

2010

# GUIA PRÁTICO

## SOBRE A LUTA

# CONTRA A DOPAGEM

---



**JUNTOS**  
será+fácil

# GUIA PRÁTICO

## SOBRE A LUTA

# CONTRA A DOPAGEM

---

COM A COLABORAÇÃO

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

---

©Copyright, 2010 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: 978-972-8053-51-2

---

**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

---

<b>Introdução pelo Presidente da Autoridade Antidopagem de Portugal</b>	<b>5</b>
<b>A luta contra a dopagem no desporto</b>	<b>7</b>
Programa Mundial Antidopagem	7
Programa Nacional Antidopagem	8
Procedimentos de recolha de amostras de urina e de sangue no âmbito de controlos de dopagem	9
Procedimentos analíticos	13
Gestão de resultados	15
Informação e Educação	17
<b>Legislação Portuguesa relativa à Luta contra a Dopagem no Desporto</b> (Descrição dos títulos dos diversos capítulos e artigos, com transcrição integral dos mais relevantes)	<b>19</b>
<b>Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem versão 2010</b>	<b>51</b>
<b>Substâncias proibidas e Grupos Farmacológicos</b>	<b>61</b>
<b>Especialidades Farmacêuticas Proibidas</b>	<b>69</b>
<b>Especialidades Farmacêuticas incluídas no Programa de Monitorização da Agência Mundial Antidopagem para 2010</b>	<b>97</b>
<b>Procedimentos para solicitação de Autorização de Utilização Terapêutica (AUT)</b>	<b>99</b>
<b>As substâncias e métodos proibidos e os seus malefícios orgânicos</b>	<b>113</b>
<b>Suplementos nutricionais</b>	<b>133</b>
<b>Links para Sítios relevantes</b>	<b>137</b>
<b>Glossário</b>	<b>139</b>



# **GUIA PRÁTICO SOBRE A LUTA CONTRA A DOPAGEM NO DESPORTO**

## **Introdução pelo Presidente da Autoridade Antidopagem de Portugal**

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

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

Este Guia Prático sobre a Luta contra a Dopagem no Desporto, que resulta do trabalho conjunto entre a ADoP e a UBM Medica Portugal, é um bom exemplo dessa cooperação. Há já vários anos que a UBM Medica Portugal colabora com a luta contra a dopagem no desporto, disponibilizando no Simposium Terapêutico a Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem (AMA) em vigor para cada ano, bem como os modelos em vigor para a solicitação de Autorizações de Utilização Terapêutica (AUT) de substâncias e métodos proibidos no desporto. Realça-se também a edição do livro “Interacções”, que contém um capítulo relacionado com as interferências no controlo de dopagem.

Pretende-se com este Guia Prático levar ainda mais longe essa cooperação, condensando num suporte de fácil manuseamento um conjunto relevante de informação sobre a Luta contra a Dopagem no Desporto. Destaca-se, designadamente, a identificação das especialidades farmacêuticas que contêm substâncias proibidas, a descrição dos procedimentos para a solicitação de Autorizações de Utilização Terapêutica (AUT), um resumo da legislação aplicável e o módulo relativo aos malefícios das substâncias proibidas.

Este Guia Prático será actualizado anualmente, atendendo às novas versões da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos que serão publicadas a cada dia 1 de Janeiro.

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

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'LHorta', with a stylized flourish at the end.

**Luís Horta**

Presidente da Autoridade Antidopagem de Portugal

# A Luta contra a Dopagem no Desporto

## PROGRAMA MUNDIAL ANTIDOPAGEM

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

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

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

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

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

Desde a sua entrada em vigor, em 1 de Janeiro de 2004, o Código revelou ser um instrumento poderoso e eficaz na harmonização dos esforços na luta contra a dopagem, no mundo inteiro. Este facto traduziu-se na aceitação generalizada do Código pela esmagadora maioria dos governos dos diferentes países e das várias modalidades desportivas, e também

pela crescente jurisprudência emanada do Tribunal Arbitral do Desporto (TAD), suportando os princípios estabelecidos no Código.

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

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

Tendo por base a experiência adquirida nos primeiros anos de aplicação do Código e tendo em vista o aperfeiçoamento dos programas antidopagem a nível mundial, a AMA iniciou em 2006 um processo alargado de consultas para uma revisão profunda das disposições do Código.

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

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

## PROGRAMA NACIONAL ANTIDOPAGEM

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

O objectivo do PNA é planear e implementar uma distribuição isenta e racional de controlos de dopagem. As acções de controlo de dopagem têm por objecto as modalidades desportivas organizadas no âmbito das federações nacionais titulares do estatuto de utilidade pública desportiva (UPD) ou outras entidades, 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 respectivo historial em termos de violações de normas antidopagem. O número ideal de amostras a recolher em cada modalidade leva também em consideração o número de praticantes juniores e seniores filiados em cada federação no ano transacto, bem como um factor de ponderação específico para cada um dos grupos de risco.

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

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

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

Os controlos de dopagem fora de competição são justificados pelo uso de substâncias e métodos proibidos que, pela sua natureza, já não são possíveis de detectar quando a competição se verifica. O uso de hormonas peptídicas ou de factores de crescimento, por exemplo, correspondem a casos em que as janelas de detecção para essas substâncias se encerram muitas vezes antes do período da competição. Isso criou a necessidade de alargar o âmbito do controlo de dopagem para além da competição propriamente dita. Actualmente, os praticantes desportivos podem ser controlados em qualquer altura e em qualquer lugar, seja nos

seus locais habituais de treino, seja nas suas residências, em período de férias, respeitando no entanto os elementares princípios relacionados com a sua privacidade.

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

No âmbito da ADoP, compete à Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem (ESPAD) assegurar os serviços administrativos e logísticos necessários à implementação do Programa Nacional Antidopagem, nomeadamente o planeamento e realização dos controlos de dopagem. Parte essencial do Sistema de Gestão de Qualidade da ESPAD, os procedimentos e instruções técnicas relativos à colheita de amostras de urina e/ou de sangue para controlos de dopagem garantem o estrito cumprimento da referida norma internacional, assegurando a defesa dos direitos dos praticantes desportivos, a sua saúde e, especialmente, o direito a uma competição leal e limpa, livre de práticas de dopagem.

## O CONTROLO DE DOPAGEM PASSO A PASSO

### Seleccção dos praticantes desportivos

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

### Notificação

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

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

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

### Apresentação na Estação de Controlo de Dopagem

O praticante desportivo deve apresentar-se na Estação de Controlo de Dopagem após ter sido notificado. O MRCD pode autorizar o praticante desportivo a atrasar a sua chegada à Estação de Controlo de Dopagem,

permitindo-lhe assim participar em actividades como uma conferência de imprensa, ou completar uma sessão de treino; no entanto, o praticante desportivo será acompanhado em permanência pelo MRCD ou pela escolta, desde o momento da notificação até à conclusão do procedimento de colheita de amostras.

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

## Seleção do Vaso Colector

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

## Fornecimento da Amostra

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

Os praticantes desportivos serão solicitados a remover qualquer peça de vestuário entre os joelhos e o meio do peito e das mãos aos cotovelos. Tal permite ao MRCD observar directamente a urina a sair do corpo do praticante desportivo. Estas regras destinam-se a garantir que se trata efectivamente da urina do praticante desportivo e a impedir uma eventual manipulação da amostra.

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

## Volume de Urina

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

## Seleção do Kit de Colheita de Amostras

Se o praticante desportivo disponibilizou o volume adequado de urina, terá a possibilidade de escolher um kit de colheita de amostras de entre um conjunto de kits selados. O praticante desportivo verificará que

o kit está intacto e que não sofreu qualquer adulteração. O praticante desportivo abrirá então o kit e confirmará que os números de código são idênticos em ambos os frascos, tampas e contentores.

### Divisão da Amostra

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

O praticante desportivo verterá o volume requerido de urina no frasco “B”. A urina remanescente será vertida no frasco “A”. Será solicitado ao atleta que deixe uma pequena quantidade de urina no vaso colector, para que o 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 desportivo 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 colector. Os valores obtidos são registados no formulário do controlo de dopagem. Se a amostra não cumprir os requisitos estabelecidos relativamente à densidade específica, o praticante desportivo poderá ser solicitado a disponibilizar amostras adicionais, conforme o requerido pela organização antidopagem.

### Preenchimento do Formulário do Controlo de Dopagem

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

### Envio das amostras para procedimento laboratorial

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

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

Nos controlos de dopagem podem igualmente ser recolhidas amostras de sangue. A recolha de amostras de sangue pode ter dois objectivos distintos:

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

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

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

## PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

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

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

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

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

Após esta primeira fase de preparação, as alíquotas resultantes vão de seguida ser analisadas em diversos *screenings*. Estes *screenings*, que têm como objectivo fazer uma primeira avaliação das alíquotas, de modo a verificar a existência de eventuais casos suspeitos, são realizadas por diversas metodologias analíticas, nomeadamente métodos imunológicos, cromatografia líquida (HPLC), cromatografia gasosa associada a espectrometria de massa (GC/MS) e cromatografia líquida associada a espectrometria de massa (LC/MS).

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

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

O praticante desportivo tem sempre o direito de solicitar a realização da análise da amostra “B”, que durante todo este processo esteve conservada a cerca de (-20°) centígrados. O praticante desportivo tem o direito de estar presente na abertura da amostra “B” e de indicar peritos técnicos para testemunhar a realização dos procedimentos analíticos. Após a abertura da amostra “B” e de retirada uma pequena porção da mesma, a parte remanescente é novamente introduzida num contentor que será selado. Deste procedimento, é elaborada uma acta de abertura e encerramento da amostra “B”, que será assinada por todos os presentes. No final da realização dos procedimentos analíticos, é elaborada nova acta, que lavrará o que se passou na realização da análise da amostra “B”, que será assinada pelo director do laboratório e pelo perito ou peritos

indicados pelo atleta. De seguida, será elaborado um relatório analítico, a ser enviado para as mesmas entidades. A entidade responsável pela gestão desse resultado enviará o relatório analítico das amostras “A” e “B” e toda a documentação relevante para o órgão disciplinar encarregue da realização dos procedimentos disciplinares. O praticante desportivo e/ou a entidade responsável pela gestão dos resultados tem igualmente o direito de solicitar ao laboratório um processo analítico completo, de modo a que os seus peritos possam verificar a conformidade de todos os procedimentos realizados.

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

## GESTÃO DE RESULTADOS

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

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

A ADoP, após confirmar pela instrução inicial que não foi concedida uma AUT que cubra o caso em apreciação e que não se verificou nenhuma violação das normas internacionais para controlo ou de laboratórios da AMA, procede à notificação referida no n.º 1 do artigo 34.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho, endereçada à respectiva federação desportiva. Nessa notificação, a ADoP informa a federação desportiva sobre a

data e a hora propostas pelo LAD, ou por outro laboratório antidopagem acreditado pela AMA, para a eventual realização da segunda análise, a qual deve ser efectuada o mais rapidamente possível e nunca depois de decorridos sete dias úteis após a notificação do relatório analítico positivo pelo laboratório.

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

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

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

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

Caso o praticante desportivo informe a federação desportiva de que 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 respectiva federação desportiva. Do que se passar na análise da amostra B é lavrada acta, subscrita pelos presentes.

O LAD, ou o laboratório antidopagem acreditado pela AMA, responsável pela realização da primeira análise, emitem um relatório com o resultado da análise da amostra B, que é remetido à ADoP em conjunto com a acta

atrás referida. Compete à ADoP remeter esse relatório para a respectiva federação desportiva, de forma a accionar os mecanismos disciplinares.

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

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

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

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

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

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

## INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

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

Na prossecução deste objectivo, a ADoP conta com a colaboração de várias entidades, quer do movimento desportivo, quer do sector privado, das quais se referem, a título exemplificativo, o Comité Olímpico de Portugal,

a Confederação do Desporto de Portugal e o Jornal Diário de Notícias. Salienta-se também a colaboração com o Simposium Terapêutico, que já decorre há vários anos, e que tem neste documento mais um bom exemplo de parceria entre entidades públicas e privadas na defesa da saúde do praticante desportivo e de um desporto livre de práticas de dopagem.

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

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

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

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

No âmbito do seu programa informativo e educacional, e tendo em vista a divulgação de informação sobre a luta contra a dopagem no desporto a esse grupo alvo, a ADoP organiza anualmente diversas 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 electrónico [antidopagem@idesporto.pt](mailto:antidopagem@idesporto.pt) e o número de fax **21 797 75 29**.

# Legislação Portuguesa relativa à Luta contra a Dopagem no Desporto

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

## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 27/2009  
de 19 de Junho

**Estabelece o regime jurídico da luta contra a dopagem no desporto**

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

### CAPÍTULO I

#### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objecto

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

#### Artigo 2.º

##### Definições

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

- a) «Amostra ou amostra orgânica» qualquer material biológico recolhido para efeitos de controlo de dopagem;
- b) «Autoridade Antidopagem de Portugal (ADoP)» a organização nacional antidopagem;
- c) «Competição» uma corrida única, um encontro, um jogo ou uma competição desportiva específica, considerando-se em provas por etapas e noutras competições desportivas em que são atribuídos prémios, diariamente ou de forma intercalar, que a distinção entre competição e evento desportivo é a indicada nas regras da federação desportiva internacional em causa;

- d) «Controlo de dopagem» o procedimento que inclui todas os actos e formalidades, desde a planificação e distribuição dos controlos até à decisão final, nomeadamente a informação sobre a localização dos praticantes desportivos, a recolha e o manuseamento das amostras, as análises laboratoriais, as autorizações de utilização terapêuticas, a gestão dos resultados, as audições e os recursos;
- e) «Controlo» a fase do procedimento de controlo de dopagem que envolve a planificação da distribuição dos controlos, a recolha de amostras, o manuseamento de amostras e o seu transporte para o laboratório;
- f) «Controlo direccionado» a selecção não aleatória para controlo, num dado momento, de praticantes ou grupos de praticantes desportivos;
- g) «Controlo em competição» o controlo do praticante desportivo seleccionado no âmbito de uma competição específica;
- h) «Controlo fora de competição» qualquer controlo de dopagem que não ocorra em competição;
- i) «Controlo sem aviso prévio» o controlo de dopagem realizado sem conhecimento antecipado do praticante desportivo e no qual este é continuamente acompanhado desde o momento da notificação até à recolha da amostra;
- j) «Evento desportivo» a organização que engloba uma série de competições individuais e ou colectivas que se realiza sob a égide da mesma entidade desportiva;
- l) «Grupo alvo de praticantes desportivos» o grupo de praticantes desportivos de alto rendimento, identificados por cada federação internacional e pela ADoP, no quadro das respectivas planificações da distribuição dos controlos antidopagem em competição e fora dela;
- m) «Lista de substâncias e métodos proibidos», as substâncias proibidas e métodos proibidos que constam da portaria a que se refere o artigo 8.º;
- n) «Marcador» um composto, grupo de compostos ou parâmetros biológicos que indicia o uso de uma substância proibida ou de um método proibido;
- o) «Metabolito» qualquer substância produzida através de um processo de biotransformação;
- p) «Método proibido» qualquer método descrito como tal na lista de substâncias e métodos proibidos;
- q) «Norma Internacional» uma norma adoptada pela Agência Mundial Antidopagem (AMA) como elemento de apoio ao Código Mundial Antidopagem;
- r) «Pessoal de apoio ao praticante desportivo» pessoa singular ou colectiva que trabalhe, colabore ou assista o praticante desportivo, nomeadamente qualquer treinador, dirigente, agente, membro da equipa, pessoal médico ou paramédico;

- s) «Praticante desportivo» aquele que, encontrando-se inscrito numa federação desportiva nacional ou estrangeira, treine ou compita em território nacional, bem como aquele que não se encontrando inscrito participa numa competição desportiva realizada em território nacional;
- t) «Resultado analítico positivo» o relatório proveniente de um laboratório ou de uma outra entidade aprovada pela AMA, no qual, de acordo com a Norma Internacional de Laboratórios e Documentos Técnicos Relacionados, é identificada a presença numa amostra orgânica de uma substância proibida ou dos seus metabolitos ou marcadores (incluindo elevadas quantidades de substâncias endógenas) ou prova do uso de um método proibido;
- u) «Resultado analítico atípico» o relatório proveniente de um laboratório ou de uma outra entidade aprovada pela AMA, no qual, de acordo com a Norma Internacional de Laboratórios e Documentos Técnicos Relacionados, se demonstra a necessidade de investigação complementar;
- v) «Substância proibida» qualquer substância descrita como tal na lista de substâncias e métodos proibidos;
- x) «Substância específica» a substância que é susceptível de dar origem a infracções não intencionais das normas antidopagem devido ao facto de frequentemente se encontrar presente em medicamentos ou de ser menos susceptível de utilização com sucesso enquanto agente dopante e que consta da lista de substâncias e métodos proibidos.

### Artigo 3.º

#### Proibição de dopagem e violação das normas antidopagem

- 1 — É proibida a dopagem a todos os praticantes desportivos dentro e fora das competições desportivas organizadas em território nacional.
- 2 — Constitui violação das normas antidopagem por parte dos praticantes desportivos ou do seu pessoal de apoio, consoante o caso:
  - a) A presença numa amostra recolhida a um praticante desportivo de uma substância proibida, dos seus metabolitos ou marcadores;
  - b) O recurso a um método proibido;
  - c) O uso de uma substância proibida ou de um método proibido por um praticante desportivo, demonstrado por confissão do mesmo, por declarações de testemunhas, por prova documental, por conclusões resultantes de perfis longitudinais ou por outras informações analíticas que não preencham os critérios estabelecidos para a verificação de uma violação das normas antidopagem descritas nas alíneas a) e b);

- d) A recusa, a resistência ou a falta sem justificação válida a submeter-se a um controlo de dopagem, em competição ou fora de competição, após a notificação, bem como qualquer comportamento que se traduza no impedimento à recolha da amostra;
  - e) A obstrução, a dilação injustificada, a ocultação e as demais condutas que, por acção ou omissão, impeçam ou perturbem a recolha de amostras no âmbito do controlo de dopagem;
  - f) A ausência do envio dentro do prazo estabelecido, ou o envio de informação incorrecta, nos termos do disposto no artigo 7.º, por três vezes por parte do praticante desportivo no espaço de 18 meses consecutivos, sem justificação válida, após ter sido devidamente notificado pela ADoP em relação a cada uma das faltas;
  - g) A verificação de três controlos declarados como não realizados com base nas regras definidas pela ADoP num período com a duração 18 meses consecutivos, sem justificação válida, após o praticante desportivo a que se refere o artigo 7.º ter sido devidamente notificado por aquela Autoridade em relação a cada um dos controlos declarados como não realizados;
  - h) A alteração, falsificação ou manipulação de qualquer elemento integrante do procedimento de controlo de dopagem;
  - i) A posse de substâncias ou de métodos proibidos, quer por parte do praticante desportivo quer por parte de qualquer membro do seu pessoal de apoio.
- 3 — Qualquer combinação de três situações constantes das alíneas f) e g) do número anterior, no espaço de 18 meses consecutivos, constitui igualmente uma violação das normas antidopagem.
- 4 — A posse de substâncias ou de métodos proibidos, bem como a sua administração, por parte do praticante desportivo ou do seu pessoal de apoio, não constituem uma violação das normas antidopagem nos casos em que decorrem de uma autorização de utilização terapêutica.

#### Artigo 4.º

##### Realização de eventos ou competições desportivas

(...)

