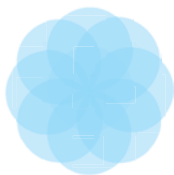


2013

GUIA PRÁTICO

SOBRE A LUTA

CONTRA A DOPAGEM



JUNTOS
será+fácil



Autoridade Antidopagem de Portugal
Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem



GUIA PRÁTICO

SOBRE A LUTA

CONTRA A DOPAGEM

COM A COLABORAÇÃO

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

©Copyright, 2013 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: 978-972-8053-59-8

UBM Medica Portugal

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

Tel: 217 990 760 • Fax: 217 990 769

geral@simposium.pt • www.simposium.pt

Introdução pelo Sr. Secretário de Estado do Desporto e Juventude	5
A luta contra a dopagem no desporto	9
Programa Mundial Antidopagem	9
Programa Nacional Antidopagem	10
Sistema de Localização do Praticante Desportivo	10
Procedimentos de recolha de amostras de urina e de sangue no âmbito de controlos de dopagem	17
Procedimentos analíticos	20
Gestão de resultados	21
O Passaporte Biológico	23
Informação e Educação	28
Legislação Portuguesa relativa à Luta contra a Dopagem no Desporto (Descrição dos títulos dos diversos capítulos e artigos, com transcrição integral dos mais relevantes)	29
Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem versão 2013	59
Código Mundial Antidopagem	59
Programa de Monitorização 2013	65
Sumário das principais alterações e Notas explanatórias	66
Perguntas e Respostas	69
Substâncias Proibidas e Grupos Farmacológicos	71
Especialidades Farmacêuticas Proibidas por Substância Ativa	75
Especialidades Farmacêuticas incluídas no Programa de Monitorização da Agência Mundial Antidopagem para 2013	95
Especialidades Farmacêuticas Proibidas por Nome Comercial	99
Procedimentos para solicitação de Autorização de Utilização Terapêutica (AUT)	117
As substâncias e métodos proibidos e os seus malefícios orgânicos	127
Suplementos nutricionais	141
Links para Sítios relevantes	144
Glossário	145

GUIA PRÁTICO SOBRE A LUTA CONTRA A DOPAGEM NO DESPORTO

Introdução pelo Sr. Secretário de Estado do Desporto e Juventude

O Desporto é sem dúvida uma das mais belas realizações humanas. Sem prejuízo, e como é próprio da natureza humana, também aqui ocorrem perversões que prejudicam a nobreza e a integridade de tal realização, neste caso o doping.

Por dopagem, entenda-se, o aumento, artificial do rendimento desportivo atentando contra a saúde individual, os valores éticos e a saúde pública. Importa cuidar da integridade desportiva bem como da própria integridade física e moral dos atores principais deste fenómeno planetário, no fundo, pela ética no desporto.

O XIX Governo constitucional, ciente das suas responsabilidades morais, cívicas e constitucionais, cedo elegeu esta como uma das matérias fundamentais, conforme resulta bem patente do seu Programa de Governo, nas suas Grandes Opções do Plano (GOP) e traduzidas, de imediato, na prática, quer pela implementação do Plano Nacional da Ética no Desporto, a 27 de fevereiro de 2012 quer pela designação desse ano (2012), o Ano Nacional da Ética no Desporto.

Recentemente – e devido ao doping – foram escritas algumas das mais negras páginas do desporto mundial. A vergonha, a batota, o arrependimento mas acima de tudo a fraude contribuiu para o descrédito de muitos agentes desportivos.

Um infeliz exemplo para as crianças e os jovens mais ainda numa área considerada, frequentemente, como uma “escola de virtudes”. Mas também, porventura, um alerta vital para que o público em geral, e os amantes do desporto em particular, possam melhor entender essa absoluta necessidade de encarar a luta antidopagem como máxima prioridade.

A Agência Mundial Antidopagem instituiu o Programa Mundial Antidopagem que tem no Programa Nacional português um competente aplicador, implementado pela Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP) que adoptou uma designação simbólica mas muito assertiva: “Juntos será mais fácil”.

Um instrumento fundamental nesta cruzada contra o doping foi a atualização da Lei n.º 27/2009, de 19 de junho, que estabeleceu o

regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto entre 2009 e 2012, conformando-o com as alterações introduzidas no Código Mundial Antidopagem (CMA) originando a Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, que aprova a Lei Antidopagem no desporto.

Esta ação, desencadeada já pelo XIX Governo, permitiu a conformação do ordenamento jurídico nacional com os postulados daquele Código, ação imperativa e que se arrastava desde 2009, colocando Portugal na iminência de perda da acreditação do seu Laboratório de Análises de Dopagem (LAD).

Tornou-se, pois, fundamental promover a atualização destes diplomas e a sua conformação com os desenvolvimentos daquele documento orientador – o CMA – para que continuassem a representar instrumentos válidos e efetivos no combate a um dos principais atentados à verdade desportiva – o Doping.

Depois de um trabalho exigente de muitos meses, em articulação com as Federações Desportivas, é hoje possível afirmar que se virou uma página na luta contra a dopagem em Portugal, uma vez que se concluiu, já em 2013, a conformação integral com o CMA, ou seja, de todo o regime jurídico nacional e dos respetivos regulamentos federativos antidopagem.

Com efeito, um dos marcos na luta contra a dopagem no Desporto foi a elaboração, adopção e implementação do Código da Agência Mundial Antidopagem. Esta integração, agora completada com êxito, no ordenamento jurídico nacional, de normas antidopagem harmonizadas, representa uma das conquistas mais significativas na luta contra a dopagem.

Portugal, recorde-se, foi um dos países que, na 33.ª sessão da Conferência Geral da UNESCO em 19 de Outubro de 2005, aprovou a Convenção Internacional contra a Dopagem no Desporto, transposta para o ordenamento jurídico português através do Decreto n.º 4-A/2007, de 20 de março

Mesmo antes deste importante marco normativo Portugal assumira uma posição de destaque no panorama mundial em sede de combate antidopagem. E desde então essa posição tem-se reforçado, sendo que este Governo, designadamente com a produção legislativa que se exigia e com o apoio intenso à Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP) e ao Laboratório Antidopagem, tudo tem feito para que Portugal continue na linha da frente.

De igual modo, assume importância a abordagem pedagógica aos assuntos da dopagem. Nesse sentido, um pequeno “Guia” como o

presente, em jeito de “livro de bolso” – formato prático de manuseamento e redigido de forma compreensível – surge visando fornecer a todos os agentes desportivos informação sistematizada e atualizada, de narrativa simples e estruturada sobre os principais mecanismos e instrumentos de combate à dopagem.

Aqui podemos aceder a informações sobre o enquadramento nacional e internacional sobre os Programas de luta contra a dopagem, a organização e funcionamento dos organismos de apoio, designadamente a Agência Mundial Antidopagem e a ADoP. Acrescem os contornos do programa nacional implementado e levado a cabo por esta autoridade através da Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem, para além de aspetos determinantes dos processos de recolha de amostras, resultantes dos controlos e do funcionamento laboratorial em sede do Laboratório de Análises de Dopagem (LAD), mas, acima de tudo a lista de substâncias proibidas.

O Guia Prático sobre a Luta Contra a Dopagem elenca, ainda, informações sobre outros “international standards” que também fazem parte do Código Mundial Antidopagem, a saber: as autorizações de utilização terapêutica, sistema de localização do praticante desportivo, o passaporte biológico, programa de monitorização, procedimentos, suplementos nutricionais e, porque se trata de um comportamento, o Guia discorre sobre uma dimensão do problema e uma via profiláctica incontornável: a educação e sensibilização.

Trata-se de um manual instrutivo, formativo para todos os que operam no Desporto, nomeadamente para praticantes desportivos, treinadores, médicos e pessoal de apoio, e dirigentes.

Uma palavra final é devida, de apreço, a todos que, quer a título individual, com o seu contributo técnico ou especializado, quer no seio de entidades, colaboraram com a ADoP no desenvolvimento da luta contra a dopagem em Portugal e, em especial à ADoP, pelo nível de rigor, profundidade, eficiência mas, acima de tudo, pelo profissionalismo e pela responsabilidade que confere ao Programa Nacional Antidopagem e à campanha “Juntos será + Fácil”.

Lisboa, Junho de 2013

Emídio Guerreiro

Secretário de Estado do Desporto e Juventude

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 redação, 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 atividade dos laboratórios antidopagem, as autorizações de utilização terapêutica, a Lista de Substâncias e Métodos Proibidos e a proteção da privacidade e da informação pessoal dos praticantes desportivos. Esta harmonização teve como objetivo 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 violações de normas antidopagem.

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 adoção 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 poder 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 preliminares, a versão revista do Código foi adotada 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. Esta versão revista do Código entrou em vigor em 1 de janeiro de 2009.

Essa revisão do Código traduziu-se na disponibilização de uma ferramenta ainda mais forte, eficaz e flexível, que assegura a todos os praticantes desportivos que podem beneficiar dos mesmos direitos no que diz respeito à luta contra a dopagem, 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.

Está atualmente a decorrer um novo processo de revisão do Código, cuja redação será aprovada na 4.^a Conferência Mundial sobre Dopagem, que decorrerá em Joanesburgo no final de 2013. Esta nova versão do Código entrará em vigor no dia 1 de janeiro de 2015.

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, em que são englobadas as ações de controlo de dopagem a realizar em competição e fora de competição para todas as modalidades desportivas incluídas no PNA desse ano.

O objetivo do PNA é planear e implementar uma distribuição isenta e racional de controlos de dopagem. As ações de controlo de dopagem têm por objeto as modalidades desportivas organizadas no âmbito das federações nacionais titulares do estatuto de utilidade pública desportiva (UPD) ou outras entidades, estas, 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 respetivo 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 no ano transato, bem como um fator 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 respetivo Grupo Alvo, foram criados pelo artigo 7.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de junho, e regulados pelos artigos 4.º a 10.º da Portaria n.º 1123/2009, de 1 de outubro, diplomas entretanto substituídos pela Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, e pela Portaria n.º 11/2013, de 11 de janeiro. Em relação ao Sistema de Localização, o novo regime jurídico manteve no essencial as normas que eram já aplicadas, tendo sido adicionada uma norma relativa aos praticantes desportivos portadores de deficiência, de modo a contemplar algumas especificidades que lhes são aplicáveis, definidas com a colaboração da Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência.

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:

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

R: São várias as substâncias e métodos proibidos cuja deteção só é possível com a realização de controlos fora de competição. Por isso, estes controlos são uma das estratégias mais importantes para garantir a proteção da saúde dos praticantes 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 determinadas equipas de alto nível competitivo, de comunicar à sua organização antidopagem um período de 60 minutos, durante o qual podem ser submetidos a controlos de dopagem num determinado local. Compete às organizações antidopagem selecionar quais as equipas sob a sua jurisdição que são integradas nesse sistema, definindo assim o seu Grupo Alvo. Em Portugal, a Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, e a Portaria n.º 11/2013, de 11 de janeiro, diplomas que estabeleceram o novo regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto, estabelecem as obrigações decorrentes da inclusão no sistema de informação sobre a localização dos praticantes desportivos da ADoP e no respetivo Grupo Alvo.

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

R: Sem a informação relativa à localização, não seria possível ao Médico Responsável pelo Controlo de Dopagem (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.

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

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



Os praticantes desportivos que já pertencem ao Grupo Alvo da sua federação internacional não necessitam remeter a sua informação relativa ao Sistema de Localização à ADoP, devendo contudo informar esta Autoridade da sua inclusão, permanência e exclusão do Grupo Alvo da federação internacional.

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

R: 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.

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

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

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

R: 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.

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

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

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

R: 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 e os respetivos horários, bem como 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 respetivos locais de alojamento. Esta informação possibilita que um MRCD possa localizar o praticante desportivo em cada um dos dias do ano. É também fundamental atualizar atempadamente essa informação sempre que se prevejam alterações.

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

R: A legislação nacional relativa à proteção de dados pessoais obriga a que qualquer entidade que processe dados pessoais tenha de obter uma declaração que inclua as condições inerentes a esse tratamento e a respetiva autorização do titular dos dados. A declaração encontra-se disponível em www.ipdj.pt → Antidopagem → Sistema de Localização e só tem que ser enviada à ADoP uma única vez, no início do envio da informação relativa ao Sistema de Localização.

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

R: 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 excecionais.

P: 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?

R: 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.

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

R: 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 31 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)

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

R: 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.

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

R: Os formulários estão disponíveis na área dedicada à luta contra a dopagem do Instituto Português do Desporto e Juventude, IP (www.ipdj.pt) → 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 diretamente preenchido e enviado através do computador.

P: De que formas se podem enviar os formulários à ADoP?

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

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

R: A utilização do ADAMS depende de uma autorização específica da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Embora essa autorização tenha sido atempadamente solicitada pela ADoP, não foi ainda concedida, pois a CNPD aguarda o posicionamento sobre esta matéria do “Grupo de Trabalho do Artigo 29”, entidade que funciona junto da Comissão Europeia.

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

R: Sempre que se verifiquem alterações à informação inicialmente prestada, estas 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@ipdj.pt). Não sendo possível o envio por esse meio, as atualizações devem ser remetidas à ADoP por qualquer das vias já acima indicadas.

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.

P: Como se podem comunicar à ADoP alterações de última hora?

R: Consideram-se alterações de última hora as que ocorram nas próximas 24 horas. Nessas situações excecionais, pode ser enviada uma mensagem SMS por telemóvel para o n.º 4242 com o seguinte formato obrigatório:

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

As mensagens corretamente enviadas receberão como resposta uma mensagem automática, confirmando a sua receção.

P: Quem pode aceder à informação relativa ao Sistema de Localização?

R: 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 Proteção de Dados Pessoais) e que a entidade ou o país para onde sejam transferidas assegurem um nível de proteção 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.”

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

R: Verificado um eventual incumprimento, seja por não ter enviado dentro do prazo a sua informação relativa à localização ou 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 substanciam ou não um incumprimento. Num segundo momento, o praticante desportivo será notificado relativamente à decisão final do Presidente da ADoP quanto ao incumprimento.

P: 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?

R: A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorreta, 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 infração, o praticante é sancionado com pena de suspensão por um período de 1 a 2 anos; tratando-se de uma segunda infração, o praticante poderá ser sancionado com pena de suspensão por um período de 4 a 8 anos.

P: 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?

R: 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.

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

R: Sim. O MRCD pode apresentar-se no local em qualquer momento dentro do período de 60 minutos. Se o praticante desportivo não for localizado, ser-lhe-á atribuído um controlo declarado como não realizado.

P: 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?

R: 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.

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

R: 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.

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

R: 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 Português do Desporto e Juventude, IP (www.ipdj.pt → Antidopagem → Sistema de Localização).

MODALIDADES COLETIVAS:

O Sistema de Localização apresenta para as modalidades coletivas algumas particularidades, que cumpre também esclarecer. Abaixo apresentam-se um conjunto de perguntas e respostas relativamente a esses aspetos:

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

R: 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 Português do Desporto e Juventude, IP (www.ipdj.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.

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

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

P: Se o praticante desportivo de uma modalidade coletiva 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?

R: 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.ipdj.pt → Antidopagem → Sistema de Localização).

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

R: A equipa deve indicar um período de 60 minutos, associado a uma localização devidamente identificada onde permanecerá durante esse período, estando os respetivos 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 respetivos horários e o período de 60 minutos para cada um dos dias em que a equipa tem atividades. Se aplicável, devem também ser indicados os planos de viagens e de competições previstos, detalhando os respetivos locais de alojamento. É também fundamental atualizar atempadamente essa informação sempre que se prevejam alterações.

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

R: 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 atividades.

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

R: 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.

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

R: 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.

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

R: 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.

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

R: 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.

P: 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?

R: A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorreta, 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 infração, o praticante é sancionado com pena de suspensão por um período de 1 a 2 anos; tratando-se de uma segunda infração, o praticante poderá ser sancionado com pena de suspensão por um período de 4 a 8 anos.

ESPECIFICIDADES PARA PRATICANTES DESPORTIVOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

O praticante desportivo portador de deficiência que o impeça de exercer o cumprimento do disposto no artigo 7.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, nomeadamente o portador de deficiência intelectual, motora ou visual, pode delegar num representante a responsabilidade pelo envio da informação e das respetivas atualizações à ADoP, de acordo com critérios definidos por esta, em consonância com a norma internacional para controlo da AMA. Esta delegação não afasta a responsabilidade do praticante desportivo em relação às obrigações descritas no referido artigo 7.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

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 deteção de substâncias e métodos proibidos previstos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos em vigor. Já a deteção 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 deteção de substâncias e métodos proibidos em competição previstos na Lista de Substâncias e Métodos proibidos. Os critérios de seleção dos praticantes desportivos a submeter a controlo de dopagem em competição variam de federação para federação, mas podem ser o sorteio, a classificação na competição ou um sistema misto. No entanto, os MRCD da ADoP têm autoridade para selecionar para controlo quaisquer praticantes desportivos que durante a competição evidenciem sinais que indiquem práticas de dopagem. Por outro lado, e face à legislação atualmente em vigor, os resultados desportivos considerados como recordes nacionais só podem ser homologados quando os praticantes desportivos que os tenham obtido sejam submetidos ao controlo de dopagem na respetiva competição ou, em caso de justificada impossibilidade, dentro das 24 horas subseqüentes.

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 detetar quando a competição se verifica. O uso de hormonas peptídicas ou de fatores de crescimento, por exemplo, correspondem a casos em que as janelas de deteção 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. Atualmente, 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: a classificação nas provas) ou sob a forma de controlos dirigidos.

Notificação

Um MRCD ou uma escolta notificarão o praticante desportivo de que foi selecionado 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 atividades como por exemplo uma conferência de imprensa ou completar uma sessão de treino; no entanto, o praticante desportivo será acompanhado em permanência pelo MRCD ou por uma 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 Coletor

É dada ao praticante desportivo a possibilidade de escolher de entre um conjunto de vasos coletores selados. O praticante desportivo verificará se o equipamento está intacto e se não foi adulterado. O praticante desportivo deve manter o vaso coletor 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 diretamente o ato de micção, confirmando apenas que o MRCD observa o ato de micção de forma correta.

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 MRCD observar diretamente a urina a sair do corpo do praticante desportivo. Estas regras destinam-se a garantir que se trata efetivamente 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, exceto se necessitarem de auxílio por serem portadores de deficiência.

Volume de Urina

O MRCD deve assegurar que o praticante desportivo disponibiliza um mínimo de 90 mL de urina, sob a sua observação direta. 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, nas tampas e nos contentores.

Divisão da Amostra

O praticante desportivo dividirá a amostra, vertendo a urina pessoalmente, exceto 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 praticante que deixe uma pequena quantidade de urina no vaso coletor, para que o MRCD 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 e o MRCD verificarão se ambos os frascos foram devidamente encerrados.

Medição da Densidade Específica

O MRCD mede a densidade específica da amostra recorrendo à urina residual deixada no vaso coletor. 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, bem como a 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 correta, 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 das mesmas. 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 a 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 dois objetivos distintos:

- » Para a deteção 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 sucede 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, em que 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 seleção dos praticantes desportivos, à notificação, à apresentação na estação de controlo de dopagem, à seleção 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 que lhes está 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, é-lhes atribuído um código laboratorial interno, sendo devidamente etiquetadas. Os códigos das amostras, os códigos internos de laboratório e toda a informação relevante associada às amostras são então 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, a 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 congeladas.

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, verificação da cor e estimação do volume da amostra.

São então retiradas diversas pequenas porções da amostra (alíquotas), que seguem para uma área onde vão ser realizados diversos procedimentos de preparação das amostras - procedimentos de extração - de modo a que o produto resultante possa ser utilizado para os procedimentos analíticos.

Após esta primeira fase de preparação, as alíquotas resultantes são analisadas em diversos *screenings*. Estes *screenings*, que têm como objetivo fazer uma primeira avaliação das alíquotas de modo a verificar a existência de eventuais casos suspeitos, são realizados por diversas metodologias analíticas, nomeadamente métodos imunológicos, cromatografia líquida (HPLC), cromatografia gasosa associada a espectrometria de massas (GC/MS) e cromatografia líquida associada a espectrometria de massas (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 massas/massas (GC/MS/MS), cromatografia líquida associada a espectrometria de massas/massas (LC/MS/MS) e espectrometria de massas de razão isotópica (IRMS). Se após a realização destes procedimentos se confirmar a presença de uma substância proibida, haverá que 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 também se a concentração encontrada após subtração da incerteza associada está acima do referido limite de positividade.

