores de crescimento que afectem a síntese/degradação proteica, a vascularização, a utilização energética, a capacidade regenerativa ou a mudança de tipo de fibra a nível do músculo, do tendão ou dos ligamentos;

incluindo outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similar(es).

S3. BETA-2 AGONISTAS

Todos os Beta-2 agonistas (incluindo ambos os isómeros ópticos quando relevante) são proibidos à excepção do salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas) e do salmeterol, quando administrado por via inalatória de acordo com o regime terapêutico recomendado pelo fabricante.

A presença de salbutamol na urina numa concentração superior a 1000 ng/mL faz presumir que não se trata de um uso terapêutico da substância e será considerada como um resultado analítico positivo a não ser que o praticante desportivo prove, através de um estudo farmacocinético controlado, que o resultado anormal foi a consequência de uma utilização terapêutica de Salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas) administrado por via inalatória.

S4. ANTAGONISTAS HORMONAIIS E MODULADORES

As seguintes classes são proibidas:

- 1. Inibidores da aromatase** incluindo, mas não limitados a: **aminoglutetimida, anastrozole, androsta-1,4,6-triene,-3,17-diona (androstatrienediona), 4-androstene-3,6,17 triona (6-oxo), exemestano, formestano, letrozole, testolactona;**
- 2. Modeladores selectivos dos receptores dos estrogénios (SERMs)** incluindo, mas não limitados a: **raloxifeno, tamoxifeno, toremifeno;**
- 3. Outras substâncias anti-estrogénicas** incluindo, mas não limitadas a: **ciclofenil, clomifeno, fulvestrante;**
- 4. Agentes modificadores da(s) função(ões) da miostatina,** incluindo, mas não limitadas a: **inibidores da miostatina.**

S5. DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES

Os agentes mascarantes são proibidos. Incluem:

Desmopressina, diuréticos, expansores de plasma (por ex. **glicerol**; administração intravenosa de **albumina dextran, hidroxietilamido e manitol**) **probenecide** e outras substâncias com efeito(s) biológico(s) similares.

Os diuréticos incluem:

Acetazolamida, ácido etacrínico, amiloride, bumetanida, canrenona, clortalidona, espironolactona, furosemida, indapamida, metolazona, tiazidas (por ex. bendroflumetiazida, clorotiazida, hidroclorotiazida), triamtereno, e outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similares (excepto a drosperinona, o pamabrom e a aplicação tópica de dorzolamina e de brinzolamida, que não são proibidas).

O uso *Em Competição e Fora de Competição*, conforme aplicável, de qualquer quantidade de uma substância sujeita a um valor limite de detecção (por ex. salbutamol, morfina, catina, efedrina, metilefedrina e pseudoefedrina) associado com um diurético ou outro agente mascarante, requer a obtenção de uma Autorização de Utilização Terapêutica especificamente para essa substância, para além da obtida para o diurético ou outro agente mascarante.

MÉTODOS PROIBIDOS

M1. INCREMENTO DO TRANSPORTE DE OXIGÉNIO

São proibidos os seguintes:

1. Dopagem sanguínea, incluindo a administração autóloga, homóloga ou heteróloga de sangue ou de produtos eritrocitários de qualquer origem.
2. Incremento artificial da captação, transporte ou libertação de oxigénio, incluindo mas não limitado a perfluoroquímicos, efaproxiral (RSR13) e produtos modificados da hemoglobina (por ex. substitutos de sangue baseados na hemoglobina, produtos de hemoglobina micro encapsulada), excluindo a administração de oxigénio por via inalatória.

M2. MANIPULAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA

São proibidos os seguintes:

1. A adulteração, ou tentativa de adulteração, de forma a alterar a integridade e validade das amostras recolhidas nos controlos de dopagem é proibida, incluindo mas não limitado a cateterização e a substituição ou alteração da urina (ex: proteases);
2. As infusões intravenosas são proibidas com excepção das realizadas legitimamente no âmbito de uma admissão hospitalar ou de uma investigação clínica;
3. Os métodos que consistem em sequencialmente colher, manipular e reintroduzir sangue total no sistema circulatório são proibidos.

M3. DOPAGEM GENÉTICA

Os seguintes métodos, com potencial para melhorar o rendimento desportivo, são proibidos:

1. A transferência de ácidos nucleicos ou de sequências de ácidos nucleicos;
2. O uso de células normais ou geneticamente modificadas;
3. O uso de agentes que, directa ou indirectamente, alteram funções que influenciam o rendimento desportivo através de alterações na expressão genética. Por exemplo, são proibidos os agonistas do receptor activado δ por proliferadores peroxisomais (PPAR δ) (por ex: GW 1516) e os agonistas do eixo da proteína quinase dependente do AMP (AMPK), (por ex: AICAR).

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO

As seguintes categorias são proibidas **Em Competição**, para além das incluídas nas categorias S0 a S5 e M1 a M3, descritas anteriormente:

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS

S6. ESTIMULANTES

Todos os estimulantes (incluindo ambos os isómeros ópticos quando relevante) são proibidos, excepto os derivados do imidazole utilizados por via tópica e todos os estimulantes incluídos no Programa de Monitorização para 2011*:

Os estimulantes incluem:

a: Estimulantes não específicos:

Adrafinil; anfepramona; amifenazol; anfetamina; anfetaminil; benfluorex; benzanfetamina; benzilpiperazina; bromantan; clobenzorex; cocaína; cropropamida; crotetamida; dimetilanfetamina; etilanfetamina; famprofazona; fencamina; fendimetrazina; fenetilina; fenfluramina; 4-fenilpiracetam (carfedon); fenmetrazina; fenproporex; fentermina; furfenorex; mefenorex; mefentermina; mesocarbo; metanfetamina (D-); metilenedioxianfetamina; metilenedioximetanfetamina; p-metilanfetamina; prenilamina; modafinil; norfenfluramina; prolintano.

Um estimulante que não esteja descrito nesta secção é uma Substância Específica.

b: Estimulantes específicos (exemplos):

Adrenalina; catina***; efedrina****; etamivan; etilefrina; estricnina; fembutrazato; fencafamina; fenprometamina; heptaminol; isometeptano; levmetanfetamina; meclofenoxato; metilefedrina****; metilhexaneamina (dimetilpentilamina); metilfenidato; niketamida; norfenefrina; octopamina; oxilofrina; parahidroxianfetamina; pemolina; pentetrazol; propilhexedrina; pseudoefedrina*****; selegilina; sibutramina; tuaminoheptano e outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similar(es).**

* As seguintes substâncias incluídas no Programa de Monitorização para 2011 (bupropion, cafeína, fenilefrina, fenilpropanolamina, pipradol e sinefrina) não são consideradas Substâncias Proibidas.

** A **adrenalina** associada com anestésicos locais ou por administração local (por ex. nasal, oftalmológica) não é proibida.

*** A **catina** é proibida quando a concentração na urina seja superior a 5 microgramas por mililitro.

**** Tanto a **efedrina** como a **metilefedrina** são proibidas quando a concentração na urina seja superior a 10 microgramas por mililitro.

***** A **pseudoefedrina** é proibida quando a concentração na urina seja superior a 150 microgramas por mililitro.

S7. NARCÓTICOS

Os seguintes narcóticos são proibidos:

Buprenorfina; dextromoramida; diamorfina (heroína); fentanil e os seus derivados; hidromorfona; metadona; morfina; oxiconona; oximorfona; pentazocina; petidina.

S8. CANABINÓIDES

Os canabinóides naturais (por ex. cannabis, haxixe, marijuana), o delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) sintético e os canabimiméticos [por ex. “Spice” (contendo JWH018, JWH073), HU-210] são proibidos.

S9. GLUCOCORTICOSTERÓIDES

Todos os glucocorticosteróides são proibidos quando administrados por via oral, rectal ou por injeção intravenosa ou intramuscular.

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS EM ALGUNS DESPORTOS EM PARTICULAR

P.1 ÁLCOOL

O álcool (Etanol) é proibido somente *Em Competição*, nos desportos a seguir indicados. A detecção será realizada pelo método de análise expiratória e/ou pelo sangue. O limite de detecção (valores hematológicos) para considerar um caso como positivo é 0,10 g/L.

- » Aeronáutica (FAI)
- » Automobilismo (FIA)
- » *Bowling* (FIQ) (*bowling* de 9 pinos e *bowling* de 10 pinos)
- » Karaté (WKF)
- » Motociclismo (FIM)
- » Motonáutica (UIM)
- » Tiro com Arco (FITA)

P.2 BETA-BLOQUEANTES

Os beta-bloqueantes são proibidos somente em competição nos seguintes desportos, excepto se especificado de outra forma:

- » Aeronáutica (FAI)
- » Automobilismo (FIA)
- » Bilhar e *Snooker* (WCBS)
- » *Bobsleigh* e *Skeleton* (FIBT)
- » *Boules* (CMSB)
- » *Bowling* (FIQ) (*bowling* de 9 pinos e *bowling* de 10 pinos)
- » Bridge (FMB)
- » *Curling* (WCF)
- » Esqui/*Snowboard* (FIS) saltos e estilo livre
- » Golfe (IGF)
- » Lutas Amadoras (FILA)
- » Motociclismo (FIM)
- » Motonáutica (UIM)
- » Pentatlo Moderno (UIPM) para a Disciplina de Tiro
- » Setas (WDF)
- » Tiro (ISSF, IPC) (proibido igualmente fora de competição)
- » Tiro com Arco (FITA) (proibido igualmente fora de competição)
- » Vela (ISAF) só nos timoneiros, na categoria de *match racing* Beta-bloqueantes incluindo, mas não limitados aos seguintes:

Acebutolol; alprenolol; atenolol; betaxolol; bisoprolol; bunolol; carvediolol; carteolol; celiprolol; esmolol; labetalol; levobunolol; metipranolol; metoprolol; nadolol; oxprenolol; pindolol; propranolol; sotalol; timolol.

PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO 2011*

AS SEGUINTE SUBSTÂNCIAS ESTÃO INCLUÍDAS NO PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO 2011:

- 1. Estimulantes: Em Competição apenas:** Bupropion, cafeína, fenilefrina, fenilpropanolamina, pipradrol, pseudoefedrina (< 150 microgramas por mililitro), sinefrina.
- 2. Narcóticos: Em Competição apenas:** Razão Morfina/codeína.

* O Código Mundial Antidopagem (Artigo 4.5) dispõe: “A AMA, após consultar os Signatários e os governos, estabelecerá um programa de monitorização relativamente às substâncias que não constam da Lista de Substâncias Proibidas, mas que a AMA pretende monitorizar de forma a detectar padrões de uso ilegítimo no desporto.”

LISTA DE SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS 2011

Sumário das principais alterações

PARÁGRAFO INTRODUTÓRIO (Secção S0)

- » Foi acrescentada uma frase introdutória enfatizando o regime das substâncias sem aprovação oficial e que não estão cobertas por outras secções da Lista.

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO E FORA DE COMPETIÇÃO

S2. HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

- » Para reflectir o número crescente de substâncias desenvolvidas para estimular a eritropoiese, os factores estabilizadores indutores da hipóxia (HIF) foram acrescentados como exemplo.
- » O INN (*International Nonproprietary Name*) da Hematida foi acrescentado (peginesatida).
- » O uso intramuscular de preparações derivadas das plaquetas (PRP) foi removido da Lista.

S3. BETA2-AGONISTAS:

- » Todas as referências às Declarações de Uso foram eliminadas.

S5. DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES

- » Foi acrescentado a desmopressina como exemplo de agente mascarante.
- » O último parágrafo da secção S5 foi revisto para melhor clarificar as consequências da detecção de uma substância exógena sujeita a um valor limite de detecção, numa concentração abaixo desse limite, na presença de um diurético ou de outro agente mascarante.

MÉTODOS PROIBIDOS

M2. MANIPULAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA

- » Os métodos que consistem em sequencialmente colher, manipular e reintroduzir sangue total no sistema circulatório foram acrescentados a esta categoria.

M3. DOPAGEM GENÉTICA

- » Para efeitos de clarificação, a definição de dopagem genética foi reformulada e dividida em três pontos.

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO

S6. ESTIMULANTES

- » A denominação da levmetanfetamina foi corrigida de acordo com o seu INN (*International Nonproprietary Name*).
- » A metilhexaneamina foi transferida para a lista de estimulantes específicos.

S8. CANABINÓIDES

- » A definição foi reformulada para clarificar que todos os canabimiméticos estão incluídos nesta secção.

S9. GLUCOCORTICOSTERÓIDES

- » Estão agora listadas nesta secção apenas as vias de administração proibidas.

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS EM ALGUNS DESPORTOS EM PARTICULAR

P1. ÁLCOOL

- » Por solicitação da *Union Internationale de Pentathlon Moderne* (UIPM) e atendendo às alterações introduzidas no formato da competição, o álcool deixou de ser proibido no Pentatlo Moderno para as disciplinas que envolvam tiro.

P2. BETA-BLOQUEANTES

- » Clarifica-se que, para além do *Bobsleigh*, os Beta-Bloqueantes são também proibidos no *Skeleton*, sendo ambas as modalidades regidas pela *Fédération Internationale de Bobsleigh et de Tobogganing* (FIBT).
- » Por solicitação da *Fédération Internationale de Gymnastique* (FIG), a ginástica foi removida desta secção.
- » Por solicitação da *World Darts Federation* (WDF), as setas foram acrescentadas a esta categoria.

LEGENDA DOS SÍMBOLOS



Substância incluída no Programa de Monitorização 2011



Substância proibida no desporto



Substância proibida em alguns desportos em particular



Substância proibida no desporto consoante a via de administração



Estupefaciente ou psicotrópico: substância proibida no desporto; prescrição obrigatória em Receita Médica Especial



Substância proibida no desporto apenas em atletas do sexo masculino



Substâncias Proibidas e Grupos Farmacológicos

AGENTES ANABOLIZANTES

Esteróides androgênicos anabolizantes endógenos*, quando administrados exogenamente:

* “Endógeno” refere-se a uma substância que pode ser produzida naturalmente pelo organismo.



DEHIDROEPIANDROSTERONA

PRASTERONA

TESTOSTERONA

Esteróides androgênicos anabolizantes exógenos**:

**“Exógeno” refere-se a uma substância que não pode ser produzida naturalmente pelo organismo.



1-ANDROSTENEDIOL

1-ANDROSTENEDIONA

4-ANDROSTENO-3,17-DIONA

5-ANDROSTENO-3 BETA,17 BETA-DIOL

19-NORANDROSTENEDIONA

BOLANDIOL

BOLASTERONA

BOLDENONA

BOLDIONA

CALUSTERONA

CLOSTEBOL

DANAZOL

DROSTANOLONA

ESTANAZOLOL

ESTENBOLONA

ETILESTRENOL

FLUOXIMESTERONA

FORMEBOLONA

FURAZABOL

GESTRINONA

MESTEROLONA

METANDIENONA

METANDRIOL

METASTERONA

METENOLONA

METILDIENOLONA

METILTRIENOLONA

METRIBOLONA

MIBOLERONA

NANDROLONA

NORBOLETONA

NORCLOSTEBOL

NORETANDROLONA

OXABOLONA

OXANDROLONA

OXIMESTERONA

OXIMETOLONA

PROSTANOZOL

QUINBOLONA

TRENBOLONA

Outros agentes anabolizantes:



CLENBUTEROL

TIBOLONA

ZERANOL

ZILPATEROL

ÁLCOOL



ÁLCOOL
ÁLCOOL ETÍLICO
ETANOL

ANTAGONISTAS HORMONAIS E MODULADORES



AMINOGLUTETIMIDA
ANASTROZOL
CICLOFENIL
CLOMIFENO
EXEMESTANO
FORMESTANO
FULVESTRANT
LETOZOL
RALOXIFENO
TAMOXIFENO
TESTOLACTONA
TOREMIFENO

BETA-2-AGONISTAS



FENOTEROL
FORMOTEROL
INDACATEROL
ISOPRENALINA
ISOPROTERENOL
ISOXSUPRINA
ORCIPRENALINA
PROCATEROL
RITODRINA
TERBUTALINA
TULOBUTEROL



SALBUTAMOL
SALMETEROL

BETA-BLOQUEANTES



ACEBUTOLOL
ALPRENOLOL
ATENOLOL
BETAXOLOL
BISOPROLOL
BUNOLOL
CARTEOLOL
CARVEDILOL
CELIPROLOL
ESMOLOL
LABETALOL
LEVOBUNOLOL
METIPRANOLOL
METOPROLOL
NADOLOL
NEBIVOLOL
OXPRENOLOL
PENBUTOLOL
PINDOLOL
PROPRANOLOL
SOTALOL
TERTATOLOL
TIMOLOL

CANABINÓIDES



CANABINÓIDES

DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES



ACETAZOLAMIDA
ÁCIDO ETACRÍNICO
ALTIZIDA
AMILORIDA

BENDROFLUMETIAZIDA
 BUMETANIDA
 CANRENONA
 CLOPAMIDA
 CLOROTALIDONA
 CLOROTIAZIDA
 EPLERENONA
 ESPIRONOLACTONA
 FUROSEMIDA
 GLICEROL
 HIDROCLOROTIAZIDA
 INDAPAMIDA
 METOLAZONA
 POLIGELINA
 PROBENECIDA
 TORASEMIDA
 TRIAMTERENO
 XIPAMIDA



ALBUMINA HUMANA
 BRINZOLAMIDA
 DEXTRANO
 DEXTRANO 40
 DEXTRANO 70
 DORZOLAMIDA
 GELATINA
 HIDROXIETILAMIDO
 MANITOL
 SOLUÇÃO DE ALBUMINA HUMANA

ESTIMULANTES

Estimulantes específicos (exemplos):



ANFEPROMONA
 DOBUTAMINA
 DOPAMINA

EFEDRINA
 ESTRICNINA
 ETAMIVAN
 ETILEFRINA
 FEMBUTRAZATO
 FENCAFAMINA
 FENPROMETAMINA
 HEPTAMINOL
 ISOMETEPTANO
 MECLOFENOXATO
 METILEFEDRINA
 NIQUETAMIDA
 NORADRENALINA
 NOREPINEFRINA
 NORFENEFRINA
 OCTOPAMINA
 ORTETAMINA
 OXILOFRINA
 PEMOLINA
 PENTETRAZOL
 PROPILHEXEDRINA
 PSEUDOEFEDRINA*
 SELEGILINA
 SIBUTRAMINA
 TUAMINO-HEPTANO

* > 150 µg/ml na urina.



ADRENALINA (EPINEFRINA)



CATINA

METILFENIDATO

Estimulantes não específicos:



4-FENILPIRACETAM
 ADRAFINIL

AMIFENAZOL

ANFETAMINIL

BENFLUOREX

BENZANFETAMINA

BENZILPIPERAZINA

BROMANTAN

CARFEDON

CLOBENZOREX

CROPROPAMIDA

CROTETAMIDA

DEXFENFLURAMINA

DIMETILANFETAMINA

ETILANFETAMINA

FAMPROFAZONA

FENCAMINA

FENFLURAMINA

FENPROPOREX

FURFENOREX

MEFENOREX

MESOCARBO

METILHEXANEAMINA

MODAFINIL

NORFENFLURAMINA

PRENILAMINA

PROLINTANO



ANFETAMINA

COCAÍNA

FENDIMETRAZINA

FENETILINA

FENMETRAZINA

FENTERMINA

METANFETAMINA

METILANFETAMINA

METILENEDIOXIANFETAMINA

METILENEDIOXIMETANFETAMINA

ESTIMULANTES (PM)

PM
2011

BUPROPIOM (ANFEBUTAMONA)

CAFEÍNA

FENILEFRINA

FENILPROPANOLAMINA

PIPRADOL

PSEUDOEFEDRINA**

SINEFRINA

** < 150 µg/ml na urina.

GLUCOCORTICOSTERÓIDES



ALCLOMETASONA

BECLOMETASONA

BETAMETASONA

BUDESONIDA

GLOBETASOL

GLOBETASONA

CORTISONA

DEFLAZACORTE

DESONIDO

DEXAMETASONA

DIFLUOCORTOLONA

FLUDROCORTISONA, ACETATO DE

FLUMETASONA

FLUNISOLIDA

FLUOCINOLONA

FLUOCINOLONA, ACETONIDO DE

FLUOCINONIDA

FLUOCORTOLONA

FLUOROMETOLONA

FLUPREDNIDENO

FLUTICASONA

HALOMETASONA

HIDROCORTISONA

MEDRISONA

METILPREDNISOLONA

METILPREDNISOLONA, ACEPONATO DE

MOMETASONA

PREDNISOLONA

PREDNISONA

RIMEXOLONA

TIXOCORTOL

TRIAMCINOLONA

HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS



CORTICORRELINA

DARBEPOETINA ALFA

EPOETINA

EPOETINA ALFA

EPOETINA BETA

EPOETINA ZETA

FILGRASTIM

INSULINA

LENOGRASTIM

SERMORRELINA

SOMATOTROFINA

SOMATROPINA

TETRACOSACTIDO



BUSERRELINA

GONADORRELINA

GONADOTROPINA CORIÓNICA

GOSERRELINA

HORMONA LUTEINIZANTE

LEUPRORRELINA

LUTROPINA ALFA

MENOTROPINA

TRIPTORRELINA

NARCÓTICOS



ALFENTANILO

BUPRENORFINA

DEXTROMORAMIDA

FENTANILO

HEROÍNA

HIDROMORFONA

METADONA

MORFINA

OXICODONA

OXIMORFONA

PENTAZOCINA

PETIDINA

REMIFENTANILO

SUFENTANILO

Especialidades Farmacêuticas Proibidas

por Substância Activa

ACEBUTOLOL



PRENT (via oral)
Comp. 200 mg

ACETAZOLAMIDA



CARBINIB (via oral)
Comp. 250 mg
CARBINIB R (via oral)
Cáps. 500 mg

ADRENALINA*



ANAPEN (via intramuscular)
Sol. inj. 0,15 mg/0,3 ml
Sol. inj. 0,3 mg/0,3 ml
ARTINOSTRUM 1:100000 (via intramuscular,
via subcutânea)
Sol. inj. 72 mg/1,8 ml + 0,033 mg/1,8 ml
ARTINOSTRUM 1:200000 (via intramuscular,
via subcutânea)
Sol. inj. 72 mg/1,8 ml + 0,017 mg/1,8 ml
XILONIBSA (via perineural)
Sol. inj. 36 mg/1,8 ml + 0,04 mg/1,8 ml
Sol. inj. 54 mg/1,8 ml + 0,036 mg/1,8 ml
*A adrenalina é proibida. Quando associada com
anestésicos com anestésicos locais ou por administração
local (por exemplo nasal, oftalmológica) não é proibida.