#### Artigo 5.º

##### Deveres do praticante desportivo

(...)

#### Artigo 6.º

##### Responsabilidade do praticante desportivo

(...)

## Artigo 7.º

### Informações sobre a localização dos praticantes desportivos

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

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

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

## Artigo 8.º

### Lista de substâncias e métodos proibidos

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

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

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

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

## Artigo 9.º

### Prova de dopagem para efeitos disciplinares

(...)

## Artigo 10.º

### Tratamento médico dos praticantes desportivos

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

- a) Não recomendar, nem prescrever ou administrar medicamentos que

contenham substâncias proibidas, sempre que os mesmos possam ser substituídos por outros que as não contenham;

b) Não recomendar, nem prescrever ou colaborar na utilização de métodos proibidos, sempre que os mesmos possam ser substituídos por outros que o não sejam.

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

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

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

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

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

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

## Artigo 11.º

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

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

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

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

a) Audição em tempo oportuno;

b) Imparcialidade e independência;

c) Decisão célere, devidamente fundamentada e por escrito.

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

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

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

## Artigo 12.º

### Regulamentos federativos antidopagem

(...)

## Artigo 13.º

### Princípios gerais dos regulamentos federativos antidopagem

(...)

## Artigo 14.º

### Conteúdo obrigatório dos regulamentos federativos antidopagem

(...)

## Artigo 15.º

### Co-responsabilidade do pessoal de apoio do praticante desportivo

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

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

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

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

## CAPÍTULO II

### Autoridade Antidopagem de Portugal

#### Artigo 16.º

##### Natureza e missão

1 — A ADoP funciona junto do Instituto do Desporto de Portugal, I. P. (IDP, I. P.), e é a organização nacional antidopagem com funções no controlo e na luta contra a dopagem no desporto, nomeadamente enquanto entidade responsável pela adopção de regras com vista a desencadear, implementar ou aplicar qualquer fase do procedimento de controlo de dopagem.

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

#### Artigo 17.º

##### Jurisdição territorial

(...)

#### Artigo 18.º

##### Competências

1 — Compete à ADoP:

- a) Elaborar e aplicar o Programa Nacional Antidopagem, ouvido o Conselho Nacional Antidopagem (CNAD);
- b) Emitir pareceres científicos e técnicos, recomendações e avisos, nomeadamente sobre os procedimentos de prevenção e controlo da dopagem;
- c) Prestar às federações desportivas o apoio técnico que por estas seja solicitado, quer na elaboração quer na aplicação dos respectivos regulamentos antidopagem;
- d) Pronunciar-se sobre a elaboração da legislação sobre a luta contra a dopagem no desporto, ouvido o CNAD;
- e) Emitir parecer vinculativo sobre os regulamentos de luta contra a dopagem no desporto adoptados pelas federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, ouvido o CNAD;
- f) Proceder à recepção das solicitações de autorização de utilização terapêutica de substâncias ou métodos proibidos, procedendo ao respectivo encaminhamento para a CAUT, bem como estabelecer os procedimentos inerentes ao sistema de autorização de utilização terapêutica a nível nacional;
- g) Estudar, em colaboração com as entidades responsáveis pelo sistema educativo e da área do desporto, programas pedagógicos, designadamente campanhas de informação e educação, com a finalidade

de sensibilizar os praticantes desportivos, o respectivo pessoal de apoio e os jovens em geral para os perigos e a deslealdade da dopagem;

- h) Estudar e propor as medidas legislativas e administrativas adequadas à luta contra a dopagem em geral e ao controlo da produção, da comercialização e do tráfico ilícito de substâncias ou métodos proibidos;
- i) Estudar e sugerir as medidas que visem a coordenação dos programas nacionais de luta contra a dopagem com as orientações da AMA, bem como o cumprimento das obrigações decorrentes de convenções celebradas por Portugal no mesmo âmbito;
- j) Propor o financiamento de programas de investigação no âmbito da luta contra a dopagem, nomeadamente estudos sociológicos, comportamentais, jurídicos, e éticos para além de investigação nas áreas médica, analítica e fisiológica;
- 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 respectivo pessoal de apoio;
- m) Determinar e instruir a realização de inquéritos extraordinários e dos inerentes controlos de dopagem sempre que receba ou reúna fortes indícios de práticas habituais ou continuadas de dopagem por parte de algum praticante desportivo ou do seu pessoal de apoio;
- n) Rever, substituir ou revogar as decisões de arquivamento, absolvição ou condenação proferidas pelos órgãos jurisdicionais das federações desportivas, verificada a sua não conformidade com o disposto na presente lei;
- o) Prestar os serviços solicitados por outras entidades, nacionais ou estrangeiras, no âmbito da luta contra a dopagem no desporto;
- p) Acompanhar a participação técnica nacional nas diferentes instâncias internacionais com responsabilidade na luta contra a dopagem no desporto;
- q) Avaliar os riscos de novas substâncias e métodos, ouvido o CNAD.

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

## Artigo 19.º

### Princípios orientadores

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

## Artigo 20.º

### Cooperação com outras entidades (...)

## Artigo 21.º

### Órgãos e serviços

1 — São órgãos da ADoP:

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

2 — São serviços da ADoP:

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

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

## Artigo 22.º

### Presidente

(...)

## Artigo 23.º

### Director executivo

(...)

## Artigo 24.º

### Laboratório de Análises de Dopagem

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

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

(...)

## Artigo 25.º

### Estrutura de Suporte ao Programa Antidopagem

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

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

2 — No âmbito da ESPAD funcionam:

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

## Artigo 26.º

### Conselho Nacional Antidopagem

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

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

(...)

## Artigo 27.º

### Comissão de Autorização de Utilização Terapêutica

1 — A CAUT é o órgão responsável pela análise e aprovação das autorizações de utilização terapêutica.

2 — Compete à CAUT:

- a) Analisar e aprovar as autorizações de utilização terapêutica;
- b) Assegurar as demais funções que lhe sejam cometidas pela lei.

3 — A CAUT é composta por cinco elementos licenciados em Medicina, com serviços relevantes na área da luta contra a dopagem no desporto e na medicina desportiva.

4 — Os licenciados em Medicina a que se refere o número anterior são propostos ao presidente da ADoP pelo director executivo e nomeados pelo membro do Governo responsável pela área do desporto, que designa igualmente o seu presidente.

5 — Três dos licenciados a que se refere o n.º 3 não podem, em simultâneo, integrar o CNAD.

6 — A CAUT decide de acordo com os critérios e regras definidas na Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica da AMA.

7 — O mandato dos membros da CAUT tem a duração de três anos, renovável por iguais períodos.

## Artigo 28.º

### Garantias dos membros do CNAD e da CAUT

(...)

## Artigo 29.º

### Programas pedagógicos

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

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

## CAPÍTULO III

### Controlo da dopagem

#### Artigo 30.º

##### Controlo de dopagem em competição e fora de competição

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

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

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

#### Artigo 31.º

##### Realização dos controlos de dopagem

(...)

#### Artigo 32.º

##### Acções de controlo

(...)

#### Artigo 33.º

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

(...)

#### Artigo 34.º

##### Notificação e análise da amostra B

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

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

- a) O resultado positivo da amostra A;
- b) A possibilidade de o praticante desportivo em causa requerer a realização da análise da amostra B;

- c) O dia e a hora para a eventual realização da análise amostra B, propostos pelo laboratório antidopagem que realizou a análise da amostra A;
  - d) A faculdade de o praticante desportivo em causa ou o seu clube se encontrarem presentes ou se fazerem representar no acto da análise amostra B, bem como o de nomearem peritos para acompanhar a realização dessa diligência.
- 3 — Às notificações a que se refere o presente artigo aplica-se, subsidiariamente, o disposto no Código do Procedimento Administrativo.
- 4 — A federação desportiva notificada pode igualmente fazer-se representar no acto da análise da amostra B e, caso seja necessário, designar um tradutor.
- 5 — Os prazos para realização da análise da amostra B e para as notificações a que se referem os números anteriores são fixados por diploma regulamentar.
- 6 — Quando requerida a análise da amostra B, os encargos da análise, caso esta revele resultado positivo, são da responsabilidade do titular da amostra a submeter a análise.
- 7 — Quando requerida a análise da amostra B, as consequências desportivas e disciplinares só serão desencadeadas se o seu resultado for positivo, confirmando o teor da análise da amostra A, devendo todos os intervenientes no processo manter a mais estrita confidencialidade até que tal confirmação seja obtida.

## Artigo 35.º

### Exames complementares

- 1 — Para além do disposto no artigo anterior, sempre que os indícios de positividade detectados numa amostra possam ser atribuídos a causas fisiológicas ou patológicas, os resultados devem ser remetidos ao CNAD, para elaboração de um relatório a submeter à ADoP, que decide sobre a existência ou não de uma violação das normas antidopagem.
- 2 — Da intervenção do CNAD deve ser dado conhecimento à federação desportiva e ao praticante desportivo titular da amostra, o qual é obrigado a submeter-se aos exames que lhe forem determinados, incorrendo, caso não o faça, nas sanções cominadas para a recusa ao controlo de dopagem.
- 3 — Até à decisão referida no n.º 1, todos os intervenientes devem manter a mais estrita confidencialidade.

## Artigo 36.º

### Suspensão preventiva do praticante desportivo

- 1 — O praticante desportivo em relação ao qual o resultado do controlo seja positivo, logo com a primeira análise ou depois da análise da amostra

B, quando requerida, é suspensão preventivamente até ser proferida a decisão final do processo pela respectiva federação, salvo nos casos em que for determinada pela ADoP a realização de exames complementares.

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

## CAPÍTULO IV

### Protecção de dados

#### SECÇÃO I

##### Bases de dados e responsabilidade

#### Artigo 37.º

##### Bases de dados

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

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

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

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

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

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

#### Artigo 38.º

##### Responsabilidade no exercício de funções públicas

(...)

Artigo 39.º

Responsabilidade dos dirigentes e pessoal das entidades desportivas  
(...)

SECÇÃO II

Acesso, rectificação e cessão de dados

Artigo 40.º

Acesso e rectificação  
(...)

Artigo 41.º

Autorização para a cessão de dados  
(...)

CAPÍTULO V

Regime sancionatório

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 42.º

Extinção da responsabilidade

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

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

SECÇÃO II

Ilícito criminal

Artigo 43.º

Tráfico de substâncias e métodos proibidos

1 — Quem, com intenção de violar ou violando as normas antidopagem, e sem que para tal se encontre autorizado, produzir, fabricar, extrair, preparar, oferecer, puser à venda, vender, distribuir, comprar, ceder ou por qualquer título receber, proporcionar a outrem, transportar, importar,

exportar ou fizer transitar ou ilicitamente detiver substâncias e métodos constantes da lista de substâncias e métodos proibidos é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

2 — A tentativa é punível.

#### Artigo 44.º

##### Administração de substâncias e métodos proibidos

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

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

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

3 — A tentativa é punível.

#### Artigo 45.º

##### Associação criminosa

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

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

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

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

#### Artigo 46.º

##### Responsabilidade penal das pessoas colectivas e equiparadas

(...)

## Artigo 47.º

### Denúncia obrigatória

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

## SECÇÃO III

### Ilícito de mera ordenação social

## Artigo 48.º

### Contra-ordenações

1 — Constitui contra-ordenação para efeitos do disposto na presente lei:

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

(...)

## Artigo 49.º

### Coimas

(...)

## Artigo 50.º

### Determinação da medida da coima

(...)

## Artigo 51.º

### Instrução do processo e aplicação da coima

(...)

## Artigo 52.º

### Produto das coimas

(...)

**Artigo 53.º****Direito subsidiário****(...)****SECÇÃO IV****Ilícito disciplinar****Artigo 54.º****Ilícitos disciplinares**

- 1 — Constitui ilícito disciplinar a violação do disposto nas alíneas a) a j) do n.º 2 do artigo 3.º, bem como a violação do n.º 3 da mesma disposição legal.
- 2 — O disposto no artigo 44.º constitui igualmente ilícito disciplinar quando o infractor for um praticante desportivo, um elemento do seu pessoal de apoio ou se encontre inscrito numa federação desportiva.
- 3 — A tentativa e a negligência são puníveis.

**Artigo 55.º****Denúncia**

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

**Artigo 56.º****Procedimento disciplinar**

A existência de indícios de uma infracção às normas antidopagem determina automaticamente a abertura de um procedimento disciplinar pelo órgão disciplinar federativo, adequado a determinar a eventual existência de envolvimento e o grau de 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 57.º****Aplicação de sanções disciplinares**

- 1 — A aplicação das sanções disciplinares previstas na presente lei compete à ADoP e encontra-se delegada nas federações desportivas titulares do estatuto de utilidade pública desportiva, a quem cabe igualmente a instrução dos processos disciplinares.
- 2 — As federações desportivas devem dispor de uma instância de recurso, para a qual o agente desportivo sancionado possa recorrer, sem efeito

suspensivo, a qual deve ser uma entidade diversa e independente da que o sancionou em primeira instância.

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

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

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

## Artigo 58.º

### Uso de substâncias ou métodos proibidos

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

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

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

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

## Artigo 59.º

### Substâncias específicas

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

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

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

### Artigo 60.º

#### Suspensão do praticante por outras violações às normas antidopagem

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

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

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

### Artigo 61.º

#### Sanções ao pessoal de apoio ao praticante desportivo

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

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

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

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

### Artigo 62.º

#### Direito a audiência prévia

(...)

### Artigo 63.º

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

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

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

**Artigo 64.º**

**Início do período de suspensão**

(...)

**Artigo 65.º**

**Estatuto durante o período de suspensão**

(...)

**Artigo 66.º**

**Controlo de reabilitação**

(...)

**Artigo 67.º**

**Praticantes integrados no sistema do alto rendimento**

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

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

**Artigo 68.º**

**Comunicação das sanções aplicadas e registo**

(...)

**SECÇÃO V**

**Sanções desportivas acessórias**

**Artigo 69.º**

**Invalidação de resultados individuais**

(...)

**Artigo 70.º**

**Efeitos para equipas, clubes ou sociedades anónimas desportivas**

(...)

**Artigo 71.º**

**Anulação de resultados em competições realizadas após a recolha das amostras**

(...)

**CAPÍTULO VI**

**Disposições finais**

**Artigo 72.º**

**Reconhecimento mútuo**

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

**Artigo 73.º**

**Comité Olímpico de Portugal e Comité Paralímpico de Portugal**

(...)

**Artigo 74.º**

**Ligas profissionais**

(...)

**Artigo 75.º**

**Regulamentação**

(...)

**Artigo 76.º**

**Disposição transitória**

(...)

**Artigo 77.º**

**Norma revogatória**

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

Artigo 78.º

Entrada em vigor

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

Aprovada em 24 de Abril de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 4 de Junho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 8 de Junho de 2009.

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

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

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

Assim:

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

**Artigo 1.º**

**Objecto**

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

**Artigo 2.º**

**Programa Nacional Antidopagem**

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

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

**Artigo 3.º**

**Reciprocidade**

(...)

**Artigo 4.º**

**Grupo alvo de praticantes desportivos**

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

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

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

- a) Do nome e contactos actualizados dos praticantes desportivos integrados no grupo alvo de praticantes desportivos a submeter a controlos fora de competição;
- b) Se um praticante desportivo integrado no grupo alvo se retirou da prática desportiva;
- c) Se um praticante desportivo retirado, mas que esteve incluído no grupo alvo de praticantes, reiniciou a sua actividade desportiva.

3 — Os dados referidos no número anterior são facultados no prazo máximo de sete dias, contados da data da solicitação da ADoP ou do conhecimento da federação desportiva sobre os mesmos.

4 — Compete à ADoP notificar os praticantes desportivos relativamente aos deveres previstos no artigo 7.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

5 — Compete às federações desportivas colaborar com a ADoP na divulgação de informação relativa aos deveres referidos no número anterior.

### Artigo 5.º

#### Permanência no grupo alvo de praticantes desportivos

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

### Artigo 6.º

#### Gestão do sistema de localização

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

### Artigo 7.º

#### Dever de informação

1 — O praticante desportivo incluído no sistema de localização envia à ADoP, trimestralmente, a informação prevista no n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 27/2009, de 19 de Junho.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, considera-se:

- a) 1.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Janeiro e 31 de Março de cada ano civil;
- b) 2.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Abril e 30 de Junho de cada ano civil;

- c) 3.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Julho e 30 de Setembro de cada ano civil;
- d) 4.º trimestre — o período compreendido entre o dia 1 de Outubro e 31 de Dezembro de cada ano civil.

3 — Para efeitos do disposto no n.º 1, bem como da actualização dessa informação, o praticante desportivo envia a informação trimestral à ADoP, tendo esta de ser recepcionada até às 24 horas do dia anterior ao início de cada um dos trimestres, através dos meios de comunicação estabelecidos pela ADoP, nomeadamente:

- a) Endereço electrónico;
- b) Fax;
- c) Correio;
- d) Plataforma electrónica.

(...)

#### Artigo 8.º

##### Informações incorrectas e informações falsas

(...)

#### Artigo 9.º

##### Modalidades colectivas

(...)

#### Artigo 10.º

##### Verificação das informações

(...)

#### Artigo 11.º

##### Recordes nacionais

(...)

#### Artigo 12.º

##### Apoio logístico

(...)

#### Artigo 13.º

##### Responsáveis pelo controlo de dopagem

1 — Os controlos de dopagem são actos médicos.

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

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

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

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

### Artigo 14.º

#### Solicitação dos controlos de dopagem

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

(...)

### Artigo 15.º

#### Instalações

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

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

- a) Sala de espera (20 m<sup>2</sup> a 25 m<sup>2</sup>) — a capacidade desta sala deve possibilitar a presença em simultâneo de um mínimo de quatro praticantes desportivos e quatro acompanhantes. A sala deverá estar equipada com cadeiras em número suficiente para a sua capacidade mínima e com um frigorífico para preservação de bebidas necessárias à hidratação dos atletas;
- b) Sala de trabalho (20 m<sup>2</sup> a 25 m<sup>2</sup>) — a capacidade desta sala deve possibilitar a presença do praticante desportivo, do seu acompanhante, do MRCO e de pessoal que o coadjuve. A sala deverá ser contígua à sala descrita na alínea a) e deverá estar equipada com uma mesa de trabalho, quatro cadeiras, um frigorífico para preservação das amostras após a sua recolha e um armário com chave para colocação da documentação e equipamentos necessários à sessão de recolha de amostras;
- c) Instalações sanitárias (15 m<sup>2</sup> a 20 m<sup>2</sup>) — estas instalações devem conter dois sanitários que possibilitem a presença de duas pessoas no seu interior e, idealmente, um chuveiro. Estas instalações devem ser contíguas à sala de trabalho.

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

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

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

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

### Artigo 16.º

#### Seleção dos praticantes desportivos

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

(...)

### Artigo 17.º

#### Notificação da acção do controlo de dopagem

(...)

### Artigo 18.º

#### Comparência no controlo de dopagem

(...)

### Artigo 19.º

#### Ausência no controlo de dopagem por assistência médica

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

2 — Igual obrigação impende sobre o praticante desportivo e, no seu impedimento, sobre o seu pessoal de apoio.

3 — No caso mencionado no n.º 1, o MRCD determina as medidas necessárias para assegurar a realização do controlo.

### Artigo 20.º

#### Submissão ao controlo de dopagem

(...)

Artigo 21.º

Colheita de amostras

(...)