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

O praticante desportivo tem o direito de solicitar a realização da análise da amostra “B”, que durante todo este processo se manteve conservada a cerca de -20° centígrados. O praticante desportivo tem também o direito de estar presente na abertura da amostra “B” e pode 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 ata de abertura e encerramento da amostra “B”, que será assinada por todos

os presentes. No final da realização dos procedimentos analíticos, é elaborada nova ata, que lavrará o que se passou na realização da análise da amostra “B”. A ata será assinada pelo diretor do laboratório e também pelo perito ou peritos indicados pelo praticante desportivo, se estiverem presentes. É então 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 a quem compete a realização dos procedimentos disciplinares. O praticante desportivo e/ou a entidade responsável pela gestão dos resultados tem igualmente o direito de solicitar ao laboratório o 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 ao nível da 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, 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 detetada no sangue - a hormona de crescimento, através do recurso a métodos imunológicos. Existem igualmente dois métodos de dopagem - transfusões homólogas e hemoglobinas sintéticas - que só podem ser detetadas no sangue através, respetivamente, de citometria de fluxo e de cromatografia gasosa associada a espectrometria de massas. A urina é, e continuará a ser nos próximos anos, o principal líquido orgânico utilizado para a realização de controlos de dopagem.

GESTÃO DE RESULTADOS

Quando a ADoP receciona 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 detetados numa amostra podem ser atribuídos a causas fisiológicas ou patológicas.

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, a ADoP procede à notificação referida no n.º 1 do artigo 35.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, endereçada à respetiva federação desportiva. Nessa notificação, a ADoP informa a federação 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 efetuada 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 rececionar 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 35.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

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 receção da notificação, sobre se deseja exercer os direitos que lhe são conferidos pelas alíneas b), c) e d) do n.º 2 do artigo 35.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto,

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 o praticante ou do seu clube se encontrarem presentes ou se fazerem representar no ato 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 com a 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 prescinde 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 respetiva federação desportiva. Do que se passar na análise da amostra B é lavrada ata, subscrita pelos presentes.

O LAD, ou o laboratório antidopagem acreditado pela AMA, emite um relatório com o resultado da análise da amostra B, que é remetido à ADoP em conjunto com a ata atrás referida. Compete à ADoP enviar esse relatório para a respetiva federação desportiva, de forma a acionar os mecanismos disciplinares.

Caso o resultado da análise da amostra B confirme o da primeira análise, a federação tem de suspender preventivamente o praticante desportivo em causa até ao 2.º dia posterior à receção 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 federativo 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 25 anos da prática desportiva, mas a aplicação de qualquer sanção inferior a uma suspensão da atividade desportiva por 2 anos tem que ser precedida, para efeitos de aprovação da mesma, de parecer prévio emitido pela ADoP. Esse parecer 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 disciplinar de 2.ª instância no âmbito da própria federação – geralmente denominado de Conselho Jurisdicional.

A aplicação das sanções disciplinares prevista na Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, 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.

Entre a comunicação de uma violação de norma antidopagem e a aplicação da correspondente sanção disciplinar pelo órgão disciplinar federativo não pode

mediar um prazo superior a 120 dias. Em caso de incumprimento desse prazo, a federação desportiva em causa remete o processo disciplinar à ADoP, que fica responsável pela instrução e/ou aplicação da sanção disciplinar.

As decisões dos órgãos disciplinares federativos, ou da ADoP, que impliquem um procedimento disciplinar, são recorríveis para o Tribunal Arbitral do Desporto, tendo a ADoP sempre a legitimidade para recorrer se a decisão não tiver sido por si proferida.

As decisões proferidas relativamente a praticantes desportivos de nível internacional ou a eventos internacionais, são recorríveis 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, que visa dissuadir os praticantes desportivos da utilização de substâncias e métodos dopantes para o incremento do transporte de oxigénio, e que foi criada recentemente pela Agência Mundial Antidopagem (AMA) tendo como base um projeto-piloto desenvolvido pela *Union Cycliste Internationale* (UCI).

A ADoP decidiu iniciar em 2009 a implementação do Passaporte Biológico em Portugal, implementação essa que se processa em diversas etapas:

A primeira etapa, 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 interlaboratoriais 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 implicou o início da recolha de amostras de sangue a praticantes de diversas modalidades, de modo a disponibilizar à ADoP os resultados analíticos desses praticantes. 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 respetivo transporte dessas amostras para vários laboratórios acreditados, no âmbito de protocolos assinados com a Agência Mundial Antidopagem, com a ANADO (Associação de Organizações Nacionais Antidopagem), com a IAAF e com a UCI. A grande maioria das recolhas de amostras realizadas a ciclistas profissionais espanhóis em Espanha no âmbito do projeto-piloto do Passaporte Biológico da UCI durante os anos 2008 e 2009, foram executadas pela ADoP.

As amostras de sangue têm de ser transportadas de uma forma célere e com recurso 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. Em 2011 e 2012 verificou-se um aumento substancial de recolhas no âmbito do passaporte biológico, tendo sido recolhido um total de 266 amostras em 2011 e 387 amostras em 2012.

A terceira etapa, implementada em 2011, visou criar uma base de dados onde estão registados os perfis hematológicos dos diversos praticantes desportivos abrangidos por esta nova estratégia, após a devida autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, de acordo com o previsto na legislação em vigor.

A quarta etapa consistiu na criação de uma comissão de peritos, que se destina a avaliar se determinados perfis hematológicos podem ser considerados anómalos e indicadores de eventuais violações de normas antidopagem. Esses perfis anómalos confirmados cientificamente permitem que praticantes desportivos possam eventualmente vir a ser sancionados, 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 38/2012, de 28 de agosto.

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 indireta possam revelar os efeitos da utilização de substâncias ou métodos proibidos, em oposição às estratégias tradicionais de deteção direta de substâncias ou métodos proibidos em amostras de sangue e de urina. A monitorização destes parâmetros ao longo de uma carreira desportiva tornará praticamente impossível a utilização de determinados tipos de substâncias e de métodos proibidos.

O passaporte biológico visa essencialmente a prossecução de dois objetivos: 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, recorrendo aos métodos de deteção 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 (a hemoglobina e o hematócrito, numa fase inicial) de modo a que os praticantes que apresentassem valores anómalos desses parâmetros fossem impedidos de participar numa competição, em alguns casos, ou que 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, e passou a impedir os praticantes desportivos com valores anómalos de participarem nessa competição, ficando inicialmente suspensos por 15 dias e só podendo retomar a competição após demonstrarem a normalização desses valores.

Reconhecendo a grande diversidade de estratégias de monitorização de perfis hematológicos utilizadas por diversas federações internacionais, bem como a falta de harmonização dessas estratégias, a AMA decidiu organizar uma reunião com o objetivo de se obter um consenso visando essa harmonização. Essa reunião contou 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 do controlo de dopagem, contribuindo para a identificação de perfis hematológicos anómalos. Foi ainda decidido 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 implementar um projeto-piloto de implementação do Passaporte Biológico no ciclismo, de modo a poder testar-se 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 denominado “WADA’s Athlete’s Biological Passport Operating Guidelines”, que entrou imediatamente em vigor. Com a aprovação deste documento, a AMA deu 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 que, por isso, implementaram de pronto o Passaporte Biológico, para além da UCI, que desde há dois anos tinha iniciado, 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, a Canoagem, o Ciclismo, o Remo, a Natação e o Triatlo.

Que tipos de controlos serão efetuados aos praticantes desportivos no âmbito do passaporte biológico?

Neste momento, a Agência Mundial Antidopagem concebeu apenas o módulo hematológico do Passaporte Biológico, estando atualmente em fase de conceção o segundo módulo, que se intitulará “Módulo Endocrinológico”. No módulo hematológico, são recolhidas amostras de sangue, tanto fora de competição como nos dias que antecedem determinadas competições. Pretende-se assim estabelecer um perfil hematológico do praticante desportivo, assim como 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 algumas hormonas e dos seus metabolitos, onde se incluí o perfil de esteroides endógenos, de forma a estabelecer uma estratégia idêntica à do módulo hematológico. A IAAF iniciou em 2011 a recolha de amostras de urina e de sangue à grande maioria dos atletas que participam em grandes competições internacionais daquela modalidade, com o intuito de testar um eventual módulo endocrinológico.

O que é um perfil hematológico?

Esta abordagem baseia-se no conceito da deteção “indireta”. Na determinação do perfil hematológico, não iremos detetar 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 antes os efeitos da manipulação desse perfil hematológico pelo recurso a práticas 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 deteção muito curtas, o que dificulta a sua deteção. Quanto a determinadas substâncias e métodos proibidos, não existem ainda métodos para sua deteção direta. Esta estratégia visa contornar estas dificuldades, uma vez que 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 desses comportamentos 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 detetar 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 AMA para este tipo de análises, recorrendo a uma metodologia específica e utilizando equipamento específico.

A acreditação pela AMA 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 relativos a controlos de dopagem estão acreditados para a realização de procedimentos analíticos relativos ao Passaporte Biológico.

Como se processa a Gestão de Resultados no âmbito 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 compara automaticamente os resultados da recolha em causa com outros resultados anteriormente introduzidos no sistema e referentes ao mesmo praticante, visando a construção de um perfil hematológico e o estabelecimento 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 a que recorre na medicina forense para a 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. Em cada organização antidopagem existe uma Unidade de Gestão do Passaporte Biológico, que regularmente analisa os perfis já estabelecidos para os diversos praticantes desportivos de forma a poder planejar controlos de dopagem inteligentes, a detetar perfis anómalos que terão de ser enviados para o painel de peritos ou a concluir pela existência de perfis normais.

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 disponibilizada 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 terá de ser analisado e discutido no seio de um painel de peritos, que cada organização antidopagem deve dispor para esse efeito. Esse painel de peritos leva em consideração não só se todos os procedimentos de recolha, transporte, análise e gestão de resultados estão conformes com os respetivos documentos técnicos da Agência Mundial Antidopagem, mas também se esse perfil anómalo não poderá ser eventualmente justificado por qualquer condição patológica ou fisiológica a que o praticante desportivo tenha estado sujeito. Nesta fase, o painel de peritos desconhece a identidade do praticante em causa. 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 pela permanência em tendas ou outras instalações causadoras de hipoxia que possam eventualmente justificar esse perfil anómalo.

Caso o painel de peritos, composto por 3 elementos, considere unanimemente em relação a um determinado perfil, e com base na informação fornecida pelo passaporte biológico, que é muito provável que o praticante desportivo tenha utilizado uma substância ou método proibido e que é muito improvável que o resultado seja proveniente de uma outra causa que não aquela, enviará esse seu parecer à organização antidopagem, que procede às seguintes diligências:

1. Comunicar ao praticante desportivo e à AMA que a ADoP está a considerar instruir um processo disciplinar contra esse praticante, por violação de uma norma de antidopagem;
2. Fornecer ao praticante desportivo e à AMA a Documentação de Suporte do Passaporte Biológico;
3. Convidar o praticante desportivo a fornecer a sua própria explicação, em tempo útil, quanto aos dados fornecidos à ADoP.

Após receção das eventuais explicações fornecidas pelo praticante desportivo, a organização antidopagem remete essas explicações para o painel de peritos, que analisará os fundamentos das explicações fornecidas pelo praticante e elaborará o seu parecer final.

Se os peritos considerarem estar estabelecidas as provas suficientes para demonstrar a culpabilidade do praticante desportivo com um elevado grau de certeza, recomendarão à ADoP o desencadear de um processo disciplinar por violação de norma antidopagem. Esse processo será baseado na alínea c) do n.º 2 do Artigo 3.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

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

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

O passaporte biológico constitui uma viragem na estratégia de luta contra a dopagem 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 deteção indireta;
- » Utilizar métodos estatísticos sofisticados para a interpretação dos resultados;
- » Basear-se numa sequência de análises para assegurar uma maior fiabilidade;
- » Otimizar a proteção da saúde dos praticantes desportivos.

A *International Ski Federation (FIS)* e a *Union Cycliste Internationale (UCI)*, federações internacionais 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 esteroides endógenos, tais como a testosterona. A partir do momento em que um praticante desportivo tenha o seu passaporte biológico, será impossível não ser descoberto se recorrer à manipulação sanguínea ou à utilização de esteroides para melhorar o seu rendimento desportivo.

INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

A divulgação de toda a 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 objetivo, a ADoP conta com a colaboração de várias entidades, quer do movimento desportivo, quer do setor privado, das quais se referem, a título exemplificativo, o Comité Olímpico de Portugal, a Confederação do Desporto de Portugal e a própria UBM Medica Portugal, que publica este Guia. A colaboração com a Simposium Terapêutico, que já decorre há vários anos, 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 aspeto fundamental na luta contra a dopagem. No âmbito desta colaboração, destaca-se a contribuição da ADoP para a área de línguas alternativas do 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 objetivo de melhor rentabilizar os recursos disponíveis para esta área de atividade, 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 2013 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 da internet do Instituto Português do Desporto e Juventude, IP (www.ipdj.pt), um conjunto alargado de informações relativas a esta temática, nomeadamente os dados estatísticos relacionados com a sua atividade. A ADoP está atualmente a desenvolver esforços para dispor do seu sítio autónomo na internet.

Os médicos responsáveis pelo controlo de dopagem (MRCD) disponibilizam também, no âmbito da realização dos controlos, materiais informativos e educativos da ADoP aos praticantes desportivos submetidos a controlo e estão também 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 vistas de estudo realizadas por 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 eletrónico antidopagem@ipdj.pt e o número de faxe 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 38/2012, de 28 de agosto

Aprova a lei antidopagem no desporto, adotando na ordem jurídica interna as regras estabelecidas no Código Mundial Antidopagem

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

Objeto

A presente lei aprova a lei antidopagem no desporto, adotando na ordem jurídica interna as regras estabelecidas no Código Mundial Antidopagem.

Artigo 2.º

Definições

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

- a) «ADAMS (*Anti-Doping Administration and Management System*)» a ferramenta informática para registar, armazenar, partilhar e reportar informação, de modo a ajudar os outorgantes e a AMA nas suas atividades relacionadas com a luta contra a dopagem, respeitando a legislação de proteção de dados;
- b) «AMA» a Agência Mundial Antidopagem;
- c) «Amostra ou amostra orgânica» qualquer material biológico recolhido para efeitos de controlo de dopagem;
- d) «Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP)» a organização nacional antidopagem;
- e) «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;

- f) «Controlo de dopagem» o procedimento que inclui todos os atos 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;
- g) «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;
- h) «Controlo direcionado» a seleção não aleatória para controlo de praticantes desportivos ou grupos de praticantes desportivos;
- i) «Controlo em competição» o controlo do praticante desportivo selecionado no âmbito de uma competição específica;
- j) «Controlo fora de competição» qualquer controlo de dopagem que não ocorra em competição;
- k) «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;
- l) «Desporto coletivo» a modalidade desportiva em que é permitida a substituição de jogadores no decorrer da competição;
- m) «Desporto individual» a modalidade desportiva que não constitua um desporto coletivo;
- n) «Em competição» o período que se inicia nas doze horas que antecedem uma competição em que o praticante desportivo irá participar e que termina com o final da mesma e do processo de colheita de amostras, a menos que seja definido de outra forma pelos regulamentos de uma federação desportiva internacional ou de outra organização antidopagem responsável;
- o) «Evento desportivo» a organização que engloba uma série de competições individuais e ou coletivas que se realiza sob a égide da mesma entidade desportiva;
- p) «Evento desportivo internacional» o evento em que o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paralímpico Internacional, uma federação desportiva internacional, as organizações responsáveis por grandes eventos desportivos ou outra organização desportiva internacional constitua a entidade responsável pela sua realização ou nomeie os responsáveis técnicos;
- q) «Evento desportivo nacional» o evento que envolva praticantes desportivos de nível nacional ou internacional e que não constitua um evento desportivo internacional;
- r) «Grupo alvo de praticantes desportivos» o grupo de praticantes desportivos, identificados por cada federação desportiva internacional e pela ADoP, no quadro do programa antidopagem;
- s) «Inexistência de culpa ou de negligência» a demonstração por parte do praticante desportivo de que não sabia ou suspeitava, e não poderia razoavelmente saber ou suspeitar, mesmo atuando com a maior prudência, que usou ou que lhe foi administrada uma substância proibida ou utilizado um método proibido;
- t) «Inexistência de culpa ou de negligência significativa» a demonstração por parte do praticante desportivo de que a sua culpa ou negligência, quando analisada no conjunto das circunstâncias e tendo em conta os critérios de inexistência de culpa ou de negligência, não foi relevante no que respeita à violação da norma antidopagem;

- u) «Lista de substâncias e métodos proibidos» as substâncias proibidas e métodos proibidos que constam da portaria a que se refere o artigo 8.º;
- v) «Manipulação» a alteração com um fim ilegítimo ou de forma ilegítima; a influência de um resultado de forma ilegítima; a intervenção de forma ilegítima de modo a alterar os resultados ou impedir a realização de procedimentos normais; o fornecimento de informação fraudulenta a uma Organização Antidopagem;
- w) «Marcador» um composto, grupo de compostos ou parâmetros biológicos que indicia o uso de uma substância proibida ou de um método proibido;
- x) «Metabolito» qualquer substância produzida através de um processo de biotransformação;
- y) «Método proibido» qualquer método descrito como tal na lista de substâncias e métodos proibidos;
- z) «Norma Internacional» uma norma adotada pela AMA como elemento de apoio ao Código Mundial Antidopagem;
- aa) «Organização Antidopagem» a entidade responsável pela adoção de regras com vista a desencadear, implementar ou aplicar qualquer fase do processo de controlo de dopagem, compreendendo, designadamente, o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paralímpico Internacional, outras organizações responsáveis por grandes eventos desportivos, nos casos em que efetuam controlos, a AMA, as federações desportivas internacionais e as Organizações Nacionais Antidopagem;
- bb) «Organização Nacional Antidopagem» a entidade designada como autoridade responsável pela adoção e implementação de normas antidopagem, condução da recolha de amostras, gestão dos resultados das análises e realização de audições;
- cc) «Organizações responsáveis por grandes eventos desportivos» as associações continentais de Comités Olímpicos Nacionais e outras organizações internacionais multidesportivas que funcionem como entidade responsável por qualquer evento desportivo continental, regional ou internacional;
- dd) «Outorgantes» as entidades que outorgam o Código Mundial Antidopagem, incluindo o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paralímpico Internacional, as federações desportivas internacionais, os Comités Olímpicos Nacionais, os Comités Paralímpicos Nacionais, as organizações responsáveis por grandes eventos desportivos, as Organizações Nacionais Antidopagem e a AMA;
- ee) «Participante» todo o praticante desportivo bem como o seu pessoal de apoio;
- ff) «Pessoa» uma pessoa singular, uma organização ou outra entidade;
- gg) «Pessoal de apoio» a(s) pessoa(s) singular(es) ou coletiva(s) que trabalhe(m), colabore(m) ou assista(m) o praticante desportivo, nomeadamente qualquer treinador, dirigente, membro da equipa, profissional de saúde ou paramédico e demais agentes;
- hh) «Posse» a detenção atual, física, ou a detenção de facto de qualquer substância ou método proibido;
- ii) «Praticante desportivo» aquele que, inscrito numa federação desportiva, nacional ou estrangeira, treine ou compita em território nacional, bem como aquele que, não se encontrando inscrito, participe numa competição desportiva realizada em território português;
- jj) «Praticante desportivo de nível internacional» o praticante desportivo designado por uma ou mais federações desportivas internacionais como pertencendo a um grupo alvo de praticantes desportivos de uma federação desportiva internacional;

- kk) «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;
- ll) «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;
- mm) «Substância específica» a substância que é suscetível de dar origem a infrações não intencionais de normas antidopagem devido ao facto de frequentemente se encontrar presente em medicamentos ou de ser menos suscetível de utilização com sucesso enquanto agente dopante e que consta da lista de substâncias e métodos proibidos;
- nn) «Substância proibida» qualquer substância descrita como tal na lista de substâncias e métodos proibidos;
- oo) «Tentativa» a ação voluntária que constitui um passo substancial no âmbito de uma conduta com o propósito de transgredir uma norma antidopagem, salvo se a pessoa renunciar à mesma antes de descoberto por terceiros nela não envolvidos;
- pp) «Tráfico» a venda, o fornecimento, o transporte, o envio, a entrega ou a distribuição de uma substância proibida ou de qualquer outra forma de dopagem por meios interditos, quer de modo direto quer pelo recurso a sistemas eletrónicos ou outros, por um praticante desportivo, seu pessoal de apoio ou por qualquer pessoa sujeita à jurisdição de uma Organização Antidopagem, excluindo as ações de pessoal médico envolvendo uma substância proibida utilizada para fins terapêuticos genuínos e legais ou por outra justificação aceitável, em face do que preceitua a AMA e a sua prática, bem como as ações envolvendo substâncias proibidas que não sejam proibidas em controlos de dopagem fora da competição a menos que as circunstâncias no seu todo demonstrem que esses produtos não se destinam a fins terapêuticos genuínos e legais;
- qq) «Uso» a utilização, aplicação, ingestão, injeção ou consumo, sob qualquer forma, de qualquer substância proibida ou o recurso a 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.
- 2 — Constitui violação das normas antidopagem por parte dos praticantes desportivos ou do seu pessoal de apoio, consoante o caso:
 - a) A mera presença de uma substância proibida, dos seus metabolitos ou marcadores, numa amostra A de um praticante desportivo, quando o praticante desportivo prescindir da análise da amostra B e a amostra B não seja analisada ou quando a análise da amostra B confirme a presença de uma substância proibida, dos seus metabolitos ou marcadores, encontrada na amostra A;
 - 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 per-

fis 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 ação ou omissão, impeçam ou perturbem a recolha de amostras, bem como a alteração, falsificação, manipulação ou adulteração, ou tentativa de adulteração, de qualquer elemento ou parte integrante do procedimento do controlo de dopagem;
- f) A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorreta, 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 de 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 posse em competição por parte do praticante desportivo de qualquer substância ou método proibido, bem como a posse fora da competição de qualquer substância ou método proibido que não seja consentido fora de competição, exceto se for demonstrado que decorre de uma autorização de utilização terapêutica ou de outra justificação aceitável;
- i) A posse em competição, por parte de um membro do pessoal de apoio ao praticante desportivo, que tenha ligação com este, com a competição ou local de treino, de qualquer substância ou método proibido, exceto se for demonstrado que decorre de uma autorização de utilização terapêutica a praticante desportivo ou de outra justificação aceitável.