ALBUMINA HUMANA



ALBUMINA HUMANA 20% BEHRING (via
intravenosa)
Sol. p/perf. 200 g/l
ALBUMINA HUMANA BAXTER (via intravenosa)
Sol. p/perf. 200 g/l

ALBUMINA HUMANA GRIFOLS 5% e 20%
(via intravenosa)

Sol. p/perf. 50 g/l
Sol. inj. 200 g/l

ALBUMINA HUMANA OCTAPHARMA 20% (via
intravenosa)

Sol. p/perf. 200 g/l

ALBUREX 5 (via intravenosa)

Sol. p/perf. 50 g/l

ALBUREX 20 (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 g/l

ALFENTANILO



RAPIFEN (via intravenosa)

Sol. inj. 1 mg/2 ml
Sol. inj. 5 mg/10 ml

ALTIZIDA



ALDACTAZINE (via oral)

Comp. 15 mg + 25 mg

AMILORIDA



**AMILORIDE + HIDROCLOROTIAZIDA
RATIOPHARM 5 + 50 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 5 mg + 50 mg

MODURETIC (via oral)

Comp. 50 mg + 5 mg

ANASTROZOL



**ANASTROZOL FARMOZ 1 mg Comp. Revest.
p/Película MG** (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

**ANASTROZOL GENERIS 1 mg Comp. Revest.
p/Película MG** (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL MYLAN 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL PHARMAKERN 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL STADA 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL TEVA 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

ARIMIDEX (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

ATENOLOL



ATENOLOL ALTER 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 50 mg

Comp. 100 mg

ATENOLOL AZEVEDOS 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg

Comp. revest. p/película 100 mg

ATENOLOL BLUEPHARMA 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 50 mg

Comp. 100 mg

ATENOLOL CINFA 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 50 mg

Comp. 100 mg

ATENOLOL GENERIS 50 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg

Comp. revest. 100 mg

ATENOLOL MYLAN 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 50 mg

Comp. 100 mg

ATENOLOL RATIOPHARM 50 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg

Comp. revest. 100 mg

ATENOLOL SANDOZ 50 e 100 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg

Comp. revest. p/película 100 mg

TENORETIC e TENORETIC MITE (via oral)
Comp. revest. 100 mg + 25 mg

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg (mite)

TENORMIN e TENORMIN MITE (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg

Comp. revest. p/película 100 mg

BETAMETASONA



CELESDEPOT (via intramuscular)

Susp. inj. 6 mg/2 ml + 6 mg/2 ml

CELESTONE (via oral)

Sol. oral 0,5 mg/ml

DIPROFOS DEPOT (via intramuscular)

Susp. inj. 14 mg/2 ml

BETAXOLOL



BERTOCIL (via oftálmica tópica)

Col., sol 5 mg/ml

BETOPTIC (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml

BISOPROLOL



BISOPROLOL CICLUM 5 e 10 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. p/película 5 mg

Comp. revest. p/película 10 mg

BISOPROLOL GENERIS 5 e 10 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

BISOPROLOL JABA 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

BISOPROLOL LABESFAL 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

BISOPROLOL LABESFAL 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

BISOPROLOL RANBAXY 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

BISOPROLOL SANDOZ 5 e 10 mg

Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. p/película 5 mg

Comp. revest. p/película 10 mg

CONCOR (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

CONCOR IC (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

CONCOR 10 Plus (via oral)

Comp. revest. 10 mg + 25 mg

BUDESONIDA**BUDO SAN** (via oral)

Cáps. libert. modif. 3 mg

ENTOCORT (via oral)

Cáps. libert. modif. 3 mg

ENTOCORT Enema (via rectal)

Comp. p/susp. rectal 2 mg

BUPRENORFINA**BUPRENORFINA AZEVEDOS 2 e 8 mg Comp.****Sublingual MG** (via sublingual)

Comp. sublingual 2 mg

Comp. sublingual 8 mg

BUPRENORFINA GOLDFARMA 2 e 8 mg**Comp. Sublingual MG** (via sublingual)

Comp. Sublingual 2 mg

Comp. Sublingual 8 mg

SUBOXONE (via sublingual)

Comp. sublingual 2 mg + 0,5 mg

Comp. sublingual 8 mg + 2 mg

SUBUTEX (via sublingual)

Comp. Sublingual 0,4 mg

Comp. Sublingual 2 mg

Comp. Sublingual 8 mg

TRANSTEC (via transdérmica)

Sist. transdérmico 35 µg/h

Sist. transdérmico 52,5 µg/h

Sist. transdérmico 70 µg/h

TRIQUISIC (via transdérmica)

Sistema transdérmico 35 µg/h

Sistema transdérmico 52,5 µg/h

Sistema transdérmico 70 µg/h

[Legenda dos símbolos, pág. 63](#)**BUSERRELINA****SUPREFACT** (via subcutânea)

Sol. inj. 5,5 mg/5,5 ml

SUPREFACT DEPOT 3 Meses (via subcutânea)

Implante 9,9 mg

CARTEOLOL**ARTEOPTIC** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 10 mg/ml

Col., sol. 20 mg/ml

CARTEABAK (via oftálmica tópica)

Col., sol. 20 mg/ml

PHYSIOGLAU 1% e 2% (via oftálmica tópica)

Col. libert. prol. 10 mg/ml

Col. libert. prol. 20 mg/ml

CARVEDIOL**CARVEDIOL ACTAVIS 6,25 e 25 mg****Comp. MG** (via oral)

Comp. revest. p/película 6,25 mg

Comp. revest. p/película 25 mg

CARVEDIOL ARROWBLUE 6,25 e 25 mg**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDIOL AZEVEDOS 6,25 e 25 mg**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDIOL CICLUM 6,25 e 25 mg**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDIOL CINFA 6,25 e 25 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDIOL CORONAT 6,25 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6,25 mg

CARVEDIOL CORONAT 25 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 25 mg

CARVEDILOL FARMOZ 6,25 e 25 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL GENERIS 6,25 e 25 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL GP 6,25; 12,5 e 25 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 12,5 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL JABA 6,25 e 25 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL KRKA 6,25 e 25 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL LABESFAL 6,25 e 25 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL MYLAN 6,25 e 25 mg Comp.

Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 6,25 mg

Comp. revest. p/película 25 mg

CARVEDILOL RANBAXY 6,25 e 25 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL RATIOPHARM 6,25 e 25 mg

Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 6,25 mg

Comp. revest. p/película 25 mg

CARVEDILOL SANDOZ 6,25 e 25 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CARVEDILOL TEVA 6,25 e 25 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

DILBLOC IC e DILBLOC (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

CLENBUTEROL



MUCOSPAS (via oral)

Xar. crianças 1,5 mg/ml + 0,001 mg/ml

Xar. ad. 3 mg/ml + 0,002 mg/ml

VENTOLIBER (via oral)

Comp. 30 mg + 0,02 mg

Gran. 30 mg + 0,02 mg

Xar. inf. 1,5 mg/ml + 0,001 mg/ml

Xar. ad. 3 mg/ml + 0,002 mg/ml

CLOMIFENO



DUFINE (via oral)

Comp. 50 mg

COLOROTALIDONA



HYGROTON (via oral)

Comp. 50 mg

TENORETIC e TENORETIC MITE (via oral)

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg (mite)

DANAZOL



DANATROL (via oral)

Cáps. 100 mg

Cáps. 200 mg

DARBEPOETINA ALFA



ARANESP (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 10 µg/0,4 ml

Sol. inj. 20 µg/0,5 ml

Sol. inj. 30 µg/0,3 ml

Sol. inj. 40 µg/0,4 ml

Sol. inj. 50 µg/0,5 ml

Sol. inj. 60 µg/0,3 ml

Sol. inj. 80 µg/0,4 ml

Sol. inj. 100 µg/0,5 ml

Sol. inj. 130 µg/0,65 ml

Sol. inj. 150 µg/0,3 ml

Sol. inj. 300 µg/0,6 ml

Sol. inj. 500 µg/ml

DEFLAZACORTE



DEFLAZACORTE ACIZAN 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE ALMUS 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE ALTER 6 e 30 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE APCEUTICALS 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE CICLUM 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE CINFA 6 e 30 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE FARMOZ 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE GENERIS 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE GP 6 e 30 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE J. NEVES 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE JABA 6 e 30 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DEFLAZACORTE TECNICINA 6 e 30 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

DESAY MG (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

ROSILAN (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

Gotas orais, susp. 22,75 mg/ml

DEXAMETASONA



DECADRON (via oral)

Comp. 0,5 mg

DOXIPROCT Plus (via rectal)

Pomada rectal 0,25 mg/g + 40 mg/g + 20 mg/g

ORADEXON (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 5 mg/ml

DEXTRANO 40



NEODEXTRIL 40 Glucose (via intravenosa)

Sol. p/perf. 100 mg/ml + 50 mg/ml

NEODEXTRIL 40 Soro Fisiológico (via intravenosa)

Sol. p/perf. 100 mg/ml + 9 mg/ml

DEXTRANO 70



NEODEXTRIL 70 Glucose (via intravenosa)

Sol. p/perf. 60 mg/ml + 50 mg/ml

NEODEXTRIL 70 Soro Fisiológico (via intravenosa)

Sol. p/perf. 60 mg/ml + 9 mg/ml

DOBUTAMINA



DOBUTAMINA GENERIS 12,5 mg/ml Sol.

p/Perf. MG (via intravenosa)

Sol. p/perf. 12,5 mg/ml

INOTREX (via intravenosa)

Sol. inj. 12,5 mg/ml

DOPAMINA



CORODOPA Forte (via intravenosa)

Sol. p/perf. I.V. 200 mg/5 ml

DOPAMINA BASI 200 mg/5 ml Sol. p/Perfusão MG (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 mg/5 ml

MEDOPA (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 mg/5 ml

EFEDRINA*



MEBOCATUSS (via oral)

Xar. 2 mg/ml + 0,5 mg/ml

SPINEFE (via intravenosa)

Sol. inj. 30 mg/ml

*A efedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 10 µg/ml.

EPLERENONA



INSPRA (via oral)

Comp. revest. p/película 25 mg

Comp. revest. p/película 50 mg

EPOETINA ALFA



EPREX 2000; 4000 e 10000 U.I./ml (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. em ser. pré-cheia 1000 U.I./0,5 ml

Sol. inj. em ser. pré-cheia 2000 U.I./0,5 ml

Sol. inj. em ser. pré-cheia 3000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. em ser. pré-cheia 4000 U.I./0,4 ml

Sol. inj. em ser. pré-cheia 10000 UI/1 ml

EPREX 40.000 U.I./ml (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. em ser. pré-cheia 30000 UI/0,75 ml

EPOETINA BETA



MIRCERA (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 30 µg/0,3 ml

Sol. inj. 50 µg/0,3 ml

Sol. inj. 75 µg/0,3 ml

p. 76

Sol. inj. 100 µg/0,3 ml

Sol. inj. 120 µg/0,3 ml

Sol. inj. 150 µg/0,3 ml

Sol. inj. 200 µg/0,3 ml

Sol. inj. 250 µg/0,3 ml

Sol. inj. 360 µg/0,6 ml

NEORECORMON (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 500 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 1000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 2000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 3000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 4000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 5000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 6000 U.I./0,3 ml

Sol. inj. 10000 U.I./0,6 ml

Sol. inj. 20000 U.I./0,6 ml

Sol. inj. 30000 U.I./0,6 ml

NEORECORMON Multidose (via intravenosa, via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 50000 U.I.

EPOETINA ZETA



RETACRIT (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 2000 U.I./0,6 ml

Sol. inj. 4000 U.I./0,4 ml

Sol. inj. 5000 U.I./0,5 ml

Sol. inj. 8000 U.I./0,8 ml

Sol. inj. 10000 U.I./1 ml

Sol. inj. 40000 U.I./1 ml

ESMOLOL



BREVIBLOC (via intravenosa)

Sol. inj. 100 mg/10 ml

ESPIRONOLACTONA



ALDACTAZINE (via oral)

Comp. 15 mg + 25 mg

ALDACTONE (via oral)

Comp. 25 mg

Comp. 100 mg

ESPIRONOLACTONA ALTER 25 e 100 mg

Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 25 mg

Comp. 100 mg

ESPIRONOLACTONA GENERIS 100 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 100 mg

ONDOLEN FORTE (via oral)

Comp. 50 mg + 50 mg

ETILEFRINA



EFFORTIL (via oral)

Sol. oral 7,5 mg/ml

EXEMESTANO



AROMASIN (via oral)

Comp. revest. 25 mg

FENOTEROL



BERODUAL PA (via inalatória)

Sol. pressurizada p/inal. 0,021 mg/dose
+ 0,05 mg/dose

FENTANILO



ACTIQ (via bucofaríngea)

Comp. p/chupar 0,2 mg

Comp. p/chupar 0,4 mg

Comp. p/chupar 0,6 mg

Comp. p/chupar 0,8 mg

Comp. p/chupar 1,2 mg

Comp. p/chupar 1,6 mg

DUROGESIC (via transdérmica)

Sist. transdérmico 12 µg/h

Sist. transdérmico 25 µg/h

Sist. transdérmico 50 µg/h

Sist. transdérmico 75 µg/h

Sist. transdérmico 100 µg/h

FENTANEST (via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

FENTANILO ACTAVIS 25 µg/h; 50 µg/h;

75 µg/h e 100 µg/h Sistema

transdérmico MG (via transdérmica)

Sistema transdérmico 25 µg/h

Sistema transdérmico 50 µg/h

Sistema transdérmico 75 µg/h

Sistema transdérmico 100 µg/h

FENTANILO PHARMAKERN 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)

Sist. transdérmico 25 µg/h

Sist. transdérmico 50 µg/h

Sist. transdérmico 75 µg/h

Sist. transdérmico 100 µg/h

FENTANILO SANDOZ 12,5; 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)

Sist. transdérmico 12,5 µg/h

Sist. transdérmico 25 µg/h

Sist. transdérmico 50 µg/h

Sist. transdérmico 75 µg/h

Sist. transdérmico 100 µg/h

FENTANILO WYNN 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)

Sist. transdérmico 25 µg/h

Sist. transdérmico 50 µg/h

Sist. transdérmico 75 µg/h

Sist. transdérmico 100 µg/h

NILFENE (via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

FILGRASTIM



NEULASTA (via subcutânea)

Sol. inj. 6 mg/0,6 ml

NEUPOGEN (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 30 M.U./0,5 ml

Sol. inj. 48 M.U./0,5 ml

Sol. inj. 30 M.U./1 ml

FLUOCINOLONA ACETONIDO



SYNALAR Rectal (via rectal)

Pomada rectal 50 mg/g + 0,11 mg/g + 20 mg/g
+ 2,5 mg/g

FLUOCORTOLONA



ULTRAPROCT (via rectal)

Sup. 1 mg + 40 mg

FORMOTEROL



ASMATEC (via oral)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

ASSIEME TURBOHALER 80/4,5 µg (via inalatória)

Pó p/inal. 80 µg/dose + 4,5 µg/dose

ASSIEME TURBOHALER 160/4,5 µg (via inalatória)

Pó p/inal. 160 µg/dose + 4,5 µg/dose

ASSIEME TURBOHALER 320/9 µg (via inalatória)

Pó p/inal. 320 µg/dose + 9 µg/dose

ATIMOS (via inalatória)

Sol. pressurizada p/inal. 12 µg/dose

FORADIL (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FORMODUAL (via inalatória)

Sol. pressurizada p/inal. 100 µg/dose + 6 µg/dose

FORMOTEROL BRONCOTEC 12 µg

Pó p/Inalação MG (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FORMOTEROL CICLUM 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. MG (via inalatória)

Pó p/inal., Cáps. 12 µg

FORMOTEROL FARMOZ 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. Dura MG (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FORMOTEROL GENERIS 12 µg

Pó p/Inalação, Cáps. Duras MG (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FORMOTEROL NOVOLIZER (via inalatória)

Pó p/inal. 12 µg

FORMOTEROL TEVA 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. MG (via oral)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FORMOTEROL TOLIFE 12 µg

Pó p/Inalação MG (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FORMOTEROL WINTHROP 12 µg

Pó p/Inalação, Cáps. MG (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

FOSTER (via inalatória)

Sol. pressurizada p/inal. 100 µg/dose + 6 µg/dose

p. 78

OXIS TURBOHALER (via inalatória)

Pó p/inal. 9 µg/dose

SYMBICORT TURBOHALER (via inalatória)

Pó p/inal. 80 µg + 4,5 µg/dose

Pó p/inal. 160 µg + 4,5 µg/dose

SYMBICORT TURBOHALER 320/9 µg (via inalatória)

Pó p/inal. 320 µg + 9 µg/dose

FULVESTRANT



FASLODEX (via intramuscular)

Sol. inj. 250 mg/5 ml

FUROSEMIDA



FUROSEMIDA BASI (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/2 ml

FUROSEMIDA CINFA 40 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA PHARMAKERN 40 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA RATIOPHARM 20 mg/2 ml Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. Inj. 20 mg/2 ml

FUROSEMIDA RATIOPHARM 40 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA SANDOZ 40 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA WINTHROP Comprimidos

(via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA WINTHROP Solução injectável

(via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/2 ml

LASIX (via oral)

Comp. 40 mg

LASIX Injectável (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/2 ml

LASIX Retard (via oral)

Cáps. libert. prol. 60 mg

GELATINA



GELOFUSINE (via intravenosa)
Sol. p/perf. 40 mg/ml + 7,01 mg/ml + 1,36 mg/ml

GELOPLASMA (via intravenosa)
Sol. p/perf.

GLICEROL



LIPOVENOES 10% PLR (via intravenosa)
Emul. p/perf. 100 mg/ml + 6 mg/ml + 25 mg/ml

LIPOVENOES 20% (via intravenosa)
Emul. p/perf. 200 mg/ml + 25 mg/ml + 12 mg/ml

NUTRIBRAUN A-6 (via intravenosa)
Emul. p/perf.

NUTRIBRAUN A-10 (via intravenosa)
Emul. p/perf.

OMEGA VEN FRESENIUS (via intravenosa)
Emul. p/perf.

GONADOTROPINA CORIÓNICA



OVITRELLE (via subcutânea)
Sol. inj. 0,25 mg/0,5 ml

PREGNYL (via intramuscular, via subcutânea)
Pó e solv. p/sol. inj. 1500 U.I./1 ml
Pó e solv. p/sol. inj. 5000 U.I./1 ml

GOSERRELINA



ZOLADEX (via subcutânea)
Implante 3,6 mg

ZOLADEX LA (via subcutânea)
Implante LA 10,8 mg

HEPTAMINOL



DÉBRUMYL (via oral)
Sol. oral 250 mg/5 ml + 180 mg/5 ml

FORTICOL (via oral)
Sol. oral 230 mg/10 ml + 180 mg/10 ml

[Legenda dos símbolos, pág. 63](#)

HIDROCLOROTIAZIDA



ACURETIC (via oral)
Comp. revest. p/película 20 mg + 12,5 mg

AMILORIDE + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 5 + 50 mg Comp. MG (via oral)
Comp. 5 mg + 50 mg

BENAZEPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS MG (via oral)

Comp. revest. p/película 10 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 20 mg + 25 mg

BLOPRESS 16 + 12,5 mg (via oral)
Comp. 16 mg + 12,5 mg

BLOPRESS 32 + 25 mg (via oral)
Comp. 32 mg + 25 mg

CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 50 + 25 mg Comp. MG (via oral)
Comp. 50 mg + 25 mg

CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 50 + 25 mg Comp. MG (via oral)
Comp. 50 mg + 25 mg

CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 5 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 5 mg + 12,5 mg

CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA 5 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 5 mg + 12,5 mg

CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA WYNN 5 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 5 mg + 12,5 mg

COAPROVEL (via oral)
Comp. 150 mg + 12,5 mg
Comp. 300 mg + 12,5 mg

CO-DIOVAN (via oral)
Comp. revest. p/película 80 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 160 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 160 mg + 25 mg

CONCOR 10 Plus (via oral)
Comp. revest. 10 mg + 25 mg

CO-TAREG (via oral)
Comp. revest. 80 mg + 12,5 mg

CO-TAREG 160 mg/12,5 mg (via oral)
Comp. revest. p/película 160 mg + 12,5 mg

CO-TAREG Forte (via oral)

Comp. revest. p/película 160 mg + 25 mg

COZAAR Plus 50 + 12,5 mg e 100 + 12,5 mg

(via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

DYAZIDE (via oral)

Comp. 25 mg + 50 mg

ECAMAIS (via oral)

Comp. 10 mg + 12,5 mg

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CINFA

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

DIASISTOL Plus 20 + 12,5 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ENATIA

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GERMED

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 20

+ 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20

+ 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

FORTZAAR (via oral)

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

ACTAVIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

FOSITEN Plus (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

HIPARA MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

HYTACAND (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

Comp. 32 mg + 12,5 mg

Comp. 32 mg + 25 mg

INIBACE Plus (via oral)

Comp. revest. 5 mg + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA

150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 300 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

AZEVEDOS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 20

+ 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20

+ 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LOPIRETIC (via oral)

Comp. 50 mg + 25 mg

LORISTA 100 mg + 25 mg Comp. Revest.

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LORTAAN Plus (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

LOSARBIO MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS

50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS

50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

ALTER MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

ANIRATANE 50 + 12,5 mg Comp.

Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

APCEUTICALS 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg

Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ARAZID

50 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

AZEVEDOS 50 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG

(via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

BLUEPHARMA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg

Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM

50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CINFA

50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

COTIASAR MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
DAQUIMED 50 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
 (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
100 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG
 (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS
50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS
100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp.
Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GP
50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
HICORTAL 50 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
HICORTAL 100 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
HICORTAL 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ITF
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA J. NEVES
50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
 (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA J. NEVES
100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp.
Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA JABA
50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA JABA
100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp.
Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest p/película 100 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA
50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
 (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA
100 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA
100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG
 (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
LABESFAL 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG
 (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
LABESFAL 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA
50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA
100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG
 (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MER
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA PHARMAKERN 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RANBAXY 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 100 + 25 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA STADA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TETRAFARMA MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA VIDA MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA WINTHROP 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 50 mg + 12,5 mg
- LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA WINTHROP 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg
- MICARDISPlus 40 mg + 12,5 mg** (via oral)
Comp. 40 mg + 12,5 mg
- MICARDISPlus 80 mg + 12,5 mg e 80 mg + 25 mg** (via oral)
Comp. 80 mg + 12,5 mg
Comp. 80 mg + 25 mg
- MODURETIC** (via oral)
Comp. 50 mg + 5 mg
- OLMETEC PLUS** (via oral)
Comp. revest. p/película 20 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 20 mg + 25 mg
- OLSAR Plus** (via oral)
Comp. revest. p/película 20 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 20 mg + 25 mg
- ONDOLEN FORTE** (via oral)
Comp. 50 mg + 50 mg
- PRINZIDE** (via oral)
Comp. 20 mg + 12,5 mg
- PRITORPLUS** (via oral)
Comp. 40 mg + 12,5 mg
Comp. 80 mg + 12,5 mg
Comp. 80 mg + 25 mg
- QUINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)
Comp. revest. p/película 20 mg + 12,5 mg
- RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
Comp. 5 mg + 25 mg
- RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ALTER 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
Comp. 5 mg + 25 mg
- RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
Comp. 5 mg + 25 mg

RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN
2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)
 Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
 Comp. 5 mg + 25 mg

RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ROMAZIDE
2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)
 Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
 Comp. 5 mg + 25 mg

RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ
5 + 25 mg Comp. MG (via oral)
 Comp. 5 mg + 25 mg

RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA
2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)
 Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
 Comp. 5 mg + 25 mg

RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE
2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)
 Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
 Comp. 5 mg + 25 mg

RASILEZ HCT (via oral)
 Comp. revest. p/película 150 mg + 12,5 mg
 Comp. revest. p/película 300 mg + 12,5 mg

RENIDUR (via oral)
 Comp. 20 mg + 12,5 mg

RENIPRIL Plus (via oral)
 Comp. 20 mg + 12,5 mg

TEVETEN Plus (via oral)
 Comp. revest. p/película 600 mg + 12,5 mg

TRIAM TIAZIDA R (via oral)
 Comp. 50 mg + 100 mg

TRIA TEC Composto e TRIATEC Composto Forte (via oral)
 Comp. 2,5 mg + 12,5 mg
 Comp. 5 mg + 25 mg

VASCASE Plus (via oral)
 Comp. revest. 5 mg + 12,5 mg

ZESTORETIC (via oral)
 Comp. 20 mg + 12,5 mg

HIDROCORTISONA



ANUCET (via rectal)
 Pomada rectal 0,667 mg/g + 1 mg/g + 1 mg/g + 2 mg/g

COLIFOAM (via rectal)
 Espuma rectal 105 mg/g

p. 84

HYDROCORTONE (via oral)
 Comp. 10 mg
 Comp. 20 mg
SOLU-CORTEF (via intramuscular, via intravenosa)
 Pó e solv. p/sol. inj. 100 mg/2 ml

HIDROMORFONA



JURNISTA (via oral)
 Comp. libert. prol. 8 mg
 Comp. libert. prol. 16 mg
 Comp. libert. prol. 32 mg

HIDROXIETILAMIDO



HAES-STERIL 6% (via intravenosa)
 Sol. p/perf. 60 mg/ml + 9 mg/ml
HAES-STERIL 10% (via intravenosa)
 Sol. p/perf. 100 mg/ml + 9 mg/ml
HYPERHAES (via intravenosa)
 Sol. p/perf. 60 mg/ml + 72 mg/ml
PLASMA VOLUME REDIBAG (via intravenosa)
 Sol. p/perfusão 0,4 mg + 3,7 mg + 6 mg + 0,2 mg + 0,134 mg + 60 mg
VOLULYTE (via intravenosa)
 Sol. p/perf. 60 mg/ml
VOLUVEN FRESENIUS (via intravenosa)
 Sol. p/perf. 60 mg/ml + 9 mg/ml

INDACATEROL



HIROBRIZ BREEZHALER (via nasal)
 Pó p/inal., cáps. 150 µg
 Pó p/inal., cáps. 300 µg
ONBREZ BREEZHALER (via inalatória)
 Pó p/inal., cáps. 150 µg
 Pó p/inal., cáps. 300 µg
OSLIF BREEZHALER (via inalatória)
 Pó p/inal., cápsula 150 µg
 Pó p/inal., cápsula 300 µg

INDAPAMIDA



FLUDEX (via oral)
 Comp. revest. 2,5 mg

- FLUDEX LP** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- FLUIDEMA** (via oral)
Cáps. 2,5 mg
- INDAPAMIDA ACTAVIS 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA ALTER 1,5 mg Comp. Libert. Prol. e 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
Comp. revest. 2,5 mg
- INDAPAMIDA BLUEPHARMA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA CICLUM 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA CINFA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA GENERIS 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg
- INDAPAMIDA GERMED 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA GP 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA GP 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg
- INDAPAMIDA KRKA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA LABESFAL 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA MEPHA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA MER 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg
- INDAPAMIDA MYLAN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA MYLAN 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg
- INDAPAMIDA PHARMAKERN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA RATIOPHARM 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA SANDOZ 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA SANDOZ 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg
- INDAPAMIDA TEVA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA TOLIFE 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA VIDA MG** (via oral)
Comp. libert. prol. 1,5 mg
- INDAPAMIDA WINTHROP 2,5 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg
- PERINDOPRIL + INDAPAMIDA FARMOZ 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2 mg + 0,625 mg
Comp. 4 mg + 1,25 mg
- PERINDOPRIL + INDAPAMIDA GENERIS 2 + 0,625 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2 mg + 0,625 mg
- PERINDOPRIL + INDAPAMIDA GENERIS 4 + 1,25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 4 mg + 1,25 mg
- PERINDOPRIL + INDAPAMIDA KRKA 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2 mg + 0,625 mg
Comp. 4 mg + 1,25 mg
- PERINDOPRIL + INDAPAMIDA RATIOPHARM 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG** (via oral)
Comp. 2 mg + 0,625 mg
Comp. 4 mg + 1,25 mg

PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TECAZO 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

PREDONIUM (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg + 0,625 mg

Comp. revest. p/película 5 mg + 1,25 mg

Comp. revest. p/película 10 mg + 2,5 mg

PRETERAX (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg + 0,625 mg

Comp. revest. p/película 5 mg + 1,25 mg

Comp. revest. p/película 10 mg + 2,5 mg

TANDIX (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

TANDIX L.P. (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

VASODIPIN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG

(via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

INSULINA



ACTRAPID Penfill (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 UI/ml

APIDRA (via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX25 100 UI/ml (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX50 100 UI/ml (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG KwikPen (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX25 KwikPen (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX50 KwikPen (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMULIN M3 (via intramuscular, via subcutânea)

Susp. inj. 30 U.I./ml + 70 U.I./ml

HUMULIN NPH (via intramuscular, via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMULIN Regular (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

INSULATARD Penfill (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

INSUMAN Basal, INSUMAN Rapid e INSUMAN Comb 25 (via intravenosa, via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

Susp. inj. 100 U.I./ml

Sol. inj. 100 U.I./ml

Sol. inj. 100 U.I./ml

Susp. Inj. 100 U.I./ml

Susp. Inj. 100 U.I./ml

LANTUS (via subcutânea)

Sol. inj. 100 UI/ml

Sol. inj. 100 UI/ml

LANTUS Caneta (via subcutânea)

Sol. inj. 100 UI/ml

LEVEMIR FlexPen (via subcutânea)

Sol. inj. 100 U/ml

MIXTARD 20 Novolet (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

MIXTARD 30 Penfill (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

NOVOMIX 30 Penfill (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U/ml

NOVORAPID Penfill (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U/ml

ISOXSUPRINA



DILUM Retard (via oral)

Comp. libert. prol. 30 mg

LENOGRASTIM



GRANOCYTE (via intravenosa, via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. ou p/perf. 13,4 M.U.I./1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. ou p/perf. 33,6 M.U.I./1 ml

LETROZOL



FEMARA (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL ACTAVIS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL FARMOZ 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL PHARMAKERN 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL SANDOZ 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL STADA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL TEVA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LEUPRORRELINA



ELIGARD (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 7,5 mg

Pó e solv. p/sol. inj. 22,5 mg

Pó e solv. p/sol. inj. 45 mg

LUCRIN Depot (via intramuscular, via subcutânea)

Pó e veículo p/susp. inj. 3,75/1 ml

LUCRIN Depot 11,25 mg (via intramuscular, via subcutânea)

Pó e veículo p/susp. inj. 11,25 mg/1 ml

LUCRIN Depot 30 mg/1 ml (via intramuscular, via subcutânea)

Pó e veículo p/susp. inj. 30 mg/1 ml

LEVOBUNOLOL



BETAGAN (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml

LUTROPINA ALFA



LUVERIS (via subcutânea)

Pó e sol. p/sol. inj. 75 U.I./1 ml

PERGOVERIS (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 150 U.I./ml + 75 U.I./ml

Legenda dos símbolos, pág. 63

MENOTROPINA



MENOPUR (via intramuscular, via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 75 UI/1 ml

MESTEROLONA



PROVIRON (via oral)

Comp. 25 mg

METILFENIDATO



CONCERTA (via oral)

Comp. libert. prol. 18 mg

Comp. libert. prol. 36 mg

Comp. libert. prol. 54 mg

RITALINA LA (via oral)

Cáps. libert. modif. 20 mg

Cáps. libert. modif. 30 mg

Cáps. libert. modif. 40 mg

RUBIFEN (via oral)

Comp. 5 mg

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

METILPREDNISOLONA



DEPO-MEDROL (via intramuscular, via rectal)

Susp. inj. 40 mg/ml

Susp. inj. 80 mg/2 ml

DEPO-MEDROL com Lidocaína (via intramuscular)

Susp. inj. 40 mg/ml + 10 mg/ml

MEDROL (via oral)

Comp. 4 mg

Comp. 16 mg

SOLU-MEDROL (via intramuscular, via intravenosa)

Pó e solv. p/sol. inj. 40 mg/1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 125 mg/2 ml

METIPRANOLOL



BETA-OPHTIOLE (via oftálmica tópica)

Col., sol. 1 mg/ml

METOLAZONA



DIULO (via oral)
Comp. 5 mg

METOPROLOL



LOPRESOR 100 e 200 (via oral)
Comp. revest. p/película 100 mg
Comp. revest. p/película 200 mg

MODAFINIL



MODAFINIL GENERIS 100 mg Comp. MG
(via oral)
Comp. 100 mg

MODIODAL (via oral)
Comp. 100 mg

MOMETASONA



MOMETASONA MYLAN 1 mg/g Pomada MG
(via oral)
Pomada 1 mg/g

MORFINA



GRUMORPH (via oral)
Cáps. libert. prol. 10 mg
Cáps. libert. prol. 30 mg
Cáps. libert. prol. 60 mg
Cáps. libert. prol. 100 mg

MORFINA 1% e 2% BRAUN (via epidural, via intramuscular, via intratecal, via intravenosa)

Sol. inj. 10 mg/1 ml
Sol. inj. 40 mg/2 ml

MORFINA FHC 10 mg/ml Sol. Inj. MG (via epidural, via intratecal, via intravenosa)

Sol. inj. 10 mg/ml

MORFINA FHC 20 mg/ml Sol. Inj. MG (via epidural, via intratecal, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/ml

MST (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg
Comp. libert. prol. 30 mg

p. 88

Comp. libert. prol. 60 mg
Comp. libert. prol. 100 mg

ORAMORPH Sol. oral 2 mg/ml e 6 mg/ml
(via oral)

Sol. oral 2 mg/ml

Sol. oral 6 mg/ml

ORAMORPH Sol. oral 20 mg/ml (via oral)

Sol. oral 20 mg/ml

SEVREDOL (via oral)

Comp. revest. 10 mg

Comp. revest. 20 mg

NANDROLONA



DECA-DURABOLIN (via intramuscular)

Sol. inj. 25 mg/ml

Sol. inj. 50 mg/ml

NEBIVOLOL



NEBILET (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL ACTAVIS 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL CICLUM 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL GENERIS 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL GERMED 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL GP 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL LABESFAL 5 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL MYLAN MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL SANDOZ 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL TEVA 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL TOLIFE 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL WINTHROP 5 mg Comp. MG

(via oral)

Comp. 5 mg

PETIDINA



PETIDINA LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 50 mg/1 ml

Sol. inj. 200 mg/2 ml

POLIGELINA



HAEMACCEL (via intravenosa)

Sol. p/perf. 35 mg/ml

PREDNISOLONA



ANACAL (via rectal)

Pomada rectal 1,5 mg/g + 2 mg/g + 50 mg/g + 5 mg/g

Sup. 1 mg + 4 mg + 50 mg + 5 mg

LEPICORTINOLO (via intramuscular, via intravenosa, via oral)

Comp. 5 mg

Comp. 20 mg

Pó e solv. p/sol. inj. 25 mg/ 1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 250 mg/2 ml

SCHERIPROCT (via rectal)

Pomada rectal 1,9 mg/g + 5 mg/g

SOLU-DACORTINA (via intra-arterial, via intramuscular, via intravenosa)

Pó e solv. p/sol. inj. 10 mg/1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 25 mg/1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 50 mg/1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 250 mg/2 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 1000 mg/10 ml

PREDNISONA



METICORTEN (via oral)

Comp. 5 mg

PROCATEROL



ONSUDIL (via nasal, via oral)

Comp. 0,05 mg

Sol. p/inal. p/nebulização 0,1 mg/ml

Xar. 0,005 mg/ml

Legenda dos símbolos, pág. 63

PROPRANOLOL



INDERAL (via oral)

Comp. revest. 10 mg

Comp. revest. 40 mg

INDERAL-LA (via oral)

Cáps. libert. prol. 80 mg

Cáps. libert. prol. 160 mg

PSEUDOEFEDRINA*



ACTIFED (via oral)

Comp. 60 mg + 2,5 mg

Xar. 6 mg/ml + 0,25 mg/ml

CLARIDON (via oral)

Comp. libert. modif. 5 mg + 120 mg

CLARIDON QD (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg + 240 mg

DINAXIL 6 mg/ml + 0,25 mg/ml (via oral)

Xar. 6 mg/ml + 0,25 mg/ml

DINAXIL 60 mg + 2,5 mg (via oral)

Comp. 60 mg + 2,5 mg

SINERBE (via oral)

Xar. 0,4 mg/ml + 20 mg/ml + 4 mg/ml

SINUTAB II (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

SUDAFED (via oral)

Comp. revest. 60 mg

Xar. 6 mg/ml

*A pseudoefedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 150 µg/ml; quando inferior a 150 µg/ml está incluída no Programa de Monitorização.

RALOXIFENO



EVISTA (via oral)

Comp. revest. 60 mg

OPTRUMA (via oral)

Comp. revest. 60 mg

REMIFENTANILO



ULTIVA (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. injectável ou p/perfusão 1 mg

Pó p/concentrado p/sol. injectável ou p/perfusão
2 mg

Pó p/concentrado p/sol. injectável ou p/perfusão
5 mg

SALBUTAMOL



PROPAVENTE (via oral)

Xar. 10 mg/ml + 0,2 mg/ml

VENTILAN (via intramuscular, via intravenosa, via oral, via subcutânea)

Comp. 4 mg

Sol. p/perf. 5 mg/5 ml

Sol. inj. 0,5 mg/ml

Xar. 0,4 mg/ml

SELEGILINA



JUMEX (via oral)

Comp. 5 mg

SELEGILINA GENERIS 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

XILOPAR (via bucofaríngea (tópica para a cavidade bucof.))

Liofilizado oral 1,25 mg

SOMATROPINA



GENOTROPIN (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 5,3 mg/ml

Pó e solv. p/sol. inj. 12 mg/ml

HUMATROPE (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 6 mg/3,15 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 12 mg/3,15 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 24 mg/3,15 ml

NORDITROPIN SIMPLEXx (via subcutânea)

Sol. inj. 10 mg/1,5 ml

Sol. inj. 15 mg/1,5 ml

NUTROPIN Aq (via subcutânea)

Sol. inj. 10 mg/2 ml (30 UI)

SAIZEN (via intramuscular, via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 1,3 mg/1 ml

SAIZEN 8 mg click.easy (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 8 mg/1,37 ml

ZOMACTON (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 4 mg/3,5 ml

p. 90

SOTALOL



DAROB (via oral)

Comp. 160 mg

SUFENTANILO



SUFENTA (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,005 mg/ml

SUFENTA Forte (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

TAMOXIFENO



NOLVADEX e NOLVADEX D (via oral)

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

TAMOXIFENO FARMOZ 10 e 20 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

TAMOXIFENO GENERIS 10 e 20 mg

Comp. MG (via oral)

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

TERBUTALINA



BRICANYL Turbohaler (via oral)

Pó p/inal. 500 µg/dose

TERTATOLOL



ARTEX (via oral)

Comp. revest. 5 mg

TESTOSTERONA



NEBIDO (via intramuscular)

Sol. inj. 1000 mg/4 ml

SUSTENON 250 (via intramuscular)

Sol. inj. 250 mg/1 ml

TESTOGEL (via cutânea)

Gel 50 mg/5 g

TESTOPATCH (via transdérmica)

Sist. transdérmico 1,8 mg/24 h

Sist. transdérmico 2,4 mg/24 h

TESTOVIRON DEPOT (via intramuscular)

Sol. inj. 250 mg/1 ml

TETRACOSACTIDO



SYNACTHEN Depot (via intramuscular)

Susp. inj. 1 mg/ml

TIBOLONA



CLITAX (via oral)

Comp. 2,5 mg

GOLDAR (via oral)

Comp. 2,5 mg

LIVIAL (via oral)

Comp. 2,5 mg

TIMOLOL



AZARGA (via oftálmica tópica)

Col., susp. 10 mg/ml + 5 mg/ml

CODALUX (via oftálmica tópica)

Col., sol. 0,05 mg/ml + 5 mg/ml

COMBIGAN (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml + 2 mg/ml

COSOPT (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml + 20 mg/ml

COSOPT Unidose (via oftálmica tópica)

Col., sol. 1 mg/0,2 ml + 4 mg/0,2 ml

DUOTRAV (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml + 0,04 mg/ml

GANFORT (via oftálmica tópica)

Col., sol. 0,3 mg/ml + 5 mg/ml

NYOGEL (via oftálmica tópica)

Gel oft. 1 mg/g

NYOLOL 0,25% e 0,50% (via oftálmica tópica)

Col., sol 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

TIMABAK (via oftálmica tópica)

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

TIMOGEL (via oftálmica tópica)

Gel oftálmico 0,4 mg/0,4 g

TIMOGLAU (via oftálmica tópica)

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

TIMOLEN Forte (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml

TIMOPTOL (via oftálmica tópica)

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

Col., sol. 0,5 mg/0,2 ml

Col., sol. 1 mg/0,2 ml

XALACOM (via oftálmica tópica)

Col., sol. 0,05 mg/ml + 5 mg/ml

TOREMIFENO



FARESTON (via oral)

Comp. 60 mg

TRIAMTERENO



DYAZIDE (via oral)

Comp. 25 mg + 50 mg

TRIAM TIAZIDA R (via oral)

Comp. 50 mg + 100 mg

TRIPTORRELINA



DECAPEPTYL 0,1 mg (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 0,1 mg/ml

DECAPEPTYL (via intramuscular)

Pó e veículo p/susp. inj 3,75 mg/2 ml

DECAPEPTYL LP 11,25 mg (via intramuscular)

Pó e veículo p/susp. inj. 11,25 mg/2 ml

XIPAMIDA



DIUREXAN (via oral)

Comp. 20 mg

Especialidades Farmacêuticas incluídas no Programa de Monitorização da Agência Mundial Antidopagem para 2011

BUPROPIOM

ELONTRIL (via oral)

Comp. libert. modif. 150 mg

Comp. libert. modif. 300 mg

WELLBUTRIN XR (via oral)

Comp. libert. modif. 150 mg

Comp. libert. modif. 300 mg

ZYBAN (via oral)

Comp. libert. prol. revest. p/película 150 mg

CAFEÍNA

ALGIK (via oral)

Pó p/sol. oral 500 mg + 50 mg

ANTIGRIPIPE (via oral)

Comp. 250 mg + 20 mg + 30 mg

CORTIGRIPE (via oral)

Comp. revest. 250 mg + 100 mg + 20 mg

DOLVIRAN (via oral, via rectal)

Comp. 400 mg + 7,5 mg + 50 mg

Sup. 400 mg + 7,5 mg + 50 mg

GRIPETRAL (via oral)

Comp. 500 mg + 100 mg + 50 mg

GURONSAN (via oral)

Comp. eferv. 400 mg + 500 mg + 50 mg

ILVICO N (via oral)

Comp. revest. 250 mg + 3 mg + 10 mg + 36 mg

MELHORAL (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

MIGRETIL (via oral)

Comp. revest. p/película 0,1 mg + 100 mg + 1 mg + 400 mg

OPTALIDON (via oral, via rectal)

Comp. revest. 175 mg + 25 mg

Sup. 500 mg + 75 mg

PANADOL EXTRA (via oral)

Comp. revest. p/película 500 mg + 65 mg

SALICYLCAFEÍNA (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

SARIDON N (via oral)

Comp. 250 mg + 150 mg + 50 mg

FENILEFRINA

ANUCET (via rectal)

Pomada rectal 0,667 mg/g + 1 mg/g + 1 mg/g + 2 mg/g

DAVINEFRINA (via oftálmica tópica)

Col., sol. 100 mg/ml

GRIPONAL (via oral)

Comp. eferv. 500 mg + 4 mg + 10 mg

MYDRIASERT (via oftálmica tópica)

Inserto oftálmico 5,376 mg + 0,28 mg

NEO-SINEFRINA (via nasal)

Gotas nasais, sol. 2,5 mg/ml

Gotas nasais, sol. 5 mg/ml

VIBROCIL (via nasal)

Gel nasal 0,25 mg/g + 2,5 mg/g

Gotas nasais, sol. 0,25 mg/ml + 2,5 mg/ml

Sol. p/inal. p/nebulização 0,25 mg/ml + 2,5 mg/ml

VISADRON (via oftálmica tópica)

Col., sol. 1,25 mg/ml

PSEUDOEFEDRINA*

ACTIFED (via oral)

Comp. 60 mg + 2,5 mg

Xar. 6 mg/ml + 0,25 mg/ml

CLARIDON (via oral)

Comp. libert. modif. 5 mg + 120 mg

CLARIDON QD (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg + 240 mg

DINAXIL 6 mg/ml + 0,25 mg/ml (via oral)
Xar. 6 mg/ml + 0,25 mg/ml

DINAXIL 60 mg + 2,5 mg (via oral)
Comp. 60 mg + 2,5 mg

SINERBE (via oral)
Xar. 0,4 mg/ml + 20 mg/ml + 4 mg/ml

SINUTAB II (via oral)
Comp. 500 mg + 30 mg








SUDAFED (via oral)
Comp. revest. 60 mg
Xar. 6 mg/ml

* A Pseudoefedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 150 µg/ml; quando inferior a 150 µg/ml está incluída no Programa de Monitorização.

Especialidades Farmacêuticas Proibidas


























































por Nome Comercial

ACTIFED (via oral)	
Pseudoefedrina.....	 *  **
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.	
ACTIQ (via bucofaringea)	
Fentanilo.....	 
ACTRAPID Penfill (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina.....	
ACURETIC (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
ALBUMINA HUMANA 20% BEHRING (via intravenosa)	
Albumina Humana.....	
ALBUMINA HUMANA BAXTER (via intravenosa)	
Albumina Humana.....	
ALBUMINA HUMANA GRIFOLS 5% e 20% (via intravenosa)	
Albumina Humana.....	
ALBUMINA HUMANA OCTAPHARMA 20% (via intravenosa)	
Albumina Humana.....	
ALBUREX 5 (via intravenosa)	
Albumina Humana.....	
ALBUREX 20 (via intravenosa)	
Albumina Humana.....	
ALDACTAZINE (via oral)	
Altizida e Espironolactona.....	
ALDACTONE (via oral)	
Espironolactona.....	
ALGIK (via oral)	
Cafeína.....	
AMILORIDE + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 5 + 50 mg Comp. MG (via oral)	
Amilorida e Hidroclorotiazida.....	
ANACAL (via rectal)	
Prednisolona.....	
ANAPEN (via intramuscular)	
Adrenalina.....	
ANASTROZOL FARMOZ 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Anastrozol.....	
ANASTROZOL GENERIS 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Anastrozol.....	
ANASTROZOL MYLAN 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Anastrozol.....	
ANASTROZOL PHARMAKERN 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Anastrozol.....	
ANASTROZOL STADA 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Anastrozol.....	
ANASTROZOL TEVA 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Anastrozol.....	
ANTIGRIPPINE (via oral)	
Cafeína.....	
ANUCET (via rectal)	
Fenilefrina e Hidrocortisona.....	
APIDRA (via subcutânea)	
Insulina.....	
ARANESP (via intravenosa, via subcutânea)	
Darbepoetina Alfa.....	
ARIMIDEX (via oral)	
Anastrozol.....	
AROMASIN (via oral)	
Exemestano.....	
ARTEOPTIC (via oftálmica tópica)	
Carteolol.....	
ARTEX (via oral)	
Tertatolol.....	
ARTINOSTRUM 1:100000 (via intramuscular, via subcutânea)	
Adrenalina.....	