Artigo 22.º

Taxa de alcoolemia

(...)

Artigo 23.º

Formulários

(...)

Artigo 24.º

**Responsáveis pelas condições de realização dos controlos de dopagem**

1 — As federações desportivas, ligas profissionais, clubes, sociedades anónimas desportivas e demais entidades organizadoras de manifestações ou eventos desportivos são responsáveis pela segurança dos MRCD e das pessoas que os coadjuvem, bem como do respectivo equipamento, devendo nomeadamente providenciar para que a sessão de colheita de amostras se realize sem perturbações.

2 — Se o MRCD entender que não estão reunidas condições para desempenhar a sua missão, disso dá conta no relatório do controlo de dopagem, recusando-se a realizar o mesmo.

3 — Os factos constantes no relatório do controlo de dopagem elaborado pelo MRCD, e por ele presenciados, fazem fé até prova em contrário.

Artigo 25.º

Administração pós-controlo de dopagem

(...)

Artigo 26.º

Transporte

(...)

Artigo 27.º

Realização dos exames laboratoriais

(...)

Artigo 28.º

Instrução inicial

(...)

Artigo 29.º

Notificações relativas a resultados analíticos positivos

(...)

**Artigo 30.º****Realização da segunda análise****(...)****Artigo 31.º****Exames complementares**

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

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

**Artigo 32.º****Controlo não realizado****(...)****Artigo 33.º****Parecer****(...)****Artigo 34.º****Suspensão dos praticantes desportivos****(...)****Artigo 35.º****Autorização de utilização terapêutica**

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

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

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

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

### Artigo 36.º

#### Campanhas de informação e de educação

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

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

### Artigo 37.º

#### Tabela de preços

(...)

### Artigo 38.º

#### Regulamentos federativos antidopagem

(...)

### Artigo 39.º

#### Recomendações e esclarecimentos

(...)

### Artigo 40.º

#### Notificações

(...)

### Artigo 41.º

#### Entrada em vigor

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

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

# Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem versão 2010

## CÓDIGO MUNDIAL ANTIDOPAGEM

1 de Janeiro de 2010 (Data de entrada em vigor)

Ratificada pela Conferência de Partes da Convenção Internacional contra a Dopagem no Desporto da UNESCO em 28/10/2009 e pelo Grupo de Monitorização da Convenção Contra a Dopagem do Conselho da Europa em 18/11/2009.

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

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

## SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO E FORA DE COMPETIÇÃO

### SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS

#### S1. AGENTES ANABOLISANTES

Os agentes anabolisantes são proibidos.

##### 1. ESTERÓIDES ANDROGÉNICOS ANABOLISANTES

###### a. Esteróides androgénicos anabolisantes exógenos\* incluindo:

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

**gestrinona; 4-hidroxitestosterona** (4,17  $\beta$ -dihidroxiandrost-4-en-3-ona); **mestanolona; mesterolona; metenolona; metandienona** (17  $\beta$ -hidroxi-17  $\alpha$ -metilandrost-1,4-diene-3-ona); **metandriol; metasterona** (2 $\alpha$ ,17  $\alpha$ -dimetil-5  $\alpha$ -androstan-3-ona-17  $\beta$ -ol); **metenolona; metildienolona** (17  $\beta$ -hidroxi-17  $\alpha$ -metilestra-4,9-diene-3-ona); **metil-1-testosterona** (17  $\beta$ -hidroxi-17  $\alpha$ -metil-5  $\alpha$ -androst-1-ene-3-ona); **metilnostestosterona** (17  $\beta$ -hidroxi-17  $\alpha$ -metilestr-4-ene-3-ona); **metiltrienolona** (17  $\beta$ -hidroxi-17  $\alpha$ -metilestra-4,9,11-trien-3-ona); **metiltestosterona; metribolona** (methyltrienolona, 17 $\beta$ -hidroxi-17 $\alpha$ -methylestra-4,9,11-trien-3-ona); **mibolona; nandrolona; 19-norandrostenediona** (estr-4-ene-3,17-diona); **norboletona; norclostebol; noretandrolona; oxabolona; oxandrolona; oximesterona; oximetolona; prostanazol** (17 $\beta$ -hydroxy-5 $\alpha$ -androstan[3,2-c] pyrazole); **quinbolona; stanozolol; stenbolona; 1-testosterona** (17  $\beta$ -hidroxi-5  $\alpha$ -androst-1-ene-3-ona); **tetrahidrogestrinona** (17 a-homo-pregna-4,9,11-trien-17  $\beta$ -ol-3-ona); **trenbolona** e outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similar(es).

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

**Androstenediol** (androst-5-ene-3 $\beta$ ,17 $\beta$ -diol); **androstenediona** (androst-4-ene-3,17-diona); **dihidrotestosterona** (17  $\beta$ -hidroxi-5  $\alpha$ -androst-ona); **prasterona** (dehidroepiandrosterona, DHEA); **testosterona** e os seguintes metabolitos e isómeros:

**5 $\alpha$ -androstane-3 $\alpha$ ,17 $\alpha$ -diol; 5 $\alpha$ -androstane-3 $\alpha$ ,17 $\beta$ -diol; 5 $\alpha$ -androstane-3 $\beta$ ,17 $\alpha$ -diol; 5 $\alpha$ -androstane-3 $\beta$ ,17 $\beta$ -diol; androst-4-ene-3 $\alpha$ ,17 $\alpha$ -diol; androst-4-ene-3 $\alpha$ ,17 $\beta$ -diol; androst-4-ene-3 $\beta$ ,17 $\alpha$ -diol; androst-5-ene-3 $\alpha$ ,17 $\alpha$ -diol; androst-5-ene-3 $\alpha$ ,17 $\beta$ -diol; androst-5-ene-3 $\beta$ ,17 $\alpha$ -diol; 4-androstenediol** (andros-4-ene-3 $\beta$ ,17 $\beta$ -diol); **5-androstenediona** (androst-5-ene-3,17-diona); **epi-dihidrotestosterona; epitestosterona; 3 $\alpha$ -hidroxi-5 $\alpha$ -androstan-17-ona; 3 $\beta$ -hidroxi-5 $\alpha$ -androstan-17-ona; 19-norandrosterona; 19-noreticolanolona.**

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

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

*Para efeitos desta secção:*

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

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

## 52. HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

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

- 1. Agentes Estimulantes da Eritropoiese (ex. Eritropoietina (EPO), darbopoietina (dEPO), metoxi polietileno glicol-epoiteina beta (CERA), Hematida);**
- 2. Gonadotrofina Coriónica (CG) e Hormona Luteinizante (LH),** proibidas apenas nos praticantes desportivos do sexo masculino;
- 3. Insulinas**
- 4. Corticotrofinas**
- 5. Hormona de crescimento (hGH), Factores de crescimento insulina-like (IGF-1), Factores de crescimento mecânicos (MGFs), Factores de crescimento plaquetários (PDGF), Factores de Crescimento Fibroblásticos (FGFs), Factores de Crescimento Vasculo-Endoteliais (VEGF) e Factores de Crescimento Hepatocitários (HGF)** assim como outros factores de crescimento que afectem a síntese/degradação proteica, a vascularização, a utilização energética, a capacidade regenerativa ou a mudança de tipo de fibra a nível do músculo, do tendão ou dos ligamentos;
- 6. Preparações derivadas das plaquetas,** se administradas por via intramuscular. Outras vias de administração requerem uma Declaração de Uso de acordo com a Norma Internacional de Autorização Terapêutica. incluindo outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similar(es).

## 53. BETA-2 AGONISTAS

Todos os Beta-2 agonistas (incluindo ambos os isómeros ópticos quando relevante) são proibidos à excepção do salbutamol (máximo de 1600 microgramas num período de 24 horas) e do salmeterol por via inalatória, que requerem uma Declaração de Uso de acordo com a Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica.

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

## 54. ANTAGONISTAS HORMONAIS E MODULADORES

As seguintes classes são proibidas:

- 1. Inibidores da aromatase incluindo, mas não limitados a: aminoglutetimida, anastrozole, androsta-1,4,6-triene,-3,17-**

diona (androstatrienediona), 4-androstene-3,6,17 triona (6-oxo), exemestano, formestano, letrozole, testolactona.

2. Modeladores selectivos dos receptores dos estrogénios (**SERMs**) incluindo, mas não limitados a: raloxifeno, tamoxifeno, toremifeno.
3. Outras substâncias anti-estrogénicas incluindo, mas não limitadas a: clomifeno, ciclofenil, fulvestrante.
4. Agentes modificadores da(s) função(ões) da miostatina, incluindo, mas não limitadas a: inibidores da miostatina

## 55. DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES

Os agentes mascarantes são proibidos. Incluem:

**Diuréticos\***, **probenecide**, **expansores de plasma** (por exemplo **glicerol**, administração intravenosa de **albumina**, **dextran**, **hidroxietilamido** e **manitol**) e outras substâncias com estrutura química similar ou efeito(s) biológico(s) similares.

Os diuréticos incluem:

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

Uma Autorização de Utilização Terapêutica para diuréticos e agentes mascarantes não é válida se a urina do praticante desportivo contiver essas substâncias em associação com uma substância proibida exógena acima ou abaixo do limite de positividade.

## MÉTODOS PROIBIDOS

### M1. INCREMENTO DO TRANSPORTE DE OXIGÉNIO

São proibidos os seguintes:

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

## M2. MANIPULAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA

- A adulteração, ou tentativa de adulteração, de forma a alterar a integridade e validade das amostras recolhidas nos controlos de dopagem é proibida, incluindo mas não limitado a cateterização e a substituição ou alteração da urina (ex: proteases).
- As transfusões intravenosas são proibidas com excepção 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 células ou de elementos genéticos (ex: DNA, RNA);
- 2- O uso de agentes farmacológicos ou biológicos que alteram a expressão genética.

Os agonistas do receptor activado  $\delta$  por proliferadores peroxisomais (PPAR  $\delta$ ) (por ex: GW 1516) e os agonistas do eixo da proteína quinase dependente do AMP (AMPK), (por ex: AICAR) são proibidos.

## SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS EM COMPETIÇÃO

As seguintes categorias são proibidas em competição em associação com as categorias S1 a S5 e M1 a M3 descritas anteriormente.

## SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS

### S6. ESTIMULANTES

Todos os estimulantes (incluindo ambos os isómeros ópticos quando relevante) são proibidos, excepto os derivados do imidazole utilizados por via tópica e todos os estimulantes incluídos no Programa de Monitorização para 2010\*:

Os estimulantes incluem:

**a: Estimulantes não específicos:**

**Adrafinil; anfepramona; amifenazol; anfetamina; anfetaminil; benfluorex; benzanfetamina; benzilpiperazina; bromantan; clobenzorex; co-**

caína; cropropamida; crotetamida; dimetilanfetamina; etilanfetamina; famprofazona; fencamina; fendimetrazina; fenetilina; fenfluramina; 4-fenilpiracetam (carfedon); fenmetrazina; fenproporex; fentermina; furfenorex; mefenorex; mefentermina; mesocarbo; metanfetamina (D-); metilenedioxianfetamina; metilenedioximetanfetamina; metilhexaneamina (dimetilpentilamina); p-metilanfetamina; prenilamina; modafinil; norfenfluramina; prolintano.

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

#### b: Estimulantes específicos (exemplos):

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

\* As seguintes substâncias incluídas no Programa de Monitorização para 2010 (bupropion, cafeína, fenilefrina, fenilpropanolamina, pipradol e sinefrina) não são consideradas Substâncias Proibidas.

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

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

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

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

## S7. NARCÓTICOS

Os seguintes narcóticos são proibidos:

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

## S8. CANABINÓIDES

O Δ9-tetrahydrocannabinol (THC) natural ou sintético e os canabinóides (THC like) (haxixe, marijuana, HU-210) são proibidos.

## S9. GLUCOCORTICOSTERÓIDES

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

De acordo com a Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica, uma declaração de uso deve ser realizada pelo praticante desportivo para a administração de glucocorticosteróides por via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica e inalatória, excepto nos casos indicados abaixo.

As preparações tópicas quando utilizadas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal não são proibidas e não necessitam de autorização de utilização terapêutica ou de declaração de uso.

## SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS EM ALGUNS DESPORTOS EM PARTICULAR

### P.1 ÁLCOOL

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

Aeronáutica ( <i>FAI</i> )	Pentatlo Moderno ( <i>UIPM</i> )
Automobilismo ( <i>FIA</i> )	(disciplina de tiro)
Bowling ( <i>FIQ</i> ) (bowling de 9 pinos e bowling de 10 pinos)	Motociclismo ( <i>FIM</i> )
Karaté ( <i>WKF</i> )	Motonáutica ( <i>UIM</i> )
	Tiro com arco ( <i>FITA</i> )

### P.2 BETA-BLOQUEANTES

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

Aeronáutica (*FAI*)

Automobilismo (*FIA*)

Bilhar e *Snooker* (*WCBS*)

*Bobsleigh* (*FIBT*)

*Boules (CMSB)*

*Bowling (FIQ)* (bowling de 9 pinos e bowling de 10 pinos)

*Bridge (FMB)*

*Curling (WCF)*

*Esqui / Snowboard (FIS)* saltos e estilo livre

*Ginástica (FIG)*

*Golfe (IGF)*

*Lutas Amadoras (FILA)*

*Motociclismo (FIM)*

*Motonáutica (UIM)*

*Pentatlo Moderno (UIPM)* para a Disciplina de Tiro

*Tiro (ISSF, IPC)* (proibido igualmente fora de competição)

*Tiro com Arco (FITA)* (proibido igualmente fora de competição)

*Vela (ISAF)* só nos timoneiros, na categoria de *match racing*

Beta-bloqueantes incluindo, mas não limitados aos seguintes:

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

## PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO 2010\*

AS SEGUINTE SUBSTÂNCIAS ESTÃO INCLUÍDAS NO PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO 2010:

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

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

## INFORMAÇÃO ADICIONAL RELATIVA À REINTRODUÇÃO DA PSEUDOEFE DRINA NA LISTA DE SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS DE 2010

A Comissão da Lista da AMA reintroduziu a pseudoefedrina (PSE) na Lista de Substâncias Proibidas de 2010 como um estimulante específico proibido em competição, com um limite de detecção de 150 µg/mL. Esta decisão baseou-se nos resultados de estudos de excreção controlados, bem como na literatura científica [1-5].

Atendendo à grande disponibilidade de medicamentos contendo PSE, a AMA recomenda que a reintrodução da PSE seja acompanhada por uma activa campanha de informação/educação por parte das organizações antidopagem.

Com essa finalidade, a AMA recomenda que a seguinte informação seja comunicada, assim que possível, aos praticantes desportivos e ao seu pessoal de apoio:

- » O limite de detecção estabelecido pode ser atingido (embora raramente) em alguns indivíduos no período entre as 6 e as 20 horas após a administração de formulações terapêuticas de longa duração.

- » **Os praticantes desportivos devem ser aconselhados a interromper a toma de comprimidos com PSE pelo menos 24 horas antes da competição.** Para aplicações terapêuticas durante o período competitivo, deve ser considerado o uso alternativo de medicação não proibida, após consulta médica, ou deve ser solicitada uma autorização de utilização terapêutica para o uso de PSE para fins terapêuticos.
- » O limite de detecção foi estabelecido com base na administração de doses terapêuticas de PSE, definindo-se uma dose máxima diária de 240 mg de PSE, tomada em:
  - i) quatro (4) administrações diárias (uma a cada 46 horas) de comprimidos de 60 mg (ou de 2 x comprimidos de 30 mg); ou
  - ii) duas (2) administrações diárias (uma a cada 12 horas) de comprimidos de 120 mg (acção prolongada); ou
  - iii) uma (1) administração diária de comprimidos de 240 mg (acção prolongada).
- » Em sintonia com este regime de dosagem, a administração, por exemplo, de uma dose única de 3 x comprimidos de 60 mg constitui uma administração supraterapêutica que pode originar um resultado analítico positivo.

#### REFERÊNCIAS:

- 1- Gill N.D. et al (1999). Br J Clin Pharmacol 50, 205-213.
- 2- Chester N. et al. (2003). Br J Clin Pharmacol 57 :1, 62-67
- 3- Hodges K. et al. (2006). Med & Science Sports & Exercise, 329-333
- 4- StranoRossi S et al. (2209). Ther Drug Monit 31: 520-526.
- 5- Deventer K. Et al. (2009). Drug Test Analysis 1, 209-213.

# Substâncias Proibidas e Grupos Farmacológicos

## AGENTES ANABOLIZANTES

Os agentes anabolizantes são proibidos.

**Esteróides androgênicos anabolizantes endógenos\*\*, quando administrados exogenamente.**

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



DEHIDROEPIANDROSTERONA

PRASTERONA

TESTOSTERONA

**Esteróides androgênicos anabolizantes exógenos\*.**

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



19-NORANDROSTENEDIONA

1-ANDROSTENEDIOL

1-ANDROSTENEDIONA

4-ANDROSTENO-3,17-DIONA

5-ANDROSTENO-3 BETA,17 BETA-DIOL

BOLANDIOL

BOLASTERONA

BOLDENONA

BOLDIONA

CALUSTERONA

CLOSTEBOL

DANAZOL

DROSTANOLONA

ESTANAZOLOL

ESTENBOLONA

ETILESTRENOL

FLUOXIMESTERONA

FORMEBOLONA

FURAZABOL

GESTRINONA

MESTEROLONA

METANDIENONA

METANDRIOL

METASTERONA

METENOLONA

METILDIENOLONA

METILTRIENOLONA

METRIBOLONA

MIBOLERONA

NANDROLONA

NORBOLETONA

NORCLOSTEBOL

NORETANDROLONA

OXABOLONA

OXANDROLONA

OXIMESTERONA

OXIMETOLONA

PROSTANOZOL

QUINBOLONA

TRENBOLONA

CLOMIFENO

EXEMESTANO

FORMESTANO

FULVESTRANTE

LETOZOL

RALOXIFENO

TAMOXIFENO

TESTOLACTONA

TOREMIFENO

### Outros agentes anabolisantes:



CLENBUTEROL

TIBOLONA

ZERANOL

ZILPATEROL

### ÁLCOOL



ÁLCOOL ETÍLICO

ÁLCOOL

ETANOL

### ANTAGONISTAS HORMONAIIS E MODULARES



AMINOGLUTETIMIDA

ANASTROZOL

CICLOFENIL

### BETA-2-AGONISTAS



FENOTEROL

INDACATEROL

ISOPRENALINA

ISOPROTERENOL

ISOXSUPRINA

ORCIPRENALINA

OXIFEDRINA

PROCATEROL

RITODRINA

TULOButEROL



FORMOTEROL

SALBUTAMOL

SALMETEROL

TERBUTALINA

**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

ESPIRONOLACTONA

FUROSEMIDA

GLICEROL

HIDROCLOROTIAZIDA

INDAPAMIDA

METOLAZONA

PROBENECIDE

TORASEMIDA

TRIAMTERENO

XIPAMIDA



ALBUMINA HUMANA

BRINZOLAMIDA

DEXTRANO 40

DEXTRANO 70

DEXTRANO

DORZOLAMIDA  
 GELATINA  
 HIDROXIETILAMIDO  
 MANITOL  
 POLIGELINA  
 SOLUÇÃO DE ALBUMINA HUMANA

## ESTIMULANTES

Estimulantes específicos (exemplos):



ADRENALINA  
 ANFEPROMONA  
 BROMATAN  
 DOBUTAMINA  
 DOPAMINA  
 EFEDRINA  
 EPINEFRINA  
 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  
  