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 — Os praticantes desportivos e seu pessoal de apoio não podem alegar desconhecimento das normas que constituam uma violação antidopagem nem da lista de substância e métodos proibidos.

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 ou por uma federação desportiva internacional para inclusão num grupo alvo para efeitos de serem submetidos a controlos fora de competição são obrigados, após a respetiva notificação, a fornecer trimestralmente, e sempre que se verifique qualquer alteração, nas vinte e quatro horas precedentes à mesma, informação precisa e atualizada sobre a sua localização, nomeadamente a que se refere às datas e locais em que efetuam treinos ou provas não integradas em competições.

2 — 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 respetivas modalidades, a devem adotar 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 atualizada pela forma mencionada no n.º 1.

4 — A lista de substâncias e métodos proibidos, devidamente atualizada, 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 devem, no que concerne ao tratamento 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 respetiva 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 desportiva internacional tratando-se de praticantes desportivos de nível internacional ou sempre que um praticante desportivo pretenda participar numa competição desportiva internacional.

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

6 — O incumprimento dos deveres decorrentes do presente artigo por parte dos profissionais de saúde no âmbito do exercício das suas funções junto dos praticantes desportivos 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 dos deveres mencionados no presente artigo por parte de um médico, farmacêutico ou enfermeiro é obrigatoriamente participada às respetivas 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 desportivo.

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

Corresponsabilidade do pessoal de apoio do praticante desportivo

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 10.º, incumbe em especial aos profissionais de saúde que acompanham de forma direta 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.

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 respetivas 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 Português do Desporto e Juventude, I. P. (IPDJ, 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 adoção 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 respetivos 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 adotados pelas federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, ouvido o CNAD;
- f) Proceder à receção das solicitações de autorização de utilização terapêutica de substâncias ou métodos proibidos, procedendo ao respetivo 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, da área do desporto e da saúde, programas pedagógicos, designadamente campanhas de informação e educação, com a finalidade de sensibilizar os praticantes desportivos, o respetivo 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;
- k) 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 respetivo pessoal de apoio;
- l) 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;
- m) Instruir os processos disciplinares e aplicar as respetivas sanções disciplinares nos termos previstos no artigo 59.º;
- n) Prestar os serviços solicitados por outras entidades, nacionais ou estrangeiras, no âmbito da luta contra a dopagem no desporto;
- o) Acompanhar a participação técnica nacional nas diferentes instâncias internacionais com responsabilidade na luta contra a dopagem no desporto;
- p) Avaliar os riscos de novas substâncias e métodos, ouvido o CNAD.

2 — A investigação a que se refere a alínea l) 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 diretor executivo.

2 — São serviços da ADoP:

- a) O Laboratório de Análises 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

Diretor 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 ações desenvolvidas pelos organismos e entidades competentes na preparação dos praticantes desportivos, designadamente os de alto rendimento, e colaborar nas ações de recolha necessárias;
- c) Dar execução, no âmbito das suas competências, aos protocolos celebrados entre o IPDJ, I. P., e outras instituições;
- d) Colaborar em ações 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 diretor 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

Gabinete Jurídico

No âmbito da ADoP funciona o Gabinete Jurídico, ao qual compete:

- a) Prestar assessoria jurídica aos órgãos da ADoP;
- b) Colaborar e participar na elaboração de diplomas legais, nacionais e internacionais, relativos à luta contra a dopagem no desporto;
- c) Verificar a conformidade e proceder ao registo dos regulamentos federativos antidopagem;
- d) Instruir processos de contraordenação e analisar impugnações judiciais;
- e) Prestar apoio técnico no âmbito dos processos submetidos à AMA;
- f) Informar, dar parecer e acompanhar tecnicamente os procedimentos administrativos no âmbito da ADoP;
- g) Assegurar as demais funções que lhe sejam cometidas pelo presidente da ADoP.

Artigo 27.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 desportivos, 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 28.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 diretor 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 29.º

Garantias dos membros do CNAD e da CAUT

(...)

Artigo 30.º

Programas pedagógicos

Os programas a que se refere a alínea g) do n.º 1 do artigo 18.º devem fornecer informação atualizada e correta sobre as seguintes matérias:

- a) Substâncias e métodos que integram a lista de substâncias e métodos proibidos;
- b) Consequências da dopagem na 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 31.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 alto rendimento, devendo as respetivas ações de controlo processar-se sem aviso prévio.

3 — Tratando-se de menores de idade, no ato de inscrição, a federação desportiva deve exigir 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 32.º

Realização dos controlos de dopagem

(...)

Artigo 33.º

Ações de controlo

(...)

Artigo 34.º

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

(...)

Artigo 35.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 vinte e quatro horas seguintes.

2 — A federação desportiva notificada informa do facto o titular da amostra e o seu clube, nas vinte e quatro 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 da 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 ato da análise da 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 ato 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 36.º

Exames complementares

1 — Para além do disposto no artigo anterior, sempre que os indícios de positividade detetados 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 37.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 respetiva federação desportiva, 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 desportivo de participar em competições ou eventos desportivos, devendo o período já cumprido ser descontado no período de suspensão aplicado.

CAPÍTULO IV

Proteção de dados

SECÇÃO I

Bases de dados e responsabilidade

Artigo 38.º

Bases de dados

1 — Para o efetivo 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, contraordenacional 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 autorização prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

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

Artigo 39.º

Responsabilidade no exercício de funções públicas

(...)

Artigo 40.º

Responsabilidade dos dirigentes e pessoal das entidades desportivas

(...)

SECÇÃO II

Acesso, retificação e cessão de dados

Artigo 41.º

Acesso e retificação

(...)

Artigo 42.º

Autorização para a cessão de dados

(...)

CAPÍTULO V

Regime sancionatório

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 43.º

Extinção da responsabilidade

- 1 — A prescrição do procedimento criminal rege-se pelo disposto no Código Penal.
- 2 — O procedimento contraordenacional extingue-se, por efeito de prescrição, logo que sobre a data em que ocorreu a violação de norma antidopagem tenha decorrido o prazo de oito anos.
- 3 — O procedimento disciplinar não poderá ser iniciado decorridos que sejam oito anos sobre a prática da violação de norma antidopagem.

SECÇÃO II

Ilícito criminal

Artigo 44.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 45.º

Administração de substâncias e métodos proibidos

- 1 — Quem administrar ao praticante desportivo, com ou sem o seu consentimento, em competição, qualquer substância ou facultar o recurso a método proibido, ou quem administrar ao praticante desportivo, com ou sem o seu consentimento, fora da competição, qualquer substância ou facultar o recurso a método que seja proibido fora de competição, ou quem assistir, encorajar,

auxiliar, permitir o encobrimento, ou qualquer outro tipo de cumplicidade envolvendo uma violação de norma antidopagem é punido com prisão de 6 meses a 3 anos, salvo quando exista uma autorização de utilização terapêutica.

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) O agente tiver procedido de forma enganosa ou utilizado processos intimidatórios;
- c) O agente se tiver prevalecto de uma relação de dependência hierárquica, económica, de trabalho ou profissional.

3 — A tentativa é punível.

Artigo 46.º

Associação criminosa

1 — Quem promover, fundar, participar ou apoiar grupo, organização ou associação cuja finalidade ou atividade 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 atuando 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 47.º

Responsabilidade penal das pessoas coletivas e equiparadas

(...)

Artigo 48.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 49.º

Contraordenações

1 — Constitui contraordenação para efeitos do disposto na presente lei:

- a) A obstrução, a dilação injustificada, a ocultação e as demais condutas que, por ação ou omissão, impeçam ou perturbem a recolha de amostras;

- b) A alteração, falsificação, manipulação ou adulteração de qualquer elemento, ou parte integrante, do procedimento de controlo de dopagem;
- c) A posse em competição de qualquer substância ou método proibido, bem como a posse fora de competição de qualquer substância ou método proibido que seja interdito nos períodos considerados fora da competição, por parte do praticante desportivo ou de um membro do pessoal de apoio que tenha ligação ao praticante desportivo, à competição ou ao local de treino, exceto se demonstrar que decorre de uma autorização de utilização terapêutica ou de outra justificação aceitável.

(...)

Artigo 50.º

Coimas

(...)

Artigo 51.º

Determinação da medida da coima

(...)

Artigo 52.º

Instrução do processo e aplicação da coima

(...)

Artigo 53.º

Impugnação da coima

(...)

Artigo 54.º

Produto das coimas

(...)

Artigo 55.º

Direito subsidiário

(...)

SECÇÃO IV

Ilícito disciplinar

Artigo 56.º

Ilícitos disciplinares

1 — Constitui ilícito disciplinar a violação do disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo 3.º, bem como a violação do n.º 2 do artigo 37.º

2 — As condutas previstas nos artigos 44.º, 45.º e 46.º constituem igualmente ilícito disciplinar quando o infrator 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 57.º

Denúncia

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

Artigo 58.º

Procedimento disciplinar

A existência de indícios de uma infração 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 participação 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 59.º

Aplicação de sanções disciplinares

1 — A instrução dos processos disciplinares e a aplicação das sanções disciplinares previstas na presente lei competem à ADoP e encontram-se delegadas nas federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva.

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 violação de uma norma antidopagem e a aplicação da correspondente sanção disciplinar não pode mediar um prazo superior a 120 dias.

4 — Em caso de incumprimento do prazo referido no número anterior por parte da federação desportiva perante quem ocorreu a ilicitude pode ser a esta aplicado o regime da suspensão do estatuto de utilidade pública desportiva conforme previsto no regime jurídico das federações desportivas e das condições de atribuição do estatuto de utilidade pública desportiva.

5 — Em caso de incumprimento do prazo referido no n.º 3, a federação desportiva em questão remete no prazo máximo de cinco dias o processo disciplinar à ADoP que fica responsável pela instrução e ou aplicação da sanção disciplinar.

Artigo 60.º

Impugnação de sanções disciplinares

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 3, as decisões dos órgãos disciplinares federativos, ou da ADoP, que impliquem um procedimento disciplinar são recorríveis para o Tribunal Arbitral do Desporto, tendo a ADoP sempre legitimidade para recorrer se a decisão não tiver sido por si proferida.

2 — A federação desportiva internacional respetiva e a AMA podem intervir no processo para defender os interesses relativos ao combate à dopagem no desporto, nos termos gerais de direito e, em particular, nos termos da Convenção Internacional contra a Dopagem no Desporto da UNESCO.

3 — As decisões emergentes de violações praticadas por praticante desportivo de nível internacional, ou em eventos internacionais, são recorríveis para o Tribunal Arbitral do Desporto de Lausanne, nos termos previstos no Código Mundial Antidopagem.

Artigo 61.º

Presença ou uso de substâncias ou métodos proibidos

- 1 — Em caso de violação de normas antidopagem previstas nas alíneas a) a c) do n.º 2 do artigo 3.º, o praticante desportivo é punido, tratando-se de primeira infração, com pena de suspensão por um período de 2 anos.
- 2 — A tentativa é punível.

Artigo 62.º

Substâncias específicas

Tratando -se do uso de substâncias específicas, nos casos em que o praticante desportivo faça prova do modo como a substância proibida entrou no seu organismo e de que o seu uso não visou a melhoria do rendimento desportivo ou não teve efeito mascarante, o praticante desportivo é punido, tratando-se de primeira infração, com pena de advertência ou com pena de suspensão até dois anos.

Artigo 63.º

Outras violações às normas antidopagem

- 1 — Ao praticante desportivo que violar as normas antidopagem previstas nas alíneas d), e) e h) do n.º 2 do artigo 3.º é aplicada a sanção de suspensão da atividade desportiva de dois anos, para a primeira infração.
- 2 — Ao praticante desportivo que violar as normas antidopagem previstas nas alíneas f) e g) do n.º 2 e no n.º 3 do artigo 3.º é aplicada a sanção de suspensão da atividade de um a dois anos, para a primeira infração.
- 3 — Ao praticante desportivo que participe em eventos ou competições desportivas durante o período de suspensão preventiva ou efetiva, são anulados os resultados obtidos e será iniciada a contagem do período de suspensão inicialmente imposto, desde a data da violação do período de suspensão.
- 4 — O praticante desportivo que violar o disposto nos artigos 44.º, 45.º e 46.º é igualmente punido disciplinarmente com pena de suspensão de 4 até 25 anos, tratando-se da primeira infração.

Artigo 64.º

Sanções ao pessoal de apoio do praticante desportivo

- 1 — Ao pessoal de apoio do praticante desportivo que violar uma norma antidopagem descrita nas alíneas e) e i) do n.º 2 do artigo 3.º é aplicada a sanção de suspensão da atividade desportiva por um período de dois anos, para a primeira infração.
- 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 violar o período de suspensão preventiva ou efetiva, será iniciada a contagem do período de suspensão inicialmente imposto, desde a data da violação do período de suspensão.
- 4 — Ao pessoal de apoio do praticante desportivo que praticar os ilícitos criminais previstos nos artigos 44.º, 45.º e 46.º é aplicada a sanção de suspensão da atividade desportiva pelo período de 4 a 25 anos, para a primeira infração.

Artigo 65.º

Múltiplas violações

- 1 — No caso de segunda violação de normas antidopagem previstas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 3.º, do uso de substâncias específicas ou de outras violações

referidas nos artigos anteriores, o período sancionatório das segundas infrações é o constante da tabela anexa à presente lei e que dela faz parte integrante.

2 — Tratando-se de terceira infração, o praticante desportivo ou o pessoal de apoio ao praticante desportivo é punido com pena de suspensão por um período de 25 anos.

3 — No caso mencionado no número anterior, se a terceira violação preencher os requisitos previstos no artigo 62.º ou envolver uma violação de norma antidopagem de acordo com as alíneas f) e g) do n.º 2 e o n.º 3 do artigo 3.º, o praticante desportivo é punido com pena de suspensão por um período de 8 a 25 anos.

4 — Consideram-se múltiplas violações, para os efeitos do presente artigo, aquelas que ocorrerem dentro de um intervalo de tempo de oito anos relativamente à data em que ocorrer a primeira violação.

TABELA
(a que se refere o artigo 65.º)

Primeira violação \ Segunda violação	SASE	SL	SAT	SS	SAG	TRA
SASE	1-4	2-4	2-4	4-6	8-10	10-25
SL	1-4	4-8	4-8	6-8	10-25	25
SAT	1-4	4-8	4-8	6-8	10-25	25
SS	2-4	6-8	6-8	8-25	25	25
SAG	4-5	10-25	10-25	25	25	25
TRA	8-25	25	25	25	25	25

Legenda

SASE — sanção atenuada para substâncias específicas ao abrigo do artigo 62.º

SL — acumulação de incumprimentos no âmbito do sistema de localização e de controlos declarados como não realizados.

SAT — sanção atenuada com base em circunstâncias excecionais.

SS — sanção *standard*.

SAG — sanção agravada.

TRA — tráfico ou tentativa de tráfico e administração ou tentativa de administração de substâncias e métodos proibidos.

Artigo 66.º

Direito a audiência prévia

(...)

Artigo 67.º

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

1 — A aplicação de qualquer sanção inferior a uma suspensão da atividade desportiva de dois anos tem de ser precedida, para efeitos de aprovação da mesma, de parecer prévio emitido pelo CNAD.

2 — O praticante desportivo ou outra pessoa pode eliminar o seu período de suspensão se provar que não teve culpa ou não foi negligente face a uma violação de norma antidopagem, sendo que, no caso de lhe serem detetadas substâncias, marcadores ou metabolitos, terá de demonstrar como tais elementos entraram no seu organismo.

(...)

Artigo 68.º

Agravamento do período de suspensão com base em circunstâncias agravantes

(...)

Artigo 69.º

Início do período de suspensão

(...)

Artigo 70.º

Estatuto durante o período de suspensão

(...)

Artigo 71.º

Controlo de reabilitação

(...)

Artigo 72.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 enquanto durar a sanção aplicada, na primeira infração;
- b) Exclusão definitiva do sistema de alto rendimento, na segunda infração.

Artigo 73.º

Comunicação das sanções aplicadas e registo

(...)

SECÇÃO V

Sanções desportivas acessórias

Artigo 74.º

Invalidação de resultados individuais

(...)

Artigo 75.º

Efeitos para equipas, clubes ou sociedades anónimas desportivas

(...)

Artigo 76.º

Anulação de resultados em competições realizadas após a recolha das amostras

(...)

CAPÍTULO VI

Disposições transitórias e finais

Artigo 77.º

Normas transitórias

(...)

Artigo 78.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 79.º

Comité Olímpico de Portugal e Comité Paralímpico de Portugal

(...)

Artigo 80.º

Ligas profissionais

(...)

Artigo 81.º

Regulamentação

(...)

Artigo 82.º

Norma revogatória

É revogada a Lei n.º 27/2009, de 19 de junho.

Aprovada em 13 de julho de 2012.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 16 de agosto de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 17 de agosto de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Portaria n.º 11/2013, de 11 de janeiro

A Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, que aprovou a lei antidopagem no desporto, adotando na ordem jurídica interna as regras estabelecidas no Código Mundial Antidopagem, remeteu as normas de execução regulamentar para portaria do membro do Governo responsável pela área do desporto.

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro Adjunto e dos Assuntos Parlamentares, ao abrigo do disposto no artigo 81.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, o seguinte:

Artigo 1.º**Objecto**

As ações de controlo de dopagem têm por objeto 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 ações 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 ações 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 seleções 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) Se encontrem 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 atualizados 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 que antes de se retirar da prática desportiva estava incluído no grupo alvo de praticantes, reiniciou a sua prática 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 38/2012, de 28 de agosto, bem como o responsável pelo poder paternal, no caso de praticantes desportivos menores de idade.

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 informação sobre a localização

A gestão do sistema de informação sobre a localização dos praticantes desportivos é realizada pela ADoP de acordo com o definido nos artigos 38.º a 42.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, e com os princípios definidos nas normas internacionais para controlo e de proteção 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 informação sobre a localização envia à ADoP, trimestralmente, a informação prevista no n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

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 atualização 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 incorretas e informações falsas

(...)

Artigo 9.º

Modalidades colectivas

(...)

Artigo 10.º

Praticante desportivo portador de deficiência

(...)

Artigo 11.º

Verificação das informações

(...)

Artigo 12.º

Recordes nacionais

(...)

Artigo 13.º

Apoio logístico

(...)

Artigo 14.º

Responsáveis pelo controlo

1 — Os controlos são atos médicos.

2 — As ações de controlo são realizadas por médicos, os quais podem ser co-adjuvados por paramédicos ou auxiliares de controlo de dopagem designados pela ADoP, nos termos previstos no n.º 5 do artigo 32.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

3 — A seleção dos médicos responsáveis pelo controlo de dopagem é realizada mediante concurso público, através da celebração de contrato de prestação de serviços com o Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P. (IPDJ, I.P.).

4 — Os médicos, paramédicos e auxiliares de controlo de dopagem a que se refere o número 2 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 no *Diário da República*.

Artigo 15.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 e o nome e o contacto do representante da entidade organizadora.

(...)

Artigo 16.º

Instalações

1 — As ações de controlo 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 devem 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, devendo estar equipada com cadeiras em número suficiente para a sua capacidade mínima e com um frigorífico para preservação de bebidas necessárias à hidratação dos praticantes desportivos;
- b) Sala de trabalho (15 m² a 20 m²) — a capacidade desta sala deve possibilitar a presença em simultâneo do praticante desportivo, do seu acompanhante, do médico responsável pelo controlo de dopagem (MRCD) e de pessoal que o coadjuve, devendo ser contígua à sala referida na alínea a) e 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 (10 m² a 15 m²) — estas instalações devem conter dois sanitários que possibilitem a presença de duas pessoas no seu interior e, idealmente, um chuveiro, devendo ser contíguas à sala de trabalho referida na alínea b).