ARTINOSTRUM 1:200000 (via intramuscular, via subcutânea)	
Adrenalina	
ASMATEC (via oral)	
Formoterol	
ASSIEME TURBOHALER 80/4,5 µg (via inalatória)	
Formoterol	
ASSIEME TURBOHALER 160/4,5 µg (via inalatória)	
Formoterol	
ASSIEME TURBOHALER 320/9 µg (via inalatória)	
Formoterol	
ATENOLOL ALTER 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL AZEVEDOS 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL BLUEPHARMA 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL CINFA 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL GENERIS 50 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL MYLAN 50 e 100 mg Comp. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL RATIOPHARM 50 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Atenolol	
ATENOLOL SANDOZ 50 e 100 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Atenolol	
ATIMOS (via inalatória)	
Formoterol	
AZARGA (via oftálmica tópica)	
Timolol	
BENAZEPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
BERODUAL PA (via inalatória)	
Fenoterol	
BERTOCIL (via oftálmica tópica)	
Betaxolol	
BETAGAN (via oftálmica tópica)	
Levobunolol	
BETA-OPHTIOLE (via oftálmica tópica)	
Metipranolol	
BETOPTIC (via oftálmica tópica)	
Betaxolol	
BISOPROLOL CICLUM 5 e 10 mg Comp. MG (via oral)	
Bisoprolol	
BISOPROLOL GENERIS 5 e 10 mg Comp. MG (via oral)	
Bisoprolol	
BISOPROLOL JABA 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Bisoprolol	
BISOPROLOL LABESFAL 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Bisoprolol	
BISOPROLOL RANBAXY 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Bisoprolol	
BISOPROLOL SANDOZ 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Bisoprolol	
BLOPRESS 16 + 12,5 mg (via oral)	
Hidroclorotiazida	
BLOPRESS 32 + 25 mg (via oral)	
Hidroclorotiazida	
BREVIBLOC (via intravenosa)	
Esmolol	
BRICANYL Turbohaler (via oral)	
Terbutalina	
BUDO SAN (via oral)	
Budesonida	
BUPRENORFINA AZEVEDOS 2 e 8 mg Comp. Sublingual MG (via sublingual)	 
Buprenorfina	 
BUPRENORFINA GOLDFARMA 2 e 8 mg Comp. Sublingual MG (via sublingual)	 
Buprenorfina	 
CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 50 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	



































CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 50 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CARBINIB (via oral)	
Acetazolamida	
CARBINIB R (via oral)	
Acetazolamida	
CARTEABAK (via oftálmica tópica)	
Carteolol	
CARVEDILOL ACTAVIS 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL ARROWBLUE 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL AZEVEDOS 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL CICLUM 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL CINFA 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL CORONAT 6,25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL CORONAT 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL FARMOZ 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL GENERIS 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL GP 6,25; 12,5 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL JABA 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL KRKA 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL LABESFAL 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL MYLAN 6,25 e 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL RANBAXY 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL RATIOPHARM 6,25 e 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL SANDOZ 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CARVEDILOL TEVA 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol	
CELESDEPOT (via intramuscular)	
Betametasona.....	
CELESTONE (via oral)	
Betametasona.....	
CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 5 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA 5 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA WYNN 5 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CLARIDON (via oral)	
Pseudoefedrina.....	 *  **
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.	
CLARIDON QD (via oral)	
Pseudoefedrina.....	 *  **
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.	
CLITAX (via oral)	
Tibolona.....	
COAPROVEL (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CODALUX (via oftálmica tópica)	
Timolol	

CO-DIOVAN (via oral)	
Hidroclorotiazida	
COLIFOAM (via rectal)	
Hidrocortisona	
COMBIGAN (via oftálmica tópica)	
Timolol	
CONCERTA (via oral)	
Metilfenidato	 
CONCOR (via oral)	
Bisoprolol	
CONCOR 10 Plus (via oral)	
Bisoprolol e Hidroclorotiazida	
CONCOR IC (via oral)	
Bisoprolol	
CORDODOPA Forte (via intravenosa)	
Dopamina	
CORTIGRIPE (via oral)	
Cafeína	
COSOPT (via oftálmica tópica)	
Timolol	
COSOPT Unidose (via oftálmica tópica)	
Timolol	
CO-TAREG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CO-TAREG 160 mg/12,5 mg (via oral)	
Hidroclorotiazida	
CO-TAREG Forte (via oral)	
Hidroclorotiazida	
COZAAR Plus 50 + 12,5 mg e 100 + 12,5 mg (via oral)	
Hidroclorotiazida	
DANATROL (via oral)	
Danazol	
DAROB (via oral)	
Sotalol	
DAVINEFRINA (via oftálmica tópica)	
Fenilefrina	
DÉBRUMYL (via oral)	
Heptaminol	
DECADRON (via oral)	
Dexametasona	
DECA-DURABOLIN (via intramuscular)	
Nandrolona	
DECAPEPTYL 0,1 mg (via subcutânea)	
Triptorrelina	 
DECAPEPTYL (via intramuscular)	
Triptorrelina	 
DECAPEPTYL LP 11,25 mg (via intramuscular)	
Triptorrelina	 
DEFLAZACORTE ACIZAN 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE ALMUS 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE ALTER 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE APCEUTICALS 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE CICLUM 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE CINFA 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE FARMOZ 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE GENERIS 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE GP 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE J. NEVES 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE JABA 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEFLAZACORTE TECNICINA 6 e 30 mg Comp. MG (via oral)	
Deflazacorte	
DEPO-MEDROL (via intramuscular, via rectal)	
Metilprednisolona	

DEPO-MEDROL com Lidocaína (via intramuscular)		ELIGARD (via subcutânea)	 
Metilprednisolona		Leuprorrelina	 
DESAY MG (via oral)		ELONTRIL (via oral)	
Deflazacorte		Bupropiom	
DILBLOC IC e DILBLOC (via oral)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Carvedilol		Hidroclorotiazida	
DILUM Retard (via oral)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Isoxsuprina		Hidroclorotiazida	
DINAXIL 6 mg/ml + 0,25 mg/ml (via oral)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Pseudoefedrina	 *  **	Hidroclorotiazida	
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CINFA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
DINAXIL 60 mg + 2,5 mg (via oral)		Hidroclorotiazida	
Pseudoefedrina	 *  **	ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA DIASISTOL Plus 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.		Hidroclorotiazida	
DIPROFOS DEPOT (via intramuscular)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ENATIA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Betametasona		Hidroclorotiazida	
DIULO (via oral)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Metolazona		Hidroclorotiazida	
DIUREXAN (via oral)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Xipamida		Hidroclorotiazida	
DOBUTAMINA GENERIS 12,5 mg/ml Sol. p/Perf. MG (via intravenosa)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GERMED 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Dobutamina		Hidroclorotiazida	
DOLVIRAN (via oral, via rectal)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Cafeína		Hidroclorotiazida	
DOPAMINA BASI 200 mg/5 ml Sol. p/Perfusão MG (via intravenosa)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Dopamina		Hidroclorotiazida	
DOXIPROCT PLUS (via rectal)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Dexametasona		Hidroclorotiazida	
DUFINE (via oral)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Clomifeno		Hidroclorotiazida	
DUOTRAV (via oftálmica tópica)		ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Timolol		Hidroclorotiazida	
DUROGESIC (via transdérmica)			
Fentanilo	 		
DYAZIDE (via oral)			
Hidroclorotiazida e Triamtereno			
ECAMAIS (via oral)			
Hidroclorotiazida			
EFFORTIL (via oral)			
Etilefrina			

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
ENTOCORT (via oral)	
Budesonida.....	
ENTOCORT Enema (via rectal)	
Budesonida.....	
EPREX 2000; 4000 e 10000 U.I./ml (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina Alfa.....	
EPREX 40.000 U.I./ml (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina Alfa.....	
ESPIRONOLACTONA ALTER 25 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Espironolactona.....	
ESPIRONOLACTONA GENERIS 100 mg Comp. MG (via oral)	
Espironolactona.....	
ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL GENERIS MG (via oral)	
Etinilestradiol.....	
EVISTA (via oral)	
Raloxifeno.....	
FARESTON (via oral)	
Toremifeno.....	
FASLODEX (via intramuscular)	
Fulvestrant.....	
FEMARA (via oral)	
Letrozol.....	
FENTANEST (via intravenosa)	
Fentanilo.....	 
FENTANILO ACTAVIS 25 µg/h; 50 µg/h; 75 µg/h e 100 µg/h Sistema transdérmico MG (via transdérmica)	
Fentanilo.....	 
FENTANILO PHARMAKERN 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)	
Fentanilo.....	 
FENTANILO SANDOZ 12,5; 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)	
Fentanilo.....	 
FENTANILO WYNN 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)	
Fentanilo.....	 
FLUDEX (via oral)	
Indapamida.....	
FLUDEX LP (via oral)	
Indapamida.....	
FLUIDEMA (via oral)	
Indapamida.....	
FORADIL (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMODUAL (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL BRONCOTEC 12 µg Pó p/Inalação MG (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL CICLUM 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. MG (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL FARMOZ 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. Dura MG (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL GENERIS 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. Duras MG (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL NOVOLIZER (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL TEVA 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. MG (via oral)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL TOLIFE 12 µg Pó p/Inalação MG (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORMOTEROL WINTHROP 12 µg Pó p/Inalação, Cáps. MG (via inalatória)	
Formoterol.....	
FORTICOL (via oral)	
Heptaminol.....	
FORTZAAR (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	

FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FOSITEN Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FOSTER (via inalatória)	
Formoterol	
FUROSEMIDA BASI (via intramuscular, via intravenosa)	
Furosemida	
FUROSEMIDA CINFA 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA PHARMAKERN 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA RATIOPHARM 20 mg/2 ml Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa)	
Furosemida	
FUROSEMIDA RATIOPHARM 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA SANDOZ 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA WINTHROP (via intramuscular, via intravenosa, via oral)	
Furosemida	
GANFORT (via oftálmica tópica)	
Timolol	
GELOFUSINE (via intravenosa)	
Gelatina	
GELOPLASMA (via intravenosa)	
Gelatina	
GENOTROPIN (via subcutânea)	
Somatropina	
GOLDAR (via oral)	
Tibolona	
GONAL-f 75 U.I. (via subcutânea)	
Folitropina Alfa	
GONAL-f 300 U.I./0,5 ml (via subcutânea)	
Folitropina Alfa	
GONAL-f 450 U.I./0,75 ml (via subcutânea)	
Folitropina Alfa	
GONAL-f 900 U.I./1,5 ml (via subcutânea)	
Folitropina Alfa	
GONAL-f 1050 U.I./1,75 ml (via subcutânea)	
Folitropina Alfa	
GRANOCYTE (via intravenosa, via subcutânea)	
Lenograstim	
GRIPETRAL (via oral)	
Cafeína	
GRIPONAL (via oral)	
Fenilefrina	
GRUMORPH (via oral)	
Morfina	
GURONSAN (via oral)	
Cafeína	
HAEMACCEL (via intravenosa)	
Poligelina	
HAES-STERIL 6% (via intravenosa)	
Hidroxietilamido	
HAES-STERIL 10% (via intravenosa)	
Hidroxietilamido	
HIPARA MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
HIROBRIZ BREEZHALER (via nasal)	
Indacaterol	
HUMALOG (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG MIX25 100 UI/ml (via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG MIX50 100 UI/ml (via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG KwikPen (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG MIX25 KwikPen (via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG MIX50 KwikPen (via subcutânea)	
Insulina	
HUMATROPE (via subcutânea)	
Somatropina	
HUMULIN M3 (via intramuscular, via subcutânea)	
Insulina	
HUMULIN NPH (via intramuscular, via subcutânea)	
Insulina	
HUMULIN Regular (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina	

HYDROCORTONE (via oral)	
Hidrocortisona	
HYGROTON (via oral)	
Clorotalidona	
HYPERHAES (via intravenosa)	
Hidroxietilamido	
HYTACAND (via oral)	
Hidroclorotiazida	
ILVICO N (via oral)	
Cafeína	
INDAPAMIDA ACTAVIS 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA ALTER 1,5 mg Comp. Libert. Prol. e 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA BLUEPHARMA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA CICLUM 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA CINFA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA GENERIS 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA GERMED 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA GP 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA GP 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA KRKA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA LABESFAL 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA MEPHA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA MER 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA MYLAN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA MYLAN 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
INDAPAMIDA	
INDAPAMIDA PHARMAKERN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA RATIOPHARM 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA SANDOZ 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA SANDOZ 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA TEVA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA TOLIFE 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA VIDA MG (via oral)	
Indapamida	
INDAPAMIDA WINTHROP 2,5 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
INDERAL (via oral)	
Propranolol	
INDERAL-LA (via oral)	
Propranolol	
INIBACE Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
INOTREX (via intravenosa)	
Dobutamina	
INSPRA (via oral)	
Eplerenona	

INSULATARD Penfill (via subcutânea)	
Insulina.....	
INSUMAN Basal, INSUMAN Rapid e INSUMAN Comb 25 (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina.....	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
JUMEX (via oral)	
Selegilina.....	
JURNISTA (via oral)	
Hidromorfona.....	 
LANTUS (via subcutânea)	
Insulina.....	
LANTUS Caneta (via subcutânea)	
Insulina.....	
LASIX (via oral)	
Furosemida.....	
LASIX Injectável (via intramuscular, via intravenosa)	
Furosemida.....	
LASIX Retard (via oral)	
Furosemida.....	
LEPICORTINOLO (via intramuscular, via intravenosa, via oral)	
Prednisolona.....	
LETROZOL ACTAVIS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LETROZOL FARMOZ 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LETROZOL GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LETROZOL PHARMAKERN 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LETROZOL SANDOZ 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LETROZOL STADA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LETROZOL TEVA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Letrozol.....	
LEVEMIR FlexPen (via subcutânea)	
Insulina.....	
LIPOVENOES 10% PLR (via intravenosa)	
Glicerol.....	
LIPOVENOES 20% (via intravenosa)	
Glicerol.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA AZEVEDOS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	


LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Hidroclorotiazida.....

LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE

20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Hidroclorotiazida.....

LIVIAL (via oral)

Tibolona.....

LOPIRETIC (via oral)

Hidroclorotiazida.....

LOPRESOR 100 e 200 (via oral)

Metoprolol.....

LORISTA 100 mg + 25 mg Comp.


Revest. p/Película MG (via oral)

Hidroclorotiazida.....


LORTAAN Plus (via oral)

Hidroclorotiazida.....


LOSARBIO MG (via oral)

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....


**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
ALTER MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....


**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ANIRATANE
50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....


**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
APCEUTICALS 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg
Comp. Revest. p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ARAZID
50 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA AZEVEDOS
50 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG
(via oral)**

Hidroclorotiazida.....

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

BLUEPHARMA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg
Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Hidroclorotiazida.....


**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CINFA
50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp.
Revest. p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
COTIASAR MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
DAQUIMED 50 + 12,5 mg Comp.
Revest. p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
(via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
(via oral)**

Hidroclorotiazida.....


**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG
(via oral)**

Hidroclorotiazida.....


**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS
50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS
100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp.
Revest. p/Película MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GP
50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA HICORTAL
50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
(via oral)**

Hidroclorotiazida.....

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA HICORTAL
100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
(via oral)**

Hidroclorotiazida.....

<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA HICORTAL 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MER 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ITF 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA J. NEVES 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA PHARMAKERN 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA J. NEVES 100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RANBAXY 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 100 + 25 mg Comp. Revest. MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA STADA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TETRAFARMA MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)</p> <p>Hidroclorotiazida </p>	

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG
(via oral)

Hidroclorotiazida 


LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA VIDA MG
(via oral)

Hidroclorotiazida 

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA WINTHROP 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Hidroclorotiazida 



LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA WINTHROP 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Hidroclorotiazida 



LUCRIN Depot (via intramuscular, via subcutânea)

Leuprorrelina  

LUCRIN Depot 11,25 mg (via intramuscular, via subcutânea)

Leuprorrelina  

LUCRIN Depot 30 mg/1 ml (via intramuscular, via subcutânea)

Leuprorrelina  

LUVERIS (via subcutânea)

Lutropina alfa  

MEBOCATUSS (via oral)


Efedrina  *

* A efedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 10 µg/ml


MEDOPA (via intravenosa)

Dopamina 



MEDROL (via oral)

Metilprednisolona 


MELHORAL (via oral)

Cafeína 

MENOPUR (via intramuscular, via subcutânea)

Menotropina  


METICORTEN (via oral)

Prednisona 

MICARDISPlus 40 mg + 12,5 mg (via oral)

Hidroclorotiazida 


MICARDISPlus 80 mg + 12,5 mg e 80 mg + 25 mg (via oral)

Hidroclorotiazida 

MIGRETIL (via oral)

Cafeína 

MIRCERA (via intravenosa, via subcutânea)

Epoetina beta 

MIXTARD 20 Novolet (via subcutânea)

Insulina 

MIXTARD 30 Penfill (via subcutânea)

Insulina 

MODAFINIL GENERIS 100 mg Comp. MG
(via oral)

Modafinil 

MODIODAL (via oral)

Modafinil 

MODURETIC (via oral)

Amilorida e Hidroclorotiazida 

MOMETASONA MYLAN 1 mg/g Pomada MG
(via oral)

Mometasona 

MORFINA 1% e 2% BRAUN (via epidural, via intramuscular, via intratecal, via intravenosa, via subcutânea)

Morfina  



MORFINA FHC 10 mg/ml Sol. Inj. MG (via epidural, via intratecal, via intravenosa, via subcutânea)

Morfina  

MORFINA FHC 20 mg/ml Sol. Inj. MG (via epidural, via intratecal, via intravenosa, via subcutânea)

Morfina  

MST (via oral)

Morfina  

MUCOSPAS (via oral)

Clenbuterol 

MYDRIASERT (via oftálmica tópica)

Fenilefrina 

NEBIDO (via intramuscular)

Testosterona 

NEBILET (via oral)








Nebivolol 



NEBIVOLOL ACTAVIS 5 mg Comp. MG (via oral)

Nebivolol 

NEBIVOLOL CICLUM 5 mg Comp. MG (via oral)

Nebivolol 

NEBIVOLOL GENERIS 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL GERMED 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL GP 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL LABESFAL 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL MYLAN MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL SANDOZ 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL TEVA 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL TOLIFE 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEBIVOLOL WINTHROP 5 mg Comp. MG (via oral)	
Nebivolol.....	
NEODEXTRIL 40 Glucose (via intravenosa)	
Dextrano 40.....	
NEODEXTRIL 70 Glucose (via intravenosa)	
Dextrano 70.....	
NEODEXTRIL 40 Soro Fisiológico (via intravenosa)	
Dextrano 40.....	
NEODEXTRIL 70 Soro Fisiológico (via intravenosa)	
Dextrano 70.....	
NEORECORMON (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina beta.....	
NEORECORMON Multidose (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina beta.....	
NEO-SINEFRINA (via nasal)	
Fenilefrina.....	 <small>P. N 2011</small>
NEULASTA (via subcutânea)	
Filgrastim	
NEUPOGEN (via intravenosa, via subcutânea)	
Filgrastim	
NILFENE (via intravenosa)	
Fentanilo.....	 <small>RME</small>
NOLVADEX e NOLVADEX D (via oral)	
Tamoxifeno	
NORDITROPIN SIMPLEXx (via subcutânea)	
Somatropina.....	
NOVOMIX 30 Penfill (via subcutânea)	
Insulina.....	
NOVORAPID Penfill (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina.....	
NUTRIBRAUN A-6 (via intravenosa)	
Glicerol	
NUTRIBRAUN A-10 (via intravenosa)	
Glicerol	
NUTROPIN Aq (via subcutânea)	
Somatropina.....	
NYOGEL (via oftálmica tópica)	
Timolol	
NYOLOL 0,25% e 0,50% (via oftálmica tópica)	
Timolol	
OLMETEC PLUS (via oral)	
Hidroclorotiazida	
OLSAR Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
OMEGAVEN FRESENIUS (via intravenosa)	
Glicerol	
ONBRES BREEZHALER (via inalatória)	
Indacaterol	
ONDOLEN FORTE (via oral)	
Espironolactona e Hidroclorotiazida.....	
ONSUDIL (via nasal, via oral)	
Procaterol	
OPTALIDON (via oral, via rectal)	
Cafeína	 <small>P. N 2011</small>
OPTRUMA (via oral)	
Raloxifeno.....	
ORADEXON (via intramuscular, via intravenosa)	
Dexametasona.....	
ORAMORPH Sol. oral 2 mg/ml e 6 mg/ml (via oral)	
Morfina.....	 <small>RME</small>
ORAMORPH Sol. oral 20 mg/ml (via oral)	
Morfina.....	 <small>RME</small>

OSLIF BREEZHALER (via inalatória)	
Indacaterol	
OVITRELLE (via subcutânea)	
Gonadotropina coriônica	 
OXIS TURBOHALER (via inalatória)	
Formoterol	
PANADOL EXTRA (via oral)	
Cafeína	 
PERGOVERIS (via subcutânea)	
Folitropina alfa e Lutropina alfa	 
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA FARMOZ 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA GENERIS 2 + 0,625 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA GENERIS 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA KRKA 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA RATIOPHARM 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TECAZO 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)	
Indapamida	
PETIDINA LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)	
Petidina	 
PHYSIOGLAU 1% e 2% (via oftálmica tópica)	
Carteolol	
PLASMA VOLUME REDIBAG (via intravenosa)	
Hidroxiethylamido	
PREDONIUM (via oral)	
Indapamida	
PREGNYL (via intramuscular, via subcutânea)	
Gonadotropina coriônica	 
PRENT (via oral)	
Acebutolol	
PRETERAX (via oral)	
Indapamida	
PRINZIDE (via oral)	
Hidroclorotiazida	
PRITORPLUS (via oral)	
Hidroclorotiazida	
PROPAVENTE (via oral)	
Salbutamol	
PROVIRON (via oral)	
Mesterolona	
QUINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ALTER 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ROMAZIDE 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAMIPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RAPIFEN (via intravenosa)	
Alfentanilo	 
RASILEZ HCT (via oral)	
Hidroclorotiazida	
RENIDUR (via oral)	
Hidroclorotiazida	