 CATINA  
 METILFENIDATO

Estimulantes não específicos:



4-FENILPIRACETAM  
 ADRAFINIL  
 AMIFENAZOL  
 ANFETAMINIL  
 BENFLUOREX  
 BENZANFETAMINA  
 BENZILPIPERAZINA  
 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 (Programa de Monitorização)**

ANFEBUTAMONA

BUPROPIOM

CAFÉINA

FENILEFRINA

FENILPROPANOLAMINA

PIPRADOL

PSEUDOEFEDRINA

SINEFRINA

**GLUCOCORTICOSTERÓIDES**

ACEPONATO DE METILPREDNISOLONA

ACETATO DE FLUDROCORTISONA

ALCLOMETASONA

BECLOMETASONA

BETAMETASONA

BUDESONIDA

CLOBETASOL

CLOBETASONA

CORTISONA

DEFLAZACORTE

DESONIDO

DEXAMETASONA

DIFLUOCORTOLONA

FLUMETASONA

FLUNISOLIDA

FLUOCINOLONA ACETONIDO

FLUOCINOLONA

FLUOCINONIDA

FLUCORTOLONA

FLUOROMETOLONA

FLUPREDNIDENO

FLUTICASONA

HALOMETASONA

HIDROCORTISONA

MEDRISONA

METILPREDNISOLONA

MOMETASONA

PREDNISOLONA

PREDNISONA

RIMEXOLONA

TIXOCORTOL

TRIAMCINOLONA

INSULINA GLARGINA

INSULINA GLULISINA

INSULINA HUMANA MONOCOMPONENTE

INSULINA HUMANA NPH

INSULINA HUMANA rDNA

INSULINA HUMANA

INSULINA ISOFÂNICA

INSULINA LISPRO

INSULINA ZINCO HUMANA

SERMORRELINA

SOMATOTROFINA

SOMATROPINA

TETRACOSACTIDO



BUSERRELINA

CETRORELIX

CORIOGONADOTROPINA ALFA

FOLITROPINA ALFA

FOLITROPINA BETA

FOLITROPINA

GANIRRELIX

GONADORRELINA

GONADOTROPINA CORIÓICA HUMANA

GONADOTROPINA CORIÓICA

GOSERRELINA

HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE

HORMONA LUTEINIZANTE

## HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS



CORTICORRELINA

DARBEPOETINA ALFA

EPOETINA ALFA

EPOETINA BETA

EPOETINA ZETA

EPOETINA

INSULINA ASPÁRTICO

INSULINA DETEMIR

LEUPRORRELINA

LUTROPINA ALFA

MENOTROPINA

TRIPTORRELINA

UROFOLITROPINA

**NARCÓTICOS**

ALFENTANILO

BUPRENORFINA

DEXTROMORAMIDA

FENTANILO

HEROÍNA

HIDROMORFONA

METADONA

MORFINA

OXICODONA

OXIMORFONA

PENTAZOCINA

PETIDINA

REMIFENTANILO

SUFENTANILO

## LEGENDA DOS SÍMBOLOS



Substância incluída no Programa de Monitorização para 2010



Substância proibida no desporto



Substância proibida em alguns desportos em particular



Substância proibida no desporto consoante a via de administração



Substância proibida no desporto, consoante a via de administração (quando autorizada requer uma Autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas ou uma Declaração de utilização terapêutica de substâncias proibidas)



Estupefaciente ou psicotrópico: substância proibida no desporto; prescrição obrigatória em receita médica especial



Substância proibida no desporto apenas em atletas do sexo masculino

# Especialidades Farmacêuticas Proibidas

## ACEBUTOLOL



**PRENT** (via oral)

Comp. 200 mg

## ACETAZOLAMIDA



**CARBINIB** (via oral)

Comp. 250 mg

**CARBINIB-R** (via oral)

Cáps. 500 mg

## ADRENALINA\*



**ANAPEN** (via intramuscular)

Sol. inj. 0,15 mg/0,3 ml

Sol. inj. 0,3 mg/0,3 ml

**ARTINOSTRUM 1:100000** (via intramuscular, via subcutânea)

Sol. inj. 72 mg/1,8 ml + 0,033 mg/1,8 ml

**ARTINOSTRUM 1:200000** (via intramuscular, via subcutânea)

Sol. inj. 72 mg/1,8 ml + 0,017 mg/1,8 ml

**XILONIBSA** (via perineural)

Sol. inj. 36 mg/1,8 ml + 0,04 mg/1,8 ml

Sol. inj. 54 mg/1,8 ml + 0,036 mg/1,8 ml

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

## ALBUMINA HUMANA



**ALBUMINA HUMANA 20% BEHRING** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 g/l

**ALBUMINA HUMANA BAXTER** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 g/l

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

Sol. p/perf. 50 g/l

Sol. inj. 200 g/l

**ALBUMINA HUMANA OCTAPHARMA 20%** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 g/l

**ALBUREX 5** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 50 g/l

**ALBUREX 20** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 g/l

## ALFENTANILO



**RAPIFEN** (via intravenosa)

Sol. inj. 1 mg/2 ml

Sol. inj. 5 mg/10 ml

## ALTIZIDA



**ALDACTAZINE** (via oral)

Comp. 15 mg + 25 mg

## AMILORIDA



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

Comp. 5 mg + 50 mg

**MODURETIC** (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 5 mg

## ANASTROZOL



**ANASTROZOL FARMOZ 1 mg Comp.**

Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

**ANASTROZOL GENERIS 1 mg Comp.**

Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

**ANASTROZOL MYLAN 1 mg Comp.**

Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

**ANASTROZOL PHARMAKERN 1 mg**

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

Comp. revest. p/película 1 mg

**ANASTROZOL STADA 1 mg Comp.**

Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

**ANASTROZOL TEVA 1 mg Comp. Revest.**

p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 1 mg

**ARIMIDEX (via oral)**

Comp. revest. p/película 1 mg

## ATENOLOL



**ATENOLOL ALTER 50 e 100 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 50 mg

Comp. 100 mg

**ATENOLOL 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

p. 70

**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 (via oral)**

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

**TENORETIC MITE (via oral)**

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

**TENORMIN (via oral)**

Comp. revest. p/película 100 mg

**TENORMIN MITE (via oral)**

Comp. revest. p/película 50 mg

## BECLOMETASONA



**BECLOMETASONA GENERIS 50 µg/dose e**

**250 µg/dose Sol. Pressurizada p/Inal. MG**

(via inalatória)

Sol. pressurizada p/inal. 50 µg/dose

Sol. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**BECLOTAIDE (via inalatória)**

Sol. pressurizada p/inal. 50 µg/dose

Sol. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**ECOBEC 50 Easi-Breathe sem CFCs (via inalatória)**

Sol. pressurizada p/inal. 50 µg/dose

**ECOBEC 250 Easi-Breathe sem CFCs (via inalatória)**

Sol. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**QVAR AUTOHALER (via inalatória)**

Sol. pressurizada p/inal. 100 µg/dose

**BETAMETASONA****CELESDEPOT** (via intramuscular)

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

**CELESTONE** (via oral)

Sol. oral 0,5 mg/ml

**DIPROFOS DEPOT** (via intramuscular)

Susp. inj. 14 mg/2 ml

**CELESDEPOT** (via intra-articular, via intradérmica)

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

**DIPROFOS DEPOT** (via intra-articular, via intradérmica, via periarticular)

Susp. inj. 14 mg/2 ml

**BETAXOLOL****BERTOCIL** (via oftálmica tópica)

Col., sol 5 mg/ml

**BETOPTIC** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml

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

Comp. revest. p/película 5 mg

Comp. revest. p/película 10 mg

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

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

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

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

[Legenda dos símbolos, pág. 96](#)**BISOPROLOL LABESFAL 5 e 10 mg****Comp. Revest. MG** (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

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

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

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

Comp. revest. p/película 5 mg

Comp. revest. p/película 10 mg

**CONCOR** (via oral)

Comp. revest. 5 mg

Comp. revest. 10 mg

**CONCOR 10 Plus** (via oral)

Comp. revest. 10 mg + 25 mg

**CONCOR IC** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**BUDESONIDA****BUDO SAN** (via oral)

Cáps. libert. modif. 3 mg

**ENTOCORT** (via oral)

Cáps. libert. modif. 3 mg

**ENTOCORT Enema** (via rectal)

Comp. p/susp. rectal 2 mg

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

Pó p/inal. 80 µg/dose + 4,5 µg/dose

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

Pó p/inal. 160 µg/dose + 4,5 µg/dose

**ASSIEME TURBOHALER 320/9 µg** (via inalatória)

Pó p/inal. 320 µg/dose + 9 µg/dose

**BUDESONIDA BUDIAIR 200 µg Sol.**  
**Pressurizada p/Inal. MG** (via inalatória)  
 Susp. pressurizada p/inal. 200 µg/dose

**BUDESONIDA FARMOZ 200 e 400 µg/dose Pó p/Inal. MG** (via inalatória)  
 Pó p/Inal. 200 µg/dose  
 Pó p/Inal. 400 µg/dose

**BUDESONIDA GENERIS 200 µg Susp.**  
**Pressurizada p/Inal. MG** (via inalatória)  
 Susp. pressurizada p/inal. 200 µg/dose

**BUDESONIDA NOVOLIZER** (via inalatória)  
 Pó p/inal. 200 µg/dose  
 Pó p/inal. 400 µg/dose

**BUDESONIDA TECNICORT 200 e 400 µg/dose Pó p/Inal. MG** (via inalatória)  
 Pó p/Inal. 200 µg/dose  
 Pó p/Inal. 400 µg/dose

**BUDESONIDA TEVA 1 mg/2 ml Susp.**  
**p/Inalação p/Nebulização MG** (via inalatória)  
 Susp. p/inal. por nebulização 1 mg/2 ml

**MIFLONIDE** (via inalatória)  
 Pó p/inal., cáps. 200 µg  
 Pó p/inal., cáps. 400 µg

**PULMICORT** (via inalatória)  
 Susp. p/inal. p/nebulização 1 mg/2 ml

**PULMICORT Inalador 200 µg/dose** (via inalatória)  
 Susp. pres. p/inal. 200 µg/dose

**PULMICORT Turbohaler** (via inalatória)  
 Pó p/inal. 200 µg/dose  
 Pó p/inal. 400 µg/dose

**SYMBICORT TURBOHALER** (via inalatória)  
 Pó p/inal. 80 µg + 4,5 µg/dose  
 Pó p/inal. 160 µg + 4,5 µg/dose

**SYMBICORT TURBOHALER 320/9 µg** (via inalatória)  
 Pó p/inal. 320 µg + 9 µg/dose  
 p. 72

## BUPRENORFINA



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

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

**SUBOXONE** (via sublingual)  
 Comp. sublingual 2 mg + 0,5 mg  
 Comp. sublingual 8 mg + 2 mg

**SUBUTEX** (via sublingual)  
 Comp. Sublingual 0,4 mg  
 Comp. Sublingual 2 mg  
 Comp. Sublingual 8 mg

**TRANSTEC** (via transdérmica)  
 Sist. transdérmico 35 µg/h  
 Sist. transdérmico 52,5 µg/h  
 Sist. transdérmico 70 µg/h

**TRIQUISIC** (via transdérmica)  
 Sistema transdérmico 35 µg/h  
 Sistema transdérmico 52,5 µg/h  
 Sistema transdérmico 70 µg/h

## 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 2%** (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

**CARVEDILOL****CARVEDILOL ACTAVIS 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. revest. 6,25 mg

Comp. revest. 25 mg

**CARVEDILOL ARROWBLUE 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL AZEVEDOS 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL BLEM 6,25 Comp. MG (via oral)**

Comp. 6,25 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 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

**CARVEDILOL CORONAT 25 mg Comp. MG (via oral)**

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL FARMOZ 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL GENERIS 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

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

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 12,5 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL JABA 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL KRKA 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL LABESFAL 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL MYLAN 25 mg Comp.**

Revest. p/Película MG (via oral)

Comp. revest. p/película 25 mg

**CARVEDILOL RANBAXY 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL RATIOPHARM 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL SANDOZ 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**CARVEDILOL TEVA 6,25 e 25 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 6,25 mg

Comp. 25 mg

**DILBLOC (via oral)**

Comp. 25 mg

**DILBLOC IC (via oral)**

Comp. 6,25 mg

## CETORRELIX



**CETROTIDE** (via subcutânea)

Pó e sol. p/sol. inj. 0,25 mg/1 ml

## CLENBUTEROL



**MUCOSPAS** (via oral)

Xar. crianças 1,5 mg/ml + 0,001 mg/ml

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

**VENTOLIBER** (via oral)

Comp. 30 mg + 0,02 mg

Gran. 30 mg + 0,02 mg

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

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

## CLOMIFENO



**DUFINE** (via oral)

Comp. 50 mg

## CLOROTALIDONA



**HYGROTON** (via oral)

Comp. 50 mg

**TENORETIC** (via oral)

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

**TENORETIC MITE** (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

## DANAZOL



**DANATROL** (via oral)

Cáps. 100 mg

Cáps. 200 mg

## DARBEPOETINA ALFA



**ARANESP** (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 10 µg/0,4 ml

Sol. inj. 20 µg/0,5 ml

p. 74

Sol. inj. 30 µg/0,3 ml

Sol. inj. 40 µg/0,4 ml

Sol. inj. 50 µg/0,5 ml

Sol. inj. 60 µg/0,3 ml

Sol. inj. 80 µg/0,4 ml

Sol. inj. 100 µg/0,5 ml

Sol. inj. 130 µg/0,65 ml

Sol. inj. 150 µg/0,3 ml

Sol. inj. 300 µg/0,6 ml

Sol. inj. 500 µg/ml

## DEFLAZACORTE



**DEFLAZACORTE ACIZAN 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE ALMUS 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE ALTER 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE APCEUTICALS 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE CICLUM 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE CINFA 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE FARMOZ 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE GENERIS 6 e 30 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE GP 6 e 30 mg Comp. MG**  
(via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE J. NEVES 6 e 30 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE JABA 6 e 30 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DEFLAZACORTE TECNICINA 6 e 30 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**DESAY MG** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

**ROSILAN** (via oral)

Comp. 6 mg

Comp. 30 mg

Gotas orais, susp. 22,75 mg/ml

## DEXAMETASONA



**DECADRON** (via oral)

Comp. 0,5 mg

**ORADEXON** (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 5 mg/ml



**ORADEXON** (via intra-articular)

Sol. inj. 5 mg/ml

## DEXTRANO 40



**NEODEXTRIL 40 Glucose** (via intravenosa)

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

[Legenda dos símbolos, pág. 96](#)

**NEODEXTRIL 40 Soro Fisiológico** (via intravenosa)

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

## DEXTRANO 70



**NEODEXTRIL 70 Glucose** (via intravenosa)

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

**NEODEXTRIL 70 Soro Fisiológico** (via intravenosa)

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

## DOBUTAMINA



**DOBUTAMINA GENERIS 12,5 mg/ml**

Sol. p/Perf. MG (via intravenosa)

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

**INOTREX** (via intravenosa)

Sol. inj. 12,5 mg/ml

## DOPAMINA



**CORDODOPA Forte** (via intravenosa)

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

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

Sol. p/perf. 200 mg/5 ml

**MEDOPA** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 200 mg/5 ml

## EFEDRINA\*



**MEBOCATUSS** (via oral)

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

**SPINEFE** (via intravenosa)

Sol. inj. 30 mg/ml

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

## EPLERENONA



**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. 1000 U.I./0,5 ml

Sol. inj. 2000 U.I./0,5 ml

Sol. inj. 3000 U.I./0,3 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 UI/1 ml

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

Sol. inj. 30000 UI/0,75 ml

## EPOETINA BETA



**MIRCERA** (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 30 µg/0,3 ml

Sol. inj. 50 µg/0,3 ml

Sol. inj. 75 µg/0,3 ml

Sol. inj. 100 µg/0,3 ml

Sol. inj. 120 µg/0,3 ml

Sol. inj. 150 µg/0,3 ml

Sol. inj. 200 µg/0,3 ml

Sol. inj. 250 µg/0,3 ml

Sol. inj. 360 µg/0,6 ml

**NEORECORMON** (via intravenosa, via subcutânea)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**NEORECORMON Multidose** (via intravenosa, via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 50000 U.I.

## EPOETINA ZETA



**RETACRIT** (via intravenosa, via subcutânea)

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

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

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

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

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

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

## ESMOLOL



**BREVIBLOC** (via intravenosa)

Sol. inj. 100 mg/10 ml

## ESPIRONOLACTONA



**ALDACTAZINE** (via oral)

Comp. 15 mg + 25 mg

**ALDACTONE** (via oral)

Comp. 25 mg

Comp. 100 mg

**ESPIRONOLACTONA ALTER 25 e 100 mg**

Comp. Revest. MG (via oral)

Comp. revest. 25 mg

Comp. 100 mg

**ESPIRONOLACTONA GENERIS 100 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 100 mg

**ONDOLEN FORTE** (via oral)

Comp. 50 mg + 50 mg

**ETILEFRINA****EFFORTIL** (via oral)

Sol. oral 7,5 mg/ml

**EXEMESTANO****AROMASIN** (via oral)

Comp. revest. 25 mg

**FENOTEROL****BERODUAL PA** (via inalatória)

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

**FENTANILO****ACTIQ** (via bucofaringea (tópica para a cavidade bucof.))

Pastilha 0,2 mg

Pastilha 0,4 mg

Pastilha 0,6 mg

Pastilha 0,8 mg

Pastilha 1,2 mg

Pastilha 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

[Legenda dos símbolos, pág. 96](#)**FENTANILO PHARMAKERN 25; 50; 75 e 100 µg/h Sistemas transdérmicos MG** (via transdérmica)

Sist. transdérmico 25 µg/h

Sist. transdérmico 50 µg/h

Sist. transdérmico 75 µg/h

Sist. transdérmico 100 µg/h

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

Sist. transdérmico 12,5 µg/h

Sist. transdérmico 25 µg/h

Sist. transdérmico 50 µg/h

Sist. transdérmico 75 µg/h

Sist. transdérmico 100 µg/h

**NILFENE** (via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

**FLUOCINOLONA ACETONIDO****SYNLAR Rectal** (via rectal)

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

**FLUOCORTOLONA****ULTRAPROCT** (via rectal)

Sup. 1 mg + 40 mg

**FLUTICASONA****BRISOVENT Diskus** (via oral)

Pó p/inal. 50 µg/dose

Pó p/inal. 100 µg/dose

Pó p/inal. 250 µg/dose

Pó p/inal. 500 µg/dose

**ASMATIL** (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 50 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**ASMATIL Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. 50 µg/dose

Pó p/inal. 100 µg/dose

Pó p/inal. 250 µg/dose

Pó p/inal. 500 µg/dose

**ASMO-LAVI** (via inalatória)

Inalador, susp. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**ASMO-LAVI Diskus** (via inalatória)

Diskus, Pó p/inal. 100 µg/dose

Diskus, Pó p/inal. 250 µg/dose

Diskus, Pó p/inal. 500 µg/dose

**BRISOMAX Inalador** (via inalatória)

Pó p/inal. 100 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. 250 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. 500 µg/dose + 50 µg/dose

**BRISOVENT Diskus** (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 50 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**FLIXOTAIDE Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. 50 µg/dose