3 — As instalações para a realização dos controlos 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 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 MRCD, caso não estejam garantidas as condições previstas nos n.ºs 1 e 2, determina a realização do controlo em instalações por si escolhidas, sendo os respectivos custos imputados ao promotor da competição ou do evento desportivo pela ADoP.

Artigo 17.º

Seleção do praticante desportivo

1 — A seleção do praticante desportivo a submeter a controlo em competição é realizada de acordo com a metodologia constante do respectivo regulamento federativo antidopagem.

(...)

Artigo 18.º

Notificação da ação de controlo

(...)

Artigo 19.º

Comparência no controlo

(...)

Artigo 20.º

Ausência no controlo por assistência médica

1 — Os organizadores da competição ou do evento desportivo onde o controlo se realize informam de imediato o MRCD caso um praticante desportivo selecionado para o mesmo se tenha ausentado do local onde decorreu a competição ou evento desportivo, a fim de ser submetido a assistência médica.

2 — A obrigação referida no número anterior aplica-se igualmente ao praticante desportivo e, no seu impedimento, ao 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 21.º

Submissão ao controlo

(...)

Artigo 22.º

Colheita de amostras

(...)

Artigo 23.º

Taxa de alcoolemia

(...)

Artigo 24.º

Formulários

(...)

Artigo 25.º

Responsáveis pelas condições de realização dos controlos

1 — As federações desportivas, ligas profissionais, clubes, sociedades desportivas e demais entidades promotoras e organizadoras de competições 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 26.º

Administração pós-controlo

(...)

Artigo 27.º

Transporte

(...)

Artigo 28.º

Realização dos exames laboratoriais

(...)

Artigo 29.º

Instrução inicial

(...)

Artigo 30.º

Notificações relativas a resultados analíticos positivos

(...)

Artigo 31.º

Realização da segunda análise

(...)

Artigo 32.º

Exames complementares

1 — Compete à ADoP notificar a federação desportiva da decisão tomada relativamente aos exames complementares efetuados 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 36.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, determinando se os seus resultados consubstanciam uma violação de norma antidopagem.

2 — Tendo sido determinada pela ADoP a violação de uma norma antidopagem, aplica -se o disposto no n.º 7 do artigo anterior.

Artigo 33.º

Procedimento disciplinar

1 — A notificação, pela ADoP, de uma violação de norma antidopagem determina que a federação desportiva envie a mesma ao respetivo órgão disciplinar federativo, no prazo máximo de cinco dias úteis a contar da sua receção, de forma a que este proceda à abertura do respetivo procedimento disciplinar.

2 — A entidade responsável pela elaboração da instrução do procedimento disciplinar emite a nota de culpa, no prazo de dez dias úteis, contados após o envio do processo para o respetivo órgão disciplinar federativo.

3 – O prazo definido no n.º 3 do artigo 59.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, inicia -se na data da receção da notificação de uma violação de norma antidopagem, por parte da ADoP, à respetiva federação desportiva.

Artigo 34.º

Controlo não realizado

(...)

Artigo 35.º

Parecer prévio

1 — Para efeitos do disposto nos n.ºs 1 a 5 do artigo 67.º e no artigo 68.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, compete à federação desportiva, ao praticante desportivo ou ao seu clube, requerer o parecer prévio à ADoP, que obrigatoriamente o remete ao Conselho Nacional Antidopagem (CNAD), para cumprimento do disposto nas alíneas a) a c) do n.º 1 do artigo 27.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

2 — O parecer prévio referido no número anterior é requerido após concluída a proposta de sanção disciplinar a aplicar e antes de ser proferida decisão disciplinar pelo respectivo órgão disciplinar federativo.

(...)

Artigo 36.º

Suspensão dos praticantes desportivos

(...)

Artigo 37.º

Autorização de utilização terapêutica

1 — A ADoP, através da Comissão de Autorização de Utilização Terapêutica (CAUT) procede à receção, análise e aprovação das solicitações de autorização de utilização terapêutica de substâncias e 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 no *Diário da República*.

3 — Compete à ADoP, através da 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 38.º

Campanhas de informação e de educação

1 — Compete à ADoP, através da 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 atualizada e correta sobre as matérias previstas no artigo 30.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

Artigo 39.º

Tabela de preços

(...)

Artigo 40.º

Regulamentos federativos antidopagem

(...)

Artigo 41.º

Recomendações e esclarecimentos

(...)

Artigo 42.º

Notificações

(...)

Artigo 43.º

Norma revogatória

(...)

Artigo 44.º

Entrada em vigor

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

O Ministro Adjunto e dos Assuntos Parlamentares,

Miguel Fernando Cassola de Miranda Relvas, em 4 de janeiro de 2013.

Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem versão 2013

CÓDIGO MUNDIAL ANTIDOPAGEM

1 de Janeiro de 2013 (Data de entrada em vigor)

Ratificada pela Conferência de Partes da Convenção Internacional contra a Dopagem no Desporto da UNESCO em 14/11/2012 e pelo Grupo de Monitorização da Convenção Contra a Dopagem do Conselho da Europa em 13/11/2012.

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.

De acordo com o Artigo 4.2.2. do Código Mundial Antidopagem, todas as Substâncias Proibidas serão consideradas “Substâncias Específicas” exceto as substâncias previstas nas classes **S1**, **S2**, **S4.4**, **S4.5** e **S6.a** e os Métodos Proibidos **M1**, **M2** e **M3**.

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO E FORA DE COMPETIÇÃO

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS

SO. SUBSTÂNCIAS NÃO APROVADAS OFICIALMENTE

Qualquer substância farmacológica que não seja referida em qualquer das subseções da presente Lista e que não tenha sido objeto 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, drogas de síntese, medicamentos aprovados apenas para uso veterinário) é proibida em competição e fora de competição.

SI. AGENTES ANABOLISANTES

Os agentes anabolisantes são proibidos.

1. ESTEROIDES ANDROGÉNICOS ANABOLISANTES

a. Esteroides androgénicos anabolisantes exógenos* incluindo:

1-androstenediol (5 α -androst1-ene3 β ,17 β -diol); **1-androstenediona** (5 α -androst1-ene3,17-diona); **bolandioli** (estr-4-ene3 β , 17 β -diol); **bolasterona**; **boldenona**; **boldiona** (androst-1,4-diene3,17-diona); **calusterona**; **clostebol**; **danazol** ([1,2]oxazolo[4',5':2,3]pregna-4-en20-yn17 α -ol); **dehidroclorometiltestosterona** (4-cloro17 β -hidroxi-17 α -metilandrosta1,4-dien3-ona); **desoximetiltestosterona** (17 α -metil5 α -androst2-ene17 β -ol); **drostanolona**; **etilestrenol** (19-norpregna4-en17 α -ol); **fluoximesterona**; **formebolona**; **fu-**

razabol (17 α -metil[1,2,5]oxadiazolo[3',4':2,3]-5 α -androstano-17 β -ol); **gestrino-na**; **4-hidroxitestosterona** (4,17 β -dihidroxiandrostano-4-en-3-ona); **mestanolona**; **mesterolona**; **metandienona** (17 β -hidroxi-17 α -metilandrosto-1,4-diene-3-ona); **metandriol**; **metasterona** (17 β -hidroxi-2 α ,17 α -dimetil-5 α -androstano-3-ona); **metanolona**; **metildienona** (17 β -hidroxi-17 α -metilestro-4,9-diene-3-ona); **metil-1-testosterona** (17 β -hidroxi-17 α -metil-5 α -androstano-1-ene-3-ona); **metil-nostestosterona** (17 β -hidroxi-17 α -metilestro-4-ene-3-ona); **metiltrienolona** (17 β -hidroxi-17 α -metilestro-4,9,11-trien-3-ona); **metiltestosterona**; **metribolona** (metiltrienolona, 17 β -hidroxi-17 α -metilestro-4,9,11-trien-3-ona); **mibolona**; **nandrolona**; **19-norandrostenediona** (estrano-4-ene-3,17-diona); **norboletona**; **norclostebol**; **noretandrolona**; **oxabolona**; **oxandrolona**; **oximesterona**; **oximetolona**; **prostanzol** (17 β -[[tetrahidropirano-2-yl]oxy]-1'H-pirazolo[3,4:2,3]-5 α -androstano); **quinbolona**; **stanazolol**; **stenbolona**; **1-testosterona** (17 β -hidroxi-5 α -androstano-1-ene-3-ona); **tetrahidrogestrino-na** (17-hidroxi-18 α -homo-19-nor-17 α -pregna-4,9,11-trien-3-ona); **trenbolona** (17 β -hidroxiestro-4,9,11-trien-3-ona) e outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similar(es).

b. Esteroides androgênicos anabolisantes endógenos, quando administrados exogenamente:**

Androstenediol (androstano-5-ene-3 β ,17 β -diol); **androstenediona** (androstano-4-ene-3,17-diona); **dihidrotestosterona** (17 β -hidroxi-5 α -androstano-ona); **prasterona** (dehidroepiandrosterona, DHEA, 3 β -hidroxiandrostano-5-en-17-ona); **testosterona** e os seguintes metabolitos e isômeros, incluindo, mas não limitado a:

5 α -androstano-3 α ,17 α -diol; **5 α -androstano-3 α ,17 β -diol**; **5 α -androstano-3 β ,17 α -diol**; **5 α -androstano-3 β ,17 β -diol**; **androstano-4-ene-3 α ,17 α -diol**; **androstano-4-ene-3 α ,17 β -diol**; **androstano-4-ene-3 β ,17 α -diol**; **androstano-5-ene-3 α ,17 α -diol**; **androstano-5-ene-3 α ,17 β -diol**; **androstano-5-ene-3 β ,17 α -diol**; **4-androstenediol** (androstano-4-ene-3 β ,17 β -diol); **5-androstenediona** (androstano-5-ene-3,17-diona); **epi-dihidrotestosterona**; **epitestosterona**; **etiocolanolona**; **3 α -hidroxi-5 α -androstano-17-ona**; **3 β -hidroxi-5 α -androstano-17-ona**; **7 α -hidroxi-DHEA**; **7 β -hidroxi-DHEA**; **7-keto DHEA**; **19-norandrosterona**; **19-noreticoanolona**.

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

Clembuterol, moduladores seletivos dos receptores dos androgênios (**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, FATORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

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

- Agentes Estimulantes da Eritropoiese.** [por ex. **Eritropoietina (EPO)**, **darbopoietina (dEPO)**, **estabilizadores dos fatores indutores de hipoxia (HIF)**, **metoxi polietileno glicol-epoiteina beta (CERA)**, **peginesatida (Hematida)**];
- Gonadotrofina Coriônica (CG)** e **Hormona Luteinizante (LH)**, proibidas apenas nos praticantes desportivos do sexo masculino;
- Corticotrofinas;**

4. **Hormona de crescimento (hGH), Fatores de crescimento fibroblásticos (FGFs), Fatores de crescimento hepatocitários (HGF), Fatores de crescimento insulina-like (IGF-1), Fatores de crescimento mecânicos (MGFs), Fatores de crescimento plaquetários (PDGF) e Fatores de crescimento vasculo-endoteliais (VEGF)**, assim como outros fatores de crescimento que afetem 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 todos os isómeros óticos (por ex. d- e l-) quando relevante, são proibidos à exceção do salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas), formoterol (máximo de 54 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 ou do formoterol numa concentração superior a 40 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 administrada por via inalatória dentro dos limites máximos acima indicados.

S4. MODULADORES HORMONAIS E METABÓLICOS

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-androstene3,6,17 triona (6-oxo), exemestano, formestano, letrozole, testolactona;**
2. **Moduladores seletivos dos recetores dos estrogénios (SERMs)** incluindo, mas não limitados a: **raloxifeno, tamoxifeno, toremifeno;**
3. **Outras substâncias antiestrogénicas** 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.**
5. **Moduladores metabólicos:**
 - a) **Insulinas**
 - b) **Agonistas do recetor activado δ por proliferadores peroxisomais (PPAR δ)** (por ex: GW 1516), **agonistas do eixo da proteína quinase dependente do AMP (AMPK)**, (por ex: AICAR).

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**) **probencide** e outras substâncias com efeito(s) biológico(s) similares. A administração local de felypressin em anestesia dentária não é proibida.

Os diuréticos incluem:

Acetazolamida, ácido etacrínico, amiloride, bumetanida, canrenona, clortalidona, espironolactona, furosemida, indapamida, metolazona, tiazidas (por ex. **bendroflumetiazida, clorotiazida, hidroclorotiazida**), **triamtereno**, e ou-

tras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similares (exceto 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. formoterol, salbutamol, 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. MANIPULAÇÃO DO SANGUE E DE COMPONENTES DO SANGUE

São proibidos os seguintes:

1. A administração ou reintrodução de qualquer quantidade de sangue autólogo, homólogo ou heterólogo ou de produtos eritrocitários de qualquer origem no sistema circulatório.
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.
3. Qualquer forma de manipulação intravascular do sangue ou dos componentes do sangue por meios físicos ou químicos.

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, incluindo mas não limitado à substituição e/ou adulteração da urina (por ex. proteases);
2. As infusões e/ou injeções intravenosas de mais de 50 mL por um período de 6 horas são proibidas com exceção das realizadas legitimamente no âmbito de uma admissão hospitalar ou de uma investigação clínica.

M3. DOPAGEM GENÉTICA

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

1. A transferência de polímeros de ácidos nucleicos ou de análogos de ácidos nucleicos;
2. O uso de células normais ou geneticamente modificadas;

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 todos os isómeros óticos (por ex. d- e l-) quando relevante, são proibidos, exceto os derivados do imidazole utilizados por via tópica e todos os estimulantes incluídos no Programa de Monitorização para 2013*:

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; fembu-trazato; fencafamina; fenprometamina; heptaminol; isometeptano; levmetanfetamina; meclofenoxato; metilefedrina****; metilhexaneamina (dimetil-pentilamina); metilfenidato; niketamida; norfenefrina; octopamina; oxilofrina (metilsinefrina); parahidroxianfetamina; pemolina; pentetrazol; propilhexe-drina; 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 2013 (bupropion, cafeína, fenilefrina, fenilpropanolamina, nicotina, pipradol e sinefrina) não são consideradas Substâncias Proibidas.

** A administração local de **adrenalina** (por ex. nasal, oftalmológica) ou quando associada com anestésicos locais 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.

57. NARCÓTICOS

Os seguintes narcóticos são proibidos:

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

58. CANABINÓIDES

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

59. GLUCOCORTICOSTERÓIDES

Todos os glucocorticosteroides são proibidos quando administrados por via oral, retal 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 deteção 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)
- » 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, exceto se especificado de outra forma:

- » Automobilismo (FIA)
- » Bilhar (todas as disciplinas) (WCBS)
- » Esqui/*Snowboard* (FIS) saltos e estilo livre
- » Golfe (IGF)
- » Setas (WDF)
- » Tiro (ISSF, IPC) (proibido igualmente fora de competição)
- » Tiro com Arco (FITA) (proibido igualmente fora de competição)

Beta-bloqueantes incluindo, mas não limitados aos seguintes:

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

PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO 2013*

AS SEGUINTE SUBSTÂNCIAS SÃO INCLUÍDAS NO PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO 2013:

1. **Estimulantes:** *Apenas em Competição:* Bupropion, cafeína, nicotina, fenilefrina, fenilpropanolamina, pipradrol, pseudoefedrina (<150 microgramas por mililitro), sinefrina.
2. **Narcóticos:** *Apenas em Competição:* Hidrocodona, Razão morfina/codeína, tapentadol, tramadol.
3. **Glucocorticosteroides:** *Apenas fora de Competição.*

* 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 detetar padrões de uso ilegítimo no desporto.”

LISTA DE SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS 2013

SUMÁRIO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES E NOTAS EXPLANATÓRIAS

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO E FORA DE COMPETIÇÃO

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS

SO. SUBSTÂNCIAS NÃO APROVADAS OFICIALMENTE

- » Clarifica-se que por produtos veterinários apenas se referem as substâncias não aprovadas para uso humano.

SI. AGENTES ANABOLISANTES

- » As designações IUPAC foram revistas com a colaboração da IUPAC e as alterações apropriadas foram introduzidas para as seguintes substâncias:
 - » **danazol** ([1,2]oxazolo[4',5':2,3]pregna-4-en20-yn17 α -ol)
 - » **etilestrenol** (19-norpregna4-en17 α -ol)
 - » **furazabol** (17 α -metil[1,2,5]oxadiazolo[3',4':2,3]-5 α -androstan17 β -ol)
 - » **metasterona** (17 β -hydroxy2 α ,17 α -dimethyl5 α -androstan3-one)
 - » **prostanazol** (17 β -[(tetrahydropyran-2-yl)oxy]-1'H-pyrazolo[3,4:2,3]-5 α -androstan-3-one)
 - » **tetrahydrogestrinona** (17-hydroxy18 α -homo19-nor17 α -pregna4,9,11-trien3-one)
 - » **trenbolona** (17 β -hydroxyestr4,9,11-trien3-one)
 - » **prasterona** (dehidroepiandrosterona, DHEA, 3 β -hydroxyandrost-5-en-17-one).
- » A eticolanolona foi adicionada à seção S1.b como exemplo de metabolito da testosterona.

O INN (International Nonproprietary Name) será utilizado se existir; a nomenclatura IUPAC será também utilizada quando necessária para melhor clarificação; os nomes comuns serão acrescentados quando tal for considerado útil.

S2. HORMONAS PEPTÍDICAS, FATORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

- » As insulinas foram movidas para a subseção S.4.5.a (Modeladores Metabólicos) por ser considerada uma categoria mais apropriada, com base nos seus mecanismos de ação. Outras substâncias antidiabéticas, incluindo a exenatida e a liraglutida, não são proibidas.

As preparações derivadas das plaquetas (PRP) foram anteriormente removidas da Lista após ter sido considerada a atual falta de evidências relativas ao uso destes métodos para efeitos de aumento do rendimento desportivo, apesar dessas preparações conterem fatores de crescimento. Apesar da presença de alguns fatores de crescimento, estudos atuais sobre as PRP não demonstraram

qualquer potencial para um aumento do rendimento desportivo, para além de um potencial efeito terapêutico. Note-se que os fatores de crescimento individualmente considerados continuam a ser proibidos quando administrados separadamente enquanto substâncias purificadas, como está descrito em S2.4. A administração intravenosa de PRP não é permitida, de acordo com M2.

S3. BETA-2 AGONISTAS

- » A dosagem permitida para o formoterol (administrado por inalação) foi aumentada para 54 microgramas por período de 24 horas, com o correspondente aumento do limiar de deteção na urina para 40 ng/mL.
- » Para clarificação, todos os isómeros óticos (*d*- e *l*-), quando relevante, são proibidos.

Deve ter-se presente que existem diferenças a nível mundial relativamente à rotulagem de dispositivos para inalação contendo formoterol e que a Lista se refere à dose de formoterol administrada e não à dose indicada no rótulo. A dose administrada é a dose que sai pelo aplicador bucal e que está disponível para inalação. Por exemplo, o Symbicort® Turbohaler® / Turbohaler®, que está rotulado como contendo 12 microgramas de formoterol, disponibiliza ao paciente aproximadamente 9 microgramas por inalação. Se forem administradas duas doses diárias (i.e. 48 microgramas), a dose administrada é de 36 microgramas, o que corresponde à dose diária máxima aprovada na maioria dos países. Em alguns países, a dose máxima permitida para uso temporário e ocasional no tratamento de crises de asma é de 54 microgramas por período de 24 horas.

Quando o formoterol é disponibilizado através de um dispositivo Aerolizer®, estudos demonstraram que 60 a 85 % da dose é administrada.

A AMA continua a avaliar outros beta-2 agonistas, de modo a estabelecer limiares de deteção na urina para esses produtos. Independentemente da dosagem permitida, todos os praticantes desportivos são encorajados a procurar aconselhamento médico para assegurar que estão a receber o tratamento adequado. Para mais informação relativa a beta-2 agonistas, consultar a Informação Médica sobre Asma para assistir as Comissões de AUT, disponibilizada pela AMA.

S4. MODULADORES HORMONAIIS E METABÓLICOS

- » As insulinas foram inseridas em S4.5.a (ver S2, acima)

S5. DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES

- » A expressão “aplicação local” de felypressin foi alterada para “administração local”, para clarificação.
- » A morfina foi removida do último parágrafo, dado que não é uma substância sujeita a limiares de deteção, pelo que uma AUT teria sempre de ser solicitada para uso *Em competição*.