RENIPRIL Plus (via oral)	
Hydrochlorothiazida	
RETACRIT (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina zeta	
RITALINA LA (via oral)	
Metilfenidato	 
ROSILAN (via oral)	
Deflazacorte	
RUBIFEN (via oral)	
Metilfenidato	 
SAIZEN (via intramuscular, via subcutânea)	
Somatropina	
SAIZEN 8 mg click.easy (via subcutânea)	
Somatropina	
SALICYLCAFEÍNA (via oral)	
Cafeína	
SARIDON N (via oral)	
Cafeína	
SCHERIPROCT (via rectal)	
Prednisolona	
SELEGILINA GENERIS 5 mg Comp. MG (via oral)	
Selegilina	
SEVREDOL (via oral)	
Morfina	 
SINERBE (via oral)	
Pseudoefedrina	  
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.	
SINUTAB II (via oral)	
Pseudoefedrina	  
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.	
SOLU-CORTEF (via intramuscular, via intravenosa)	
Hydrocortisona	
SOLU-DACORTINA (via intra-arterial, via intramuscular, via intravenosa)	
Prednisolona	
SOLU-MEDROL (via intramuscular, via intravenosa)	
Metilprednisolona	
SPINEFE (via intravenosa)	
Efedrina	 *
* A efedrina e a metilefedrina são proibidas quando a concentração na urina seja superior a 10 µg/ml	
SUBOXONE (via sublingual)	
Buprenorfina	 
SUBUTEX (via sublingual)	
Buprenorfina	 
SUDAFED (via oral)	
Pseudoefedrina	 *  ** 
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina.	
SUFENTA (via epidural, via intravenosa)	
Sufentanilo	 
SUFENTA Forte (via epidural, via intravenosa)	
Sufentanilo	 
SUPREFACT (via subcutânea)	
Buserrelina	 
SUPREFACT DEPOT 3 Meses (via subcutânea)	
Buserrelina	 
SUSTENON 250 (via intramuscular)	
Testosterona	
SYMBICORT TURBOHALER (via inalatória)	
Formoterol	
SYMBICORT TURBOHALER 320/9 µg (via inalatória)	
Formoterol	
SYNACTHEN Depot (via intramuscular)	
Tetracosactido	
SYNALAR Rectal (via rectal)	
Acetonido de fluocinolona	
TAMOXIFENO FARMOZ 10 e 20 mg Comp. MG (via oral)	
Tamoxifeno	
TAMOXIFENO GENERIS 10 e 20 mg Comp. MG (via oral)	
Tamoxifeno	
TANDIX (via oral)	
Indapamida	
TANDIX L.P. (via oral)	
Indapamida	
TENORETIC e TENORETIC MITE (via oral)	
Atenolol e Clorotalidona	
TENORMIN e TENORMIN MITE (via oral)	
Atenolol	
TESTOGEL (via cutânea)	
Testosterona	
TESTOPATCH (via transdérmica)	
Testosterona	

TESTOVIRON DEPOT (via intramuscular)	
Testosterona	
TEVETEN Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
TIMABAK (via oftálmica tópica)	
Timolol	
TIMOGEL (via oftálmica tópica)	
Timolol	
TIMOGLAU (via oftálmica tópica)	
Timolol	
TIMOLEN Forte (via oftálmica tópica)	
Timolol	
TIMOPTOL (via oftálmica tópica)	
Timolol	
TRANSTEC (via transdérmica)	
Buprenorfina	 
TRIAM TIAZIDA R (via oral)	
Hidroclorotiazida e Triamtereno	
TRIA TEC Composto e TRIATEC Composto Forte (via oral)	
Hidroclorotiazida	
TRIQUISIC (via transdérmica)	
Buprenorfina	 
ULTIVA (via intravenosa)	
Remifentanilo	 
ULTRAPROCT (via rectal)	
Fluocortolona	
VASCASE Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
VASODIPIN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Indapamida	
VENTILAN (via intramuscular, via intravenosa, via oral, via subcutânea)	
Salbutamol	
VENTOLIBER (via oral)	
Clenbuterol	
VIBROCIL (via nasal)	
Fenilefrina	
VISADRON (via oftálmica tópica)	
Fenilefrina	
VOLULYTE (via intravenosa)	
Hidroxiethylamido	
VOLUVEN FRESENIUS (via intravenosa)	
Hidroxiethylamido	
WELLBUTRIN XR (via oral)	
Bupropiom	
XALACOM (via oftálmica tópica)	
Timolol	
XILONIBSA (via perineural)	
Adrenalina	
XILOPAR (via bucofaringea (tópica para a cavidade bucof.))	
Selegilina	
ZESTORETIC (via oral)	
Hidroclorotiazida	
ZOLADEX (via subcutânea)	
Goserrelina	 
ZOLADEX LA (via subcutânea)	
Goserrelina	 
ZOMACTON (via subcutânea)	
Somatropina	
ZYBAN (via oral)	
Bupropiom	

Procedimentos para solicitação de Autorização de Utilização Terapêutica (AUT)

Determinações da Autoridade Antidopagem de Portugal relativamente às normas de solicitação de autorização para a utilização terapêutica de substâncias e métodos proibidos para 2011

1. Todos os Beta-2 agonistas (incluindo ambos os isómeros ópticos quando relevante) são proibidos à excepção do salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas) e do salmeterol, quando administrado por via inalatória de acordo com o regime terapêutico recomendado pelo fabricante.

A presença de salbutamol na urina numa concentração superior a 1000 ng/mL faz presumir que não se trata de um uso terapêutico da substância e será considerada como um resultado analítico positivo a não ser que o(a) praticante desportivo(a) prove, através de um estudo farmacocinético controlado, que o resultado anormal foi a consequência de uma utilização terapêutica de salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas) administrado por via inalatória.

2. A utilização terapêutica de todos os Beta-2 agonistas (excepto o salbutamol e o salmeterol nas condições prevista em 1.) requer uma aprovação de autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas, utilizando o modelo em anexo (anexo AUT, disponível em <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=39&idMenu=7>). O anexo AUT deverá ser acompanhado de um relatório médico, utilizando o modelo em anexo (disponível para o efeito em <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=39&idMenu=7>), que cumpra os seguintes requisitos mínimos:

- 1) Um historial médico completo.
- 2) Um relatório exaustivo do exame clínico, com especial ênfase no sistema respiratório.
- 3) Um relatório de espirometria com medição do Volume Expiratório Forçado em 1 segundo (FEV1).
- 4) Verificando-se uma obstrução das vias respiratórias, a espirometria deverá ser repetida após a inalação de um Beta-2 agonista de curta acção, para demonstrar a reversibilidade da broncoconstrição.
- 5) Na ausência de uma obstrução das vias respiratórias reversível, exige-se um teste de provocação brônquica para determinar a presença de hiperreactividade das vias respiratórias.
- 6) Nome completo, especialidade, endereço (incluindo telefone, e-mail, fax) do(a) médico(a) que realizou o relatório.

A aprovação da autorização de Beta-2 agonistas para tratamento da asma e da broncoconstrição induzida pelo exercício terá uma validade de quatro

anos. O(a) praticante desportivo(o) e o(a) médico(a) deverão obrigatoriamente notificar de imediato a ADoP sobre alguma alteração da terapêutica que eventualmente ocorra durante o período de validade da aprovação.

A utilização terapêutica de salbutamol e de salmeterol nas condições previstas em 1. não necessita de qualquer procedimento junto da ADoP.

Se, para tratamento da asma e da broncoconstrição induzida pelo exercício, o(a) praticante desportivo(a) tiver que utilizar a associação de um Beta-2 agonista que necessita do envio de um anexo AUT com um Beta-2 agonista que não necessita de solicitação de AUT (salbutamol e salmeterol), deve enviar um anexo AUT que inclua a totalidade dos Beta-2 agonistas administrados.

Para os(as) praticantes desportivos(as) asmáticos ou com broncoconstrição induzida pelo exercício com idade igual ou inferior a 16 anos não é necessária uma aprovação pela ADoP de uma autorização de utilização terapêutica. A aprovação será retroactiva em caso de resultado analítico positivo desde que o(a) praticante desportivo(a) apresente um anexo AUT devidamente preenchido, acompanhado do respectivo relatório médico já atrás referido.

Este sistema de aprovação retroactiva não se aplica a praticantes desportivos(as) com idade superior a 16 anos, pelo que caso ocorra um resultado analítico positivo reportado por um laboratório, tal se traduzirá numa violação de uma norma antidopagem, no caso de inexistência de uma autorização de utilização terapêutica.

3. A administração de glucocorticosteróides é proibida por via sistémica (oral, rectal ou por injeção intravenosa ou intramuscular). A sua utilização requer uma aprovação de autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas utilizando o modelo em anexo (anexo AUT, disponível em <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=39&idMenu=7>).

Todas as outras vias de administração (intra-articular/ periarticular/ peritendinosa/ epidural/ por injeção dérmica, por inalação e as preparações tópicas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal) não necessitam de qualquer autorização de utilização terapêutica.

4. Sempre que um(a) médico(a) necessite por razões terapêuticas administrar uma substância e/ou um método proibido a um(a) praticante desportivo(a), deverá previamente enviar à ADoP uma solicitação de utilização terapêutica da substância ou método em causa, utilizando o modelo em anexo (anexo AUT, disponível em <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=39&idMenu=7>), com a maior antecedência possível e nunca menos de trinta dias em relação à data em que prevê vir a necessitar da autorização de utilização terapêutica. A Comissão de AUT da ADoP avaliará o pedido do(a) médico(a) e poderá autorizar a administração da substância e/ou método proibido se os seguintes critérios estiverem presentes:

- o(a) praticante desportivo(a) tenha uma diminuição significativa do seu estado de saúde se a substância e/ou método proibido tiverem que ser suspensos no decurso do tratamento de uma situação patológica aguda ou crónica;
- a utilização terapêutica da substância e/ou método proibido não produza um aumento adicional do rendimento desportivo para além do que é previsto pelo retorno a um normal estado de saúde após o tratamento de uma situação patológica. A utilização de qualquer substância e/ou método proibido para aumentar os níveis endógenos no limite inferior da normalidade de hormonas não é considerada como sendo uma intervenção terapêutica aceitável;

- a inexistência de uma alternativa terapêutica à utilização da substância e/ou do método proibido;
- a necessidade da utilização da substância e/ou método proibido não pode ser a consequência, na totalidade ou em parte, de uma utilização não terapêutica prévia de uma substância ou métodos proibidos no momento da sua utilização, não coberta por uma autorização de utilização terapêutica.

A Comissão de AUT da ADoP tem o direito de solicitar informação clínica suplementar ou a realização de exames complementares de forma a confirmar a necessidade da utilização terapêutica da substância e/ou do método proibido.

A ADoP informará por escrito o(a) médico(a) e o(a) praticante desportivo(a) da sua decisão, não podendo o tratamento ser iniciado antes da ADoP ter proferido a mesma. Caso a utilização terapêutica seja concedida, a Comissão de AUT da ADoP emitirá um certificado de aprovação.

5. Se um(a) médico(a), devido a uma emergência clínica, tiver que administrar uma substância e/ou um método proibido, deverá comunicar esse facto o mais rapidamente possível à ADoP, utilizando o modelo em anexo (anexo AUT, disponível em <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=39&idMenu=7>). A solicitação da utilização terapêutica de uma substância e/ou de um método proibido para aprovação retroactiva só é possível em casos de tratamentos de emergência de situações clínicas agudas ou em situações excepcionais em que não seja possível o envio da solicitação da utilização terapêutica da substância e/ou método proibido antes da realização do controlo de dopagem.
6. A Comissão de AUT da ADoP não aceitará solicitações de autorização de utilização de substâncias e métodos proibidos cujo respectivo anexo AUT apresente o preenchimento incompleto de uma ou de várias secções.
7. O(a) praticante desportivo(a) seleccionado para a realização de um controlo de dopagem é obrigado a declarar ao médico responsável pelo controlo de dopagem (MRCD) todos os medicamentos (qualquer que seja a via de administração) e suplementos nutricionais administrados nos últimos sete dias, incluindo os que foram autorizados pela Comissão de AUT da ADoP. O médico responsável pelo controlo de dopagem registará todos os medicamentos e os suplementos nutricionais declarados pelo(a) praticante desportivo(a) no formulário do controlo antidopagem.
8. Toda a documentação (anexo AUT, relatório médico e outras evidências clínicas) deve ser enviada directamente à ADoP pelo(a) praticante desportivo(a) ou pelo(a) médico(a) assistente através do fax 21 797 75 29, de forma a garantir a confidencialidade e o sigilo médico inerentes às solicitações de autorização de utilização terapêutica. Pelo mesmo motivo, o referido envio nunca deve ser realizado através das federações nacionais ou através das suas associações regionais.
9. A Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica em vigor da Agência Mundial Antidopagem deve ser utilizada para a resolução de qualquer caso omissos às determinações da ADoP descritas nos pontos anteriores.



Pág. 1 de 5
 MOD-ADoP-033
 Rev.: 01

Anexo AUT

Pedido N.º / Application No.: _____

Autorização de utilização terapêutica de Substâncias Proibidas

Modelo para solicitação de utilização terapêutica de substâncias proibidas

Therapeutic Use Exemptions

Por favor preencha o formulário em letras maiúsculas ou à máquina.
 Please complete all sections in capital letters or typing.

1. Informação sobre o Praticante Desportivo / Athlete Information

Apelido / Surname: Nome Próprio / Given Names:

Feminino / Female Masculino / Male

Data de Nascimento / Date of Birth (dd/mm/yy):/..... /

Morada / Address:

Localidade / City: Código Postal / Postcode:..... País / Country:.....

Tel. / Tel.:(Com código internacional / with international code) E-mail:.....

Modalidade / Sport:..... Disciplina-Posição / Discipline-Position:.....

Organização Desportiva Internacional ou Nacional / International or National Sports Organization:

Por favor, assinale o quadrado apropriado / Please mark the appropriate box:

Faço parte do grupo alvo de praticantes desportivos de uma federação internacional / I am part of an International Federation Registered Testing Pool

Faço parte do grupo alvo de praticantes desportivos de uma organização nacional antidopagem / I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool

Participo num evento de uma federação internacional para o qual é requerida uma AUT de acordo com os regulamentos dessa federação internacional¹ / I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required¹
 Nome da Competição / Name of the competition

Nenhuma das acima / None of the above

Se for portador(a) de uma deficiência, indique a deficiência / If athlete with disability, indicate disability:

¹ Recorra à sua federação Internacional para obter a lista dos diferentes eventos / Refer to your International Federation for the list of designated events

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



2. Informação Médica / Medical information

Diagnóstico com a informação médica necessária (ver nota 1)
 Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)

.....

Se existe medicação não contendo Substâncias e Métodos Proibidos para o tratamento da condição médica, forneça justificações clínicas para a não prescrição de terapêuticas alternativas.
 If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

.....

3. Detalhes da Medicação / Medication details

Substância(s) proibida(s) Prohibited substance(s): Designação genérica Generic name	Dose de administração Dose of administration	Via de administração Route of administration	Frequência de administração Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
Duração prevista do tratamento (selecione uma opção) Intended duration of treatment: (Please tick appropriate box)		Administração única <input type="checkbox"/> Once only	Emergência <input type="checkbox"/> Emergency
		Ou duração (semana / mês): Or duration (week / month)	

Já submeteu alguma autorização anteriormente? Sim / Yes Não / No
 Have you submitted any previous TUE application?

Para qual substância? /For which substance?:

Para que entidade submeteu a autorização? / To whom? ADoP / ADOP Outra / Other
 Especifique qual / specify which:.....

Em caso afirmativo quando? / When? Data / date:

Decisão / Decision Aprovada / Approved Não aprovada / Not approved

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



Pág. 3 de 5
 MOD-ADoP-033
 Rev.: 01

4. Declaração do Médico / Medical practitioner's declaration

Eu certifico que o tratamento acima mencionado é clinicamente apropriado e que o uso de medicação alternativa não incluída na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos seria insatisfatório para o tratamento da patologia acima citada:

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Nome / Name:

Especialidade Médica / Medical Specialty:

Morada / Address:

Localidade / City:..... Código Postal / Postcode:..... País / Country:

Tel. / Tel.:..... Fax:..... E-mail:

Assinatura do Médico: Data / Date: ____ / ____ / ____
 Signature of Medical Practitioner

5. Declaração do Praticante Desportivo / Athlete's declaration

Eu / I,

certifico que a informação fornecida no ponto 1 é correcta e que solicito a aprovação do uso de Substâncias ou Métodos incluídos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA. Autorizo a divulgação de informação médica pessoal à ADoP, AMA e à CAUT da AMA (Comité de Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA) bem como a outras organizações antidopagem, nas condições previstas pelo Código Mundial Antidopagem.

Eu tenho conhecimento de que a minha informação será apenas utilizada para avaliar a minha solicitação de AUT e no contexto de eventuais investigações e procedimentos relacionados com uma violação antidopagem. Eu tenho conhecimento de que se pretender (1) obter mais esclarecimentos relativamente ao uso dado à minha informação; (2) exercer o meu direito de acesso e de correcção ou (3) revogar o direito dessas organizações de obter informação relativamente ao meu estado de saúde, devo notificar o meu médico assistente e a ADoP por escrito desse facto. Eu tenho conhecimento e concordo que pode ser necessário reter informação relativa à solicitação de AUT prestada antes de ter revogado o meu consentimento para a única finalidade de estabelecer uma possível violação antidopagem, quando tal for exigido pelo Código Mundial Antidopagem.

Eu tenho conhecimento de que se considerar que a minha informação pessoal não foi usada de acordo com o meu consentimento e com o previsto na Norma Internacional de Protecção da Privacidade e da Informação Pessoal, posso apresentar uma queixa à AMA ou ao TAD.

I certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TEUC's and authorized staff that may have a right to this information under the provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.

Assinatura do Praticante Desportivo / Athlete's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



Pág. 4 de 5
 MOD-ADoP-033
 Rev.: 01

Assinatura do Pai-tutor / Parent's - Guardian's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

(Se o praticante desportivo é um menor de idade ou possui uma incapacidade que o impede de assinar este formulário, o pai ou tutor deve assinar em conjunto com o praticante desportivo ou em nome do praticante desportivo).

(If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

6. Notas / Notes

Nota 1 / Note 1
Diagnóstico / Diagnosis

Devem ser anexadas a esta solicitação evidências que confirmem o diagnóstico. As evidências médicas devem incluir uma história médica detalhada e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagiologia. Cópias de relatórios e cartas originais devem ser anexadas, sempre que possível. As evidências devem ser as mais objectivas possíveis e no caso de patologias não demonstráveis, opiniões médicas independentes suportando o diagnóstico, facilitam a concessão de autorizações.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

Por favor envie o formulário completo à ADoP (fax: 21 797 75 29) e guarde uma cópia.
 Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.

Formulários incompletos não serão aceites.

Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



Pág. 5 de 5
 MOD-ADoP-033
 Rev.: 01

DECLARAÇÃO

NOME:			
FEDERAÇÃO:		MODALIDADE:	

Declaro que, nos termos previstos no Artigo 7.º da Lei n.º 27/99, de 19 de Junho, e da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, fui informado(a) de que:

1. Tendo requerido uma Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias Proibidas (AUT), concordo que os dados pessoais que facultei através do preenchimento do formulário que se anexa, sejam incluídos numa base de dados de Autorização de Utilização terapêutica de Substâncias Proibidas;
2. Caso decida não conceder a autorização para a utilização desses dados pessoais, tal inviabilizará a eventual concessão de AUT;
3. A finalidade do tratamento dos dados pessoais referidos é a elaboração de um registo de AUT, que perante a ocorrência de uma eventual violação de normas antidopagem por uso de uma substância proibida ou de um método proibido, permita verificar se a eventual violação se encontrava a coberto de uma Autorização de utilização terapêutica.
4. Por virtude de compromissos internacionais assumidos pelo Estado Português, os dados e ficheiros pessoais relativos ao controlo de dopagem podem ser cedidos a entidades públicas e privadas que participem na Luta contra a Dopagem no Desporto, desde que para tal, sejam respeitadas as disposições da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, e a entidade ou o País para onde sejam transferidas assegurem um nível de protecção adequado;
5. Os dados recolhidos são conservados apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha;
6. O responsável pelo tratamento dos dados é o Presidente da ADoP;
7. Sempre que necessário, posso consultar e/ou solicitar a rectificação dos meus dados pessoais, devendo para o efeito dirigir o pedido por escrito à ADoP;
8. O *software* aplicativo da base de dados de AUT protege os meus dados pessoais nos termos da legislação aplicável;
9. Estão salvaguardados, nos termos consagrados na Constituição da República Portuguesa, o meu direito à identidade e à integridade da minha vida privada.

Pelo que,

Autorizo a utilização dos meus dados pessoais pela ADoP **exclusivamente** para efeitos de elaboração de um registo de AUT, e eventual cessão a entidades públicas e privadas que participam na Luta contra a Dopagem no Desporto no âmbito de compromissos internacionais assumidos pelo Estado Português.

____/____/____ (Data)	_____ (Assinatura)
--------------------------	-----------------------

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



2. Exame Clínico/ Clinical Examination

(Descrição do exame clínico com especial ênfase no sistema respiratório.) / (A comprehensive report of the clinical examination with specific focus on the respiratory system.)

Horizontal lines for writing the clinical examination report.

3. Anexar relatório de espirometria: com valores absolutos e % prevista de FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, bem como os traçados fluxo-volume; com o resultado da espirometria após inalação de um β2-agonista de curta acção (se relevante); com o resultado do teste de provocação brônquica (se relevante); ou de outros testes espirométricos necessários à confirmação do diagnóstico /

Add annex of report of spirometry: with FEV₁, FVC, FEV₁ / FVC, presented both as an actual and % predicted value, as well as flow volume tracings; the spirometry results after inhalation of a short acting Beta-2 Agonist (if relevant); a bronchial provocation test result (if relevant); or other spirometric tests needed to the confirmation of the diagnostic.

Nome do Médico/ Physician Name: _____

Especialidade / Medical Specialty: _____

Assinatura do Médico/ Physician's Signature: _____

Data / Date: _____

Contactos do Médico/ Physician's Signature:

(Contactos necessários apenas se o médico responsável pelo Relatório for diferente do médico responsável pela solicitação de autorização terapêutica - Anexo II / Needed only if the physician responsible for the Medical Report is not the same that is responsible for the request for the therapeutic use exception - Annex II)

Morada / Address:

.....

Localidade / City: **Código Postal / Postcode:**

País / Country:..... **Tel. / Phone:**

Fax: **E-mail:**.....

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL

As substâncias e métodos proibidos e os seus malefícios orgânicos

AGENTES ANABOLISANTES

A Secção S.1 Agentes Anabolisantes da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem inclui esteróides anabolisantes exógenos e endógenos e outros agentes anabolisantes que não pertencem à família dos esteróides.

Em 1954, correram rumores que halterofilistas da União Soviética utilizavam testosterona para aumentar as suas massas musculares. Os esteróides anabolisantes sintéticos começaram a ser utilizados por altura dos Jogos Olímpicos de Tóquio em 1964 e foram criados com dois objectivos principais: por um lado, aumentar o seu tempo de acção, pois a testosterona tem uma semi-vida muito curta; por outro lado diminuir os indesejáveis efeitos androgénicos da testosterona, preservando ao máximo os seus efeitos anabólicos. No entanto, estes derivados sintéticos são muito tóxicos para o fígado, como por exemplo o estanozolol e a metandienona, e daí as consequências muito nefastas que se podem verificar a nível hepático com a sua administração.

Qualquer esteróide anabolisante tem sempre efeitos anabólicos e androgénicos. Na sua utilização como substâncias proibidas no desporto o seu efeito androgénico é indesejável, pois desenvolve os caracteres sexuais secundários: tem efeitos virilizantes, levando ao aumento e desenvolvimento dos genitais e dos órgãos sexuais acessórios, ao crescimento dos pêlos da face e do corpo e ao desenvolvimento das características masculinas da voz. Pode também originar efeitos feminizantes no homem, com o aparecimento de ginecomastia (aparecimento de seios no homem), pois o excesso de androgénios na circulação sanguínea origina uma aromatização dos mesmos em estrogénios (hormonas sexuais femininas). Os seus efeitos anabólicos (os procurados para a sua utilização com objectivos dopantes) originam um aumento do anabolismo e uma diminuição do catabolismo proteico, um aumento do número de glóbulos vermelhos por aumento da sua produção na medula óssea por estimulação da eritropoietina, um aumento da deposição do cálcio nos ossos e um aumento da velocidade da curva de crescimento, acompanhado de um encerramento precoce das cartilagens de crescimento que pode conduzir ao não atingimento da estatura que estava determinada geneticamente em jovens praticantes. Este encerramento precoce das cartilagens de crescimento está dependente das doses e da duração da administração e deve-se por um lado a uma acção directa dos esteróides anabolisantes nessas cartilagens e, por outro, a uma inibição da produção da hormona de crescimento ao nível da hipófise.