Pó p/inal. 100 µg/dose

Pó p/inal. 250 µg/dose

Pó p/inal. 500 µg/dose

**FLIXOTAIDE Inalador** (via inalatória)

Inalador, Susp. pressurizada p/inal. 50 µg/dose

Inalador, Susp. pressurizada p/inal. 125 µg/dose

Inalador, Susp. pressurizada p/inal. 250 µg/dose

**MAIZAR Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. em recipiente unidose 100 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 250 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 500 µg/dose + 50 µg/dose

**SERETAIDE Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. em recipiente unidose 100 µg/50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 250 µg/50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 500 µg/50 µg/dose

**SERETAIDE Inalador** (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 50 µg/25 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 125 µg/25 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 250 µg/25 µg/dose

**VERASPIR Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. em recipiente unidose 50 µg/dose + 100 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 50 µg/dose + 250 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 50 µg/dose + 500 µg/dose

**FOLITROPINA ALFA**



**GONAL-f 75 U.I.** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 75 U.I./1 ml

**GONAL-f 300 U.I./0,5 ml** (via subcutânea)

Sol. inj. 300 U.I./0,5 ml

**GONAL-f 450 U.I./0,75 ml** (via subcutânea)

Sol. inj. 450 U.I./0,75 ml (33 µ/0,75 ml)

**GONAL-f 900 U.I./1,5 ml** (via subcutânea)

Sol. inj. 900 U.I./1,5 ml

**GONAL-f 1050 U.I./1,75 ml** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 1050 U.I./1,75 ml

**PERGOVERIS** (via subcutânea)

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

**FOLITROPINA BETA**



**PUREGON** (via intramuscular, via subcutânea)

Sol. inj. 50 U.I./0,5 ml

Sol. inj. 100 U.I./0,5 ml

Sol. inj. 150 U.I./0,5 ml

**PUREGON CARTUCHOS** (via subcutânea)

Sol. inj. 300 U.I./0,36 ml

Sol. inj. 600 U.I./0,72 ml

Sol. inj. 900 U.I./1,08 ml

**FORMOTEROL**



**ASMATEC** (via oral)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

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

Pó p/inal., cáps. 12 µg



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

Pó p/inal. 80 µg/dose + 4,5 µg/dose

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

Pó p/inal. 160 µg/dose + 4,5 µg/dose

**ASSIEME TURBOHALER 320/9 µg** (via inalatória)

Pó p/inal. 320 µg/dose + 9 µg/dose

**ATIMOS** (via inalatória)

Sol. pressurizada p/inal. 12 µg/dose

**FORADIL** (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

**FORMOTEROL BRONCOTEC 12 µg** **Pó p/Inalação MG** (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

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

Pó p/inal., Cáps. 12 µg

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

Pó p/inal., cáps. 12 µg

**FORMOTEROL GENERIS 12 µg** **Pó p/Inalação, Cáps. Duras MG** (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

**FORMOTEROL NOVOLIZER** (via inalatória)

Pó p/inal. 12 µg

**FORMOTEROL TOLIFE 12 µg** **Pó p/Inalação MG** (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 12 µg

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

Pó p/inal., cáps. 12 µg

**OXIS TURBOHALER** (via inalatória)

Pó p/inal. 9 µg/dose

**SYMBICORT TURBOHALER** (via inalatória)

Pó p/inal. 80 µg + 4,5 µg/dose

Pó p/inal. 160 µg + 4,5 µg/dose

[Legenda dos símbolos, pág. 96](#)

**SYMBICORT TURBOHALER 320/9 µg** (via inalatória)

Pó p/inal. 320 µg + 9 µg/dose

## FULVESTRANTE



**FASLODEX** (via intramuscular)

Sol. inj. 250 mg/5 ml

## FUROSEMIDA



**FUROSEMIDA BASI** (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/2 ml

**FUROSEMIDA CINFA 40 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 40 mg

**FUROSEMIDA PHARMAKERN 40 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 40 mg

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

Sol. Inj. 20 mg/2 ml

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

Comp. 40 mg

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

Comp. 40 mg

**FUROSEMIDA WINTHROP** (via intramuscular, via intravenosa, via oral)

Comp. 40 mg

Sol. inj. 20 mg/2 ml

**LASIX** (via oral)

Comp. 40 mg

**LASIX Injectável** (via intramuscular, via intravenosa)

Sol. inj. 20 mg/2 ml

**LASIX Retard** (via oral)

Cáps. libert. prol. 60 mg

## GANIRRELIX



**ORGALUTRAN** (via subcutânea)

Sol. inj. 0,25 mg/0,5 ml

## GELATINA



**GELOFUSINE BRAUN** (via intravenosa)

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

**GELOPLASMA** (via intravenosa)

Sol. p/perf.

## GESTRINONA



**DIMETRIOSE** (via oral)

Cáps. 2,5 mg

## GLICEROL



**LIPOVENOES 10% PLR** (via intravenosa)

Emul. p/perf. 100 mg/ml + 6 mg/ml + 25 mg/ml

**LIPOVENOES 20%** (via intravenosa)

Emul. p/perf. 200 mg/ml + 25 mg/ml + 12 mg/ml

**NUTRIBRAUN A-6** (via intravenosa)

Emul. p/perf.

**NUTRIBRAUN A-10** (via intravenosa)

Emul. p/perf.

**OMEGAVEN FRESENIUS** (via intravenosa)

Emul. p/perf.

## GONADOTROPINA CORIÓICA



**OVITRELLE** (via subcutânea)

Sol. inj. 0,25 mg/0,5 ml

**PREGNYL** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 1500 U.I./1 ml

p. 80

## 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

## 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

**BENZAPEPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

**GENERIS 10 mg + 12,5 mg e 20 mg + 25 mg Comp. Revest. p/Película MG** (via oral)

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

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

**BLOPRESS 16 + 12,5 mg** (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

**CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 50 mg + 25 mg

**CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 50 mg + 25 mg

**CILAZAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

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

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

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

**COAPROVEL** (via oral)

Comp. 150 mg + 12,5 mg

Comp. 300 mg + 12,5 mg

Comp. revest. p/película 300 mg + 25 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** (via oral)

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

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

**DYAZIDE** (via oral)

Comp. 25 mg + 50 mg

**ECAMAIS** (via oral)

Comp. 10 mg + 12,5 mg

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA****ALMUS 20 + 12,5 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**  
**BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**  
**CINFA 20 + 12,5 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA****DIASISTOL Plus 20 + 12,5 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA****ENATIA 20 + 12,5 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA****FARMOZ 20 + 12,5 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA****GERMED 20 + 12,5 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA****RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**FORTZAAR** (via oral)

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**FOSITEN Plus** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**HIPARA MG** (via oral)

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

**HYTACAND** (via oral)

Comp. 32 mg + 12,5 mg

Comp. 32 mg + 25 mg

**HYTACAND 16 mg** (via oral)

Comp. 16 mg + 12,5 mg

**INIBACE Plus** (via oral)

Comp. revest. 5 mg + 12,5 mg

**IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA**

**150 + 12,5 mg e 300 + 12,5 mg MG**

(via oral)

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

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

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

**BASI MG** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

**BLUEPHARMA 20 + 12,5 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

**LABESFAL 20 + 12,5 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

**RATIOPHARM 20 + 12,5 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LISINOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**LOPIRETIC** (via oral)

Comp. 50 mg + 25 mg

**LORISTA 100 mg + 25 mg Comp.**

**Revest. p/Película MG** (via oral)

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

**LORTAAN Plus** (via oral)

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

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

**LOSARBIO MG** (via oral)

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

**ACTAVIS 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg**

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

**ALMUS 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg**

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

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

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

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

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

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

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

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**  
**BASI MG** (via oral)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**  
**COTIASAR MG** (via oral)

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

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

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

Legenda dos símbolos, pág. 96

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

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

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

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

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

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**  
**GENERIS MG** (via oral)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

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

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

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

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

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

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

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

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

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

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

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

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

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

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

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

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

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

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

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA**

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

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

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

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

Comp. revest. 50 mg + 12,5 mg

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA RATIOPHARM 100 + 25 mg Comp. Revest. MG (via oral)**

Comp. revest. 100 mg + 25 mg

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

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

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TETRAFARMA MG (via oral)**

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TEVA 50 + 12,5 mg e 100 + 25 mg Comp. MG (via oral)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA  
WINTHROP 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

**MICARDISPlus (via oral)**

Comp. 40 mg + 12,5 mg

Comp. 80 mg + 12,5 mg

Comp. 80 mg + 25 mg

**MODURETIC (via oral)**

Comp. revest. 50 mg + 5 mg

**OLMETEC PLUS (via oral)**

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

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

**OLSAR Plus (via oral)**

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

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

**ONDOLEN FORTE (via oral)**

Comp. 50 mg + 50 mg

**PRINZIDE (via oral)**

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**PRITORPLUS (via oral)**

Comp. 40 mg + 12,5 mg

Comp. 80 mg + 12,5 mg

Comp. 80 mg + 25 mg

**QUINAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA  
GENERIS 20 + 12,5 mg Comp. Revest.  
p/Película MG (via oral)**

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

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

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

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

Comp. 5 mg + 25 mg

**RASILEZ HCT (via oral)**

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

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

**RENIDUR (via oral)**

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**RENIPRIL Plus (via oral)**

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**TEVETEN Plus (via oral)**

Comp. revest. p/película 600 mg + 12,5 mg

**TRIAM TIAZIDA R** (via oral)

Comp. 50 mg + 100 mg

**TRIATEC Composto** (via oral)

Comp. 2,5 mg + 12,5 mg

**TRIATEC Composto Forte** (via oral)

Comp. 5 mg + 25 mg

**VASCASE Plus** (via oral)

Comp. revest. 5 mg + 12,5 mg

**ZESTORETIC** (via oral)

Comp. 20 mg + 12,5 mg

**HIDROCORTISONA**



**ANUCET** (via rectal)

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

**COLIFOAM** (via rectal)

Espuma rectal 105 mg/g

**HYDROCORTONE** (via oral)

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

**SOLU-CORTEF** (via intramuscular, via intravenosa)

Pó e solv. p/sol. inj. 100 mg/2 ml

**HIDROMORFONA**



**JURNISTA** (via oral)

Comp. libert. prol. 8 mg

Comp. libert. prol. 16 mg

Comp. libert. prol. 32 mg

**HIDROXIETILAMIDO**



**HAES-STERIL 6%** (via intravenosa)

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

**HAES-STERIL 10%** (via intravenosa)

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

**HYPERHAES** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 60 mg/ml + 72 mg/ml

**PLASMA VOLUME REDIBAG** (via intravenosa)

Sol. p/perfusão 0,4 mg + 3,7 mg + 6 mg + 0,2 mg + 0,134 mg + 60 mg

**VOLULYTE FRESENIUS** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 60 mg/ml

**VOLUVEN FRESENIUS** (via intravenosa)

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

**INDACATEROL**



**ONBREZ BREEZHALER** (via inalatória)

Pó p/inal., cáps. 150 µg

**INDAPAMIDA**



**FLUDEX** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**FLUDEX LP** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**FLUIDEMA** (via oral)

Cáps. 2,5 mg

**INDAPAMIDA ACTAVIS 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA ALTER 1,5 mg Comp. Libert. Prol. e 2,5 mg Comp. Revest. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

Comp. revest. 2,5 mg

**INDAPAMIDA BLUEPHARMA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA CICLUM 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA CINFA 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA GENERIS 1,5 mg Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA GENERIS 2,5 mg Comp.**

**Revest. MG** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**INDAPAMIDA GERMED 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA GP 1,5 mg Comp. Libert.**

**Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA GP 2,5 mg Comp.**

**Revest. MG** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**INDAPAMIDA KRKA 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA LABESFAL 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA MEPHA 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA MER 2,5 mg Comp.**

**Revest. MG** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**INDAPAMIDA MYLAN 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA MYLAN 2,5 mg Comp.**

**Revest. MG** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**INDAPAMIDA PHARMAKERN 1,5 mg**

**Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA RATIOPHARM 1,5 mg**

**Comp. Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA SANDOZ 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol.** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA SANDOZ 2,5 mg Comp.**

**Revest. MG** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**INDAPAMIDA TEVA 1,5 mg Comp. Libert.**

**Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA TOLIFE 1,5 mg Comp.**

**Libert. Prol. MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA VIDA MG** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

**INDAPAMIDA WINTHROP 2,5 mg**

**Comp. MG** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

**PERINDOPRIL + INDAPAMIDA FARMOZ**

**2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

**PERINDOPRIL + INDAPAMIDA GENERIS**

**2 + 0,625 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

**PERINDOPRIL + INDAPAMIDA GENERIS**

**4 + 1,25 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 4 mg + 1,25 mg

**PERINDOPRIL + INDAPAMIDA KRKA**

**2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

**PERINDOPRIL + INDAPAMIDA RATIOPHARM**

**2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

**PERINDOPRIL + INDAPAMIDA TECAZO**

**2 + 0,625 mg e 4 + 1,25 mg Comp. MG**

(via oral)

Comp. 2 mg + 0,625 mg

Comp. 4 mg + 1,25 mg

**PREDONIUM** (via oral)

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

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

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

## **PRETERAX** (via oral)

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

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

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

## **TANDIX** (via oral)

Comp. revest. 2,5 mg

## **TANDIX L.P.** (via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

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

(via oral)

Comp. libert. prol. 1,5 mg

## **INSULINA ASPÁRTICO**



### **NOVOMIX 30 Penfill** (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U/ml

### **NOVORAPID Penfill** (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U/ml

## **INSULINA DETEMIR**



### **LEVEMIR** (via subcutânea)

Sol. inj. 100 U/ml

## **INSULINA GLARGINA**



### **LANTUS** (via subcutânea)

Sol. inj. 100 UI/ml

## **INSULINA GLULISINA**



### **APIDRA** (via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

## **INSULINA HUMANA**



### **ACTRAPID Penfil** (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 UI/ml

### **HUMULIN M3** (via intramuscular, via subcutânea)

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

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

Sol. inj. 100 U.I./ml

### **INSUMAN Basal** (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

### **INSUMAN Rapid** (via intravenosa, via subcutânea)

Sol. inj. 100 U.I./ml

### **INSUMAN Comb 25** (via subcutânea)

Susp. Inj. 100 U.I./ml

### **MIXTARD 20 Novolet** (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

### **MIXTARD 30 Penfill** (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

## **INSULINA ISOFÂNICA**



### **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

### **INSULATARD Penfill** (via subcutânea)

Susp. inj. 100 U.I./ml

## **INSULINA LISPRO**



### **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

## ISOXSUPRINA



**DILUM Retard** (via oral)  
Comp. libert. prol. 30 mg

## LETROZOL



**FEMARA** (via oral)  
Comp. revest. p/película 2,5 mg

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

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

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

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

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

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

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

## LEUPRORRELINA



**ELIGARD** (via subcutânea)  
Pó e solv. p/sol. inj. 7,5 mg  
[Legenda dos símbolos, pág. 96](#)

Pó e solv. p/sol. inj. 22,5 mg  
Pó e solv. p/sol. inj. 45 mg

**LUCRIN Depot** (via intramuscular, via subcutânea)  
Pó e veículo p/susp. inj. 3,75/1 ml

**LUCRIN Depot 11,25 mg** (via intramuscular, via subcutânea)  
Pó e veículo p/susp. inj. 11,25 mg/1 ml

**LUCRIN Depot 30 mg/1 ml** (via intramuscular, via subcutânea)  
Pó e veículo p/susp. inj. 30 mg/1 ml

## LEVOBUNOLOL



**BETAGAN** (via oftálmica tópica)  
Col., sol. 5 mg/ml

## LUTROPINA ALFA



**LUVERIS** (via subcutânea)  
Pó e sol. p/sol. inj. 75 U.I./1 ml

**PERGOVERIS** (via subcutânea)  
Pó e solv. p/sol. inj. 150 U.I./ml + 75 U.I./ml

## MENOTROPINA



**MENOPUR** (via intramuscular, via subcutânea)  
Pó e solv. p/sol. inj. 75 UI/1 ml

## MESTEROLONA



**PROVIRON** (via oral)  
Comp. 25 mg

## METILFENIDATO



**CONCERTA** (via oral)  
Comp. libert. prol. 18 mg

Comp. libert. prol. 36 mg

Comp. libert. prol. 54 mg

**RITALINA LA** (via oral)

Cáps. libert. modif. 20 mg

Cáps. libert. modif. 30 mg

Cáps. libert. modif. 40 mg

**RUBIFEN** (via oral)

Comp. 5 mg

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

## METILPREDNISOLONA



**DEPO-MEDROL** (via intramuscular, via rectal)

Susp. inj. 40 mg/ml

Susp. inj. 80 mg/2 ml

**DEPO-MEDROL com Lidocaína** (via intramuscular)

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

**MEDROL** (via oral)

Comp. 4 mg

Comp. 16 mg

**SOLU-MEDROL** (via intramuscular, via intravenosa)

Pó e solv. p/sol. inj. 40 mg/1 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 125 mg/2 ml



**DEPO-MEDROL com Lidocaína** (via intra-articular)

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

## METIPRANOLOL



**BETA-OPHTIOLE** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 1 mg/ml

Col., sol. 3 mg/ml

Col., sol. 6 mg/ml

## METOLAZONA



**DIULO** (via oral)

Comp. 5 mg

p. 90

## METOPROLOL



**LOPRESOR 100** (via oral)

Comp. revest. p/película 100 mg

**LOPRESOR 200** (via oral)

Comp. revest. p/película 200 mg

## MODAFINIL



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

Comp. 100 mg

**MODIODAL** (via oral)

Comp. 100 mg

## MORFINA



**GRUMORPH** (via oral)

Cáps. libert. prol. 10 mg

Cáps. libert. prol. 30 mg

Cáps. libert. prol. 60 mg

Cáps. libert. prol. 100 mg

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

Sol. inj. 10 mg/1 ml

Sol. inj. 40 mg/2 ml

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

Sol. inj. 10 mg/ml

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

Sol. inj. 20 mg/ml

**MST** (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg

Comp. libert. prol. 30 mg

Comp. libert. prol. 60 mg

Comp. libert. prol. 100 mg

**ORAMORPH** (via oral)

Sol. oral 2 mg/ml

Sol. oral 6 mg/ml  
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 GP 5 mg Comp. MG** (via oral)

Comp. 5 mg

**NEBIVOLOL LABESFAL 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 WINTHROP 5 mg Comp. MG**

(via oral)  
Comp. 5 mg

Legenda dos símbolos, pág. 96

**OXIFEDRINA****ILDAMEN** (via oral)

Comp. revest. 8 mg

**ILDAMEN Forte** (via oral)

Comp. revest. 24 mg

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

Sol. inj. 50 mg/1 ml  
Sol. inj. 200 mg/2 ml

**POLIGELINA****HAEMACCEL** (via intravenosa)

Sol. p/perf. 35 mg/ml

**PREDNISOLONA****ANACAL** (via rectal)

Pomada rectal 1,5 mg/g + 2 mg/g + 50 mg/g + 5 mg/g  
Sup. 1 mg + 4 mg + 50 mg + 5 mg

**LEPICORTINOLO** (via intramuscular, via intravenosa, via oral)

Comp. 5 mg  
Comp. 20 mg  
Pó e solv. p/sol. inj. 25 mg/ 1 ml  
Pó e solv. p/sol. inj. 250 mg/2 ml