MÉTODOS PROIBIDOS

M1. MANIPULAÇÃO DO SANGUE E DE COMPONENTES DO SANGUE

- » O título e o corpo desta secção foram alterados para abranger todas as manipulações do sangue e dos seus componentes. Em consequência, a subsecção M2.3 foi eliminada, uma vez que o seu conteúdo se encontra agora incluído nesta categoria revista.

M2. MANIPULAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA

- » A subsecção M2.3 foi eliminada, porque o seu conteúdo se encontra agora incluído em M1.

M3. DOPAGEM GENÉTICA

- » Para permitir uma definição mais precisa de Dopagem Genética, a subsecção M3.1 foi reformulada.

SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO

S6: ESTIMULANTES

- » Para clarificação, é confirmado que todos os isómeros óticos (*d*- e *l*-), quando relevante, são proibidos.

Relembra-se que alguns estimulantes podem estar disponíveis sob vários outros nomes, por exemplo “metilhexaneamina”, às vezes apresentada como dimetilamilamina, pentilamina, geranamina, Forthane, 2- amino-4-metilhexane, extrato de raiz de gerânio ou óleo de gerânio.

- » Outro exemplo é metilsinefrina, que foi acrescentado como um nome diferente para oxilofrina.

SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS EM ALGUNS DESPORTOS EM PARTICULAR

P2. BETA-BLOQUEANTES

- » A Aeronáutica (FAI), o *Boules* (CMSB), o Bridge (FMB), o Bowling de 9 pinos e o Bowling de 10 pinos (FIQ) e a Motonáutica (UIM) foram removidas da lista dos desportos em que os beta-bloqueantes são proibidos.

A AMA está a reavaliar a proibição de beta-bloqueantes em determinados desportos em conjunto com as federações em causa e outros parceiros. Tal levou à remoção de mais 5 desportos desta secção.

PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO

- » De modo a detetar potenciais padrões de uso abusivo, a seguinte substância foi acrescentada ao Programa de Monitorização:
 - » Em Competição: tapentadol.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

QUAIS FORAM AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FEITAS À LISTA PARA 2013 RELATIVAMENTE À LISTA PARA 2012?

REFORMULAÇÃO DE SECÇÃO EM MÉTODOS PROIBIDOS

De modo a tornar a Secção M1 mais abrangente, de forma a incluir todos os tipos de manipulação de sangue e de componentes do sangue, o título e o conteúdo da Secção M1 foi alterado.

A Secção M1 está agora intitulada de “Manipulação do sangue e de componentes do sangue”, enquanto que a Subsecção M2.3 foi apagada, uma vez que está agora incluída nesta categoria revista em M1.3, onde que se lê: “Qualquer forma de manipulação intravascular do sangue ou dos componentes do sangue por meios físicos ou químicos.”

A Secção M3, relativa à dopagem genética, foi também reformulada para disponibilizar uma definição mais precisa deste método proibido.

BETA-BLOQUEANTES

Por solicitação da *Confédération Mondiale des Sports de Boules* (CMSB), *Fédération Mondiale de Bridge* (FMB), da *Fédération Internationale des Quilleurs* (FIQ), e da *Union Internationale Motonautique* (UIM), os beta-bloqueantes já não são proibidos nos desportos de boules, *bowling* de 9 pinos e *bowling* de 10 pinos, bridge e na motonáutica.

CLARIFICAÇÃO RELATIVA AOS ESTIMULANTES

Para melhor clarificação, na Secção 6, para estimulantes, é confirmado que todos os isómeros óticos, quando relevante, são proibidos

PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO

De modo a detetar potenciais padrões de uso abusivo, o tapentadol foi adicionado ao Programa de Monitorização para 2013, em *Narcóticos - Em Competição*.

QUAL É O REGIME APLICÁVEL À METILHEXANEAMINA (MHA)?

A metilhexaneamina (MHA), por vezes designada por dimetilamilamina, permanece proibida em competição, enquanto estimulante específico previsto na Secção 6.b.

A MHA em sido considerada como estimulante pelo menos desde 2004, quando a AMA assumiu a responsabilidade pela elaboração da Lista. Foi reclassificada na Lista para 2011 como “substância específica”.

A metilhexaneamina foi vendida como medicamento até ao início dos anos 70 e tem propriedades medicinais, mas que a AMA tenha conhecimento, não tem sido vendida como medicamento desde essa altura.

QUAL É A LIGAÇÃO ENTRE A METILHEXANEAMINA (MHA) E O ÓLEO DE GERÂNIO?

Estudos científicos recentes demonstraram claramente que o óleo de gerânio, no seu estado natural, não contém metilhexaneamina (MHA) e que o uso de óleo

de gerânio não pode ser considerado como sendo uma explicação para a presença de MHA, ou de metabolitos relacionados, numa amostra de urina colhida para efeitos de controlo de dopagem.

A metilhexaneamina (MHA) é uma substância farmacológica classificada como estimulante que foi comercializada até ao início dos anos 70. A MHA reapareceu há alguns anos atrás como componente de suplementos dietéticos de venda livre, em alguns mercados e na Internet. A MHA é proibida, enquanto estimulante, na Secção S6.b da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos para 2013. Os praticantes desportivos devem ter presente que a MHA tem sido disponibilizada sob várias denominações, sendo uma delas “óleo de gerânio”.

QUAL É O REGIME DO CLEMBUTEROL?

O clenbuterol é uma substância proibida e não há um limiar de deteção abaixo do qual esta substância seja permitida.

Atualmente, e com base na opinião de peritos, não há qualquer plano relativo à introdução de um limiar de deteção para o clenbuterol.

É possível que, verificadas determinadas circunstâncias, a presença de um nível baixo de clenbuterol na amostra de um praticante desportivo possa ser o resultado de uma contaminação alimentar. No entanto, cada caso é um caso e todos os seus elementos necessitam de ser considerados, assim como o contexto específico do caso em concreto.

Ao abrigo do Código Mundial Antidopagem, a gestão de resultados prevê a oportunidade conferida ao praticante desportivo de explicar como uma substância proibida entrou no seu organismo.

A AMA está a trabalhar em conjunto com países, Federações Internacionais e organizações de eventos para ajudar a minimizar o risco de contaminação, através da monitorização de carne nos hotéis oficiais e restaurantes. Trata-se de uma questão governamental, e não da AMA.

O QUE É UMA “SUBSTÂNCIA ESPECÍFICA”?

Uma “substância específica” é uma substância que permite, verificadas determinadas condições, reduzir uma sanção que à partida seria de dois anos, quando um praticante desportivo tem um resultado positivo para essa substância.

Pretende-se reconhecer que é possível que uma determinada substância entre inadvertidamente no organismo do praticante desportivo, desse modo possibilitando maior flexibilidade na decisão da sanção.

As substâncias específicas não representam necessariamente agentes menos graves, para efeitos de dopagem, do que outras substâncias proibidas, e também não isentam os praticantes desportivos da regra da responsabilidade objetiva, que os torna responsáveis por qualquer substância que seja introduzida no seu organismo.

No entanto, existe uma maior probabilidade, com essas substâncias, de serem passíveis de ver explicada a sua presença no organismo por razões não relacionadas com a dopagem, como é referido na secção 10.4 do Código Mundial Antidopagem.

Essa maior probabilidade não é simplesmente credível para determinadas substâncias, tais como os esteroides e a hormona do crescimento humano – e é por isso que não são classificadas como específicas.

LEGENDA DOS SÍMBOLOS



Substância incluída no Programa de Monitorização 2013



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



Substância incluída no Programa de Monitorização 2013; Estupefaciente e psicotrópico: prescrição obrigatória em receita médica especial

Substâncias Proibidas e Grupos Farmacológicos

AGENTES ANABOLIZANTES

Esteróides androgênicos anabolisantes endógenos*, quando administrados exogenamente:

* "Endógeno" refere-se a uma substância que pode ser produzida naturalmente pelo organismo



4-androsteno-3,17-diona; 5-androsteno-3 beta,17 beta-diol; Dehidroepiandrosterona; Prasterona; Testosterona

Esteróides androgênicos anabolisantes exógenos incluindo:**

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



19-Norandrostenediona; 1-Androstenediol; 1-Androstenediona; Bolandiol; Bolasterona; Boldenona; Boldiona; Calusterona; Clostebol; Danazol; Drostanolona; Estanzolol; Estenbolona; Etilestrenol; Fluoximesterona; Formebolona; Furazabol; Gestrinona; Mesterolona; Metandienona; Metandioli; Metasterona; Metenolona; Metildienolona; Metiltriolenolona; Metribolona; Mibolerona; Nandrolona; Norboletona; Norclostebol; Noretandrolona; Oxabolona; Oxandrolona; Oximesterona; Oximetolona; Prostanazol; Quinbolona; Trenbolona

Outros agentes anabolisantes:



Clenbuterol; Tibolona; Zeranol; Zilpaterol

ÁLCOOL



Álcool Etilico; Álcool; Etanol

BETA-2-AGONISTAS



Fenoterol; Indacaterol; Isoprenalina; Isoproterenol; Isoxsuprina; Orciprenalina; Procaterol; Ritodrina; Terbutalina; Tulobuterol



Formoterol; 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; Desmopressina; Eplerenona; Espironolactona; Furosemida; Glicerol; Hidroclorotiazida; Indapamida; Metolazona; Plasma humano; Poligelina; Probenecida; Torasemida; Triamtereno; Xipamida



Albumina humana; Brinzolamida; Dextrano; Dextrano 40; Dextrano 70; Dorzolamida; Gelatina; Hidroxietilamido; Manitol

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

* A efedrina e a metilefedrina são proibidas quando a concentração na urina seja > 10 µg/ml.

** A pseudoefedrina é proibida quando a concentração na urina seja > 150 µg/ml



Catina*; Metilfenidato

* A catina é proibida quando a concentração na urina seja > a 5 µg/ml



Adrenalina (epinefrina)*

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

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)



Bupropiom (anfebutamona); Cafeína;
Fenilefrina; Fenilpropanolamina; Nicotina;
Pipradol; Pseudoefedrina*; Sinefrina

* A pseudoefedrina está incluída no Programa de Monitorização quando a concentração na urina seja < 150 µg/ml.

GLUCOCORTICOSTERÓIDES



Alclometasona; Beclometasona;
Betametasona; Budesonida; Clobetasol;

Clobetasona; Cortisona; Deflazacorte;
Desonido; Dexametasona; Difluocortolona;
Fludrocortisona, acetato de; Flumetasona;
Flunisolida; Fluocinolona; Fluocinonida;
Fluocortolona; Fluorometolona;
Fluprednido; Fluticasona; Halometasona;
Hidrocortisona; Medrisona; Metilprednisolona;
Metilprednisolona, aceponato de;
Mometasona; Prednisolona; Prednisona;
Rimexolona; Tixocortol; Triamcinolona

HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS



Corticorelina; Darbepoetina alfa; Epoetina alfa; Epoetina beta; Epoetina zeta; Epoetina;
Filgrastim; Lenograstim; Mecassermina;
Sermorreline; Somatotrofina; Somatropina;
Tetracosactido



Busserrelina; Gonadorrelina; Gonadotropina coriônica; Goserrelina; Hormona luteinizante;
Leuprorrelina; Lutropina alfa; Menotropina;
Triptorrelina

MODULADORES HORMONAIS E METABÓLICOS



Aminoglutetimida; Anastrozol; Ciclofenil;
Clomifeno; Exemestano; Formestano;
Fulvestrant; Insulina; Letrozol; Raloxifeno;
Tamoxifeno; Testolactona; Toremifeno

NARCÓTICOS (PM)



Codeína*; Tramadol

*razão morfina/codeína



Tapentadol

NARCÓTICOS



Alfentanilo; Buprenorfina; Dextromoramida;
Fentanilo; Heroína; Hidromorfona; Metadona;
Morfina; Oxicodona; Oximorfona; Pentazocina;
Petidina; Remifentanilo; Sufentanilo

Especialidades Farmacêuticas Proibidas

por Substância Ativa

ACEBUTOLOL



PRENT (via oral)
Comp. revest. p/película 200 mg

ACETAZOLAMIDA



CARBINIB (via oral)
Comp. 250 mg

CARBINIB R (via oral)
Cáps. libert. prol. 500 mg

ACETONIDO DE FLUOCINOLONA



SYNALAR Retal (via retal)
Pomada retal 50 mg/g + 0,11 mg/g + 20 mg/g + 2,5 mg/g

ADRENALINA*



ADRENALINA BRAUN (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 1 mg/1 ml

ADRENALINA LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 1 mg/1 ml

ANAPEN (via intramuscular)
Sol. inj. 0,15 mg/0,3 ml
Sol. inj. 0,3 mg/0,3 ml

* A administração local de adrenalina por ex. nasal, oftalmológica ou quando associada com anestésicos locais 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 KEDRION (via intravenosa)
Sol. inj. 200 g/l

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

ALBUNORM 5 (via intravenosa)
Sol. p/perf. 50 g/l

ALBUNORM 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

FLEXBUMIN (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 ACCORD 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL AZEVEDOS 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL DNA PHARMA 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 1 mg

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 GERMED 1 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 1 mg

ANASTROZOL HIKMA 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 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 100 mg
Comp. revest. p/película 50 mg

BETAMETASONA



CELESEDPOT (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 AUROBINDO MG (via oral)
Comp. Revest. p/película 2,5 mg
Comp. Revest. p/película 5 mg
Comp. Revest. p/película 10 mg

BISOPROLOL CICLUM 5 e 10 mg Comp. MG (via oral)
Comp. revest. p/película 5 mg
Comp. revest. p/película 10 mg

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

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

BISOPROLOL GERMED 5 e 10 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 5 mg
Comp. revest. p/película 10 mg

BISOPROLOL ITF 5 e 10 mg Comp. MG (via oral)
Comp. 5 mg
Comp. 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 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 10 Plus (via oral)
Comp. revest. 10 mg + 25 mg

CONCOR IC (via oral)
Comp. revest. 2,5 mg

BUDESONIDA



BUDENOFALK (via oral, via retal)
Cáps. libert. modif. 3 mg
Espuma retal 2 mg/dose

BUDENOFALK OD (via oral)
Gran. gastroresistente 9 mg

ENTOCORT (via oral)
Cáps. libert. modif. 3 mg

ENTOCORT Enema (via retal)
Comp. p/susp. retal 2 mg

BUPRENORFINA



BUPRENORFINA ACTAVIS 35; 52,5 e 70 µg/h Sist. Transdérmico (via oral, via transdérmica)
Sist. transdérmico 35 µg/h
Sist. transdérmico 52,5 µg/h
Sist. transdérmico 70 µg/h

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

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

PHYSIOGLAU 2% Unidoses (via oftálmica tópica)
Colírio libert. prol. 20 mg/ml

CARVEDILOL



CARVEDILOL ACTAVIS 6,25 e 25 mg Comp. MG
(via oral)
Comp. revest. p/película 6,25 mg
Comp. revest. p/película 25 mg

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

CARVEDILOL AUROBINDO 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 AZEVEDOS 6,25 e 25 mg Comp. MG
(via oral)
Comp. 6,25 mg
Comp. 25 mg

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

CARVEDILOL CINFA 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)
Comp. 6,25 mg
Comp. 25 mg

CARVEDILOL CORONAT 6,25 e 25 mg Comp. MG
(via oral)
Comp. 6,25 mg
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 GERMED 6,25 e 25 mg Comp. MG

(via oral)
Comp. 6,25 mg
Comp. 25 mg

CARVEDILOL GP 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 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 PARKE-DAVIS MG (via oral)

Comp. revest. p/película 6,25 mg
Comp. revest. p/película 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 TECNIMEDE 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



CLEMBROXOL (via oral)

Comp. 30 mg + 0,02 mg
Gran. 30 mg + 0,02mg
Xar. 1,5 mg/ml + 0,001 mg/ml

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

p. 78

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

CLOROTALIDONA



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

DARBEOETINA ALFA



ARANESP (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 10 µg/0,4 ml
Sol. inj. 15 µg/0,5 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. 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

DESMOPRESSINA



DDAVP DESMOPRESSIN Sol. Inj. (via intravenosa)

Sol. inj. 0,004 mg/ml

DDAVP DESMOPRESSIN Sol. p/Pulverização nasal

(via nasal)
Sol. p/pulv. nasal 0,1 mg/ml

DESMOPRESSINA TEVA 0,1 e 0,2 mg Comp. MG

(via oral)
Comp. 0,1 mg
Comp. 0,2 mg

DESMOSPRAY (via nasal)

Sol. p/pulv. nasal 0,1 mg/ml

MINIRIN LO (via sublingual)

Liofilizado oral 0,06 mg
Liofilizado oral 0,12 mg

MINIRIN 0,1 (via oral)

Comp. 0,1 mg

Legenda dos símbolos, pág. 71

DEXAMETASONA



DECADRON (via oral)

Comp. 0,5 mg

DOXIPROCT Plus (via retal)

Pomada retal 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



DASOMIN (via intravenosa)

Conc.p/ sol. p/ perf.. 12,5 mg/ml

DOBUTINA (via intravenosa)

Conc.p/ sol. p/ perf.. 12,5 mg/ml

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



CORDODOPA 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*



EFEDRINA LABESFAL (via intravenosa, via intramuscular, via oral)

Sol. Inj 50 mg/ml

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



EPLERENONA PENTAFARMA MG (via oral)

Comp. revest. p/película 25 mg

Comp. revest. p/película 50 mg

INSPIRA (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 U.I./1 ml

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

Sol. inj. em ser. pré-cheia 30000 U.I./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

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

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

Sol. inj. 3000 U.I./0,9 ml

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

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

Sol. inj. 6000 U.I./0,6 ml

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

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

Sol. inj. 20000 U.I./0,5 ml

Sol. inj. 30000 U.I./0,75 ml

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

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

ESMOLOL



BREVIBLOC (via intravenosa)

Sol. Inj. 10 mg/ml

Sol. Perfusão. 10 mg/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

ESPIRONOLACTONA ORION 25 e 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 25 e 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

EXEMESTANO DNA PHARMA MG (via oral)

Comp. revest. p/película 25 mg

EXEMESTANO WYNN MG (via oral)

Comp. revest. 25 mg

FENOTEROL



BERODUAL PA (via inalatória)

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

FENTANILO



ABSTRAL (via sublingual)

Comp. sublingual 100 µg
Comp. sublingual 200 µg
Comp. sublingual 300 µg
Comp. sublingual 400 µg
Comp. sublingual 600 µg
Comp. sublingual 800 µg

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 CICLUM 12 µg/h; 25 µg/h; 50 µg/h; 75 µg/h e 100 µg/h Sistema transdérmico MG (via transdérmica)

Sistema transdérmico 12 µg/h
Sistema transdérmico 25 µg/h
Sistema transdérmico 50 µg/h
Sistema transdérmico 75 µg/h
Sistema transdérmico 100 µg/h

FENTANILO LABESFAL (via intravenosa; via intramuscular)

Sol. Inj. 0.05 mg/ml

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

Sist. transdérmico 25 µg/h
Sist. transdérmico 12,5 µg/h
Sist. transdérmico 50 µg/h
Sist. transdérmico 75 µg/h
Sist. transdérmico 100 µg/h

FENTANILO WYNN 0,05 mg/ml Sol. Inj. MG (via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

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

FENTANILO ZENTIVA MG (via transdérmica)

Sistema transdérmico 12,5 µg/h

Sistema transdérmico 25 µg/h

Sistema transdérmico 50 µg/h

Sistema transdérmico 75 µg/h

Sistema 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. 30 M.U./1 ml

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

Sol. inj. 48 M.U./1,6 ml

NIVESTIM (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. ou p/ perf. 12 M.U./0,2 ml

Sol. inj. ou p/ perf. 30 M.U./0,5 ml

Sol. inj. ou p/ perf. 48 M.U./0,5 ml

TEVAGRASTIM (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. ou p/ perf. 30 M.U./0,5 ml

Sol. inj. ou p/ perf. 48 M.U./0,8 ml

FLUOCORTOLONA



ULTRAPROCT (via retal)

Sup. 1 mg + 40 mg

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 LABESFAL 20 mg/2 ml MG (via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA PHARMAKERN 40 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA RATIOPHARM 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 SANDOZ 40 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 40 mg

FUROSEMIDA ZENTIVA Comprimidos (via oral)

Comp. 40 mg

LASIX (via oral)

Comp. 40 mg

LASIX Injetável (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/2 ml

LASIX Retard (via oral)

Cáps. libert. prol. 60 mg

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

BENZAEPRIIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS MG (via oral)

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

Comp. revest. p/película 20 mg + 25 mg

BLOPRESS (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

Comp. 32 mg + 25 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

AZEVEDOS MG (via oral)

Comp. 8 mg + 12,5 mg

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

BLUEPHARMA MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GERMED MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

Comp. 32 mg + 25 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA OSIR MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ MG (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ZENTIVA MG (via oral)

Comp. 8 mg + 12,5 mg

Comp. 16 mg + 12,5 mg

CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS

50 + 25 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 50 mg + 25 mg

GELATINA



GELASPAN (via intravenosa)

Sol. p/ perfusão

GEOFUSINE (via intravenosa)

Sol. p/perf. 40 mg/ml + 7,01 mg/ml + 1,36 mg/ml

GEOPLASMA (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

OMEGA VEN FRESENIUS (via intravenosa)

Emul. p/perf.