Os agentes anabolisantes podem também ser utilizados para melhorar a capacidade de recuperação muscular. Durante actividades caracterizadas por utilização da actividade excêntrica a nível muscular, ou em actividades prolongadas, verificam-se fenómenos de destruição de células musculares no decurso da fase catabólica que necessitam ser devidamente reparados no período de recuperação, através de uma adequada síntese proteica a nível muscular. Dessa forma, os agentes anabolisantes podem ser utilizados visando incrementar essa síntese.

O ganho de peso após utilização dos esteróides anabolisantes deve-se não só a uma hipertrofia das fibras musculares, mas também a uma retenção de líquidos pelo nosso organismo. Alguns autores afirmam mesmo que o aumento do peso é causado mais por ganho de água muscular do que por hipertrofia das fibras musculares. Os agentes anabolisantes causam igualmente aumento da agressividade, o que pode ser utilizado em alguns desportos de contacto, podendo no entanto pôr em causa a integridade física dos praticantes desportivos. Cenas de agressividade inusitada que acontecem muitas vezes à porta das discotecas e bares podem eventualmente ser devidas ao facto de alguns dos seguranças que aí trabalham serem consumidores de esteróides anabolisantes, daí resultando uma maior agressividade. A relação da agressividade com a ingestão de esteróides anabolisantes tem sido investigada essencialmente no âmbito de estudos realizados a nível da incidência de agressividade familiar entre utilizadores e não utilizadores.

Os esteróides anabolisantes podem também originar diversos efeitos secundários no sistema reprodutivo, tanto no homem como na mulher, motivados por uma diminuição da produção das hormonas hipofisárias LH e FSH. A produção destas hormonas é inibida por um sistema de retrocontrolo negativo a nível do hipotálamo e da hipófise, motivado por elevadas concentrações sanguíneas de esteróides anabolisantes com uma estrutura química semelhante à da testosterona. Quando as doses administradas são diminutas e a duração da administração é curta, estes efeitos são reversíveis traduzindo-se numa diminuição da quantidade de espermatozóides e em alterações da morfologia dos mesmos, causando uma diminuição da sua mobilidade no homem e alterações do ciclo menstrual na mulher. Se as doses administradas forem elevadas e a administração for prolongada no tempo, os efeitos sobre o sistema reprodutivo tornam-se irreversíveis, com o aparecimento de amenorreia (ausência de ciclo menstrual) no sexo feminino e de atrofia testicular no sexo masculino, conduzindo, em ambos os casos, à esterilidade.

A nível do fígado, verificam-se igualmente alguns efeitos secundários, principalmente após a administração de derivados sintéticos. Estes efeitos são reversíveis quando a administração é pouco prolongada, mas podem ser irreversíveis e muito graves em administrações prolongadas, mesmo que descontínuas. Numa fase inicial, existem apenas algumas alterações ao nível de algumas enzimas, como por exemplo transaminases, desidrogenase láctica e creatinofosfoquinase, alterações que são em geral reversíveis após a interrupção da administração. A elevação destas enzimas sem outra causa aparente num indivíduo saudável deverá alertar o médico assistente para a eventual utilização de esteróides anabolisantes. A administração de esteróides anabolisantes pode igualmente conduzir ao aparecimento de icterícia por colestase intra-hepática, que é geralmente reversível. A administração prolongada pode conduzir ao aparecimento de tumores hepáticos (carcinomas hepatocelulares, hepatomas, adenomas, etc.) que geralmente aparecem entre 10 a 20 anos após a administração, dificultando desse modo o estabelecimento de uma relação causa-efeito. O aparecimento de carcinomas hepáticos, décadas depois da utilização de esteróides anabolisantes e quando os praticantes desportivos já não são capa dos jornais, passa desse modo muitas vezes despercebido. A literatura científica descreve dois casos de carcinoma hepático em praticantes desportivos: um que tomou uma grande variedade de esteróides anabolisantes ao longo de 4 anos e outro que tomou oximetolona (100 mg/dia) durante 5 anos. Refira-se que a administração das substâncias não era contínua, mas sim em dois ou três períodos durante o ano. Está descrito igualmente um caso de adenoma hepático-celular num praticante de culturismo que tomou esteróides anabolisantes durante 3 anos, igualmente por ciclos de administração. Os 3 casos citados foram fatais.

Há alguns anos, no decurso de uma comunicação científica na Bulgária, num Seminário sobre Luta contra a Dopagem no Desporto organizado pelo Conselho da Europa, foi referido que a tarefa de educar os jovens em relação aos efeitos secundários dos esteróides anabolisantes era uma tarefa árdua e difícil, pois os jovens não acreditavam geralmente naquilo que se dizia sobre os esteróides anabolisantes. No final da comunicação, o palestrante foi interpelado por uma médica Búlgara que referiu não estar de acordo com essa afirmação pois no seu país era muito fácil um jovem tomar contacto com um ex-praticante desportivo padecendo de uma doença grave e muitas vezes mortal, adquirida muitos anos antes por ter utilizado esteróides anabolisantes, pois na Bulgária a utilização destas substâncias iniciou-se já há muitas décadas.

No homem, podem aparecer igualmente efeitos secundários a nível da próstata, que inicialmente se manifestam através de uma hipertrofia benigna, podendo mais tarde conduzir ao aparecimento de tumores malignos da próstata, por efeito da administração prolongada de esteróides anabolisantes e manifestando-se apenas muitos anos após a administração dessas substâncias.

A literatura científica refere um caso fatal de carcinoma da próstata verificado num praticante desportivo com 40 anos de idade que tomou de uma forma descontinuada esteróides anabolisantes durante 18 anos.

A utilização de esteróides anabolisantes está também relacionada com diversas alterações não só a nível do metabolismo glucídico, mas também a nível do metabolismo lipídico. O uso prolongado de esteróides anabolisantes em praticantes desportivos origina uma diminuição da tolerância à glucose e níveis superiores de insulinémia, após ingestão da mesma, por aumento da resistência periférica à insulina. Verifica-se uma susceptibilidade aumentada para a diabetes *mellitus*, em pessoas predispostas. A nível do metabolismo lipídico, assistimos a uma diminuição dos níveis plasmáticos de HDL (*high density lipoproteins*) e a um aumento dos níveis de LDL (*low density lipoproteins*), conduzindo a uma diminuição da relação HDL/LDL, aumentando desse modo o risco cardiovascular.

Os utilizadores de esteróides anabolisantes têm também uma maior predisposição para o aparecimento de doenças cardiovasculares (AVC, enfartes do miocárdio, arteriopatias dos membros inferiores que podem conduzir à amputação dos mesmos, etc.). Estas doenças aparecem geralmente apenas 10 a 20 anos após a administração, dificultando desse modo o estabelecimento de uma relação causa-efeito. Este maior risco cardiovascular deve-se não só aos efeitos no perfil lipídico que já referimos, mas também a uma maior incidência de hipertensão arterial, por elevação dos níveis plasmáticos de aldosterona.

Larry Pacifi, um famoso halterofilista dos EUA, sofreu um enfarte do miocárdio aos 35 anos, embora apresentasse poucos factores de risco cardiovascular na sua história clínica. Após o enfarte do miocárdio, afirmou que estava convencido de que o uso de esteróides anabolisantes tinha contribuído para a sua doença coronária.

Bob Hazleton, um conhecido praticante de Boxe, sofreu a amputação de ambos os membros inferiores aos 40 anos de idade, não padecendo de Doença de Buerger que representa usualmente a única causa de amputação de causa vascular em jovens adultos. A causa das amputações foi clarificada quando o praticante desportivo confessou ter ingerido doses elevadas de esteróides anabolisantes ao longo da sua carreira desportiva.

Verificam-se também efeitos musculo-tendinosos, com uma maior predisposição para o aparecimento de tendinites e de roturas musculares e tendinosas. As causas parecem ser diversas. Por um lado, os esteróides anabolisantes favorecem um crescimento desproporcionado da massa muscular em relação aos tendões,

favorecendo a primeira. Resultam daí maiores tracções sobre os tendões, que sofrem desse modo micro-traumastimos que podem levar a lesões degenerativas e/ou calcificantes, conduzindo a tendinite ou à rotura do tendão. Por outro lado, a menor resistência dos tendões e dos músculos ao estiramento e a atenuação da dor motivada pelo efeito anti-inflamatório potente dos esteróides anabolisantes podem conduzir a uma maior incidência de lesões musculares e/ou tendinosas.

Os esteróides anabolisantes podem ocasionar igualmente algumas interacções medicamentosas, nomeadamente com anticoagulantes, anti-inflamatórios e anti-diabéticos orais.

HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

Este tipo de substâncias actua no organismo como mensageiros que levam à produção de outras hormonas endógenas, como a testosterona, ou estimulando o crescimento de determinados órgãos e tecidos. Pertencem a este grupo substâncias como a gonadotrofina coriónica, a hormona do crescimento, a eritropoietina, a insulina e diversos factores de crescimento, entre outras.

GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA (hCG)

Esta hormona aumenta a produção de esteróides endógenos e tem um efeito semelhante ao da testosterona. O uso de hCG parece aumentar o volume e a potência muscular em praticantes desportivos que fazem treino de força, por aumento da produção de testosterona pelos testículos. A administração de esteróides anabolisantes conduz, como já se referiu, a uma atrofia testicular com a diminuição da sua função, pelo que os praticantes desportivos que utilizam aqueles esteróides administram esta hormona de forma a tentar repor o funcionamento normal dos testículos.

Os malefícios orgânicos da administração desta hormona podem resultar da produção excessiva de testosterona pelos testículos.

HORMONA DE CRESCIMENTO (hGH)

Esta hormona aumenta linearmente a sua concentração plasmática até ao final da puberdade (quando se verifica uma estabilização do crescimento ósseo). O uso de hGH serve para aumentar a massa muscular e por isso tem um efeito semelhante ao dos esteróides anabolisantes.

No passado, a hormona de crescimento utilizada pelos praticantes desportivos para efeitos de dopagem tinha origem cadavérica, sendo geralmente adquirida no mercado negro. Originava reacções alérgicas que podiam ser graves, visto a sua extracção nos cadáveres originar a sua contaminação com outras proteínas. O aparecimento da hormona de crescimento recombinante sintética levou a que os praticantes desportivos passassem a utilizar preferencialmente este tipo de hormona de crescimento, o que conduziu a uma diminuição dessas reacções alérgicas. Os laboratórios antidopagem possuem actualmente um método para a detecção de hormona de crescimento recombinante no soro, pelo que existem suspeitas de que os praticantes desportivos estejam a recorrer de novo à hormona de crescimento com origem cadavérica, correndo os riscos já referidos.

A hormona de crescimento, quando tomada continuamente, origina gigantismo nas crianças e acromegália nos adultos (situação clínica que se manifesta por crescimento exagerado das extremidades – mãos, pés, lábios e nariz – e de alguns órgãos e por alterações ósseas e da pele). Predispõe igualmente à retenção de líquidos e de sódio, originando uma sobrecarga cardíaca, o aparecimen-

to de diabetes e uma maior incidência de tumores malignos (por ex. leucemias). Este último efeito secundário está bem documentado em estudos realizados em crianças que têm que administrar hormona de crescimento por atrasos de crescimento, onde a incidência de leucemia é superior à verificada em jovens da mesma idade que não fazem esse tratamento.

ERITROPOEITINA (EPO)

Esta hormona aumenta o número de glóbulos vermelhos (eritrócitos) no sangue por estimulação da formação destas células a nível da medula óssea, aumentando desse modo a capacidade de transporte do oxigénio. É principalmente usada em desportos de endurance. Esta substância, que mantém vivos milhões de insuficientes renais em todo o mundo, origina problemas gravíssimos de saúde quando utilizada por indivíduos saudáveis, como é o caso dos praticantes desportivos, dado que já têm habitualmente - devido ao condicionamento pelo treino - um nível mais elevado de glóbulos vermelhos.

A eritropoetina, ao provocar um aumento da viscosidade sanguínea, origina uma predisposição para acidentes vasculares cerebrais, enfartes do miocárdio, insuficiência cardíaca e edema pulmonar agudo, todas situações muito graves que podem conduzir à morte. Pode predispor igualmente o praticante desportivo para a hipertensão arterial e para flebotromboses nos membros inferiores. Estudos realizados em insuficientes renais crónicos, que administram eritropoetina de uma forma continuada para evitar a anemia associada aquela condição patológica, demonstraram que alguns destes pacientes desenvolvem uma aplasia medular para série rubra (diminuição ou ausência da produção de glóbulos vermelhos pela medula óssea) devido à produção de anticorpos anti-eritropoetina, resultando daí a instalação de anemia. Estes anticorpos anti-eritropoetina inactivam a eritropoetina e por isso deixa de se verificar o estímulo produzido habitualmente por esta hormona a nível da medula óssea para a produção de glóbulos vermelhos.

INSULINAS

A insulina é uma hormona produzida no pâncreas e tem um papel muito importante no metabolismo dos glúcidos. A diabetes é originada por um défice de produção de insulina pelo pâncreas ou por uma resistência periférica à mesma. Por isso, os diabéticos tipo II insulino-dependentes têm de administrar esta hormona diariamente. Esta hormona tem um efeito anabolisante e por isso é utilizada por praticantes desportivos que querem aumentar a sua massa muscular ou que querem repor rapidamente os seus níveis de glicogénio muscular após actividades desportivas intensas e prolongadas. Quando administrada sem supervisão médica, pode desencadear hipoglicémias que podem levar à morte em poucos segundos.

FACTORES DE CRESCIMENTO

Os factores de crescimento representam um grupo muito diversificado de factores que potenciam directamente o crescimento de órgãos e tecidos ou servem de mediadores para a estimulação de outros factores de crescimento. Todos os factores de crescimento que afectem a síntese/degradação proteica, a vascularização, a utilização energética, a capacidade regenerativa ou a mudança de tipo de fibra a nível do músculo, do tendão ou dos ligamentos são proibidos no desporto. Estes factores de crescimento desempenham um papel fundamental na ortostasia do corpo humano, mas quando administrados por via exógena podem conduzir a alterações dessa ortostasia, não existindo neste momento estudos científicos longitudinais e canonizados que garantam a segurança da sua administração terapêutica.

BETA-2 AGONISTAS

Os beta-2 agonistas são substâncias habitualmente utilizadas por via inalatória para o tratamento de doenças do foro respiratório, como a asma e a broncoconstrição induzida pelo exercício. Os praticantes desportivos podem solicitar a sua utilização terapêutica à respectiva organização antidopagem. Os praticantes desportivos utilizam estas substâncias porque quando utilizadas por via inalatória em doses supra-terapêuticas ou por via oral têm efeitos anabolisantes e parecem ter igualmente efeitos euforizantes.

Estas substâncias, quando utilizadas em doses supra-terapêuticas, podem originar alterações graves do ritmo cardíaco, com o aparecimento de arritmias, que podem ser fatais. Em indivíduos portadores de doenças cardíacas que predisponham a alterações do ritmo cardíaco, poderão ocorrer arritmias mesmo com a administração de doses terapêuticas destas substâncias. Alguns beta-2 agonistas podem também levar a alterações do metabolismo do potássio e dos glucidos.

ANTAGONISTAS HORMONAIS E MODULADORES

Esta secção integra um conjunto muito diversificado de grupos farmacológicos de antagonistas hormonais e moduladores que têm um efeito anabolisante muito semelhante ao dos agentes anabolisantes. Todas as substâncias que integram este grupo são utilizadas com fins terapêuticos, como por exemplo para o tratamento de doenças cancerígenas e da esterilidade. Quando utilizadas com intuito de aumentar o rendimento desportivo, recorre-se geralmente a doses elevadas, muito acima das doses terapêuticas, pelo que os malefícios orgânicos da sua ingestão advêm dos efeitos secundários destas substâncias.

A miostatina é uma substância que existe no nosso organismo e que modula a síntese das proteínas, nomeadamente a nível muscular, e desse modo a administração de inibidores desta substância faz com que não exista essa modulação, conduzindo a um aumento da síntese das proteínas a nível do músculo e, por isso, a um aumento da massa muscular - com o inerente aumento da força muscular. Esta ausência de modulação da síntese proteica pode conduzir a uma hipertrofia desregulada de determinados órgãos, com os inerentes malefícios orgânicos que daí podem advir.

DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES

Os diuréticos são substâncias que aumentam a formação de urina pelos rins. Em medicina, são usados para controlar a hipertensão arterial, para diminuir edemas ou para combater a insuficiência cardíaca congestiva (doença originada pela falência do coração), entre outras.

A utilização destas substâncias visando estratégias de dopagem pode ser motivada habitualmente por duas razões:

- Reduzir rapidamente o peso corporal em desportos em que há categorias de peso. O boxe, o judo, o halterofilismo e o remo são exemplos destes desportos. No culturismo, os diuréticos são usados como forma de “secar” os músculos, que assim terão melhor aspecto e definição;
- Aumentar a excreção urinária e assim eliminar mais rapidamente eventuais substâncias proibidas que tenham sido utilizadas, obtendo deste modo um efeito mascarante.

Estas substâncias podem ocasionar sérios efeitos secundários, como a ocorrência de graves perturbações do ritmo cardíaco por alterações do metabolismo do potássio que podem conduzir à morte, perturbações do equilíbrio hídrico por perda exagerada de líquidos, que pode ser grave em condições adversas

de arrefecimento orgânico, dando origem a desidratação. Podem também causar alterações no metabolismo glucídico, com tendência para a hiperglicémia, conduzir a níveis elevados de ácido úrico no sangue e provocar alterações no metabolismo do cálcio e sódio que podem predispor os praticantes desportivos a lesões desportivas.

ESTIMULANTES

Os estimulantes são substâncias que têm um efeito directo sobre o sistema nervoso central, aumentando a estimulação do sistema cardíaco e metabólico. Como exemplos de estimulantes utilizados para aumentar o rendimento desportivo temos as anfetaminas, a cocaína e as efedrinas.

Os estimulantes são usados para conseguir os mesmos efeitos da adrenalina, substância que é segregada naturalmente pelo organismo, produzindo excitação, melhorando os reflexos, aumentando a capacidade de tolerância ao esforço físico e diminuindo o limiar da dor.

Os estimulantes psicomotores, como é o caso das anfetaminas e substâncias similares, provocam uma perda de discernimento, o que pode favorecer em certas modalidades a ocorrência de acidentes envolvendo terceiros. Têm sido responsáveis por graves acidentes e mesmo mortes durante a actividade desportiva, pois ao provocarem a supressão da sensação de fadiga retiram ao organismo o seu “termóstato”, fazendo com que o praticante desportivo prossiga o esforço ultrapassando os limites superiores das suas capacidades fisiológicas. Logo após a ingestão de anfetaminas, o praticante desportivo pode apresentar agitação, irritabilidade, euforia, insónias, tonturas, tremores, dores de cabeça e náuseas. Os utilizadores deste tipo de substâncias têm que recorrer muitas vezes à utilização de sedativos, para combater as insónias durante a noite. Como no dia seguinte muitas vezes ainda estão sobre o efeito desses sedativos, têm que tomar estimulantes para poderem treinar ou competir, assistindo-se deste modo a uma alternância entre a administração de estimulantes e sedativos, substâncias que em ambos os casos produzem dependência. Podem ainda apresentar sintomas mais graves, como confusão mental, aumento da agressividade, convulsões, alucinações e delírio. Ao aumentarem a tensão arterial e a frequência cardíaca, os estimulantes podem predispor os praticantes desportivos a crises hipertensivas, colapsos circulatórios e hemorragias cerebrais, que podem conduzir à morte. A sua utilização frequente e continuada pode conduzir a dependência física e psíquica originando sintomatologia quando o praticante desportivo interrompe a sua toma (síndrome de abstinência). Verifica-se assim a viciação nestas substâncias e a necessidade de recorrer a doses cada vez mais elevadas para a obtenção dos mesmos resultados (escalada). Da sua toma prolongada pode também resultar emagrecimento, psicoses e doenças neurológicas.

As anfetaminas, assim como outros estimulantes, inibem não só a capacidade de percepção da fadiga, mas também a capacidade de percepção da dor e do golpe de calor, o que pode causar graves malefícios ao praticante desportivo, chegando mesmo a causar a morte. A administração de uma anfetamina associada a práticas desportivas prolongadas, desenvolvidas em condições atmosféricas caracterizadas por temperaturas elevadas e principalmente por uma humidade relativa elevada, pode ser fatal. Ao inibir os sinais anunciadores de golpe de calor e da desidratação e simultaneamente a capacidade de percepção da fadiga, estas substâncias levam a que o organismo ultrapasse os seus limites fisiológicos e agrave a desidratação sem que o praticante desportivo se dê conta desse facto. Muitas das mortes súbitas em competição por utilização de substâncias proibidas devem-se à ingestão deste tipo de substâncias. Por vezes, os praticantes desportivos iniciam a toma deste tipo de substâncias para aumentar o seu rendimento desportivo em competição, mas ao ficarem depen-

dentos das mesmas passam a tomá-las regularmente de modo a poderem treinar e a desempenhar as suas actividades sociais diárias.

As aminas simpaticomiméticas, como é o caso das efedrinas, fazem parte da constituição de diversos medicamentos utilizados para tratamento de resfriados, constipações e gripes e outras doenças do foro respiratório. Para estas substâncias, a Agência Mundial Antidopagem definiu limites de positividade em termos de concentrações urinárias que estão descritos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos, para que a sua utilização em doses terapêuticas não origine uma violação de uma norma antidopagem.

Em doses supra-terapêuticas, estas substâncias podem provocar dores de cabeça, aumento da ansiedade, alterações do ritmo cardíaco e convulsões. Podem igualmente, em casos mais graves, conduzir a crises hipertensivas, hemorragias cerebrais, enfartes do miocárdio, arritmias cardíacas graves, que podem ser mortais, bem como a alterações psíquicas.

A cocaína é outra das substâncias estimulantes que pode causar a morte em competição, por provocar espasmo das artérias coronárias com o surgimento de enfarte do miocárdio. De resto, os seus efeitos adversos são muito semelhantes aos das anfetaminas, com o surgimento do perigo de viciação, de alterações psíquicas graves, da inibição da percepção de dor e fadiga, de agressividade, entre outros. Quando se verifica num praticante desportivo uma violação de uma norma antidopagem pela utilização de cocaína, verifica-se sempre a dúvida sobre qual foi a origem do problema: se o praticante desportivo iniciou a utilização de cocaína para aumento do seu rendimento desportivo, o que se verifica sobretudo nas modalidades que exigem esforços explosivos momentâneos ou num período muito específico da competição ou se iniciou a administração por motivos de ordem social, adquiriu a dependência e por isso não consegue realizar a sua actividade desportiva sem recorrer a essa substância.

NARCÓTICOS

Os narcóticos proibidos no desporto estão representados pela morfina e compostos químicos e farmacológicos análogos, derivados do ópio. Actuam ao nível do sistema nervoso central, diminuindo a sensação de dor por aumento do limiar da mesma. São por isso utilizados para mascarar a sensação de dor e as manifestações da fadiga.

Estas substâncias podem ocasionar alguns efeitos secundários como náuseas, vômitos, tonturas, prisão de ventre, cólicas abdominais e também originar perturbações mais graves com risco de dependência física e psíquica (viciação), delírio e mesmo a morte por paragem respiratória. Ao inibirem as manifestações da fadiga, podem conduzir a que o praticante desportivo ultrapasse os seus limites fisiológicos, pondo em risco a sua vida.