**SCHERIPROCT** (via rectal)

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

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

Pó e solv. p/sol. inj. 10 mg/1 ml  
Pó e solv. p/sol. inj. 25 mg/1 ml  
Pó e solv. p/sol. inj. 50 mg/1 ml  
Pó e solv. p/sol. inj. 250 mg/2 ml  
Pó e solv. p/sol. inj. 1000 mg/10 ml

## PREDNISONA



### METICORTEN (via oral)

Comp. 5 mg

## PROCATEROL



### ONSUDIL (via nasal, via oral)

Comp. 0,05 mg

Sol. p/inal. p/nebulização 0,1 mg/ml

Xar. 0,005 mg/ml

## PROPRANOLOL



### INDERAL (via oral)

Comp. revest. 10 mg

Comp. revest. 40 mg

### INDERAL LA (via oral)

Cáps. libert. prol. 80 mg

Cáps. libert. prol. 160 mg

## PSEUDOEFEDRINA\*



### ACTIFED (via oral)

Comp. 60 mg + 2,5 mg

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

### CLARIDON (via oral)

Comp. libert. modif. 5 mg + 120 mg

### CLARIDON QD (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg + 240 mg

### CONSTIPAL (via oral)

Comp. revest. 6 mg + 120 mg

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

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

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

Comp. 60 mg + 2,5 mg

### SINERBE (via oral)

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

p. 92

### SINUTAB II (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

### SUDAFED (via oral)

Comp. revest. 60 mg

Xar. 6 mg/ml

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

## RALOXIFENO



### EVISTA (via oral)

Comp. revest. 60 mg

### OPTRUMA (via oral)

Comp. revest. 60 mg

## REMIFENTANILO



### ULTIVA (via intravenosa)

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

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

Pó p/concentrado p/sol. inj. 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



### COMBIVENT Unidose (via nasal)

Sol. p/inal. p/vaporização 0,52 mg/2,5 ml + 3 mg/2,5 ml

### IPRAMOL 0,5 mg + 2,5 mg/dose Sol. p/Inalação p/Nebulização MG (via inalatória)

Sol. p/inal. p/nebulização 0,5 mg/2,5 ml + 2,5 mg/2,5 ml

**SALBUTAMOL GENERIS 100 µg/dose**  
Susp. Pressurizada p/Inal. MG (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 100 µg/dose

**SALBUTAMOL GENERIS 2,5 mg/2,5 ml e 5 mg/2,5 ml Sol. p/Inal. p/Nebulização MG**  
(via inalatória)

Sol. p/inal. p/nebulização 2,5 mg/2,5 ml

Sol. p/inal. p/nebulização 5 mg/2,5 ml

**SALBUTAMOL NOVOLIZER** (via inalatória)

Pó p/inal. 100 µg/dose

**VENTILAN** (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 100 µg/dose

Sol. p/inal. p/nebulização 5 mg/ml

Pó p/inal., cáps. 200 µg

Pó p/inal., cáps. 400 µg

## SALMETEROL



**BRISOMAX Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. 100 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. 250 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. 500 µg/dose + 50 µg/dose

**DILAMAX Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. 50 µg/dose

**DILAMAX Inalador** (via inalatória)

Susp. pres. p/inal. 25 µg/dose

**MAIZAR Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. em recipiente unidose 100 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 250 µg/dose + 50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 500 µg/dose + 50 µg/dose

**SERETAIDE Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. em recipiente unidose 100 µg/50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 250 µg/50 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 500 µg/50 µg/dose

**SERETAIDE Inalador** (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 50 µg/25 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 125 µg/25 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 250 µg/25 µg/dose

**SEREVENT** (via inalatória)

Susp. pressurizada p/inal. 25 µg/dose

**SEREVENT Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. 50 µg/dose

**ULTRABETA** (via inalatória)

Pó p/inal. 50 µg/dose

Susp. pressurizada p/inal. 25 µg/dose

**VERASPIR Diskus** (via inalatória)

Pó p/inal. em recipiente unidose 50 µg/dose + 100 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 50 µg/dose + 250 µg/dose

Pó p/inal. em recipiente unidose 50 µg/dose + 500 µg/dose

## SELEGILINA



**JUMEX** (via oral)

Comp. 5 mg

**SELEGILINA GENERIS 5 mg Comp. MG**  
(via oral)

Comp. 5 mg

**XILOPAR** (via bucofaringea (tópica para a cavidade bucof.))

Liofilizado oral 1,25 mg

## SOMATROPINA



**GENOTROPIN** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 5,3 mg/ml

Pó e solv. p/sol. inj. 12 mg/ml

**HUMATROPE** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 6 mg/3,15 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 12 mg/3,15 ml

Pó e solv. p/sol. inj. 24 mg/3,15 ml

**NORDITROPIN SIMPLEXx** (via subcutânea)

Sol. inj. 10 mg/1,5 ml

Sol. inj. 15 mg/1,5 ml

**NUTROPIN Aq** (via subcutânea)

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

**SAIZEN** (via intramuscular, via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 1,3 mg/1 ml

**SAIZEN 8 mg click.easy** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 8 mg/1,37 ml

**ZOMACTON** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 4 mg/3,5 ml

**SOTALOL**



**DAROB** (via oral)

Comp. 160 mg

**SUFENTANILO**



**SUFENTA** (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,005 mg/ml

**SUFENTA Forte** (via epidural, via intravenosa)

Sol. inj. 0,05 mg/ml

**TAMOXIFENO**



**NOLVADEX** (via oral)

Comp. 10 mg

**NOLVADEX D** (via oral)

Comp. 20 mg

**TAMOXIFENO FARMOZ 10 e 20 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

**TAMOXIFENO GENERIS 10 e 20 mg**

Comp. MG (via oral)

Comp. 10 mg

Comp. 20 mg

**TERBUTALINA**



**BRICANYL Turbohaler** (via oral)

Pó p/inhal. 500 µg/dose

p. 94

**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 Depôt** (via intramuscular)

Susp. inj. 1 mg/ml

**TIBOLONA**



**CLITAX** (via oral)

Comp. 2,5 mg

**GOLDAR** (via oral)

Comp. 2,5 mg

**LIVIAL** (via oral)

Comp. 2,5 mg

**TIMOLOL**



**AZARGA** (via oftálmica tópica)

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

**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 0,1%** (via oftálmica tópica)

Gel oft. 1 mg/g

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

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

**TIMABAK** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

**TIMOGEL** (via oftálmica tópica)

Gel oftálmico 0,4 mg/0,4 g

**TIMOGLAU** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

**TIMOLEN Forte** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 5 mg/ml

**TIMOPTOL** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 2,5 mg/ml

Col., sol. 5 mg/ml

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

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

**XALACOM** (via oftálmica tópica)

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

**TOREMIFENO****FARESTON** (via oral)

Comp. 60 mg

**TRIAMTERENO****DYAZIDE** (via oral)

Comp. 25 mg + 50 mg

**TRIAM TIAZIDA R** (via oral)

Comp. 50 mg + 100 mg

**TRIPTORRELINA****DECAPEPTYL 0,1 mg** (via subcutânea)

Pó e solv. p/sol. inj. 0,1 mg/ml

**DECAPEPTYL** (via intramuscular)

Pó e veículo p/susp. inj. 3,75 mg/2 ml

**DECAPEPTYL LP 11,25 mg** (via intramuscular)

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

**XIPAMIDA****DIUREXAN** (via oral)

Comp. 20 mg

## LEGENDA DOS SÍMBOLOS



Substância proibida no desporto



Substância proibida em alguns desportos em particular



Substância permitida no desporto com uma Autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas ou uma Declaração de utilização terapêutica de substâncias proibidas



Estupefaciente ou psicotrópico: substância proibida no desporto; prescrição obrigatória em receita médica especial



Substância proibida no desporto apenas em atletas do sexo masculino

# Especialidades Farmacêuticas incluídas no Programa de Monitorização da Agência Mundial Antidopagem para 2010

## BUPROPIOM

**ELONTRIL** (via oral)

Comp. libert. modif. 150 mg

Comp. libert. modif. 300 mg

**WELLBUTRIN XR** (via oral)

Comp. libert. modif. 150 mg

Comp. libert. modif. 300 mg

**ZYBAN** (via oral)

Comp. libert. prol. 150 mg

## CAFEÍNA

**ALGIK** (via oral)

Pó p/sol. oral 500 mg + 50 mg

**ANTIGRIPPINE** (via oral)

Comp. 250 mg + 20 mg + 30 mg

**CORTIGRIPE** (via oral)

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

**DOLVIRAN** (via oral, via rectal)

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

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

**GRIPETRAL** (via oral)

Comp. 500 mg + 100 mg + 50 mg

**GURONSAN** (via oral)

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

**ILVICO N** (via oral)

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

**MELHORAL** (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

**MIGRÉTIL** (via oral)

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

**OPTALIDON** (via oral, via rectal)

Comp. revest. 175 mg + 25 mg

Sup. 500 mg + 75 mg

**PANADOL EXTRA** (via oral)

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

**SALICYLCAFEÍNA** (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

**SARIDON N** (via oral)

Comp. 250 mg + 150 mg + 50 mg

## FENILEFRINA

**ANUCET** (via rectal)

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

**DAVINEFRINA** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 100 mg/ml

**GRIPONAL** (via oral)

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

**MYDRIASERT** (via oftálmica tópica)

Inserto oftálmico 5,376 mg + 0,28 mg

**NEO-SINEFRINA** (via nasal)

Gotas nasais, sol. 2,5 mg/ml

Gotas nasais, sol. 5 mg/ml

**VIBROCIL** (via nasal)

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

Gotas nasais, sol. 0,25 mg/ml + 2,5 mg/ml

Sol. p/inal. p/nebulização 0,25 mg/ml + 2,5 mg/ml

**VISADRON** (via oftálmica tópica)

Col., sol. 1,25 mg/ml

## **PSEUDOEFEDRINA \***

**ACTIFED** (via oral)

Comp. 60 mg + 2,5 mg

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

**CLARIDON** (via oral)

Comp. libert. modif. 5 mg + 120 mg

**CLARIDON QD** (via oral)

Comp. libert. prol. 10 mg + 240 mg

**CONSTIPAL** (via oral)

Comp. revest. 6 mg + 120 mg

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

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

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

Comp. 60 mg + 2,5 mg

**SINERBE** (via oral)

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

**SINUTAB II** (via oral)

Comp. 500 mg + 30 mg

**SUDAFED** (via oral)

Comp. revest. 60 mg

Xar. 6 mg/ml

\* A Pseudoefedrina está incluída no Programa de Monitorização 2010 caso a sua concentração seja < 150 µg/ml. A pseudoefedrina é proibida quando a concentração na urina seja superior a 150 µg/ml.

# Procedimentos para solicitação de Autorização de Utilização Terapêutica (AUT)

## Determinações da Autoridade Antidopagem de Portugal relativamente às substâncias que necessitam de declaração escrita e às normas de solicitação de autorização para a utilização terapêutica de substâncias e métodos proibidos para 2010

1. O formoterol e a terbutalina são autorizados unicamente por inalação para tratamento da asma e da broncoconstrição induzida pelo exercício. A sua utilização requer uma aprovação de autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas, utilizando o modelo em anexo (anexo II; fax: 21 797 75 29). O anexo II deverá ser acompanhado de um relatório médico, utilizando o modelo em anexo, que cumpra os seguintes requisitos mínimos:

- 1) Um historial médico completo.
- 2) Um relatório exaustivo do exame clínico, com especial ênfase no sistema respiratório.
- 3) Um relatório de espirometria com medição do Volume Expiratório Forçado em 1 segundo (FEV1).
- 4) Verificando-se uma obstrução das vias respiratórias, a espirometria deverá ser repetida após a inalação de um  $\beta$ 2-agonista de curta acção, para demonstrar a reversibilidade da broncoconstrição.
- 5) Na ausência de uma obstrução das vias respiratórias reversível, exige-se um teste de provocação brônquica para determinar a presença de hiperreactividade das vias respiratórias.
- 6) Nome completo, especialidade, endereço (incluindo telefone, e-mail, fax) do médico que realizou o relatório.

Quando sejam administrados, simultaneamente com os  $\beta$ 2-agonistas, glucocorticosteróides por via inalatória, estes deverão ser igualmente descritos no anexo II.

A aprovação da autorização de utilização terapêutica de formoterol, de terbutalina e de glucocorticosteróides por via inalatória para tratamento da asma e da broncoconstrição induzida pelo exercício terá uma validade de quatro anos. O praticante desportivo e o médico deverão obrigatoriamente notificar de imediato a ADoP sobre alguma alteração da terapêutica que eventualmente ocorra durante o período de validade da aprovação.

A utilização de salbutamol e de salmeterol por via inalatória para tratamento da asma e da broncoconstrição induzida pelo exercício requer uma declaração de utilização terapêutica utilizando o modelo em anexo (anexo I; fax: 21 797 75 29). A administração de salbutamol por via inalatória não deverá ultrapassar a dose terapêutica de 1600 microgramas por dia.

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 II (formoterol e terbutalina) com um  $\beta$ 2-agonista que necessita do envio de um anexo I (salbutamol e salmeterol), deve enviar um anexo II que inclua a totalidade dos  $\beta$ 2-agonistas administrados.

Para os praticantes desportivos asmáticos ou com broncoconstrição induzida pelo exercício com idade igual ou inferior a 16 anos não é necessária uma aprovação pela ADoP de uma autorização de utilização terapêutica. A aprovação será retroactiva em caso de resultado analítico positivo desde que o praticante desportivo apresente um anexo II devidamente preenchido, acompanhado do respectivo relatório médico já atrás referido.

Este sistema de aprovação retroactiva não se aplica a praticantes desportivos 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. A administração de glucocorticosteróides é proibida por via sistémica (oral, rectal ou por injeção intravenosa ou intramuscular). A sua utilização requer uma aprovação de autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas utilizando o modelo em anexo (anexo II; fax: 21 797 75 29).

Todas as outras vias de administração (intra-articular/ periarticular/ peritendinosa/ epidural/ por injeção dérmica e por inalação) excepto as abaixo descritas, requerem uma declaração de utilização terapêutica de substâncias proibidas utilizando o modelo em anexo (anexo I; fax: 21 797 75 29).

As preparações tópicas quando utilizadas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal não são proibidas e não necessitam de qualquer tipo de autorização de utilização terapêutica.

A administração de preparações derivadas das plaquetas por outras vias que não a intramuscular requer uma declaração de utilização terapêutica, utilizando o modelo em anexo (anexo I; fax: 21 797 75 29).

Para esclarecimentos suplementares consulte o Quadro 1 na página 5.

3. Sempre que um médico necessite por razões terapêuticas administrar uma substância e/ou um método proibido a um praticante desportivo, deverá previamente enviar à ADoP uma solicitação de utilização tera-

pêutica da substância ou método em causa, utilizando o modelo em anexo (anexo II; fax: 21 797 75 29), 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 ADoP avaliará o pedido do médico e poderá autorizar a administração da substância e/ou método proibido se os seguintes critérios estiverem presentes:

- o praticante desportivo 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 intervenção terapêutica aceitável;
- a inexistência de uma alternativa terapêutica à utilização da substância e/ou do método proibido;
- a necessidade da utilização da substância e/ou método proibido não pode ser a consequência, na totalidade ou em parte, de uma utilização não terapêutica prévia de uma substância ou métodos proibidos no momento da sua utilização, não coberta por uma autorização de utilização terapêutica.

A 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 médico e o praticante desportivo da sua decisão, não podendo o tratamento ser iniciado antes da ADoP ter proferido a mesma. Caso a utilização terapêutica seja concedida a ADoP emitirá um certificado de aprovação.

4. Se um médico, 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 II; fax: 21 797 75 29). A solicitação da utilização terapêutica de uma substância e/ou de um método proibido para aprovação retroactiva só é possível em casos de tratamentos de emergência de situações clínicas agudas ou em situações excepcionais em que não seja possível o envio da solicitação da utilização terapêutica da substância e/ou método proibido antes da realização do controlo de dopagem.
5. A ADoP não aceitará solicitações de autorização ou de declaração de utilização de substâncias e métodos proibidos cujos modelos descritos nos anexos I e II apresentem preenchimento incompleto de uma ou de várias secções.
6. As declarações de autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas realizadas através do modelo descrito no anexo I, efec-

tuadas em tempo, ou a existência de um certificado de aprovação da utilização terapêutica de uma substância e/ou de um método proibido, não obviam que o praticante desportivo mencione a administração dessas substâncias no formulário do controlo antidopagem.

O praticante desportivo seleccionado para a realização de um controlo de dopagem é obrigado a declarar ao médico responsável pela acção de controlo de dopagem todos os medicamentos (qualquer que seja a via de administração) e suplementos nutricionais administrados nos últimos sete dias. O médico responsável pela acção de controlo de dopagem registará todos os medicamentos e os suplementos nutricionais declarados pelo praticante desportivo no formulário do controlo antidopagem.

7. O quadro 1 resume as regras da ADoP relativamente às substâncias que necessitam de declaração escrita por parte dos praticantes desportivos.

SUBSTÂNCIA	PROIBIDAS	AUTORIZADAS COM DECLARAÇÃO	AUTORIZADAS SEM DECLARAÇÃO
<b>Glucocorticosteróides</b>	- Via oral  - Injecção com efeito sistémico (IM, EV)  - Via rectal	- Aplicações por vias intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, por injecção dérmica* e por Inalação. **	- As preparações tópicas quando utilizadas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal.
<b><math>\beta</math>2-agonistas</b>	- Formoterol, salbutamol, e terbutalina por via não inalatória. A administração de formoterol e terbutalina por via inalatória necessita do envio de um anexo II.	- Salbutamol (até 1600 $\mu$ g/dia) e salmeterol por via inalatória.	- Não aplicável.
<b>Preparações derivadas das plaquetas</b>	- Por via intramuscular.	- Todas as vias excepto a intramuscular.	- Não aplicável.

#### QUADRO 1

\* *Vias intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural e por injecção dérmica entendem-se como a injecção da substância no local em que se pretende que o efeito se produza, com efeitos sistémicos mínimos.*

\*\* *Os glucocorticosteróides por via inalatória quando associados a  $\beta$ 2-agonistas por via inalatória para tratamento da asma ou da broncoconstrição induzida pelo exercício necessitam de um autorização de utilização terapêutica.*

8. A Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica em vigor da Agência Mundial Antidopagem deve ser utilizada para a resolução de qualquer caso omissivo às determinações da ADoP descritas nos pontos anteriores.



Pág. 1 de 3

MOD-ADoP-032

Rev.: 00

Anexo I

Declaração N.º / Declaration No.: \_\_\_\_\_

## Declaração de utilização terapêutica de Substâncias Proibidas

### Therapeutic Use Declaration

**Por favor preencha o formulário em letras maiúsculas ou à máquina.**

Please complete all sections in capital letters or typing.

**De acordo com a Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica, uma declaração de uso deve ser realizada pelo praticante desportivo para a administração de glucocorticosteróides por via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica e inalatória.**

In accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemptions, a declaration of use must be completed by the athlete for glucocorticosteroids administered by intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal and inhalation routes, except as noted below.

**As preparações tópicas quando utilizadas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal não são proibidas e não necessitam de autorização de utilização terapêutica ou de declaração de uso.**

Topical preparations when used for auricular, buccal, dermatological (including iontophoresis/phonophoresis), gingival, nasal, ophthalmic and perianal disorders are not prohibited and neither require a Therapeutic Use Exemption nor a declaration of use.

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

All glucocorticosteroids are prohibited when administered by oral, intravenous, intramuscular or rectal routes.