GONADOTROPINA CORIÓNICA



OVITRELLE (via subcutânea)

Sol. inj. 250 µg/0,5 ml

Sol. inj. em caneta pré-cheia 250 µg/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

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

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA VIR

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

EXFORGE HCT (via oral)

Comp. revest. p/película 5 mg + 160 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 5 mg + 160 mg + 25 mg

FORTZAAR (via oral)

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

FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS

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

FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA AUROBINDO 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
Comp. revest. p/película 100 mg + 25 mg

HYTACAND (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg
Comp. 32 mg + 25 mg

INIBACE Plus (via oral)

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

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 mg + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ALTER
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ARUDEL MG
(via oral)

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

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FISIOFEN
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 150 mg + 12,5 mg
Comp. 300 mg + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GP
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA STADA
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 mg + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 mg + 12,5 mg

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TETRAFARMA
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. revest. p/película 300 + 12,5 mg

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

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

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE
150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest.
p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 150 + 12,5 mg
Comp. Revest. p/Película 300 + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

LISINAPRIL + 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 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 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 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 AUROBINDO 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 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 BLUEFISH 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 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 FARMOZ 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg + 12,5 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 GERMED 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 GP 50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral)

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

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA HICORTAL 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 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 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 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 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 MEDIREX

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

Comp. revest. p/película 50 + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 100 + 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 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 mg + 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 e 100 + 25 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM

50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

Comp. revest. 100 mg + 25 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 SANDOZ

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

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

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ

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 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 TECNILOR

50 + 12,5 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 TECNILOR

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 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 MG (via oral)

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

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

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

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

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA WYNN 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 ZENTIVA

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

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

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ZENTIVA

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

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 LABESFAL
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 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

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

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

HIDROCORTISONA



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

COLIFOAM (via retal)
Espuma retal 105 mg/g

HIDROCORTISONA GENERIS (via intravenosa; via intramuscular)

Pó p/ sol. Inj. 100 mg

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. 4 mg
Comp. libert. prol. 8 mg
Comp. libert. prol. 16 mg
Comp. libert. prol. 32 mg
Comp. libert. prol. 64 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

VENOFUNDIN (via intravenosa)
Sol. p/perf. 60 mg/ml + 9 mg/ml

VOLULYTE (via intravenosa)
Sol. p/perf. 60 mg/ml

VOLUVEN FRESENIUS (via intravenosa)
Sol. p/perf. 60 mg/ml + 9 mg/ml

TETRASPAN (via intravenosa)
Sol. p/ perfusão 60 mg/ml
Sol. p/ perfusão 100 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

PERINDOPRIL + INDAPAMIDA SANDOZ 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

PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TEVA MG (via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

Comp. 8 mg + 2,5 mg

PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TOLIFE 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 WYNN MG (via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

PERINDOPRIL + INDAPAMIDA ZENTIVA 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

PRETERAX 10 + 2,5 mg (via oral)

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 KwikPen (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX25 100 UI/ml (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX25 KwikPen (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

HUMALOG MIX50 100 UI/ml (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 Comb 25 (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

INSUMAN Comb 50 (via subcutânea)

Susp. Inj. 40 U.I./ml

Susp. inj. 100 U.I./ml

INSUMAN Rapid (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. 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 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 ACCCORD 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (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 AZEVEDOS 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 GERMED 2,5 mg Comp. Revest.

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 2,5 mg

LETROZOL HIKMA 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

LEUPORRELINA



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

LUTRATE Depot 3,0 mg/1 ml (via intramuscular)

Pó e veículo p/susp. inj. 3,75/1 ml

LEVOBUNOLOL



BETAGAN (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml

p. 90

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

MECASSERMINA



INCRELEX (via subcutânea)

Sol. inj. 10 mg/ml

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. 27 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 retal)

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

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 WYNN 100 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 100 mg

MODIODAL (via oral)

Comp. 100 mg

MORFINA



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

Sol. inj. 10 mg/1 ml

Sol. inj. 20 mg/2 ml

Sol. inj. 20 mg/1 ml

Sol. inj. 40 mg/2 ml

MORFINA LABESFAL (sem conservantes)

(via epidural, via intramuscular, via intratecal, via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 10 mg/1 ml

Sol. inj. 20 mg/2 ml

Sol. inj. 20 mg/1 ml

Sol. inj. 40 mg/2 ml

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

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, via subcutânea)

Sol. inj. 10 mg/ml

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

Sol. inj. 20 mg/ml

MST (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg

Comp. libert. prol. 30 mg

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 MEPHA 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL MYLAN 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

NEBIVOLOL RATIOPHARM 5 mg Comp. 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 ZENTIVA 5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 5 mg

PEGFILGRASTIM



NEULASTA (via subcutânea)

Sol. inj. 6 mg/0,6 ml

PETIDINA



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

Sol. inj. 25 mg/1 ml

Sol. inj. 50 mg/1 ml

Sol. inj. 200 mg/2 ml

PLASMA HUMANO



FEIBA NF (via intravenosa)

Pó e solv. p/sol. p/perf. 500 UI/20 ml

Pó e solv. p/sol. p/perf. 1000 UI/20 ml

NOVOPLAS (via intravenosa)

Sol. p/perf. 45-70 mg/ml

OCTAPLAS (via intravenosa)

Sol. p/perf. 45-60 mg/ml

POLIGELINA



HAEMACCEL (via intravenosa)

Sol. p/perf. 35 mg/ml

PREDNISOLONA



ANACAL (via retal)

Pomada retal 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

PREDNISOLONA LABESFAL (via oral)

Comp. 5 mg

Comp. 20 mg

SCHERIPROCT (via retal)

Pomada retal 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/5 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 1000 mg/10 ml

PROCATEROL



ONSUDIL (via nasal, via oral)

Comp. 0,05 mg

Sol. p/inal. p/nebulização 0,1 mg/ml

Xar. 0,005 mg/ml

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

p. 92

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

SINUTAB II (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

*A pseudoefedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 150 µg/ml

RALOXIFENO



EVISTA (via oral)

Comp. revest. p/película 60 mg

OPTRUMA (via oral)

Comp. revest. 60 mg

RALOXIFENO SANDOZ MG (via oral)

Comp. revest. p/película 60 mg

REMIFENTANILO



REMIFENTANILO B.BRAUN (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 1 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 2 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 5 mg

REMIFENTANILO COMBINO (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 1 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 2 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 5 mg

REMIFENTANILO HOSPIRA (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 2 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 5 mg

REMIFENTANILO KABI MG (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 1 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 2 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 5 mg

REMIFENTANILO SIDEFARMA (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 1 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 2 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 5 mg

REMIFENTANILO TEVA (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 1 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 2 mg

Pó p/concentrado p/sol. inj. ou p/perf. 5 mg

ULTIVA (via intravenosa)

Pó p/concentrado p/sol. injetável ou p/perfusão 1 mg
Pó p/concentrado p/sol. injetável ou p/perfusão 2 mg
Pó p/concentrado p/sol. injetável 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. inj. 0,5 mg/ml
Sol. p/perf. 5 mg/5 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 bucofaringea)

Liofilizado oral 1,25 mg

SOMATROPINA



GENOTROPIN (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 5 mg/ml
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/3,17 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 (via subcutânea)

Sol. inj. 8 mg/ml
Sol. inj. 5.83 mg/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

SOTALOL



DAROB (via oral)

Comp. 160 mg

Legenda dos símbolos, pág. 71

SUFENTANIOL



SUFENTA (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,005 mg/ml

SUFENTA Forte (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

SUFENTANIL HAMELN (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,005 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 inalatória)

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

TIBOLONA ZENTIVA 2,5 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 2,5 mg

TIMOLOL



AZARGA (via oftálmica tópica)

Col., susp. 10 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

PROTIZOL MG (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml + 20 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

TIMOLOL + DORZOLAMIDA DORZOLAMIDA ACTAVIS 5 mg/ml + 20 mg/ml Col., Sol. MG (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml + 20 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 (via intramuscular)

Pó e veículo p/susp. inj. 22,5 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 2013

BUPROPIOM

PH
2013

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

CAFÉINA

PH
2013

ALGIK (via oral)

Pó p/sol. oral 500 mg + 50 mg

ALMIGRIPE (via oral)

Comp. 500 mg + 20 mg

ANTIGRIPPINE (via oral)

Comp. 250 mg + 20 mg + 30 mg

DOLVIRAN (via oral, via retal)

Comp. 400 mg + 7,5 mg + 50 mg
Sup. 400 mg + 7,5 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 1 mg + 400 mg + 0,1 mg + 100 mg

PANADOL EXTRA (via oral)

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

SALICYLCAFÉINA (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

SARIDON N (via oral)

Comp. 250 mg + 150 mg + 50 mg

CODEÍNA*

PH
2013

CODIPRONT (via oral)

Cáps. libert. prol. 30 mg + 10 mg
Xar. 2,22 mg/ml + 0,733 mg/ml

CODOL (via oral)

Comp. revest. 10 mg + 50 mg + 100 mg

DOL-U-RON Forte (via oral, via retal)

Cáps. 500 mg + 30 mg
Sup. 1000 mg + 60 mg

DOLVIRAN (via oral, via retal)

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

MIGRALEVE (via oral)

Comp. revest. 500 mg + 8 mg + 6,25 mg

PARACETAMOL + CODEÍNA PHARMAKERN 500 mg + 30 mg Comp. MG (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

TOSEÍNA (via oral)

Sol. oral 2 mg/ml

*Razão morfina/codeína

FENILEFRINA

PH
2013

ANUCET (via retal)

Pomada retal 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

NICOTINA

PM
2013

NICOPASS (via bucofaríngea)
Pastilhas 1,5 mg

NICOPASS Menta (via bucofaríngea)
Pastilha 2,5 mg

NICOPATCH (via transdérmica)
Sist. transdérmico 7 mg/24 h
Sist. transdérmico 14 mg/24 h
Sist. transdérmico 21 mg/24 h

NICORETTE (via bucofaríngea)
Goma p/mascar medicamentosa 2 mg
Goma p/mascar medicamentosa 4 mg

NICORETTE Invisipatch (via transdérmica)
Sistema transdérmico 10 mg/16 h
Sistema transdérmico 15 mg/16 h
Sistema transdérmico 25 mg/16 h

NICORETTE Menta Fresca (via bucofaríngea)
Goma p/mascar medicamentosa 2 mg
Goma p/mascar medicamentosa 4 mg

NICORETTE Sistema Transdérmico (via transdérmica)
Sist. transdérmico 5 mg/16 h
Sist. transdérmico 10 mg/16 h
Sist. transdérmico 15 mg/16 h

NICOTINELL 7 mg/24 h, 14 mg/24 h e 21 mg/24 h (via transdérmica)
Sist. transdérmico 7 mg/24 h
Sist. transdérmico 14 mg/24 h
Sist. transdérmico 21 mg/24 h

NICOTINELL Fruit, Freshmint e Mint (via bucofaríngea)
Goma p/mascar medicamentosa 2 mg
Goma p/mascar medicamentosa 4 mg
Pastilhas 2 mg

NIQUITIN (via oral)
Comp. p/chupar 2 mg; Comp. p/chupar 4 mg

NIQUITIN CLEAR (via transdérmica)
Sist. transdérmico 7 mg/24 h
Sist. transdérmico 14 mg/24 h
Sist. transdérmico 21 mg/24 h

PSEUDOEFEDRINA

PM
2013

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

SINUTAB II (via oral)
Comp. 500 mg + 30 mg

* >150 µg/ml na urina ** 150 < µg/ml na urina

TAPENTADOL

PM
2013

PALEXIA Retard (via oral)
Comp. libert. prol. 50 mg
Comp. libert. prol. 100 mg
Comp. libert. prol. 150 mg
Comp. libert. prol. 200 mg
Comp. libert. prol. 250 mg

TRAMADOL

PM
2013

GELOTRALIB (via oral)
Cáps. libert. prol. 50 mg
Cáps. libert. prol. 100 mg
Cáps. libert. prol. 150 mg
Cáps. libert. prol. 200 mg

PAXILFAR 100 mg (via oral)
Comp. 100 mg

PAXILFAR 100 mg/ 2 ml (via intramuscular, via intravenosa)
Sol. inj. 100 mg/2 ml

TILALGIN (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAM-U-RON OD (via oral)
Cáps. libert. prol. 100 mg; Cáps. libert. prol. 150 mg;
Cáps. libert. prol. 200 mg

TRAMADOL ACTAVIS 50 mg Cáps. MG (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMADOL AZEVEDOS 50 mg Cáps. MG (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMADOL BASI MG (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 100 mg/2 ml

TRAMADOL CICLUM 50 mg Cáps. MG (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMADOL CICLUM 100 mg/ml Sol. Oral MG (via oral)
Gotas orais, sol. 100 mg/ml

TRAMADOL GENERIS (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 100 mg/2 ml

TRAMADOL GENERIS 50 mg Cáps. MG (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMADOL GENERIS 100 mg Sup. MG (via retal)
Sup. 100 mg

TRAMADOL GENERIS 100 mg/ml Sol. Oral MG (via oral)
Gotas orais, sol. 100 mg/ml

TRAMADOL LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 100 mg/2 ml

TRAMADOL LABESFAL 50 mg Cáps. Duras MG (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMADOL LABESFAL 50 mg Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 50 mg/1 ml

TRAMADOL MEDA 50 mg Cáps. MG (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMADOL MEDA 100 mg/2 ml Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 100 mg/2 ml

TRAMADOL MEDA 100 mg/ml Sol. Oral MG (via oral)
Gotas orais, sol. 100 mg/ml

TRAMADOL + PARACETAMOL ACTAVIS 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL GENERIS 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL KRKA 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL MEPHA 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL MYLAN 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL PHARMAKERN 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL TEVA Comp. Revest. p/Película 37,5 mg + 325 mg (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMADOL + PARACETAMOL WYNN 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

TRAMAL 50 mg Cápsulas (via oral)
Cáps. 50 mg

TRAMAL 100 mg Gotas orais (via oral)
Gotas orais, sol. 100 mg/ml

TRAMAL 100 mg Sol. Injectável (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)
Sol. inj. 100 mg/2 ml

TRAMAL 100 mg Supositórios (via retal)
Sup. 100 mg

TRAMAL Retard (via oral)
Comp. libert. prol. 100 mg
Comp. libert. prol. 150 mg
Comp. libert. prol. 200 mg

TRAVEX (via oral)
Cáps. libert. prol. 50 mg
Cáps. libert. prol. 100 mg
Cáps. libert. prol. 150 mg
Cáps. libert. prol. 200 mg

TRAVEX Long (via oral)
Comp. libert. prol. 150 mg
Comp. libert. prol. 200 mg
Comp. libert. prol. 300 mg
Comp. libert. prol. 400 mg

TRAVEX Rapid (via oral)
Comp. orodisp. 50 mg

TRIDURAL (via oral)
Comp. libert. prol. 100 mg
Comp. libert. prol. 200 mg
Comp. libert. prol. 300 mg

ZALDIAR (via oral)
Comp. revest. p/película 37,5 mg + 325 mg

ZALDIAR EFE (via oral)
Comp. efervescente 37,5 mg + 325 mg

Especialidades Farmacêuticas Proibidas

por Nome Comercial

ABSTRAL (via sublingual)

Fentanilo  

ACTIFED (via oral)

Pseudoefedrina  

* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina

ACTIQ (via bucofaríngea)

Fentanilo  

ACTRAPID Penfill (via intravenosa, via subcutânea)

Insulina 

ACURETIC (via oral)

Hidroclorotiazida 

ADRENALINA BRAUN (via intravenosa, via intramuscular, via subcutânea)

Adrenalina 

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

Adrenalina 

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  

ALMIGRIPE (via oral)

Cafeína  

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

Amilorida e hidroclorotiazida 

ANACAL (via retal)

Prednisolona 

ANAPEN (via intramuscular)

Adrenalina 

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

Anastrozol 

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

Anastrozol 

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

Anastrozol 

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

Anastrozol 

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

Anastrozol 

ANASTROZOL MYLAN 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 retal)

Fenilefrina e Hidrocortisona 

APIDRA (via subcutânea)

Insulina 

ARANESP (via intravenosa, via subcutânea) Darbeopetina alfa.....		BERTOCIL (via oftálmica tópica) Betaxolol	
ARIMIDEX (via oral) Anastrozol		BETAGAN (via oftálmica tópica) Levobunolol	
AROMASIN (via oral) Exemestano.....		BETOPTIC (via oftálmica tópica) Betaxolol	
ARTEOPTIC (via oftálmica tópica) Carteolol.....		BISOPROLOL AUROBINDO MG (via oral) Bisoprolol	
ARTEX (via oral) Tertatolol		BISOPROLOL CICLUM 5 e 10 mg Comp. MG (via oral) Bisoprolol	
ARTINOSTRUM 1:100000 (via intramuscular, via subcutânea) Adrenalina		BISOPROLOL GENERIS 5 e 10 mg Comp. MG (via oral) Bisoprolol	
ARTINOSTRUM 1:200000 (via intramuscular, via subcutânea) Adrenalina		BISOPROLOL GERMED 5 e 10 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Bisoprolol	
ATENOLOL ALTER 50 e 100 mg Comp. MG (via oral) Atenolol.....		BISOPROLOL GP 5 e 10 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Bisoprolol	
ATENOLOL AZEVEDOS 50 e 100 mg Comp. MG (via oral) Atenolol.....		BISOPROLOL ITF 5 e 10 mg Comp. MG (via oral) Bisoprolol	
ATENOLOL BLUEPHARMA 50 e 100 mg Comp. MG (via oral) Atenolol.....		BISOPROLOL JABA 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral) Bisoprolol	
ATENOLOL CINFA 50 e 100 mg Comp. MG (via oral) Atenolol.....		BISOPROLOL LABESFAL 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral) Bisoprolol	
ATENOLOL GENERIS 50 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral) Atenolol.....		BISOPROLOL SANDOZ 5 e 10 mg Comp. Revest. MG (via oral) Bisoprolol	
ATENOLOL MYLAN 50 e 100 mg Comp. MG (via oral) Atenolol.....		BLOPRESS (via oral) Hidroclorotiazida	
ATENOLOL RATIOPHARM 50 e 100 mg Comp. Revest. MG (via oral) Atenolol.....		BREVIBLOC (via intravenosa) Esmolol	
ATENOLOL SANDOZ 50 e 100 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Atenolol.....		BRICANYL Turbohaler (via inalatória) Terbutalina	
AZARGA (via oftálmica tópica) Timolol.....		BUDENOFALK (via oral, via retal) Budesonida	
BENZAPEPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS MG (via oral) Hidroclorotiazida		BUDENOFALK OD (via oral) Budesonida	
BERODUAL PA (via inalatória) Fenoterol.....		BUPRENORFINA ACTAVIS 35; 52,5 e 70 µg/h Sist. Transdérmico (via oral, via transdérmica) Buprenorfina.....	 
		BUPRENORFINA AZEVEDOS 2 e 8 mg Comp. Sublingual MG (via sublingual) Buprenorfina.....	 

BUPRENORFINA GOLDFARMA 2 e 8 mg Comp.

Sublingual MG (via sublingual)

Buprenorfina.....  

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

ACTAVIS MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

AZEVEDOS MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

BLUEPHARMA MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

CICLUM MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

FARMOZ MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

GERMED MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA MG

(via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA OSIR MG

(via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

RATIOPHARM MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

SANDOZ MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

ZENTIVA MG (via oral)

Hidroclorotiazida..... 

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..... 

CARPLEXIL MG (via oral)

Hidrocortisona..... 

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 AUROBINDO 6,25 e 25 mg Comp.

Revest. p/Película 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 e 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 GERMED 6,25 e 25 mg Comp. MG

(via oral)

Carvedilol..... 