CANABINÓIDES

Os canabinóides encontram-se descritos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem porque preenchem dois dos três critérios definidos pelo Código Mundial Antidopagem para que uma substância possa ser proibida no desporto: lesam ou têm potencial para lesar a saúde e violam o espírito desportivo. Na grande maioria das modalidades desportivas, a utilização dos canabinóides não preenche o terceiro critério: aumentar, ou ter o potencial para aumentar, o rendimento desportivo. No entanto, em algumas modalidades onde é importante um controlo da ansiedade ou onde é fundamental o aumento da prontidão desportiva, estas substâncias podem na realidade aumentar o rendimento desportivo.

A prontidão desportiva consiste num conjunto de factores necessários para que uma determinada actividade desportiva possa ser realizada. Por exemplo, numa actividade que implica um risco e que por isso conduz a um certo receio por parte do praticante desportivo em relação à sua realização, o uso de canabinóides - ao desinibir o praticante - pode aumentar o rendimento desportivo e simultaneamente aumentar o risco de acidentes.

Estas substâncias interferem com a maior parte das funções psicomotoras, tais como a coordenação de movimentos, tempo de reacção, percepção e acuidade visual, que podem prejudicar o desempenho desportivo e predispor para a lesão desportiva. Nos desportos motorizados, nas actividades subaquáticas, na escalada ou em outras actividades desportivas de risco, estes efeitos secundários podem representar um risco de acidentes graves ou mesmo mortais. Em alguns desportos motorizados, por exemplo, esse risco estende-se a outros competidores, pessoas envolvidas na organização do evento desportivo e ao próprio público. Os canabinóides podem originar igualmente dependência física e psíquica, conduzindo também à possibilidade de utilização futura de drogas sociais mais graves.

GLUCOCORTICOSTERÓIDES

Estas substâncias possuem uma acção anti-inflamatória muito potente e por isso são utilizadas pelos praticantes desportivos para facilitar a recuperação muscular, para mascarar a sensação de dor e para a obtenção de um efeito euforizante. A realização de actividades desportivas de elevada exigência muscular, principalmente quando implicam uma actividade excêntrica dos músculos, conduz a danos ao nível da célula muscular, pondo em causa a recuperação desportiva, especialmente em competições disputadas em dias consecutivos. Neste tipo de actividades, a utilização de glucocorticosteróides, embora possa na realidade combater os fenómenos micro-inflamatórios instalados a nível muscular, mascara a sensação de dor motivada pelos danos a nível da célula muscular, levando a que haja uma falsa sensação de recuperação muscular.

A utilização destas substâncias é proibida no desporto, excepto quando em preparações tópicas, por inalação ou por via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural e intradérmica. Nalguns destes casos, no entanto, é necessária uma notificação à organização antidopagem relevante.

O uso continuado destas substâncias pode ocasionar efeitos adversos graves, como úlceras gastro-duodenais com hipótese de hemorragia digestiva por perfuração, predisposição para a diabetes e para a osteoporose, aparecimento de alterações psíquicas, cataratas, predisposição para o aparecimento do glaucoma e da insuficiência supra-renal.

A insuficiência supra-renal pode levar à morte por défice de resposta do organismo a situações de elevado stress, como uma intervenção cirúrgica ou uma infecção grave. Estudos científicos realizados em praticantes desportivos profissionais demonstraram que cerca de 5 a 6 % deles apresentavam níveis de cortisol no sangue abaixo dos valores considerados normais. Como este facto indicava a possibilidade de existência de uma insuficiência supra-renal, alguns destes praticantes disponibilizaram-se para serem submetidos a uma prova de Synacten® para diagnóstico daquela insuficiência. Em cerca de metade dos praticantes que foram submetidos a essa prova foi diagnosticada insuficiência supra-renal crónica, com o correspondente risco de consequências graves para a saúde já referidas. Esta insuficiência só pode ter resultado de uma administração regular e continuada destas substâncias. No entanto, mesmo a administração pontual desta substância - por exemplo uma dose única de infiltração intra-articular - pode igualmente conduzir à insuficiência supra-renal aguda, si-

tuação que embora seja reversível e por isso limitada no tempo, pode conduzir durante a sua ocorrência a um défice de resposta do organismo a situações de elevado stress.

BETA-BLOQUEANTES

Os beta-bloqueantes são utilizados para o tratamento da hipertensão arterial de situações pós-enfarte do miocárdio.

Os praticantes desportivos podem abusar destas substâncias na tentativa de diminuir a ansiedade e o tremor, melhorando dessa forma o desempenho em actividades de precisão ou que são influenciadas negativamente pela ansiedade. Estas substâncias só são, por isso, proibidas em alguns desportos em particular.

Algumas destas substâncias podem provocar alterações do sono, alucinações e depressão. Em asmáticos e pessoas com problemas da condução cardíaca, podem provocar agravamento da asma ou mesmo paragem cardíaca. Podem igualmente provocar alterações do perfil lipídico, predispondo o praticante desportivo a doenças cardiovasculares, quando a sua utilização é prolongada no tempo. Em praticantes desportivos diabéticos, pode encobrir os sinais de hipoglicemia, conduzindo à morte.

MÉTODOS DE INCREMENTO DO TRANSPORTE DE OXIGÉNIO

Estes métodos podem integrar não só a dopagem sanguínea, onde se incluem as transfusões sanguíneas e os produtos eritrocitários de qualquer origem, mas também todos os métodos que provoquem um incremento artificial da captação, transporte ou libertação de oxigénio, excluindo a administração de oxigénio por via inalatória.

Estes métodos de dopagem podem provocar efeitos adversos nos praticantes desportivos, quer se trate da transfusão do seu próprio sangue (autotransfusão) ou do sangue de outro indivíduo (heterotransfusão). No caso da autotransfusão, o praticante desportivo pode estar predisposto a infecções sanguíneas, embolia gasosa, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e choque. Nas heterotransfusões, para além das situações referidas anteriormente, o praticante desportivo arrisca-se à transmissão da Hepatite B e C e do HIV, assim como à possibilidade de hemólise (destruição brusca dos glóbulos vermelhos por reacções de incompatibilidade A, B, O e Rh). Qualquer uma destas situações pode provocar a morte do praticante desportivo. Estes riscos, embora possam existir em qualquer transfusão sanguínea realizada em ambiente hospitalar, têm um risco acrescido na sua utilização como métodos de dopagem. Esse risco acrescido deve-se ao facto de estas transfusões não serem realizadas em ambiente hospitalar e por pessoal com formação adequada, sendo muitas vezes realizadas em quartos de unidades hoteleiras por pessoas não credenciadas e recorrendo a unidades de sangue que não obedecem aos procedimentos de identificação, conservação e transporte adequados.

Todos os métodos que possam provocar um incremento artificial da captação, transporte ou libertação de oxigénio podem ser extremamente importantes na intervenção em situações patológicas em que haja a necessidade de repor os níveis normais de oxigénio. No entanto, quando utilizados em praticantes desportivos que já possuem uma capacidade de captação, transporte e libertação de oxigénio superior à do cidadão comum, a utilização desses métodos pode conduzir a um aumento da produção de radicais livres de oxigénio.

Os radicais livres de oxigénio são formados a partir deste elemento por adição de um simples electrão e representam substâncias muito malélicas para o nosso or-

ganismo, causando graves lesões orgânicas, com destruição das membranas e proteínas celulares, de estruturas articulares e mesmo a lesão do ADN dos cromossomas, podendo conduzir ao aparecimento de neoplasias e a uma maior predisposição para doenças cardiovasculares.

MANIPULAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA

Estes métodos de dopagem podem representar uma grande diversidade de técnicas que levam à adulteração, ou tentativa de adulteração da integridade das amostras recolhidas no âmbito de um controlo de dopagem. Um exemplo será a utilização de algaliação para substituição da urina, a alteração da urina através da introdução de proteases ou as transfusões intravenosas. As algaliações e as transfusões intravenosas realizadas em praticantes desportivos como método de dopagem são utilizadas geralmente em condições que não respeitam as boas práticas em cuidados de saúde. Por exemplo, muitas vezes são realizadas por pessoal não qualificado, sem condições ideais de assepsia e em locais inapropriados, com todas as consequências nocivas que daí podem advir.

DOPAGEM GENÉTICA

A dopagem genética representa a transferência de células - ou de elementos genéticos - e o uso de agentes farmacológicos ou biológicos que alterem a expressão genética com o intuito de melhorar o rendimento desportivo. Uma série de técnicas de manipulação genética estão neste momento a ser investigadas para o tratamento de múltiplas doenças de difícil tratamento, como por exemplo determinadas distrofias musculares e a doença de Parkinson. Existem rumores de que os praticantes desportivos e outros agentes desportivos tenham solicitado informação sobre estas técnicas com o intuito de melhorarem o seu rendimento desportivo. A utilização da manipulação genética para produção de eritropoietina por células não renais, ou visando o aumento da síntese proteica a nível muscular, são exemplos de técnicas que podem ser, ou vir a ser, utilizadas.

A eficácia da dopagem genética no aumento do rendimento desportivo não está comprovada cientificamente, existindo a possibilidade de os praticantes desportivos serem aliciados para a utilização deste método de dopagem a troco de verbas elevadas, sem que haja a garantia que elas são eficazes e seguras. Antes dos Jogos Olímpicos de Pequim, uma televisão europeia infiltrou um pseudo-praticante desportivo equipado com uma câmara oculta numa clínica chinesa onde alegadamente se utilizavam técnicas de dopagem genética. O director dessa clínica ofereceu ao jornalista a possibilidade de realizar um tratamento com administração intravenosa de células estaminais, visando o aumento do rendimento desportivo, quando se sabe que não há qualquer evidência científica de que essa administração possa conduzir a esse resultado.

A investigação científica sobre estas técnicas tem revelado que mesmo que elas sejam realizadas em meio laboratorial, e por isso em condições ideais, podem resultar em efeitos secundários graves, que serão muito mais sérios se estas técnicas forem realizadas em ambiente não controlado. Por exemplo, são habitualmente utilizados vírus inactivados como meios de transporte do material genético utilizado nestas técnicas, o que em meio não controlado poderá traduzir-se em riscos muito graves para a saúde. A maioria das técnicas de manipulação genética visa a alteração do material genético de células e a estimulação da sua replicação, sem que no entanto existam mecanismos que controlem esses processos. Este facto leva a que em alguns casos se verifique uma maior predisposição para o aparecimento de neoplasias em pessoas submetidas a manipulação genética. O aumento da produção de eritropoietina por células não renais, através da manipulação genética, conduz aos mesmos efeitos secundários da administração da eritropoietina recombinante.

Para além dos efeitos secundários acima descritos e de outros que já foram identificados, existem eventualmente outros que apenas serão identificados no futuro, pois neste momento e devido a tratarem-se de técnicas muito recentes, não existem estudos longitudinais que permitam garantir a segurança de algumas destas técnicas.

Em conclusão, e por tudo aquilo que acima se referiu, não restam dúvidas em relação aos graves malefícios orgânicos que as substâncias proibidas podem provocar nos praticantes desportivos, justificando isto só por si todos os esforços que os organismos internacionais e nacionais fazem para a prevenção da sua utilização.

A divulgação dos malefícios a curto e a longo prazo das substâncias proibidas deve constituir o pilar principal de acções preventivas do combate à dopagem dirigidas a todos os agentes influentes no fenómeno desportivo (praticantes desportivos, treinadores, dirigentes, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, massagistas, etc.).

ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiache, A.E. Surgical treatment of gynecomastia in the body builder. *Plastic and reconstructive surgery* 83:61-66, 1989.

Ajinomoto C., Athletic drink composition containing branched amino acids. *JPN. Kokai Tokkyo Koho*. 58: 165-774, 1983.

Appelby et al. Myocardial infarction, hyperkalaemia and ventricular tachycardia in a young male body builder. *International Journal of Cardiology*, 44(2): 171-174, 1994.

Arcelli E., Il ruolo dell'alimentazione negli sport di forza. *Quad. Tec. Atlet. Leg.*, 1982.

Bagheri S.A., Boyer J.L., Peliosis hepatis associated with androgenic anabolic steroid therapy. *AM. Int. Med.* 81: 610, 1974.

Banadonna R.C., Saccomani M.P., Cabelli C. et al., Effect of insulin on system. Amino acid transport in human skeletal muscle. *J. Clin. Invest.* 91: 514-521, 1993.

Berra B., L'uso di integratori proteici, nella dieta dello sportivo. *Quad. Equipe Enervit*, 2 (suplemento). 57-59., 1988.

Bolding G., Sherr L., Elford J., Use of anabolic steroids and associated health risks among gay men attending London gyms. *Addiction* 97: 195-201, 2002.

Bonnet N., Brunet-Imbault B., Arlettaz A., Horcajada M.N., Collomp K., Benhamou C.L., Courteix D., Alteration of trabecular bone under chronic $\beta 2$ agonists treatment. *Med. Sci Sports Exerc.*, Vol.37,Nº.9, pp. 1493-1501, 2005.

Breda E.Van., Keizer H.A., Kuipers H., Wolffenbuttel B.H.R., Androgenic anabolic steroid use and severe hypothalamic-pituitary dysfunction: a case study. *Int. j. Sports Med.* 24: 195-196, 2003.

Brotherhood J.R., Protein requirements of athletes. *Excel*. 3 (4): 24-25, 1987.

Casadevall N. et al. Pure red-cell aplasia and antierythropoietin antibodies in patients treated with recombinant erythropoietin. *N. Engl. J. Med.* Feb 14;346(7):469-75, 2002.

- Chen Z.D. Growth, exercise, nutrition and fitness in China. In: Shepard R.J., Parizkova J. (Eds): Human Growth, Physical Fitness and Nutrition. Med. Sport Sci. Basel, Karger. Vol 31: 19-32, 1991.
- Chrostowski K., Kozera J., Grucza R.. Medical consequences of anabolic steroids abuse. *Biology of Sport*. Vol.17,n.º2,2000.
- Clark N., Recovering from exhaustive exercise. *Schol. Coach*. 52 (9): 49-50, 1983.
- Cohen J.C., Hickman R., Insulin resistance and diminished glucose tolerance in power lifters ingesting anabolic steroids, *J. Clin. Endoc. Met.* 64: 960-963, 1987.
- Connet G., Lenney W. "Inhaled budesonide and behavioural disturbances", *Lancet*, 338:634-635,1991.
- Conselho da Europa, Carta Europeia contra a dopagem no Desporto, Edição da Direcção Geral dos Desportos 1985.
- Council of Europe, Clean Sport Guide. Advisory Group on Education of the Monitoring Group of the Council of Europe Anti-Doping Convention,1995
- Creach T.M., Rubin A., Evans D.J., Hepatic tumors induced by anabolic steroids in an athlete. *J. Clin. Pat.* 41: 441-443, 1988.
- Cregler, L.L. Substance abuse in sports: the impact of cocaine, alcohol, steroids and other drugs on the heart. In: R.A. Williams (ed). *The athlete and heart disease*. Lippincott Williams and Wilkins, 144-145, 1998.
- Duclos M. "Laboratoire Neurogénétique et stress", INSERM U471. Communication sent on 20/12/2003 by e-mail taken up again in the document T-DO (2004) Inf 5 of the Council of Europe (Results submitted for publication).
- Ferenchick G.S.. Anabolic androgenic steroid abuse and thrombosis – Is there a connection? *Med. Hypoth.* 35(1):27-31, 1991.
- Fogelhom M., Rankinem T., Isokääntä M., Kujala U., Uvsiitupa M.. Growth, dietary intake and trace element status in pubescent athletes and school children. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol. 32, nº. 4: 738-746, 2000.
- Food and Agriculture Organization and World Health Organization (FAO / WHO). Energy and protein requirements (report of a joint FAO / WHO Ad Hoc Expert Committee). World Health Organization Technical Report Series, nº.552, 1973.
- Fortunato R.S., Marassi M.P., Chaves E.A., Nascimento J.H.M., Rosenthal D., Carvalho D.P., Chronic administration of anabolic-androgenic steroid alters murine thyroid function. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol. 38, Nº. 2, pp. 256-261, 2006.
- Goichot B., Wicky C., Grunenberger F., Schlienger J.L. "Exploration de la fonction hypothalamo-hypophysio-surrénalienne au cours et au décours de la corticothérapie : revue critique et données récentes", *Ann. Endocrinol.*, 61(5) :452-458,2000.
- Goldman B., Liver carcinoma in an athlete taking anabolic steroids. *J. Amer. Osteop. Assoc.* 85:56, 1985.
- Guillaume G., Kahn M.F. "Corticothérapie locale et effets systémiques", *Médecins du Sport*, 52: 13-24, 2002.
- Gutai et al. Plasma testosterone, HGH density lipoprotein cholesterol and other lipoprotein fractions – *American Journal of Cardiology*, 48(5):897-902, 1981.
- Häcker R., Hötz G., Fröhner G., Kauke B., Pfeifer H.. The role of nutrition for the improvement in performance of young athletes. In: *Olympic Sport Medicine – Problems and solutions in infant and childhood sport* (Eds: Marcos Becerro J. F., Santoja Gomes R.). Rafael Santoja, 143-158, 1996.

Haffner S.M., Hushwaha R.S., Foster D.M., Studies on the metabolic mechanism of reduce high-density lipoproteins during anabolic-steroid therapy. *Metab.* 32: 413-420, 1983.

Hanania N.A., Chapman K.R., Kesten S. "Adverse effects of inhaled corticosteroids", *Am. J. Med.*, 98:196-208,1995.

Henderson J.T., et al., Androgenic anabolic steroid therapy and hepatocellular carcinoma. *Lancet.* 1: 934, 1972.

Henzen C., Suter A., Lerch E., Urbinelli R., Scorno X.H., Briner V.A. "Suppression and recovery of adrenal response after short-term, high dose glucocorticoid treatment", *Lancet*, 355:542-545,2000.

Hess J.R., Blood substitutes for surgery and trauma: efficacy and toxicity issues. *Biodrugs* 12: 81-90, 1999.

Hickson R.C., Ball K.L., Falduto M.T., Adverse effects of anabolic steroids. *Med. Tox. Adv. Drug. Exp.*4(4) 254-271, 1989.

Horta L.. Carburantes utilizados no esforço físico: lípidos, glúcidos e prótidos. In: *Nutrição no Desporto*. Editorial Caminho, 29-52, 1996.

Hurley B.F. et al., High-density lipoprotein cholesterol in bodybuilders and power lifters: negative effects of androgen use. *J. Amer. Med. Assoc.* 252: 507-513, 1984.

Korkia, P., Stimson, G.V. Indications of prevalence, practice and effects of anabolic steroids use in Great Britain. *Int. J. Sports Med.* 18:557-562, 1997.

Kramhoft M., Solgaard S., Spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon after anabolic steroids. *J. Surg.* 11: 87, 1986.

Lafarge P., Eglhoff M., Marquet P., Chasain A.P., Galen F.X., Habrioux G. "Effets de la dexaméthasone sur les hormones surrénaliennes chez le sujet sain à l'effort", *Science Sports*, 12 :99-114,1997.

Lewis L.D., Cochrane G.M. "Psychosis in a child inhaling budesonide", *Lancet*, ii, 634.1983.

Liow, R.Y., Tavares, S. Bilateral rupture of the quadriceps associated with anaboli steroids. *British Journal of Sports Medicine* 29(2):77-79, 1995.

Malina R., Bouchard C.. Energy and nutritional requirements. In: *Growth, Maturation and Physical Activity*. Human Kinetics, 21: 353-370, 1991.

Marshall J.C., The gut is a potencial trigger of exercise – induced inflamatory responses . *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 76: 479-484, 1998.

Maxwell D.L. "Adverse effects of inhaled corticosteroids", *Biomed. Pharmacother.*,44:4214-27,1990.

McFeem R.B., Caracciom T.R., McGuigan M.A., et al. Dying to be thin: a dinitrophenol related fatality. *Vet. Hum. Toxicol.* 46: 251-254, 2004.

Mecheret R. B., Walder A. A.. Cardiovascular effects of anabolic-andeogenic steroids. *Med.Sci. Sports Exerc.* 27:1252-1262, 1995.

Melia, P., Pipe, A., Greenberg, L. The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clin. J. Sport Med.* 6(1):9-14, 1996.

Meyboon R.H.B. "Budesonide and psychic side effects", *Ann. Intern. Med.*, 109:683,1988.

Millward D.J., Bowtell J.L., Pacy P., Rennie M.J.. Physical activity, protein metabolism and protein requirements. *Proceedings of the nutritinal society*, 53: 223-240, 1994.

- Mognoni P., Il metabolismo proteico durante l'esercizio muscolare. *Quad. Equipe Nervit.*, 2 (suplemento) 60-63, 1988.
- Naunton M., Peterson G.M., Jones G., Griffin G.M., Blease M.D. "Multifaceted educational program increases prescribing of preventive medication for corticosteroid induced osteoporosis", *J. Rheumatol.*, 31 :550-556,2004.
- O'Connor H.. Special needs: Children and adolescents in sport. In: *Clinical Sports Nutrition*. Edited by L. Burke and V. Deakin. McGraw Hill, 16: 390-441, 1994.
- Overly W.L., Dankoff J.A., Wang B.K., Singh U.D., Androgens and hepatocellular carcinoma in an athlete. *An. Int. Med.* 100: 158-159, 1984.
- Parkinson A.B., N.A. Evans., Anabolic Androgenic Steroids: A survey of 500 users. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol. 38, N°. 4, pp. 644-651, 2006.
- Parssinen M., Karila T., Kovanen V., et al. The effect of supraphysiological doses of anabolic androgenic steroids on collagen metabolism. *Int. J. Sports Med.* 26: 259-261, 1993.
- Parssinen M., Seppala. Steroid use and long-term health risks in former athletes. *Sports Med.* 32: 83-94, 2002.
- Piazza P.V., Maccari S., Deminière J.M., Le Moal M., Mormède P., Simon H. "Corticosterone levels determine individual vulnerability to amphetamine self-administration", *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 88:2088-2092,1991.
- Pope H., Katz D.L., Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use: a controlled study of 160 athletes. *Arch. Gen. Psychiatry* 51: 375-382, 1994.
- Pope,H.G., Katz, D.L. Psychiatric effects of anabolic steroids. *Psychiatric Annals* 22:24-49, 1992.
- Pye S.R., Adams K.R., Hasley J.P., Klimiuk P., Knight S.M., Pal B., Selby P.L., Stewart I.M., Swinson D.R., O'Neill T.W. "Frequency and causes of osteoporosis in men", *Rheumatology*,42:810-811,2003.
- Refsum H.E., Gjessing L.R., Stroemme S.B., Changes in plasma amino acid distribution and urine amino acids excretion during prolonged heavy exercise. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 39: 407, 1987.
- Rich J.D., Dickinson BP., Feller A., Pugatch D., Mylonakis E., The infections complications of anabolic-androgenic steroid injection. *Int. J. Sports Med.* 20:563-566, 1999.
- Roberts J.T., Essenhigh D.M., Adenocarcinoma of prostate in 40-year-old body builder. *Lancet.* 2: 742, 1987.
- Schumacher Y.O., Ashenden M., Doping with artificial oxygen carriers. *Sports Med.* 34 (39): 141-50, 2004.
- Shapiro H.. The non-sport use of prohibited anabolic and androgenic substances: Clinical aspects, Council of Europe, Partial Agreement in the Social and Public Healthfield, August, 1998.
- Silvester L.J., Self-perceptions of the acute and long-range effects of anabolic-androgenic steroids, *J. Strength Cond.* 9: 95-98, 1995.
- Sleeper M.M., Kearns C.F., McKeever K.H., Chronic clenbuterol administration negatively alters cardiac function. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol.34, N°.4, pp. 643-650, 2002.
- Stannard J., Bucknell, A.L.. Rupture of triceps tendon associated with steroid injections. *American Journal of Sports Medicine* 21(3):482-485, 1993.