### 1. Informação sobre o Praticante Desportivo / Athlete Information

Apelido / Surname: ..... Nome Próprio / Given Names: .....

Feminino / Female  Masculino / Male

Morada / Address: .....

Localidade / City: ..... Código Postal / Postcode:..... País / Country:.....

Data de Nascimento / Date of Birth (dd/mm/yy): ...../..... / .....

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: .....

**CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL**



**2. Informação relativa à Declaração / Information regarding the Declaration**

Diagnóstico / Diagnosis:.....  
 .....

<b>Substância(s) proibida(s)</b> Prohibited substance(s) Designação genérica Generic name	<b>Dose de administração (*)</b> Dose of administration	<b>Via de administração (**)</b> Route of administration
1.		
2.		
3.		
<b>Duração prevista do tratamento</b> (selecione uma opção) Intended duration of treatment: (Please tick appropriate box)		<input type="checkbox"/> Administração única <input type="checkbox"/> <b>Duração</b> (semana/mês): ..... Duration (week/month)

(\*) **Em miligramas/** In milligrams

(\*\*) **Via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica ou inalatória /** By intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal or inhalation routes

**3. Nome e contacto do Médico**

Medical practitioner's name and contact information

Nome/ Name: .....

Especialidade Médica / Medical Specialty: .....

Tel. / Tel.: ..... Fax: ..... E-mail: .....

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



Pág. 3 de 3  
 MOD-ADoP-032  
 Rev.: 00

**4. 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 TUECs 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:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

**Data / Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

***(Se o praticante desportivo é menor de idade ou possui uma incapacidade que o impede de assinar este formulário, o pai ou tutor deve assinar em conjunto com o praticante desportivo ou em nome do praticante desportivo).***

*(If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)*

**Por favor envie o formulário completo à ADoP (fax: 21 797 75 29) e guarde uma cópia.**

Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.

**Formulários incompletos não serão aceites.**

Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.

**CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL**



Pág. 1 de 4  
 MOD-ADoP-033  
 Rev.: 00

Anexo II

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 internacional<sup>1</sup> / I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required<sup>1</sup>

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: .....

<sup>1</sup> 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



Pág. 2 de 4  
 MOD-ADoP-033  
 Rev.: 00

**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.			
<b>Duração prevista do tratamento</b> (selecione uma opção) Intended duration of treatment: (Please tick appropriate box)		<b>Administração única</b> <input type="checkbox"/> Once only	<b>Emergência</b> <input type="checkbox"/> Emergency
		<b>Ou duração</b> (semana / mês): ..... Or duration (week / month)	
Já submeteu alguma autorização anteriormente? Have you submitted any previous TUE application?		Sim / Yes <input type="checkbox"/>	Não / No <input type="checkbox"/>
Para qual substância? /For which substance?: .....			
Para que entidade submeteu a autorização? / To whom?		ADoP / ADOP <input type="checkbox"/>	Outra / Other <input type="checkbox"/>
Especifique qual / specify which:.....			
Em caso afirmativo quando? / When?		Data / date: .....	
Decisão / Decision		Aprovada / Approved <input type="checkbox"/>	Não aprovada / Not approved <input type="checkbox"/>

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



Pág. 3 de 4  
 MOD-ADoP-033  
 Rev.: 00

**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 4  
 MOD-ADoP-033  
 Rev.: 00

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

**Data / Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(Se o praticante desportivo é um menor de idade ou possui uma incapacidade que o impede de assinar este formulário, o pai ou tutor deve assinar em conjunto com o praticante desportivo ou em nome do praticante desportivo).*

*(If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)*

## 6. Notas / Notes

**Nota 1 / Note 1**

**Diagnóstico / Diagnosis**

**Devem ser anexadas a esta solicitação evidências que confirmem o diagnóstico. As evidências médicas devem incluir uma história médica detalhada e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagiologia. Cópias de relatórios e cartas originais devem ser anexadas, sempre que possível. As evidências devem ser as mais objectivas possíveis e no caso de patologias não demonstráveis, opiniões médicas independentes suportando o diagnóstico, facilitam a concessão de autorizações.**

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

**Por favor envie o formulário completo à ADoP (fax: 21 797 75 29) e guarde uma cópia.**

Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.

## Formulários incompletos não serão aceites.

Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL







# As substâncias e métodos proibidos e os seus malefícios orgânicos

## AGENTES ANABOLISANTES

A Secção S.1 Agentes Anabolisantes da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem inclui esteróides anabolisantes exógenos e endógenos e outros agentes anabolisantes que não pertencem à família dos esteróides.

Em 1954, correram rumores que halterofilistas da União Soviética utilizavam testosterona para aumentar as suas massas musculares. Os esteróides anabolisantes sintéticos começaram a ser utilizados por altura dos Jogos Olímpicos de Tóquio em 1964 e foram criados com dois objectivos principais: por um lado, aumentar o seu tempo de acção, pois a testosterona tem uma semi-vida muito curta; por outro lado diminuir os indesejáveis efeitos androgénicos da testosterona, preservando ao máximo os seus efeitos anabólicos. No entanto, estes derivados sintéticos são muito tóxicos para o fígado, como por exemplo o estanozolol e a metandienona, e daí as consequências muito nefastas que se podem verificar a nível hepático com a sua administração.

Qualquer esteróide anabolisante tem sempre efeitos anabólicos e androgénicos. Na sua utilização como substâncias proibidas no desporto o seu efeito androgénico é indesejável, pois desenvolve os caracteres sexuais secundários: tem efeitos virilizantes, levando ao aumento e desenvolvimento dos genitais e dos órgãos sexuais acessórios, ao crescimento dos pêlos da face e do corpo e ao desenvolvimento das características masculinas da voz. Pode também originar efeitos feminizantes no homem, com o aparecimento de ginecomastia (aparecimento de seios no homem), pois o excesso de androgénios na circulação sanguínea origina uma aromatização dos mesmos em estrogénios (hormonas sexuais femininas). Os seus efeitos anabólicos (os procurados para a sua utilização com objectivos dopantes) originam um aumento do anabolismo e uma diminuição do catabolismo proteico, um aumento do número de glóbulos vermelhos por aumento da sua produção na medula óssea por estimulação da eritropoietina, um aumento da deposição do cálcio nos ossos e um aumento da velocidade da curva de crescimento, acompanhado de um encerramento precoce das cartilagens de crescimento que pode conduzir ao não atingimento da estatura que estava determinada geneticamente em jovens praticantes. Este encerramento precoce das cartilagens de crescimento está dependente das doses e da duração da

administração e deve-se por um lado a uma acção directa dos esteróides anabolisantes nessas cartilagens e, por outro, a uma inibição da produção da hormona de crescimento ao nível da hipófise.

Os agentes anabolisantes podem também ser utilizados para melhorar a capacidade de recuperação muscular. Durante actividades caracterizadas por utilização da actividade excêntrica a nível muscular, ou em actividades prolongadas, verificam-se fenómenos de destruição de células musculares no decurso da fase catabólica que necessitam ser devidamente reparados no período de recuperação, através de uma adequada síntese proteica a nível muscular. Dessa forma, os agentes anabolisantes podem ser utilizados visando incrementar essa síntese.

O ganho de peso após utilização dos esteróides anabolisantes deve-se não só a uma hipertrofia das fibras musculares, mas também a uma retenção de líquidos pelo nosso organismo. Alguns autores afirmam mesmo que o aumento do peso é causado mais por ganho de água muscular do que por hipertrofia das fibras musculares. Os agentes anabolisantes causam igualmente aumento da agressividade, o que pode ser utilizado em alguns desportos de contacto, podendo no entanto pôr em causa a integridade física dos praticantes desportivos. Cenas de agressividade inusitada que acontecem muitas vezes à porta das discotecas e bares podem eventualmente ser devidas ao facto de alguns dos seguranças que aí trabalham serem consumidores de esteróides anabolisantes, daí resultando uma maior agressividade. A relação da agressividade com a ingestão de esteróides anabolisantes tem sido investigada essencialmente no âmbito de estudos realizados a nível da incidência de agressividade familiar entre utilizadores e não utilizadores.

Os esteróides anabolisantes podem também originar diversos efeitos secundários no sistema reprodutivo, tanto no homem como na mulher, motivados por uma diminuição da produção das hormonas hipofisárias LH e FSH. A produção destas hormonas é inibida por um sistema de retrocontrolo negativo a nível do hipotálamo e da hipófise, motivado por elevadas concentrações sanguíneas de esteróides anabolisantes com uma estrutura química semelhante à da testosterona. Quando as doses administradas são diminutas e a duração da administração é curta, estes efeitos são reversíveis traduzindo-se numa diminuição da quantidade de 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 descontinuas. Numa fase inicial, existem apenas algumas alterações ao nível de algumas enzimas, como por exemplo transaminases, desidrogenase láctica e creatinofosfoquinase, alterações que são em geral reversíveis após a interrupção da administração. A elevação destas enzimas sem outra causa aparente num indivíduo saudável deverá alertar o médico assistente para a eventual utilização de esteróides anabolisantes. A administração de esteróides anabolisantes pode igualmente conduzir ao aparecimento de icterícia por colestase intra-hepática, que é geralmente reversível. A administração prolongada pode conduzir ao aparecimento de tumores hepáticos (carcinomas hepatocelulares, hepatomas, adenomas, etc.) que geralmente aparecem entre 10 a 20 anos após a administração, dificultando desse modo o estabelecimento de uma relação causa-efeito. O aparecimento de carcinomas hepáticos, décadas depois da utilização de esteróides anabolisantes e quando os praticantes desportivos já não são capa dos jornais, passa desse modo muitas vezes despercebido. A literatura científica descreve dois casos de carcinoma hepático em praticantes desportivos: um que tomou uma grande variedade de esteróides anabolisantes ao longo de 4 anos e outro que tomou oximetolona (100 mg/dia) durante 5 anos. Refira-se que a administração das substâncias não era contínua, mas sim em dois ou três períodos durante o ano. Está descrito igualmente um caso de adenoma hepático-celular num praticante de culturismo que tomou esteróides anabolisantes durante 3 anos, igualmente por ciclos de administração. Os 3 casos citados foram fatais.

Há alguns anos, no decurso de uma comunicação científica na Bulgária, num Seminário sobre Luta contra a Dopagem no Desporto organizado pelo Conselho da Europa, foi referido que a tarefa de educar os jovens em relação aos efeitos secundários dos esteróides anabolisantes era uma tarefa árdua e difícil, pois os jovens não acreditavam geralmente naquilo que se dizia sobre os esteróides anabolisantes. No final da comunicação, o palestrante foi interpelado por uma médica Búlgara que referiu não estar de acordo com essa afirmação pois no seu país era muito fácil um jovem tomar contacto com um ex-praticante desportivo padecendo de uma doença grave e muitas vezes mortal, adquirida muitos anos antes por ter utilizado esteróides anabolisantes, pois na Bulgária a utilização destas substâncias iniciou-se já há muitas décadas.

No homem, podem aparecer igualmente efeitos secundários a nível da próstata, que inicialmente se manifestam através de uma hipertrofia benigna, podendo mais tarde conduzir ao aparecimento de tumores malignos da próstata, por efeito da administração prolongada de esteróides anabolisantes e manifestando-se apenas muitos anos após a administração dessas substâncias.

A literatura científica refere um caso fatal de carcinoma da próstata verificado num praticante desportivo com 40 anos de idade que tomou de uma forma descontinuada esteróides anabolisantes durante 18 anos.

A utilização de esteróides anabolisantes está também relacionada com diversas alterações não só a nível do metabolismo glucídico, mas também a nível do metabolismo lipídico. O uso prolongado de esteróides anabolisantes em praticantes desportivos origina uma diminuição da tolerância à glucose e níveis superiores de insulinémia, após ingestão da mesma, por aumento da resistência periférica à insulina. Verifica-se uma susceptibilidade aumentada para a diabetes *mellitus*, em pessoas predispostas. A nível do metabolismo lipídico, assistimos a uma diminuição dos níveis plasmáticos de HDL (*high density lipoproteins*) e a um aumento dos níveis de LDL (*low density lipoproteins*), conduzindo a uma diminuição da relação HDL/LDL, aumentando desse modo o risco cardiovascular.

Os utilizadores de esteróides anabolisantes têm também uma maior predisposição para o aparecimento de doenças cardiovasculares (AVC, enfartes do miocárdio, arteriopatias dos membros inferiores que podem conduzir à amputação dos mesmos, etc.). Estas doenças aparecem geralmente apenas 10 a 20 anos após a administração, dificultando desse modo o estabelecimento de uma relação causa-efeito. Este maior risco cardiovascular deve-se não só aos efeitos no perfil lipídico que já referimos, mas também a uma maior incidência de hipertensão arterial, por elevação dos níveis plasmáticos de aldosterona.

Larry Pacifi, um famoso halterofilista dos EUA, sofreu um enfarte do miocárdio aos 35 anos, embora apresentasse poucos factores de risco cardiovascular na sua história clínica. Após o enfarte do miocárdio, afirmou que estava convencido de que o uso de esteróides anabolisantes tinha contribuído para a sua doença coronária.

Bob Hazleton, um conhecido praticante de Boxe, sofreu a amputação de ambos os membros inferiores aos 40 anos de idade, não padecendo de Doença de Buerger que representa usualmente a única causa de amputação de causa vascular em jovens adultos. A causa das amputações foi clarificada quando o praticante desportivo confessou ter ingerido doses elevadas de esteróides anabolisantes ao longo da sua carreira desportiva.

Verificam-se também efeitos musculo-tendinosos, com uma maior predisposição para o aparecimento de tendinites e de roturas musculares e tendinosas. As causas parecem ser diversas. Por um lado, os esteróides anabolisantes favorecem um crescimento desproporcionado da massa muscular em relação aos tendões, favorecendo a primeira. Resultam daí maiores tracções sobre os tendões, que sofrem desse modo micro-traumastimos que podem levar a lesões degenerativas e/ou calcificantes, conduzindo a tendinite ou à rotura do tendão. Por outro lado, a menor resistência dos tendões e dos músculos ao estiramento e a atenuação da dor motivada pelo efeito anti-inflamatório potente dos esteróides anabolisantes podem conduzir a uma maior incidência de lesões musculares e/ou tendinosas.

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

## HORMONAS PEPTÍDICAS, FACTORES DE CRESCIMENTO E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS

Este tipo de substâncias actua no organismo como mensageiros que levam à produção de outras hormonas endógenas, como a testosterona, ou estimulando o crescimento de determinados órgãos e tecidos. Pertencem a este grupo substâncias como a gonadotrofina coriónica, a hormona do crescimento, a eritropoietina, a insulina e diversos factores de crescimento, entre outras.

### GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA (hCG)

Esta hormona aumenta a produção de esteróides endógenos e tem um efeito semelhante ao da testosterona. O uso de hCG parece aumentar o volume e a potência muscular em praticantes desportivos que fazem treino de força, por aumento da produção de testosterona pelos testículos. A administração de esteróides anabolisantes conduz, como já se referiu, a uma atrofia testicular com a diminuição da sua função, pelo que os praticantes desportivos que utilizam aqueles esteróides administram esta hormona de forma a tentar repor o funcionamento normal dos testículos.

Os malefícios orgânicos da administração desta hormona podem resultar da produção excessiva de testosterona pelos testículos.

### HORMONA DE CRESCIMENTO (hGH)

Esta hormona aumenta linearmente a sua concentração plasmática até ao final da puberdade (quando se verifica uma estabilização do crescimento ósseo). O uso de hGH serve para aumentar a massa muscular e por isso tem um efeito semelhante ao dos esteróides anabolisantes.

No passado, a hormona de crescimento utilizada pelos praticantes desportivos para efeitos de dopagem tinha origem cadavérica, sendo geralmente adquirida no mercado negro. Originava reacções alérgicas que podiam ser graves, visto a sua extracção nos cadáveres originar a sua contaminação com outras proteínas. O aparecimento da hormona de crescimento recombinante sintética levou a que os praticantes desportivos passassem a utilizar preferencialmente este tipo de hormona de crescimento, o que conduziu a uma diminuição dessas reacções alérgicas. Os laboratórios antidopagem possuem actualmente um método para a detecção de hormona de crescimento recombinante no soro, pelo que existem suspeitas de que os praticantes desportivos estejam a recorrer de novo à hormona de crescimento com origem cadavérica, correndo os riscos já referidos.

A hormona de crescimento, quando tomada continuamente, origina gigantismo nas crianças e acromegália nos adultos (situação clínica que se manifesta por crescimento exagerado das extremidades – mãos, pés, lábios e nariz – e de alguns órgãos e por alterações ósseas e da pele). Predispõe igualmente à retenção de líquidos e de sódio, originando uma

sobrecarga cardíaca, o 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.

### ERITROPOEITINA (EPO)

Esta hormona aumenta o número de glóbulos vermelhos (eritrócitos) no sangue por estimulação da formação destas células a nível da medula óssea, aumentando desse modo a capacidade de transporte do oxigénio. É principalmente usada em desportos de endurance. Esta substância, que mantêm vivos milhões de insuficientes renais em todo o mundo, origina problemas gravíssimos de saúde quando utilizada por indivíduos saudáveis, como é o caso dos praticantes desportivos, dado que já têm habitualmente - devido ao condicionamento pelo treino - um nível mais elevado de glóbulos vermelhos.

A eritropoeitina, 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 eritropoeitina de uma forma continuada para evitar a anemia associada aquela condição patológica, demonstraram que alguns destes pacientes desenvolvem uma aplasia medular para série rubra (diminuição ou ausência da produção de glóbulos vermelhos pela medula óssea) devido à produção de anticorpos anti-eritropoeitina, resultando daí a instalação de anemia. Estes anticorpos anti-eritropoeitina inactivam a eritropoeitina e por isso deixa de se verificar o estímulo produzido habitualmente por esta hormona a nível da medula óssea para a produção de glóbulos vermelhos.

### INSULINAS

A insulina é uma hormona produzida no pâncreas e tem um papel muito importante no metabolismo dos glúcidos. A diabetes é originada por um défice de produção de insulina pelo pâncreas ou por uma resistência periférica à mesma. Por isso, os diabéticos tipo II insulino-dependentes têm de administrar esta hormona diariamente. Esta hormona tem um efeito anabolisante e por isso é utilizada por praticantes desportivos que querem aumentar a sua massa muscular ou que querem repor rapidamente os seus níveis de glicogénio muscular após actividades desportivas intensas e prolongadas. Quando administrada sem supervisão médica, pode desencadear hipoglicémias que podem levar à morte em poucos segundos.

## FACTORES DE CRESCIMENTO

Os factores de crescimento representam um grupo muito diversificado de factores que potenciam directamente o crescimento de órgãos e tecidos ou servem de mediadores para a estimulação de outros factores de crescimento. Todos os factores de crescimento que afectem a síntese/degradação proteica, a vascularização, a utilização energética, a capacidade regenerativa ou a mudança de tipo de fibra a nível do músculo, do tendão ou dos ligamentos são proibidos no desporto. Estes factores de crescimento desempenham um papel fundamental na ortostasia do corpo humano, mas quando administrados por via exógena podem conduzir a alterações dessa ortostasia, não existindo neste momento estudos científicos longitudinais e canonizados que garantam a segurança da sua administração terapêutica.