CARVEDILOL GP 6,25 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 PARKE-DAVIS 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 TECNIMEDE 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)		
Carvedilol		
CARVEDILOL TEVA 6,25 e 25 mg Comp. MG (via oral)		
Carvedilol		
CELESEDPOT (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		
CLEMBROXOL (via oral)		
Clenbuterol.....		
CLITAX (via oral)		
Tibolona		
COAPROVEL (via oral)		
Hidroclorotiazida		
CO-DIOVAN (via oral)		
Hidroclorotiazida		
CODIPRONT (via oral)		
Codeína*		
* Razão morfina/codeína		
CODOL (via oral)		
Codeína*		
* Razão morfina/codeína		
COLIFOAM (via retal)		
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.....		
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.....		
DASOMIN (via intravenosa)		
Dobutamina		
DAVINEFRINA (via oftálmica tópica)		
Fenilefrina		
DDAVP DESMOPRESSIN Sol. Inj. (via intravenosa)		
Desmopressina.....		
DDAVP DESMOPRESSIN Sol. p/Pulverização nasal (via nasal)		
Desmopressina.....		
DÉBRUMYL (via oral)		
Heptaminol.....		
DECADRON (via oral)		
Dexametasona.....		
DECA-DURABOLIN (via intramuscular)		
Nandrolona.....		
DECAPEPTYL (via intramuscular)		 
Triptorelina		
DECAPEPTYL 0,1 mg (via subcutânea)		 
Triptorelina		

DECAPEPTYL LP (via intramuscular)	
Triptorelina	 
DECAPEPTYL LP 11,25 mg (via intramuscular)	
Triptorelina	 
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 retal)	
Metilprednisolona	
DEPO-MEDROL com Lidocaina (via intramuscular)	
Metilprednisolona	
DESAY MG (via oral)	
Deflazacorte	
DESMOPRESSINA TEVA 0,1 e 0,2 mg Comp. MG (via oral)	
Desmopressina	
DESMOSPRAY (via nasal)	
Desmopressina	
DILBLOC IC e DILBLOC (via oral)	
Carvedilol	
DILUM Retard (via oral)	
Isoxsuprina	
DINAXIL 6 mg/ml + 0,25 mg/ml (via oral)	
Pseudoefedrina	 
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina	
DINAXIL 60 mg + 2,5 mg (via oral)	
Pseudoefedrina	 
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina	
DIPROFOS DEPOT (via intramuscular)	
Betametasona	
DIULO (via oral)	
Metolazona	
DIUREXAN (via oral)	
Xipamida	
DOBUTAMINA GENERIS 12,5 mg/ml Sol. p/Perf. MG (via intravenosa)	
Dobutamina	
DOBUTINA (via intravenosa)	
Dobutamina	
DOL-U-RON Forte (via oral, via retal)	
Codeína*	
* Razão morfina/codeína	
DOLVIRAN (via oral, via retal)	
Cafeína e codeína*	
* Razão morfina/codeína	
DOPAMINA BASI 200 mg/5 ml Sol. p/Perfusão MG (via intravenosa)	
Dopamina	
DOXIPROCT Plus (via retal)	
Dexametasona	
DUFINE (via oral)	
Clomifeno	
DUOTRAV (via oftálmica tópica)	
Timolol	
DUROGESIC (via transdérmica)	
Fentanilo	 
DYAZIDE (via oral)	
Hidroclorotiazida e Triamtereno	
ECAMAIS (via oral)	
Hidroclorotiazida	
EFEDRINA LABESFAL (via intravenosa, via intramuscular, via subcutânea)	
Efedrina	































EFFORTIL (via oral)		
Etilefrina.....		
ELIGARD (via subcutânea)		
Leuprorrelina.....		
ELONTRIL (via oral)		
Bupropiom.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CINFA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA DIASISTOL Plus 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ENATIA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GERMED 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA VIR 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
ENTOCORT (via oral)		
Budesonida.....		
ENTOCORT Enema (via retal)		
Budesonida.....		
EPLERENONA PENTAFARMA MG (via oral)		
Eplerenona.....		
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.....		
ESPIRONOLACTONA ORION 25 e 100 mg Comp. MG (via oral)		
Espironolactona.....		
EVISTA (via oral)		
Raloxifeno.....		
EXEMESTANO DNA PHARMA MG (via oral)		
Exemestano.....		
EXEMESTANO WYNN MG (via oral)		
Exemestano.....		
EXFORGE HCT (via oral)		
Hidroclorotiazida.....		
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 CICLUM 12 µg/h; 25 µg/h; 50 µg/h; 75 µg/h e 100 µg/h Sistema transdérmico MG (via transdérmica)		
Fentanilo.....		

FENTANILO LABESFAL (via intravenosa, via intramuscular)	 
Fentanilo	
FENTANILO SANDOZ 12,5; 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)	 
Fentanilo	
FENTANILO WYNN 0,05 mg/ml Sol. Inj. MG (via intravenosa)	 
Fentanilo	
FENTANILO WYNN 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG (via transdérmica)	 
Fentanilo	
FENTANILO ZENTIVA MG (via transdérmica)	 
Fentanilo	
FLUDEX (via oral)	
Indapamida	
FLUDEX LP (via oral)	
Indapamida	
FLUIDEMA (via oral)	
Indapamida	
FORTICOL (via oral)	
Heptaminol	
FORTZAAR (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA AUROBINDO MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FOSINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FOSITEN Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
FUROSEMIDA BASI (via intramuscular, via intravenosa)	
Furosemida	
FUROSEMIDA CINFA 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA LABESFAL MG (via intravenosa, via intramuscular)	
Furosemida	
FUROSEMIDA PHARMAKERN 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA RATIOPHARM 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA RATIOPHARM 20 mg/2 ml Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa)	
Furosemida	
FUROSEMIDA SANDOZ 40 mg Comp. MG (via oral)	
Furosemida	
FUROSEMIDA ZENTIVA Comprimidos (via oral)	
Furosemida	
GANFORT (via oftálmica tópica)	
Timolol	
GELASPAN (via intravenosa)	
Gelatina	
GELOFUSINE (via intravenosa)	
Gelatina	
GEOPLASMA (via intravenosa)	
Gelatina	
GELOTRALIB (via oral)	
Tramadol	
GENOTROPIN (via subcutânea)	
Somatropina	
GOLDAR (via oral)	
Tibolona	
GRANOCYTE (via intravenosa, via subcutânea)	
Lenograstim	
GRIPONAL (via oral)	
fenilefrina	
GURONSAN (via oral)	
Cafeína	
HAEMACCEL (via intravenosa)	
Poligelina	
HAES-STERIL 6% (via intravenosa)	
Hidroxiethylamido	
HAES-STERIL 10% (via intravenosa)	
Hidroxiethylamido	
HIDROCORTISONA GENERIS (via intravenosa)	
Hidroclorotiazida	
HIPARA MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
HIROBRIZ BREEZHALER (via nasal)	
Indacaterol	
HUMALOG (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG KwikPen (via intravenosa, via subcutânea)	
Insulina	
HUMALOG MIX25 100 UI/ml (via subcutânea)	
Insulina	

HUMALOG MIX25 KwikPen (via subcutânea)		INDAPAMIDA GERMED 1,5 mg Comp.	
Insulina		Libert. Prol. MG (via oral)	
HUMALOG MIX50 100 UI/ml (via subcutânea)		Indapamida	
Insulina		INDAPAMIDA GP 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG	
HUMALOG MIX50 KwikPen (via subcutânea)		(via oral)	
Insulina		Indapamida	
HUMATROPE (via subcutânea)		INDAPAMIDA GP 2,5 mg Comp. Revest. MG	
Somatropina		(via oral)	
HUMULIN M3 (via intramuscular, via subcutânea)		Indapamida	
Insulina		INDAPAMIDA KRKA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG	
HUMULIN NPH (via intramuscular, via subcutânea)		(via oral)	
Insulina		Indapamida	
HUMULIN Regular (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		INDAPAMIDA LABESFAL 1,5 mg Comp.	
Insulina		Libert. Prol. MG (via oral)	
HYDROCORTONE (via oral)		Indapamida	
Hidrocortisona		INDAPAMIDA MEPHA 1,5 mg Comp.	
HYGROTON (via oral)		Libert. Prol. MG (via oral)	
Clorotalidona		Indapamida	
HYPERHAES (via intravenosa)		INDAPAMIDA MER 2,5 mg Comp.	
Hidroxietilamido		Revest. MG (via oral)	
HYTACAND (via oral)		Indapamida	
Hidroclorotiazida		INDAPAMIDA MYLAN 1,5 mg	
ILVICO N (via oral)		Comp. Libert. Prol. MG (via oral)	
Cafeína		Indapamida	
INCRELEX (via subcutânea)		INDAPAMIDA MYLAN 2,5 mg Comp. Revest. MG	
Mecasermina		(via oral)	
INDAPAMIDA ACTAVIS 1,5 mg Comp. Libert.		Indapamida	
Prol. MG (via oral)		INDAPAMIDA MYLAN 2,5 mg Comp. Revest. MG	
Indapamida		(via oral)	
INDAPAMIDA ALTER 1,5 mg Comp. Libert.		Indapamida	
Prol. e 2,5 mg Comp. Revest. MG (via oral)		INDAPAMIDA PHARMAKERN 1,5 mg Comp. Libert.	
Indapamida		Prol. MG (via oral)	
INDAPAMIDA BLUEPHARMA 1,5 mg		Indapamida	
Comp. Libert. Prol. MG (via oral)		INDAPAMIDA RATIOPHARM 1,5 mg Comp. Libert.	
Indapamida		Prol. MG (via oral)	
INDAPAMIDA CICLUM 1,5 mg Comp.		Indapamida	
Libert. Prol. MG (via oral)		INDAPAMIDA SANDOZ 1,5 mg Comp.	
Indapamida		Libert. Prol. MG (via oral)	
INDAPAMIDA CINFA 1,5 mg Comp.		Indapamida	
Libert. Prol. MG (via oral)		INDAPAMIDA SANDOZ 2,5 mg Comp. Revest. MG	
Indapamida		(via oral)	
INDAPAMIDA GENERIS 1,5 mg Comp.		Indapamida	
Libert. Prol. MG (via oral)		INDAPAMIDA TEVA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG	
Indapamida		(via oral)	
INDAPAMIDA GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. MG		Indapamida	
(via oral)		INDAPAMIDA TOLIFE 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG	
Indapamida		(via oral)	
INDAPAMIDA GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. MG		Indapamida	
(via oral)		INDAPAMIDA VIDA MG (via oral)	
Indapamida		Indapamida	
INDAPAMIDA ZENTIVA 2,5 mg Comp. Revest. MG		INDAPAMIDA VIDA MG (via oral)	
(via oral)		Indapamida	
Indapamida		INDAPAMIDA ZENTIVA 2,5 mg Comp. Revest. MG	
INDAPAMIDA ZENTIVA 2,5 mg Comp. Revest. MG		(via oral)	
(via oral)		Indapamida	
Indapamida			

INDERAL (via oral) Propranolol		IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TETRAFARMA 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida	
INDERAL-LA (via oral) Propranolol		IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg MG (via oral) Hidroclorotiazida	
INIBACE Plus (via oral) Hidroclorotiazida		IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida	
INOTREX (via intravenosa) Dobutamina		JUMEX (via oral) Selegilina	
INSPRA (via oral) Eplerenona		JURNISTA (via oral) Hidromorfona	
INSULATARD Penfill (via subcutânea) Insulina		LANTUS (via subcutânea) Insulina	
INSUMAN Basal, INSUMAN Comb 25 e INSUMAN Comb 50 (via subcutânea) Insulina		LANTUS Caneta (via subcutânea) Insulina	
INSUMAN Rapid (via intravenosa, via subcutânea) Insulina		LASIX (via oral) Furosemida	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ALTER 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LASIX Injectável (via intramuscular, via intravenosa) Furosemida	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ARUDEL MG (via oral) Hidroclorotiazida		LASIX Retard (via oral) Furosemida	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LEPICORTINOLO (via intramuscular, via intravenosa, via oral) Prednisolona	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FISIOFEN 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LETROZOL ACCORD 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LETROZOL ACTAVIS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GP 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LETROZOL AZEVEDOS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LETROZOL FARMOZ 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LETROZOL GENERIS 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	
IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA STADA 150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida		LETROZOL GERMED 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	
		LETROZOL HIKMA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol	

LETOZOL PHARMAKERN 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol		LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LETOZOL SANDOZ 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol		LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LETOZOL STADA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol		LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LETOZOL TEVA 2,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Letrozol		LIVIAL (via oral) Tibolona	
LEVEMIR FlexPen (via subcutânea) Insulina		LOPIRETIC (via oral) Hidroclorotiazida	
LIPOVENOES 10% PLR (via intravenosa) Glicerol		LOPRESOR 100 e 200 (via oral) Metoprolol	
LIPOVENOES 20% (via intravenosa) Glicerol		LORISTA 100 mg + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LORTAAN Plus (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA AZEVEDOS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARBIO MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ACTAVIS MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ALTER MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA APCEUTICALS 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ARAZID 50 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA AUROBINDO MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA AZEVEDOS 50 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA BASI MG (via oral) Hidroclorotiazida	
LISINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida		LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA BLUEFISH MG (via oral) Hidroclorotiazida	

<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA BLUEPHARMA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA KRKA MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CICLUM 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA CINFA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA LABESFAL 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA COTIASAR MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEDIREX 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA DAQUIMED 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/ Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MEPHA 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA FARMOZ 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA MYLAN 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA PHARMAKERN 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GENERIS 100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RANBAXY 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GERMED 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 50 mg + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA GP 50 mg + 12,5 mg Comp. MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA HICORTAL MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ITF 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 50 + 12,5 mg Comp. Revest. MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA SANDOZ 100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	
<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA JABA 100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>		<p>LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA STADA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral) Hidroclorotiazida</p>	

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TECNILOR 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TECNILOR 100 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TETRAFARMA MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TOLIFE 100 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA VIDA MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA WYNN MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ZENTIVA 50 + 12,5 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Hidroclorotiazida	
LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA ZENTIVA 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 10µg/ml	
MEDOPA (via intravenosa)	
Dopamina	
MEDROL (via oral)	
Metilprednisolona	
MELHORAL (via oral)	
Cafeína	
MENOPUR (via intramuscular, via subcutânea)	
Menotropina	
MICARDISPlus 40 mg + 12,5 mg (via oral)	
Hidroclorotiazida	
MICARDISPlus 80 mg + 12,5 mg e 80 mg + 25 mg (via oral)	
Hidroclorotiazida	
MIGRALEVE (via oral)	
Codeína*	
* Razão morfina/codeína	
MIGRETIL (via oral)	
Cafeína	
MINIRIN LO (via sublingual)	
Desmopressina	
MINIRIN 0,1 (via oral)	
Desmopressina	
MIRCERA (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina beta	
MIXTARD 30 Penfill (via subcutânea)	
Insulina	
MODAFINIL WYNN 100 mg Comp. MG (via oral)	
Modafinil	
MODIODAL (via oral)	
Modafinil	
MODURETIC (via oral)	
Amilorida e Hidroclorotiazida	
MORFINA 1% e 2% BRAUN (via epidural, 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	
MORFINA LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)	
Morfina	






















MORFINA LABESFAL (sem conservantes) (via epidural, via intramuscular, 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 MEPHA 5 mg Comp. MG (via oral)		
Nebivolol		
NEBIVOLOL MYLAN 5 mg Comp. MG (via oral)		
Nebivolol		
NEBIVOLOL RATIOPHARM 5 mg Comp. 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 ZENTIVA 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		
NEULASTA (via subcutânea)		
Pegfilgrastim		
NEUPOGEN (via intravenosa, via subcutânea)		
Filgrastim		
NICOPASS (via bucofaringea)		
Nicotina		
NICOPASS Menta (via bucofaringea)		
Nicotina		
NICOPATCH (via transdérmica)		
Nicotina		
NICORETTE (via bucofaringea)		
Nicotina		
NICORETTE Invisipatch (via transdérmica)		
Nicotina		
NICORETTE Menta Fresca (via bucofaringea)		
Nicotina		
NICORETTE Sistema Transdérmico (via transdérmica)		
Nicotina		
NICOTINELL 7 mg/24 h, 14 mg/24 h e 21 mg/24 h (via transdérmica)		
Nicotina		
NICOTINELL Fruit, Freshmint e Mint (via bucofaringea)		
Nicotina		
NILFENE (via intravenosa)		
Fentanilo		
NIQUITIN (via oral)		
Nicotina		
NIQUITIN CLEAR (via transdérmica)		
Nicotina		
NOLVADEX e NOLVADEX D (via oral)		
Tamoxifeno		
NORDITROPIN SIMPLEXx (via subcutânea)		
Somatropina		

NOVOMIX 30 Penfill (via subcutânea)		
Insulina		
NOVOPLAS (via intravenosa)		
Plasma humano		
NOVORAPID Penfill (via intravenosa, via subcutânea)		
Insulina		
NUTROPIN Aq (via subcutânea)		
Somatropina		
NYOGEL (via oftálmica tópica)		
Timolol		
NYOLOL 0,25% e 0,50% (via oftálmica tópica)		
Timolol		
OCTAPLAS (via intravenosa)		
Plasma humano		
OLMETEC PLUS (via oral)		
Hidroclorotiazida		
OLSAR Plus (via oral)		
Hidroclorotiazida		
OMEGA VEN FRESENIUS (via intravenosa)		
Glicerol		
ONBREZ BREEZHALER (via inalatória)		
Indacaterol		
ONDOLEN FORTE (via oral)		
Espironolactona e Hidroclorotiazida		
ONSUDIL (via nasal, via oral)		
Procaterol		
OPTRUMA (via oral)		
Raloxifeno		
ORADEXON (via intramuscular, via intravenosa)		
Dexametasona		
ORAMORPH Sol. oral 2 mg/ml e 6 mg/ml (via oral)		
Morfina		
ORAMORPH Sol. oral 20 mg/ml (via oral)		
Morfina		
OSLIF BREEZHALER (via inalatória)		
Indacaterol		
OVITRELLE (via subcutânea)		
Gonadotropina coriônica		
PALEXIA Retard (via oral)		
Tapentadol		
PANADOL EXTRA (via oral)		
Cafeína		
PARACETAMOL + CODEÍNA PHARMAKERN 500 mg + 30 mg Comp. MG (via oral)		
Codeína*		
*Razão Morfina/Codeína		
PAXILFAR 100 mg (via oral)		
Tramadol		
PAXILFAR 100 mg/ 2 ml (via intramuscular, via intravenosa)		
Tramadol		
PERGOVERIS (via subcutânea)		
Lutropina alfa		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA CICLUM MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA FARMOZ 2 + 0,625 mg Comp. MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA FARMOZ 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 MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA RATIOPHARM 8 + 2,5 mg Comp. MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA RATIOPHARM MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA SANDOZ 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		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TEVA MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TOLIFE 2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA WYNN MG (via oral)		
Indapamida		
PERINDOPRIL + INDAPAMIDA ZENTIVA MG (via oral)		
Indapamida		
PETIDINA LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		
Petidina		

PHYSIOGLAU 1% e 2% (via oftálmica tópica)	
Carteolol.....	
PHYSIOGLAU 2% Unidosos (via oftálmica tópica)	
Carteolol.....	
PLASMA VOLUME REDIBAG (via intravenosa)	
Hidroxietilamido.....	
PREDONIUM (via oral)	
Indapamida.....	
PREDNISOLONA LABESFAL (via oral)	
Prednisolona.....	
PREGNYL (via intramuscular, via subcutânea)	
Gonadotropina coriônica.....	 
PRENT (via oral)	
Acebutolol.....	
PRETERAX (via oral)	
Indapamida.....	
PRETERAX 10 + 2,5 mg (via oral)	
Indapamida.....	
PRINZIDE (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
PRITORPLUS (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
PROPAVENTE (via oral)	
Salbutamol.....	
PROTIZOL MG (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
PROVIRON (via oral)	
Mesterolona.....	
RALOXIFENO SANDOZ MG (via oral)	
Raloxifeno.....	
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 LABESFAL 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 TOLIFE 2,5 + 12,5 mg e 5 + 25 mg Comp. MG (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
RAPIFEN (via intravenosa)	
Alfentanilo.....	 
RASILEZ HCT (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
REMIFENTANILO B.BRAUN (via intravenosa)	
Remifentanilo.....	 
REMIFENTANILO COMBINO (via intravenosa)	
Remifentanilo.....	 
REMIFENTANILO HOSPIRA (via intravenosa)	
Remifentanilo.....	 
REMIFENTANILO KABI MG (via intravenosa)	
Remifentanilo.....	 
REMIFENTANILO SIDEFARMA (via intravenosa)	
Remifentanilo.....	 
REMIFENTANILO TEVA (via intravenosa)	
Remifentanilo.....	 
RENIDUR (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
RENIPRIL Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida.....	
RETACRIT (via intravenosa, via subcutânea)	
Epoetina zeta.....	
RITALINA LA (via oral)	
Metilfenidato.....	 
ROSILAN (via oral)	
Deflazacorte.....	
RUBIFEN (via oral)	
Metilfenidato.....	 
SAIZEN (via subcutânea)	
Somatropina.....	
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 retal)	
Prednisolona.....	
SELEGILINA GENERIS 5 mg Comp. MG (via oral)	
Selegilina	
SEVREDOL (via oral)	
Morfina	
SINUTAB II (via oral)	
Pseudoefedrina.....	
* > 150 µg/ml na urina; ** < 150 µg/ml na urina	
SOLU-CORTEF (via intramuscular, via intravenosa)	
Hidrocortisona	
SOLU-DACORTINA (via intra-arterial, via intramuscular, via intravenosa)	
Prednisolona.....	
SOLU-MEDROL (via intramuscular, via intravenosa)	
Metilprednisolona.....	
SPINEFF (via intravenosa)	
Efedrina*	
* A Efedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 10µg/ml	
SUBOXONE (via sublingual)	
Buprenorfina.....	
SUBUTEX (via sublingual)	
Buprenorfina.....	
SUFENTA (via epidural, via intravenosa)	
Sufentanilo	
SUFENTA Forte (via epidural, via intravenosa)	
Sufentanilo	
SUFENTANIL HAMELN (via epidural, via intravenosa)	
Sufentanilo	
SUPREFACT (via subcutânea)	
Buserrelina.....	
SUPREFACT DEPOT 3 Meses (via subcutânea)	
Buserrelina.....	
SUSTENON 250 (via intramuscular)	
Testosterona	
SYNACTHEN Depot (via intramuscular)	
Tetracosactido	
SYNALAR Retal (via retal)	
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)	
Atenolona e clorotalidona	
TENORMIN e TENORMIN MITE (via oral)	
Atenolol.....	
TESTOGEL (via cutânea)	
Testosterona.....	
TESTOPATCH (via transdérmica)	
Testosterona.....	
TESTOVIRON DEPOT (via intramuscular)	
Testosterona.....	
TEVAGRASTIM (via intravenosa, via subcutânea)	
Filgrastim	
TEVETEN Plus (via oral)	
Hidroclorotiazida	
TIBOLONA ZENTIVA 2,5 mg Comp. MG (via oral)	
Tibolona	
TILALGIN (via oral)	
Tramadol.....	
TIMABAK (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
TIMOGEL (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
TIMOGLAU (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
TIMOLEN Forte (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
TIMOLOL + DORZOLAMIDA ACTAVIS 5 mg/ml + 20 mg/ml Col., Sol. MG (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
TIMOPTOL (via oftálmica tópica)	
Timolol.....	
TOSEÍNA (via oral)	
Codeína*	
*Razão morfina/codeína	
TRAM-U-RON OD (via oral)	
Tramadol.....	
TRAMADOL ACTAVIS 50 mg Cáps. MG (via oral)	
Tramadol.....	