Stone A.M., Stein T., LaFontaine J., et al. Renal vascular effects of stroma and stroma-free hemoglobin. *Surg. Gynecol Obstet.* 1979.

Strauss R.H., Liggett M.T., Lanese R.A., Anabolic steroid use and perceived effects in ten weight – trained women athletes. *J. Amer. Med. Assoc.* 253: 2873,1985.

Street c., Antonio J., Cudlipp D., Androgen use by athletes: A reevaluation of the health risks. *Can. J. Appl. Physiol.* 21(6): 421-440, 1996.

Sweetman S. C.. Martindale. The complete drug reference (33rd Edition). Pharmaceutical Press, 2002.

Sweetman S. C.. Martindale. The complete drug reference (33rd Edition). Pharmaceutical Press, 2002.

United States Departement of Health, Education and Welfare. Dietary intake source data, United States, 1971–1974 (DHEW Publication n°. PHS 79-1221). Washington, DS: U.S. Departement of Health, Education and Welfare, 1979.

Veríssimo M.T. Metabolismo lípidico e exercício físico. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Edição do Autor, 1994.

WADA World Anti-Doping Code, January 2009.

Wakabayashi T., Hayakawa N., Shigematsu T., Infusions containing reduced sugars, amino acids, and electrolytes. *JPN. Kokai Tokkyo Koho.* 30: 523, 1986.

Webb O.L., Laskarzewski P.M., Clueck G.J., Severe depression of high-density lipoprotein cholesterol levels in weight lifters and bodybuilders by self-administered exogenous testosterone and anabolic-androgenic steroids. *Metabolism.* 33: 971-975, 1984.

Williams C.. Nutritional aspects. In: *Handbook of Sports Medicine and Science – Football (Soccer)*. Björn Ekblom (Eds). Blackwell Scientific Publications. 11: 139-157, 1994.

Winkler U.H.. Effects of androgens on haemostasis. *Maturitas.* 24:147-155, 1996.

Wong J., Black P. “Acute adrenal insufficiency associated with high dose inhaled steroids”, *Br. Med. J.*, 304:1415,1992.

Yesalis et al. Anabolic – androgenic steroid use in the United States. *JAMA.* 270:1217-1221, 1993.

Zhous., Murphy J.E., Escobedo J. A., Dwarki V.J.. Adeno–associated virus-mediated delivery of erythropoietin leads to sustained elevation of haematocrit in nonhuman primates. *Gene Therapy*, 5:665-670, 1998.

Suplementos Nutricionais

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Porque é que a utilização de suplementos pelos praticantes desportivos representa um problema?

Em muitos países, a produção de suplementos nutricionais não está adequadamente regulada pelo governo. Isto significa que os ingredientes que compõem o produto poderão não corresponder aos que são mencionados na informação contida na embalagem. Em alguns casos, nas substâncias não declaradas que entram na composição do suplemento, encontram-se substâncias proibidas segundo os regulamentos antidopagem. Estudos demonstraram que pelo menos 20 % dos suplementos destinados a praticantes desportivos à venda no mercado, podem conter substâncias que não estão mencionadas nos rótulos, mas podem dar origem a um caso positivo. Um número considerável de casos positivos tem sido atribuído ao uso de suplementos.

E no caso de o governo ter legislação adequada e devidamente aplicada?

Mesmo nos países onde a indústria de suplementos está correctamente regulada e a lei é devidamente aplicada, a contaminação – que accidental, quer deliberada – pode mesmo assim acontecer.

Qual é a posição da AMA em relação à utilização dos suplementos?

A AMA defende que uma adequada nutrição é muito importante para os praticantes desportivos que competem a nível internacional. A AMA está igualmente muito preocupada com o número de praticantes desportivos que estão interessados em utilizar suplementos, tendo um conhecimento diminuto sobre quais os benefícios que na realidade podem resultar da sua ingestão e do facto de poderem ou não conter substâncias proibidas. Em suma, o facto de um praticante desportivo ter ingerido um suplemento nutricional cuja informação contida no rótulo não era correcta não representa uma forma adequada de defesa no decurso de uma audição de um procedimento disciplinar relativo a um caso positivo. Os praticantes desportivos deverão estar alertados para os perigos da potencial contaminação dos suplementos e dos efeitos do princípio da responsabilidade objectiva.

No ano 2000, a Comissão de Atletas do Comité Olímpico Internacional emitiu uma declaração similar à anterior, que referia: “Desejamos alertar os praticantes desportivos de todo o mundo para o facto de estudos recentes terem demonstrado que os suplementos podem conter drogas, que conduzirão a casos positivos para substâncias que integram a Lista de Substâncias Proibidas. Além disso, nós como Comissão defendemos com veemência que os praticantes desportivos deverão assumir total responsabilidade por todas as drogas que são encontradas no seu organismo devido à utilização de suplementos nutricionais.

O que acontece se um praticante desportivo tem um caso positivo por ingerir um suplemento?

De acordo com a regra da responsabilidade objectiva, os praticantes desportivos são responsáveis por qualquer substância que seja encontrada no seu organismo. É irrelevante a forma como a substância entrou no seu organismo. Se um praticante desportivo tem um caso positivo, o resultado é a desclassificação e uma

possível sanção ou suspensão. Em última análise, os praticantes desportivos são responsáveis por aquilo que ingerem.

E se um praticante desportivo necessita realmente de utilizar um suplemento?

Os praticantes desportivos que acreditam que têm necessidade de utilizar um suplemento devem, antes de mais, consultar um profissional competente, tal como um nutricionista do desporto ou um médico especialista em medicina desportiva, de forma a assegurarem-se que a prescrição desses suplementos é, na realidade, necessária e que não pode ser substituída pela ingestão normal de alimentos. Se os profissionais supracitados aconselharem a utilização de suplementos, eles deverão ser adequados às necessidades dos praticantes desportivos e seguros para a sua saúde, e os praticantes desportivos deverão ingeri-los com conhecimento pleno e aceitação da regra da responsabilidade objectiva.

Em 2003, o Grupo de Trabalho sobre Nutrição do Comité Olímpico Internacional emitiu um documento em relação à sua posição face à utilização de suplementos pelos praticantes desportivos: “Os praticantes desportivos devem ser alertados em relação à utilização indiscriminada de suplementos nutricionais. Os suplementos que forneçam nutrientes essenciais poderão ter um papel importante quando existam restrições na ingestão alimentar ou na diversidade dessa ingestão. Mas a sua utilização visando um adequado aporte nutricional é normalmente apenas uma opção de curto prazo. A utilização de suplementos não compensa as falhas de uma dieta inadequada. Os praticantes desportivos que pretendam utilizar suplementos deverão levar em consideração a sua eficácia, o seu custo, o risco para a saúde e rendimento desportivo, e o seu potencial efeito como causa de um caso positivo.

Que mais deverão saber os praticantes desportivos sobre os suplementos?

A maioria dos produtores de suplementos publicitam efeitos benéficos dos seus produtos, que não estão validados por resultados de investigação científica, e raramente alertam os consumidores para os potenciais efeitos secundários dos mesmos. A indústria dos suplementos tem, como qualquer indústria, objectivos comerciais e desse modo os praticantes desportivos deverão receber o apoio necessário de forma a poderem distinguir as estratégias comerciais da realidade dos factos. Se os praticantes desportivos decidirem utilizar um suplemento, são aconselhados a adquirirem produtos de empresas que tenham uma boa reputação no mercado e utilizem boas práticas de produção, como por exemplo grandes empresas farmacêuticas multi-nacionais. Os praticantes desportivos podem contactar os produtores para obtenção de informação suplementar ou de preferência deverão solicitar ao seu médico para os contactar em seu nome. Como alertas em geral:

- » Suplementos que publicitam propriedades de “aumentar a massa muscular” ou de “queimar gordura” têm maior risco de conterem substâncias proibidas, tais como agentes anabolisantes ou estimulantes.
- » As designações “produto herbanário” e “natural” não significam necessariamente que o produto é seguro.
- » As seguintes substâncias são exemplos de substâncias proibidas que podem estar em suplementos nutricionais:
 - » Dehidroepiandrosterona (“DEHA”);
 - » Androstenediona/Androstenediol (e variações incluindo “19” e “nor”);

- » Efedrina;
- » Anfetamina(s) (também existentes em drogas sociais como o “ecstasy”).
- » As vitaminas e os minerais não são proibidos, mas os praticantes desportivos são aconselhados a utilizarem produtos de empresas reputadas e a evitarem produtos que associem vitaminas e minerais a outras substâncias.
- » O mercado negro e os produtos não rotulados deverão representar um cuidado particular; os praticantes desportivos não deverão usar nada que tenha uma origem desconhecida mesmo que venha de um treinador ou de um praticante desportivo amigo.
- » Ao comprar suplementos através da internet, os praticantes desportivos deverão evitar empresas que não fornecem o seu endereço comercial, para além de uma caixa postal, ou só forneçam contactos que previnam a sua localização, tal como um endereço electrónico.

Nota – mesmo se um praticante desportivo seguir estes alertas, não há garantia que a toma de um suplemento não possa resultar num caso positivo.

O que está a ser feito para minimizar os problemas causados pela utilização de suplementos?

A AMA, em cooperação com o *Canadian Centre for Ethics in Sport*, o *Canadian Olympic Committee* e o *Sport Canada*, organizaram recentemente em Montreal um simpósio para debater as consequências do uso e abuso de suplementos nutricionais por praticantes desportivos. Os participantes de organizações do desporto, das agências nacionais antidopagem, das áreas médica e científica, da indústria e dos governos em conjunto com praticantes desportivos de elite e treinadores discutiram e realizaram recomendações específicas para acções a desenvolver a curto, médio e longo prazo. Essas recomendações incluem:

- » Acordo em relação a uma definição comum de suplementos nutricionais;
- » Implementação de um programa coordenado de investigação, para identificar quais os suplementos que estão a ser utilizados pelos praticantes desportivos e porque razões;
- » Estabelecimento de uma base de dados sobre todos os suplementos existentes no mercado, para assegurar o acesso a toda a informação disponível e segura sobre esses produtos;
- » Considerar a possibilidade de existência de um programa de auto-regulação visando o incremento da qualidade, a minimização da contaminação e a garantia de uma rotulagem adequada. Normas rigorosas e a realização de auditorias e controlos independentes por terceiros são aspectos importantes desse programa;
- » Publicação pelos governos de regulamentos apropriados destinados à indústria, de modo a garantir as suas responsabilidades em termos de saúde pública, para a protecção dos consumidores, e de educação;
- » Organização de um simpósio, de forma a assegurar que as recomendações foram concretizadas e para a coordenação de acções interventivas.

Informações sobre o simpósio e sobre as recomendações para acção podem ser encontradas no sítio da AMA na internet em www.wada-ama.org

Links para Sítios Relevantes

NACIONAIS

Instituto do Desporto de Portugal, I.P.

www.idesporto.pt

Secretaria de Estado da Juventude e do Desporto

www.sejd.gov.pt

Comité Olímpico de Portugal

www.comiteolimpicoportugal.pt

Comité Paralímpico de Portugal

www.comiteparalimpicoportugal.pt

Confederação do Desporto de Portugal

www.cdp.pt

Revista de Medicina Desportiva *informa*

www.revdesportiva.pt

Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva

www.spmd.pt

INTERNACIONAIS

Agência Mundial Antidopagem

www.wada-ama.org

Conselho da Europa (antidopagem)

www.coe.int/t/dg4/sport/Doping/Default_en.asp

UNESCO (antidopagem)

www.unesco.org/en/antidoping

Comité Olímpico Internacional

www.olympic.org

Glossário contendo algumas definições do Código Mundial Antidopagem

ADAMS: O Sistema de Administração e Gestão Antidopagem (*Anti-Doping Administration and Management System*) é uma base de dados sediada na Internet destinada ao registo, armazenamento, partilha e comunicação de dados relativos à luta contra a dopagem, que se destina a apoiar as partes interessadas e a Agência Mundial Antidopagem (AMA) nas suas actividades antidopagem, no respeito da legislação relativa à protecção de dados.

ADULTERAÇÃO: Modificar com um fim impróprio ou de uma forma imprópria, interferir indevidamente, obstruir, iludir ou ter uma conduta fraudulenta para alterar resultados ou impedir que os procedimentos normais ocorram; ou fornecer informação fraudulenta a uma organização antidopagem.

AMA: A Agência Mundial Antidopagem.

AMOSTRA OU ESPÉCIMEN: Qualquer material biológico recolhido para efeitos de controlo de dopagem.

CADEIA DE CUSTÓDIA: A sequência de pessoas ou organizações que têm a responsabilidade pela amostra desde a sua colheita até à sua recepção para análise.

CÓDIGO: O Código Mundial Antidopagem.

COMITÉ OLÍMPICO NACIONAL (CON): A organização reconhecida pelo Comité Olímpico Internacional. A expressão Comité Olímpico Nacional deverá também abranger a Confederação Nacional do Desporto naqueles países em que a Confederação Nacional do Desporto assume responsabilidades relativas à área da Luta Contra a Dopagem que tipicamente competem ao Comité Olímpico Nacional.

COMPETIÇÃO: Uma corrida, jogo, partida ou competição desportiva. Por exemplo, um jogo de basquetebol ou a final olímpica dos 100 metros no atletismo. Para corridas por etapas e para outras competições atléticas em que os prémios sejam atribuídos numa base diária ou de uma outra forma específica, a distinção entre “competição” e “evento” será a resultante da regulamentação da federação internacional respectiva.

CONSEQUÊNCIAS DE UMA VIOLAÇÃO DE UMA NORMA ANTIDOPAGEM: A violação de uma norma antidopagem por um praticante desportivo ou por outra pessoa pode resultar numa, ou mais, das seguintes consequências: (a) Desqualificação: significa que são invalidados os resultados obtidos por um praticante desportivo numa dada competição ou evento, com todas as correspondentes consequências, incluindo a cassação de medalhas, pontos ou prémios; (b) Suspensão: significa que o praticante desportivo, ou uma outra pessoa, é impedido por um determinado período de tempo de participar em qualquer competição ou outra actividade ou de receber financiamento, de acordo com o estabelecido no Artigo 10.9 do Código Mundial Antidopagem; e (c) Suspensão Provisória:

significa que o praticante desportivo, ou uma outra Pessoa, é impedido temporariamente de participar em qualquer competição até à decisão final de um procedimento realizado ao abrigo do Artigo 8 do Código Mundial Antidopagem (Direito a uma Audição Justa).

CONTROLO DE DOPAGEM: Todas as etapas e processos, desde o planeamento dos controlos à última decisão sobre um recurso, incluindo todos os passos intermédios, tais como a informação sobre a localização, a colheita e processamento das amostras, as análises laboratoriais, as autorizações de utilização terapêutica, a gestão de resultados e as audições.

CONTROLO DIRIGIDO: Selecção de praticantes desportivos para controlo em que praticantes desportivos específicos ou grupos de praticantes desportivos são, num dado momento, seleccionados numa base não aleatória para controlo.

DENSIDADE URINÁRIA ADEQUADA PARA ANÁLISE: Densidade Urinária de valor igual ou superior a 1.005 se medida com um refractómetro, ou igual ou superior a 1.010 se medida com tiras.

DESPORTO DE EQUIPAS: Um desporto em que a substituição de jogadores é permitida durante a Competição.

EM COMPETIÇÃO: Excepto quando assim determinado pela regulamentação de uma federação internacional ou da organização nacional antidopagem relevante, “Em competição” corresponde ao período que se inicia doze horas antes do início de uma competição em que o praticante desportivo está inscrito e que termina com o final dessa competição e do procedimento de recolha de amostras relativo a essa competição.

ESCOLTA: Uma pessoa que é treinada e autorizada pela organização antidopagem para executar uma função específica, incluindo uma ou mais das seguintes: notificação do praticante desportivo seleccionado para o controlo de dopagem; acompanhamento e observação do praticante desportivo até à chegada à estação de controlo de dopagem; e/ou testemunhar e verificar a emissão da amostra, quando o seu treino o(a) qualifique para o fazer.

ESTAÇÃO DE CONTROLO DE DOPAGEM: O local onde a sessão de colheita de amostras irá ser realizada.

EVENTO: Uma série de competições individuais realizadas em conjunto sob a égide de um organismo regulamentador (por exemplo, os Jogos Olímpicos, o Campeonato Mundial da FINA ou os Jogos Pan-Americanos).

EVENTO INTERNACIONAL: Um evento em que o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paraolímpico Internacional, uma organização responsável pela realização de grandes eventos internacionais, ou outra organização desportiva internacional, regulamentam o evento ou para ele nomeiam representantes oficiais.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL: Uma organização internacional não governamental que rege um ou mais desportos a nível mundial.

FEDERAÇÃO NACIONAL: Uma organização nacional não governamental que rege um ou mais desportos a nível nacional.

FORA DE COMPETIÇÃO: Qualquer controlo de dopagem que não seja realizado em competição.

GRUPO ALVO DE PRATICANTES DESPORTIVOS: Grupo de praticantes desportivos de alto nível competitivo estabelecido separadamente por cada federação

internacional e pela organização nacional antidopagem respectiva, que são submetidos a controlos de dopagem quer em competição quer fora de competição como parte do planeamento prévio de controlos, quer da federação internacional, quer da organização nacional antidopagem. Cada federação internacional deverá publicar uma lista que identifique quais os praticantes desportivos que pertencem ao Grupo Alvo de Praticantes Desportivos, seja pelo respectivo nome, seja recorrendo a outros critérios específicos e bem definidos.

LISTA DE SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS: A Lista que identifica as Substâncias Proibidas e os Métodos Proibidos.

MÉDICOS RESPONSÁVEIS PELO CONTROLO DE DOPAGEM (MRCD): ver Oficial do Controlo de Dopagem (OCD).

MENOR: Uma pessoa física que não atingiu ainda a idade de maioridade, de acordo com o estabelecido nas leis respectivas do seu país de residência.

NORMA INTERNACIONAL: Uma norma adoptada pela AMA na prossecução dos objectivos do Código Mundial Antidopagem. A conformidade com uma norma internacional (em oposição a uma norma alternativa, prática ou procedimento) será suficiente para permitir concluir que os procedimentos definidos na norma internacional foram realizados adequadamente. A norma internacional deverá incluir quaisquer documentos técnicos resultantes da norma internacional.

OFICIAL DO CONTROLO DE DOPAGEM (OCD): Um oficial que é treinado e autorizado pela organização antidopagem, com a responsabilidade por esta delegada, para ser o responsável no local pela gestão de uma sessão de recolha de amostras. Em Portugal, esta responsabilidade é atribuída pela ADoP exclusivamente a médicos, que se designam por Médicos Responsáveis pelo Controlo de Dopagem” (MRCD).

ORGANIZAÇÃO ANTIDOPAGEM: Uma organização que é responsável pela adopção de regulamentos visando iniciar e implementar qualquer fase do controlo de dopagem. Incluem-se, por exemplo, o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paralímpico Internacional, outras organizações responsáveis pela realização de grandes eventos internacionais que implementem controlos nesses eventos, a AMA, as federações Internacionais e as organizações nacionais antidopagem.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL ANTIDOPAGEM: A entidade designada por cada país como sendo a principal autoridade e a principal responsável pela adopção e implementação da regulamentação antidopagem, pela recolha das amostras, pela gestão dos resultados e pela audição das partes, a nível nacional. Incluem-se as entidades que possam ter sido designadas por um conjunto de países para operar como organização antidopagem regional para esse conjunto de países. Caso nenhuma entidade tenha sido designada para o efeito num dado país pelas competentes autoridades públicas, a entidade responsável será o Comité Olímpico Nacional do país em causa ou uma entidade por este designada.

PRATICANTE DESPORTIVO: Qualquer pessoa que participe no desporto de nível internacional (de acordo com o definido por cada federação internacional), de nível nacional (de acordo com o definido por cada organização nacional antidopagem, incluindo, nomeadamente, os praticantes desportivos registados no respectivo Grupo Alvo de Praticantes Desportivos), qualquer outro praticante desportivo que esteja de algum modo sujeito à jurisdição de qualquer signatário do Código Mundial Antidopagem ou de outra organização desportiva sujeita ao Código. Todas as disposições do Código, incluindo, por exemplo, as relativas ao controlo ou a autorizações de utilização terapêutica, são de aplicação obrigatória aos praticantes desportivos de nível internacional ou nacional. As organizações nacionais antidopagem podem seleccionar para controlo, e aplicar a regu-

lamentação antidopagem, a eventos de carácter recreativo ou de veteranos, por exemplo, em que os participantes não sejam praticantes desportivos habituais.

PRATICANTE DESPORTIVO DE NÍVEL INTERNACIONAL: Praticantes desportivos reconhecidos por uma ou mais federações internacionais como estando registados no respectivo Grupo Alvo de Praticantes Desportivos.

PROGRAMA DE OBSERVAÇÃO INDEPENDENTE: Uma equipa de observadores, sob a supervisão da AMA, que observa e pode emitir directivas relativamente ao procedimento do controlo de dopagem em determinados eventos e elaborar relatórios relativamente às suas observações.

RESULTADO ANALÍTICO POSITIVO: O relatório de um laboratório ou de outra entidade reconhecida pela AMA que, sendo consistente com a Norma Internacional para Laboratórios e com os respectivos documentos técnicos, identifica numa amostra a presença de uma substância proibida, dos seus metabolitos ou dos seus marcadores (incluindo quantidades elevadas de substâncias endógenas), ou que faz prova da utilização de um método proibido.

RESULTADO ATÍPICO: O relatório de um laboratório ou de outra entidade reconhecida pela AMA que requer uma investigação complementar, de acordo com o estabelecido na Norma Internacional para Laboratórios e com os respectivos documentos técnicos, antes de se poder declarar um resultado analítico positivo.

SELECÇÃO ALEATÓRIA: Selecção de praticantes desportivos para controlo quando não se trate de controlos dirigidos. A selecção aleatória pode ser: completamente aleatória (quando não se recorre a qualquer critério pré-determinado, e os praticantes desportivos são escolhidos arbitrariamente de uma lista ou de um grupo de nomes de praticantes desportivos); ou ponderada (quando os praticantes desportivos são classificados segundo um critério pré-determinado de forma a aumentar ou diminuir as suas hipóteses de ser seleccionado).

SEM AVISO PRÉVIO: Um controlo de dopagem que ocorre sem aviso prévio ao praticante desportivo e em que o praticante desportivo é acompanhado em permanência desde o momento da notificação até à recolha da amostra.

SUSPENSÃO: Ver “Consequências de uma Violação de uma Norma Antidopagem”.

SUSPENSÃO PROVISÓRIA: Ver “Consequências de uma Violação de uma Norma Antidopagem”.

SESSÃO DE COLHEITA DE AMOSTRAS: Todo o procedimento sequencial que envolve directamente o praticante desportivo desde que é notificado até que o praticante desportivo abandona a Estação de Controlo de Dopagem após ter fornecido a sua amostra(s).