TRAMADOL AZEVEDOS 50 mg Cáps. MG (via oral)		TRAMADOL + PARACETAMOL MEPHA 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL BASI MG (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		TRAMADOL + PARACETAMOL MYLAN 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL CICLUM 50 mg Cáps. MG (via oral)		TRAMADOL + PARACETAMOL PHARMAKERN 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL CICLUM 100 mg/ml Sol. Oral MG (via oral)		TRAMADOL + PARACETAMOL TEVA Comp. Revest. p/Película 37,5 mg + 325 mg (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL GENERIS (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		TRAMADOL + PARACETAMOL WYNN 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL GENERIS 50 mg Cáps. MG (via oral)		TRAMAL 50 mg Cápsulas (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL GENERIS 100 mg Sup. MG (via retal)		TRAMAL 100 mg Gotas orais (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL GENERIS 100 mg/ml Sol. Oral MG (via oral)		TRAMAL 100 mg Sol. Injectável (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL LABESFAL (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		TRAMAL 100 mg Supositórios (via retal)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL LABESFAL 50 mg Cáps. Duras MG (via oral)		TRAMAL Retard (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL LABESFAL 50 mg Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		TRANSTEC (via transdérmica)	
Tramadol		Buprenorfina.....	
TRAMADOL MEDA 50 mg Cáps. MG (via oral)		TRAVEX (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL MEDA 100 mg/2 ml Sol. Inj. MG (via intramuscular, via intravenosa, via subcutânea)		TRAVEX Long (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL MEDA 100 mg/ml Sol. Oral MG (via oral)		TRAVEX Rapid (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL + PARACETAMOL ACTAVIS 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)		TRIAM TIAZIDA R (via oral)	
Tramadol		Hidroclorotiazida e Triamtereno	
TRAMADOL + PARACETAMOL GENERIS 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)		TRIA TEC Composto e TRIATEC Composto Forte (via oral)	
Tramadol		Hidroclorotiazida	
TRAMADOL + PARACETAMOL KRKA 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)		TRIDURAL (via oral)	
Tramadol		Tramadol	
TRAMADOL + PARACETAMOL KRKA 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)		ULTIVA (via intravenosa)	
Tramadol		Remifentanilo.....	
TRAMADOL + PARACETAMOL KRKA 37,5 + 325 mg Comp. Revest. p/Película MG (via oral)		ULTRAPROCT (via retal)	
Tramadol		Fluocortolona.....	

VASODIPIN 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG (via oral)			
Indapamida			
VENOFUNDIN (via intravenosa)			
Hidroxietylamilido			
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)			
Hidroxietylamilido			
VOLUVEN FRESENIUS (via intravenosa)			
Hidroxietylamilido			
WELLBUTRIN XR (via oral)			
Bupropiom			
XALACOM (via oftálmica tópica)			
Timolol			
XILONIBSA (via perineural)			
Adrenalina			
XILOPAR (via bucofaríngea)			
Selegilina			
ZALDIAR (via oral)			
Tramadol			
ZALDIAR EFE (via oral)			
Tramadol			
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 2013

1. ASMA E BRONCOCONSTRIÇÃO INDUZIDA PELO EXERCÍCIO

1.1 Todos os Beta-2 agonistas, incluindo ambos os isómeros óticos (por ex. *d*- e *l*-), quando relevante, são proibidos à exceção do salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas), do formoterol (máximo de 54 microgramas num período de 24 horas), e do salmeterol, quando administrados 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 ou do formoterol numa concentração superior a 40 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, administrada por via inalatória dentro dos limites máximos acima indicados.

1.2 A utilização terapêutica de todos os Beta-2 agonistas (exceto o formoterol, o salbutamol e o salmeterol nas condições prevista em 1.1) 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 ação, 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 hiper-reatividade 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 obrigatória-

mente notificar de imediato a ADoP sobre alguma alteração da terapêutica que eventualmente ocorra durante o período de validade da aprovação.

A utilização terapêutica de formoterol, de salbutamol e de salmeterol nas condições previstas em 1.1 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 (formoterol, 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 retroativa em caso de resultado analítico positivo desde que o(a) praticante desportivo(a) apresente um anexo AUT devidamente preenchido, acompanhado do respetivo relatório médico já atrás referido.

Este sistema de aprovação retroativa 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.

2. ADMINISTRAÇÃO DE GLUCOCORTICOSTEROIDES

A administração de glucocorticosteroides é proibida por via sistémica (oral, retal 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.

3. CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO DE AUT

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.

Devem ser anexas 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 anexas, sempre que possível. As evidências devem ser as mais objetivas possíveis e no caso de patologias não demonstráveis, opiniões médicas independentes suportando o diagnóstico, facilitam a concessão da AUT.

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.

4. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA CLÍNICA

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 retroativa 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.

5. PREENCHIMENTO INCOMPLETO OU INCORRETO

A Comissão de AUT da ADoP não aceitará solicitações de autorização de utilização de substâncias e métodos proibidos cujo respetivo anexo AUT apresente o preenchimento incompleto de uma ou de várias secções ou se apresentar partes ilegíveis.

6. DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE MEDICAMENTOS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS NO FORMULÁRIO DE CONTROLO ANTIDOPAGEM

O(a) praticante desportivo(a) selecionado(a) 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.

7. PROCEDIMENTO PARA O ENVIO DAS SOLICITAÇÕES DE AUT

Toda a documentação (anexo AUT, relatório médico e outras evidências clínicas) deve ser enviada diretamente 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.

8. CASOS OMISSOS

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.: 04

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"/>	Emergência <input type="checkbox"/>
	Once only	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



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 TUEC'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.: 04

Assinatura do Pai/Mãe-tutor / Parent's - Guardian's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

(Se o(a) praticante desportivo(a) é menor de idade ou possui uma incapacidade que o(a) impede de assinar esta declaração, os pais ou tutor devem assinar em conjunto com o(a) praticante desportivo(a) ou em seu nome).

(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 anexas 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 anexas, 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 da AUT.

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 (faxe: 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



DECLARAÇÃO

NOME:			
FEDERAÇÃO:		MODALIDADE:	

Declaro que, nos termos previstos no Artigo 7.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, e da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, fui informado(a) de que:

1. Tendo requerido uma Autorização de Utilização Terapêutica (AUT) para substâncias e métodos proibidos, concordo que os dados pessoais que faculte através do preenchimento do formulário que se anexa, sejam incluídos numa base de dados de AUT para substâncias e métodos proibidos;
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 essa utilização se encontrava coberta por uma AUT.
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 que a entidade ou o país para onde sejam transferidos assegurem um nível de protecção adequado;
5. Os dados 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 programa informático onde está sediada a base de dados 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 **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)
--------------------------	-----------------------

(Se o(a) praticante desportivo(a) é menor de idade ou possui uma incapacidade que o(a) impede de assinar esta declaração, os pais ou tutor devem assinar em conjunto com o(a) praticante desportivo(a) ou em seu nome).

____/____/____ (Data)	_____ (Assinatura Pai/Mãe/Tutor)
--------------------------	-------------------------------------

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 esteroides anabolisantes exógenos e endógenos e outros agentes anabolisantes que não pertencem à família dos esteroides.

Em 1954, correram rumores que halterofilistas da União Soviética utilizavam testosterona para aumentar as suas massas musculares. Os esteroides anabolisantes sintéticos começaram a ser utilizados por altura dos Jogos Olímpicos de Tóquio em 1964 e foram criados com dois objetivos principais: por um lado, aumentar o seu tempo de ação, pois a testosterona tem uma semivida 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 esteroide 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 pelos 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 com a sua utilização com objetivos 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 ação direta dos esteroides 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 atividades caracterizadas por utilização da atividade excêntrica a nível muscular, ou em atividades 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 esteroides 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 esteroides anabolisantes, daí resultando uma maior agressividade. A relação da agressividade com a ingestão de esteroides anabolisantes tem sido investigada essencialmente no âmbito de estudos realizados a nível da incidência de agressividade familiar entre utilizadores e não utilizadores.

Os esteroides 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 esteroides 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 espermatozoides 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 esteroides anabolisantes. A administração de esteroides 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, edenomas, 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 esteroides 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 esteroides 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 esteroides 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 esteroides anabolisantes era uma tarefa árdua e difícil, pois os jovens não acreditavam geralmente naquilo que se dizia sobre os esteroides 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 esteroides 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 da próstata, podendo mais tarde conduzir ao aparecimento de tumores malignos da próstata, por efeito da administração prolongada de esteroides 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 esteroides anabolisantes durante 18 anos.

A utilização de esteroides anabolisantes está também relacionada com diversas alterações não só a nível do metabolismo glucídico, mas também a nível do metabolismo lípido. O uso prolongado de esteroides 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 suscetibilidade 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 esteroides 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 fatores de risco cardiovascular na sua história clínica. Após o enfarte do miocárdio, afirmou que estava convencido de que o uso de esteroides 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 esteroides 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 esteroides anabolisantes favorecem um crescimento desproporcionado da massa muscular em relação aos tendões, favorecendo a primeira. Resultam daí maiores trações 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 esteroides anabolisantes podem conduzir a uma maior incidência de lesões musculares e/ou tendinosas.

Os esteroides anabolisantes podem ocasionar igualmente algumas interações medicamentosas, nomeadamente com anticoagulantes, anti-inflamatórios e anti-diabéticos orais.

HORMONAS PEPTÍDICAS, FATORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

Este tipo de substâncias atua 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 coriônica, a hormona do crescimento, a eritropoietina, a insulina e diversos fatores de crescimento, entre outras.

GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (hCG)

Esta hormona aumenta a produção de esteroides 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 esteroides anabolisantes conduz, como já se referiu, a uma atrofia testicular com a diminuição da sua função, pelo que os praticantes desportivos que utilizam aqueles esteroides 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 esteroides 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 reações alérgicas que podiam ser graves, visto a sua extração 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 reações alérgicas. Os laboratórios antidopagem possuem atualmente um método para a deteção 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 acromegalia 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 aparecimento 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.

ERITROPOIETINA (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 saú-

de 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 eritropoietina, 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 eritropoietina 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 antieritropoietina, resultando daí a instalação de anemia. Estes anticorpos antieritropoietina inativam a eritropoietina 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 atividades desportivas intensas e prolongadas. Quando administrada sem supervisão médica, pode desencadear hipoglicémias que podem levar à morte em poucos segundos.

FATORES DE CRESCIMENTO

Os fatores de crescimento representam um grupo muito diversificado de fatores que potenciam diretamente o crescimento de órgãos e tecidos ou servem de mediadores para a estimulação de outros fatores de crescimento. Todos os fatores de crescimento que afetem 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 fatores 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 respetiva organização antidopagem. Os praticantes desportivos utilizam estas substâncias porque quando utilizadas por via inalatória em doses supraterapêuticas ou por via oral têm efeitos anabolisantes e parecem ter igualmente efeitos euforizantes.

Estas substâncias, quando utilizadas em doses supraterapêuticas, 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 glúcidos.

MODULADORES HORMONAIS E METABÓLICOS

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 aspeto 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 hiperglicemia, 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 direto 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 cer-

tas modalidades a ocorrência de acidentes envolvendo terceiros. Têm sido responsáveis por graves acidentes e mesmo mortes durante a atividade 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 dependentes das mesmas passam a tomá-las regularmente de modo a poderem treinar e a desempenhar as suas atividades 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 supraterapêuticas, 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 atividade 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. Atuam 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 fatores necessários para que uma determinada atividade desportiva possa ser realizada. Por exemplo, numa atividade 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 reação, perceção e acuidade visual, que podem prejudicar o desempenho desportivo e predispor para a lesão desportiva. Nos desportos motorizados, nas atividades subaquáticas, na escalada ou em outras atividades 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 ação 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 atividades desportivas de elevada exigência muscular, prin-

principalmente quando implicam uma atividade 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 atividades, 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, exceto 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 suprarrenal.

A insuficiência suprarrenal pode levar à morte por défice de resposta do organismo a situações de elevado stress, como uma intervenção cirúrgica ou uma infeção 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 suprarrenal, 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 suprarrenal 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 suprarrenal aguda, situação 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 atividades 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 capta-

ção, 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 infeções 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 reações 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 eletrão e representam substâncias muito maléficas para o nosso organismo, 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 diretor 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 inativados 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 ações 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 Tokyo 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 hepatitis 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. A 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 Direção 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., Uvstupa 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 anabolic 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 inflammatory 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., Caracciolo 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-androgenic 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 nutritional society, 53: 223-240, 1994.
- Mognoni P., Il metabolismo proteico durante l'esercizio muscolare. *Quad. Equipe Enervit.*, 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, Nº. 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.
- Verissimo M.T. Metabolismo lipidico 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?

A nível mundial, a produção de suplementos nutricionais não está adequadamente regulada pelos governos. 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 dos suplementos, encontram-se substâncias que são 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 e que podem dar origem a um caso positivo. Um número considerável de casos positivos tem sido atribuído ao uso de suplementos.

E nos casos em que os governos têm legislação adequada e devidamente aplicada?

Mesmo nos países onde a indústria de suplementos está corretamente regulada e a lei é devidamente aplicada, a contaminação – que accidental, quer deliberada – pode mesmo assim ocorrer. Nada garante, por exemplo, que um lote de um suplemento não esteja contaminado, mas que o lote seguinte esteja. Isto obriga a que todos os lotes tenham de ser controlados, o que não acontece na prática.

Qual é a posição da AMA em relação à utilização dos suplementos?

A AMA defende que uma adequada nutrição é muito importante para todos os praticantes desportivos, e muito especialmente para os 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 quanto ao facto de poderem ou não conter substâncias proibidas.

É necessário ter presente que o facto de um praticante desportivo ter ingerido um suplemento nutricional cuja informação contida no rótulo não era correta 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 das implicações da aplicação do princípio da responsabilidade objetiva.

No ano 2000, a Comissão de Atletas do Comité Olímpico Internacional emitiu uma declaração em 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 objetiva, 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, estes deverão ser adequados às necessidades dos praticantes desportivos e seguros para a sua saúde. Os praticantes desportivos deverão ingeri-los com conhecimento pleno e aceitação da regra da responsabilidade objetiva.

O Grupo de Trabalho sobre Nutrição do Comité Olímpico Internacional emitiu em 2003 um documento definindo a 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, mas raramente alertam os consumidores para os potenciais efeitos secundários dos mesmos. A indústria dos suplementos tem, como qualquer indústria, objetivos 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 que utilizem boas práticas de produção, como por exemplo grandes empresas farmacêuticas multinacionais. 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 presentes em suplementos nutricionais:
 - Dehidroepiandrosterona (“DEHA”);
 - Androstenediona/Androstenediol (e variações incluindo “19” e “nor”);
 - Efedrina;
 - Anfetamina(s) (também existentes em drogas sociais como o “ecstasy”);
 - Metilhexaneamina (dimetilpentilamina), às vezes apresentada como dime-tilamilamina, pentilamina, geranamina, Forthane, 2-amino4-metilhexane, extrato de raiz de grânio ou óleo de grânio);
- » 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 requerem cuidados particulares: 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 que só forneçam contactos que previnam a sua localização, tal como um endereço eletrónico.

Nota – mesmo se um praticante desportivo seguir estes alertas, não há garantia de 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 há alguns anos 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 ações 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 autorregulação 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 aspetos 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 proteção dos consumidores, e de educação;
- » Organização de um simpósio, de forma a assegurar que as recomendações foram concretizadas e para a coordenação de ações interventivas.

Informações sobre o simpósio e sobre as recomendações para ação podem ser encontradas no sítio da AMA na internet em www.wada-ama.org.

A quem devo solicitar informação sobre a segurança relativa à toma de um determinado suplemento nutricional, no âmbito da luta contra a dopagem?

Para este tipo de questões, a ADoP recomenda o recurso ao e-mail antidopagem@idesporto.pt, através do qual o praticante desportivo ou o seu pessoal de apoio podem colocar questões relativamente à segurança dos suplementos nutricionais. Idealmente, essas questões devem ser acompanhadas de informação relativa à composição do suplemento e de uma ligação para a página internet do produto, ou de quem o comercializa. Pode igualmente ser obtida informação através da linha direta de informação antidopagem (Linha Azul - 808 229 229).

A experiência acumulada pela ADoP relativa a violações de normas antidopagem ocasionadas pela ingestão de suplementos nutricionais contendo substâncias proibidas, ou de suplementos nutricionais contaminados, permite concluir que alguns praticantes desportivos são negligentes, pois procuram obter informação relativa à segurança dos suplementos nutricionais junto de profissionais que não possuem a formação específica para fornecer tais esclarecimentos, como por exemplo sucede com os funcionários de lojas de produtos dietéticos e com determinados membros do seu pessoal de apoio.

Links para Sítios Relevantes

NACIONAIS

ADoP - Autoridade Antidopagem de Portugal

www.ADoP.pt (a lançar em 2013)

Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.

www.ipdj.pt

Secretaria de Estado do Desporto e Juventude

www.portugal.gov.pt

Comité Olímpico de Portugal

www.comiteolimpicoportugal.pt

Comité Paralímpico de Portugal

www.comiteparalimpicoportugal.pt

Confederação do Desporto de Portugal

www.cdp.pt

PNED – Programa Nacional de Ética no Desporto

www.pned.pt

Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva

www.spmdd.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 atividades antidopagem, no respeito da legislação relativa à proteção 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 receção 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 respetiva.

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 atividade 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 re-

alizado 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: Seleção de praticantes desportivos para controlo em que praticantes desportivos específicos ou grupos de praticantes desportivos são, num dado momento, selecionados 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 refratómetro, 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: Exceto 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 selecionado 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 respetiva, 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 respetivo 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 respetivas do seu país de residência.

Norma Internacional: Uma norma adotada pela AMA na prossecução dos objetivos 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 adoção de regulamentos visando iniciar e implementar qualquer fase do controlo de dopagem. Incluem-se, por exemplo, o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paraolímpico 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 adoção 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 respetivo 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 selecionar para controlo, e aplicar a regulamentação 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 respetivo Grupo Alvo de Praticantes Desportivos.

Programa de Observação Independente: Uma equipa de observadores, sob a supervisão da AMA, que observa e pode emitir diretivas 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 respetivos 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 respetivos documentos técnicos, antes de se poder declarar um resultado analítico positivo.

Seleção Aleatória: Seleção de praticantes desportivos para controlo quando não se trate de controlos dirigidos. A seleção 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 selecionado).

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 diretamente 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).