## BETA-2 AGONISTAS

Os beta-2 agonistas são substâncias habitualmente utilizadas por via inalatória para o tratamento de doenças do foro respiratório, como a asma e a broncoconstrição induzida pelo exercício. Os praticantes desportivos podem solicitar a sua utilização terapêutica à respectiva organização antidopagem. Os praticantes desportivos utilizam estas substâncias porque quando utilizadas por via inalatória em doses supra-terapêuticas ou por via oral têm efeitos anabolisantes e parecem ter igualmente efeitos euforizantes.

Estas substâncias, quando utilizadas em doses supra-terapêuticas, podem originar alterações graves do ritmo cardíaco, com o aparecimento de arritmias, que podem ser fatais. Em indivíduos portadores de doenças cardíacas que predisponham a alterações do ritmo cardíaco, poderão ocorrer arritmias mesmo com a administração de doses terapêuticas destas substâncias. Alguns beta-2 agonistas podem também levar a alterações do metabolismo do potássio e dos glucidos.

## ANTAGONISTAS HORMONAIIS E MODULADORES

Esta secção integra um conjunto muito diversificado de grupos farmacológicos de antagonistas hormonais e moduladores que têm um efeito anabolisante muito semelhante ao dos agentes anabolisantes. Todas as substâncias que integram este grupo são utilizadas com fins terapêuticos, como por exemplo para o tratamento de doenças cancerígenas e da esterilidade. Quando utilizadas com intuito de aumentar o rendimento desportivo, recorre-se geralmente a doses elevadas, muito acima das doses terapêuticas, pelo que os malefícios orgânicos da sua ingestão advêm dos efeitos secundários destas substâncias.

A miostatina é uma substância que existe no nosso organismo e que modula a síntese das proteínas, nomeadamente a nível muscular, e desse modo a administração de inibidores desta substância faz com que não exista essa modulação, conduzindo a um aumento da síntese das proteínas a nível do músculo e, por isso, a um aumento da massa muscular - com o inerente aumento da força muscular. Esta ausência de modulação da sín-

tese proteica pode conduzir a uma hipertrofia desregulada de determinados órgãos, com os inerentes malefícios orgânicos que daí podem advir.

### DIURÉTICOS E OUTROS AGENTES MASCARANTES

Os diuréticos são substâncias que aumentam a formação de urina pelos rins. Em medicina, são usados para controlar a hipertensão arterial, para diminuir edemas ou para combater a insuficiência cardíaca congestiva (doença originada pela falência do coração), entre outras.

A utilização destas substâncias visando estratégias de dopagem pode ser motivada habitualmente por duas razões:

- Reduzir rapidamente o peso corporal em desportos em que há categorias de peso. O boxe, o judo, o halterofilismo e o remo são exemplos destes desportos. No culturismo, os diuréticos são usados como forma de “secar” os músculos, que assim terão melhor aspecto e definição;
- Aumentar a excreção urinária e assim eliminar mais rapidamente eventuais substâncias proibidas que tenham sido utilizadas, obtendo deste modo um efeito mascarante.

Estas substâncias podem ocasionar sérios efeitos secundários, como a ocorrência de graves perturbações do ritmo cardíaco por alterações do metabolismo do potássio que podem conduzir à morte, perturbações do equilíbrio hídrico por perda exagerada de líquidos, que pode ser grave em condições adversas de arrefecimento orgânico, dando origem a desidratação. Podem também causar alterações no metabolismo glucídico, com tendência para a hiperglicémia, conduzir a níveis elevados de ácido úrico no sangue e provocar alterações no metabolismo do cálcio e sódio que podem predispor os praticantes desportivos a lesões desportivas.

### Estimulantes

Os estimulantes são substâncias que têm um efeito directo sobre o sistema nervoso central, aumentando a estimulação do sistema cardíaco e metabólico. Como exemplos de estimulantes utilizados para aumentar o rendimento desportivo temos as anfetaminas, a cocaína e as efedrinas.

Os estimulantes são usados para conseguir os mesmos efeitos da adrenalina, substância que é segregada naturalmente pelo organismo, produzindo excitação, melhorando os reflexos, aumentando a capacidade de tolerância ao esforço físico e diminuindo o limiar da dor.

Os estimulantes psicomotores, como é o caso das anfetaminas e substâncias similares, provocam uma perda de discernimento, o que pode favorecer em certas modalidades a ocorrência de acidentes envolvendo terceiros. Têm sido responsáveis por graves acidentes e mesmo mortes durante a actividade desportiva, pois ao provocarem a supressão da sensação de fadiga retiram ao organismo o seu “termóstato”, fazendo com que o praticante desportivo prossiga o esforço ultrapassando os limites superiores das suas capacidades fisiológicas. Logo após a ingestão de an-

fetaminas, 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 actividades sociais diárias.

As aminas simpaticomiméticas, como é o caso das efedrinas, fazem parte da constituição de diversos medicamentos utilizados para tratamento de resfriados, constipações e gripes e outras doenças do foro respiratório. Para estas substâncias, a Agência Mundial Antidopagem definiu limites de positividade em termos de concentrações urinárias que estão descritos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos, para que a sua utilização em doses terapêuticas não origine uma violação de uma norma antidopagem.

Em doses supra-terapêuticas, estas substâncias podem provocar dores de cabeça, aumento da ansiedade, alterações do ritmo cardíaco e convulsões. Podem igualmente, em casos mais graves, conduzir a crises hipertensivas,

hemorragias cerebrais, enfartes do miocárdio, arritmias cardíacas graves, que podem ser mortais, bem como a alterações psíquicas.

A cocaína é outra das substâncias estimulantes que pode causar a morte em competição, por provocar espasmo das artérias coronárias com o surgimento de enfarte do miocárdio. De resto, os seus efeitos adversos são muito semelhantes aos das anfetaminas, com o surgimento do perigo de viciação, de alterações psíquicas graves, da inibição da percepção de dor e fadiga, de agressividade, entre outros. Quando se verifica num praticante desportivo uma violação de uma norma antidopagem pela utilização de cocaína, verifica-se sempre a dúvida sobre qual foi a origem do problema: se o praticante desportivo iniciou a utilização de cocaína para aumento do seu rendimento desportivo, o que se verifica sobretudo nas modalidades que exigem esforços explosivos momentâneos ou num período muito específico da competição ou se iniciou a administração por motivos de ordem social, adquiriu a dependência e por isso não consegue realizar a sua actividade desportiva sem recorrer a essa substância.

### Narcóticos

Os narcóticos proibidos no desporto estão representados pela morfina e compostos químicos e farmacológicos análogos, derivados do ópio. Actuam ao nível do sistema nervoso central, diminuindo a sensação de dor por aumento do limiar da mesma. São por isso utilizados para mascarar a sensação de dor e as manifestações da fadiga.

Estas substâncias podem ocasionar alguns efeitos secundários como náuseas, vômitos, tonturas, prisão de ventre, cólicas abdominais e também originar perturbações mais graves com risco de dependência física e psíquica (viciação), delírio e mesmo a morte por paragem respiratória. Ao inibirem as manifestações da fadiga, podem conduzir a que o praticante desportivo ultrapasse os seus limites fisiológicos, pondo em risco a sua vida.

### Canabinóides

Os canabinóides encontram-se descritos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem porque preenchem dois dos três critérios definidos pelo Código Mundial Antidopagem para que uma substância possa ser proibida no desporto: lesam ou têm potencial para lesar a saúde e violam o espírito desportivo. Na grande maioria das modalidades desportivas, a utilização dos canabinóides não preenche o terceiro critério: aumentar, ou ter o potencial para aumentar, o rendimento desportivo. No entanto, em algumas modalidades onde é importante um controlo da ansiedade ou onde é fundamental o aumento da prontidão desportiva, estas substâncias podem na realidade aumentar o rendimento desportivo.

A prontidão desportiva consiste num conjunto de factores necessários para que uma determinada actividade desportiva possa ser realizada. Por exemplo, numa actividade que implica um risco e que por isso conduz a

um certo receio por parte do praticante desportivo em relação à sua realização, o uso de canabinóides - ao desinibir o praticante - pode aumentar o rendimento desportivo e simultaneamente aumentar o risco de acidentes.

Estas substâncias interferem com a maior parte das funções psicomotoras, tais como a coordenação de movimentos, tempo de reacção, percepção e acuidade visual, que podem prejudicar o desempenho desportivo e predispor para a lesão desportiva. Nos desportos motorizados, nas actividades subaquáticas, na escalada ou em outras actividades desportivas de risco, estes efeitos secundários podem representar um risco de acidentes graves ou mesmo mortais. Em alguns desportos motorizados, por exemplo, esse risco estende-se a outros competidores, pessoas envolvidas na organização do evento desportivo e ao próprio público. Os canabinóides podem originar igualmente dependência física e psíquica, conduzindo também à possibilidade de utilização futura de drogas sociais mais graves.

## Glucocorticosteróides

Estas substâncias possuem uma acção anti-inflamatória muito potente e por isso são utilizadas pelos praticantes desportivos para facilitar a recuperação muscular, para mascarar a sensação de dor e para a obtenção de um efeito euforizante. A realização de actividades desportivas de elevada exigência muscular, principalmente quando implicam uma actividade excêntrica dos músculos, conduz a danos ao nível da célula muscular, pondo em causa a recuperação desportiva, especialmente em competições disputadas em dias consecutivos. Neste tipo de actividades, a utilização de glucocorticosteróides, embora possa na realidade combater os fenómenos micro-inflamatórios instalados a nível muscular, mascara a sensação de dor motivada pelos danos a nível da célula muscular, levando a que haja uma falsa sensação de recuperação muscular.

A utilização destas substâncias é proibida no desporto, excepto quando em preparações tópicas, por inalação ou por via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural e intradérmica. Nalguns destes casos, no entanto, é necessária uma notificação à organização antidopagem relevante.

O uso continuado destas substâncias pode ocasionar efeitos adversos graves, como úlceras gastro-duodenais com hipótese de hemorragia digestiva por perfuração, predisposição para a diabetes e para a osteoporose, aparecimento de alterações psíquicas, cataratas, predisposição para o aparecimento do glaucoma e da insuficiência supra-renal.

A insuficiência supra-renal pode levar à morte por défice de resposta do organismo a situações de elevado stress, como uma intervenção cirúrgica ou uma infecção grave. Estudos científicos realizados em praticantes desportivos profissionais demonstraram que cerca de 5 a 6 % deles apresentavam níveis de cortisol no sangue abaixo dos valores considerados normais. Como este facto indicia a possibilidade de existência de uma insuficiência supra-renal, alguns destes praticantes disponibilizaram-se

para serem submetidos a uma prova de Synacten® para diagnóstico daquela insuficiência. Em cerca de metade dos praticantes que foram submetidos a essa prova foi diagnosticada insuficiência supra-renal crônica, com o correspondente risco de consequências graves para a saúde já referidas. Esta insuficiência só pode ter resultado de uma administração regular e continuada destas substâncias. No entanto, mesmo a administração pontual desta substância - por exemplo uma dose única de infiltração intra-articular - pode igualmente conduzir à insuficiência supra-renal aguda, 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 actividades de precisão ou que são influenciadas negativamente pela ansiedade. Estas substâncias só são, por isso, proibidas em alguns desportos em particular.

Algumas destas substâncias podem provocar alterações do sono, alucinações e depressão. Em asmáticos e pessoas com problemas da condução cardíaca, podem provocar agravamento da asma ou mesmo paragem cardíaca. Podem igualmente provocar alterações do perfil lipídico, predispondo o praticante desportivo a doenças cardiovasculares, quando a sua utilização é prolongada no tempo. Em praticantes desportivos diabéticos, pode encobrir os sinais de hipoglicemia, conduzindo à morte.

### Métodos de incremento do transporte de oxigénio

Estes métodos podem integrar não só a dopagem sanguínea, onde se incluem as transfusões sanguíneas e os produtos eritrocitários de qualquer origem, mas também todos os métodos que provoquem um incremento artificial da captação, transporte ou libertação de oxigénio, excluindo a administração de oxigénio por via inalatória.

Estes métodos de dopagem podem provocar efeitos adversos nos praticantes desportivos, quer se trate da transfusão do seu próprio sangue (autotransfusão) ou do sangue de outro indivíduo (heterotransfusão). No caso da autotransfusão, o praticante desportivo pode estar predisposto a infecções sanguíneas, embolia gasosa, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e choque. Nas heterotransfusões, para além das situações referidas anteriormente, o praticante desportivo arrisca-se à transmissão da Hepatite B e C e do HIV, assim como à possibilidade de hemólise (destruição brusca dos glóbulos vermelhos por reacções de incompatibilidade A, B, O e Rh). Qualquer uma destas situações pode provocar a morte do praticante desportivo. Estes riscos, embora possam existir em

qualquer transfusão sanguínea realizada em ambiente hospitalar, têm um risco acrescido na sua utilização como métodos de dopagem. Esse risco acrescido deve-se ao facto de estas transfusões não serem realizadas em ambiente hospitalar e por pessoal com formação adequada, sendo muitas vezes realizadas em quartos de unidades hoteleiras por pessoas não credenciadas e recorrendo a unidades de sangue que não obedecem aos procedimentos de identificação, conservação e transporte adequados.

Todos os métodos que possam provocar um incremento artificial da captação, transporte ou libertação de oxigénio podem ser extremamente importantes na intervenção em situações patológicas em que haja a necessidade de repor os níveis normais de oxigénio. No entanto, quando utilizados em praticantes desportivos que já possuem uma capacidade de captação, transporte e libertação de oxigénio superior à do cidadão comum, a utilização desses métodos pode conduzir a um aumento da produção de radicais livres de oxigénio.

Os radicais livres de oxigénio são formados a partir deste elemento por adição de um simples electrão e representam substâncias muito 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 eritropoetina por

células não renais, ou visando o aumento da síntese proteica a nível muscular, são exemplos de técnicas que podem ser, ou vir a ser, utilizadas.

A eficácia da dopagem genética no aumento do rendimento desportivo não está comprovada cientificamente, existindo a possibilidade de os praticantes desportivos serem aliciados para a utilização deste método de dopagem a troco de verbas elevadas, sem que haja a garantia que elas são eficazes e seguras. Antes dos Jogos Olímpicos de Pequim, uma televisão europeia infiltrou um pseudo-praticante desportivo equipado com uma câmara oculta numa clínica chinesa onde alegadamente se utilizavam técnicas de dopagem genética. O director dessa clínica ofereceu ao jornalista a possibilidade de realizar um tratamento com administração intravenosa de células estaminais, visando o aumento do rendimento desportivo, quando se sabe que não há qualquer evidência científica de que essa administração possa conduzir a esse resultado.

A investigação científica sobre estas técnicas tem revelado que mesmo que elas sejam realizadas em meio laboratorial, e por isso em condições ideais, podem resultar em efeitos secundários graves, que serão muito mais sérios se estas técnicas forem realizadas em ambiente não controlado. Por exemplo, são habitualmente utilizados vírus inactivados como meios de transporte do material genético utilizado nestas técnicas, o que em meio não controlado poderá traduzir-se em riscos muito graves para a saúde. A maioria das técnicas de manipulação genética visa a alteração do material genético de células e a estimulação da sua replicação, sem que no entanto existam mecanismos que controlem esses processos. Este facto leva a que em alguns casos se verifique uma maior predisposição para o aparecimento de neoplasias em pessoas submetidas a manipulação genética. O aumento da produção de eritropoietina por células não renais, através da manipulação genética, conduz aos mesmos efeitos secundários da administração da eritropoietina recombinante.

Para além dos efeitos secundários acima descritos e de outros que já foram identificados, existem eventualmente outros que apenas serão identificados no futuro, pois neste momento e devido a tratarem-se de técnicas muito recentes, não existem estudos longitudinais que permitam garantir a segurança de algumas destas técnicas.

**Em conclusão**, e por tudo aquilo que acima se referiu, não restam dúvidas em relação aos graves malefícios orgânicos que as substâncias proibidas podem provocar nos praticantes desportivos, justificando isto só por si todos os esforços que os organismos internacionais e nacionais fazem para a prevenção da sua utilização.

A divulgação dos malefícios a curto e a longo prazo das substâncias proibidas deve constituir o pilar principal de acções preventivas do combate à dopagem dirigidas a todos os agentes influentes no fenómeno desportivo (praticantes desportivos, treinadores, dirigentes, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, massagistas, etc.).

## ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiache, A.E. Surgical treatment of gynecomastia in the body builder. *Plastic and reconstructive surgery* 83:61-66, 1989.

Ajinomoto C., Athletic drink composition containing branched amino acids. *JPN. Kokai Tokkyo Koho*. 58: 165-774, 1983.

Appelby et al. Myocardial infarction, hyperkalaemia and ventricular tachycardia in a young male body builder. *International Journal of Cardiology*, 44(2): 171-174, 1994.

Arcelli E., Il ruolo dell'alimentazione negli sport di forza. *Quad. Tec. Atlet. Leg.*, 1982.

Bagheri S.A., Boyer J.L., Peliosis hepatis associated with androgenic anabolic steroid therapy, *AM. Int. Med.* 81: 610, 1974.

Banadonna R.C., Saccomani M.P., Cabelli C. et al., Effect of insulin on system. Amino acid transport in human skeletal muscle. *J. Clin. Invest.* 91: 514-521, 1993.

Berra B., L'uso di integratori proteici, nella dieta dello sportivo. *Quad. Equipe Enervit*, 2 (suplemento). 57-59., 1988.

Bolding G., Sherr L., Elford J., Use of anabolic steroids and associated health risks among gay men attending London gyms. *Addiction* 97: 195-201, 2002.

Bonnet N., Brunet-Imbault B., Arlettaz A., Horcajada M.N., Collomp K., Benhamou C.L., Courteix D., Alteration of trabecular bone under chronic  $\beta_2$  agonists treatment. *Med. Sci Sports Exerc.*, Vol.37,Nº.9, pp. 1493-1501, 2005.

Breda E.Van., Keizer H.A., Kuipers H., Wolffenbuttel B.H.R., Androgenic anabolic steroid use and severe hypothalamic-pituitary dysfunction: a case study. *Int. j. Sports Med.* 24: 195-196, 2003.

Brotherhood J.R., Protein requirements of athletes. *Excel*. 3 (4): 24-25, 1987.

Casadevall N. et al. Pure red-cell aplasia and antierythropoietin antibodies in patients treated with recombinant erythropoietin. *N. Engl. J. Med.* Feb 14;346(7):469-75, 2002.

Chen Z.D. Growth, exercise, nutrition and fitness in China. In: Shepard R.J., Parizkova J. (Eds): *Human Growth, Physical Fitness and Nutrition*. Med. Sport Sci. Basel, Karger. Vol 31: 19-32, 1991.

Chrostowski K., Kozera J., Grucza R.. Medical consequences of anabolic steroids abuse. *Biology of Sport*. Vol.17,n.º2,2000.

Clark N., Recovering from exhaustive exercise. *Schol. Coach*. 52 (9): 49-50, 1983.

Cohen J.C., Hickman R., Insulin resistance and diminished glucose tolerance in power lifters ingesting anabolic steroids, *J. Clin. Endoc. Met.* 64: 960-963, 1987.

Connet G., Lenney W. “Inhaled budesonide and behavioural disturbances”, *Lancet*, 338:634-635,1991.

Conselho da Europa, Carta Europeia contra a dopagem no Desporto, Edição da Direcção Geral dos Desportos 1985.

Council of Europe, Clean Sport Guide. Advisory Group on Education of the Monitoring Group of the Council of Europe Anti-Doping Convention,1995

Creach T.M., Rubin A., Evans D.J., Hepatic tumors induced by anabolic steroids in an athlete. *J. Clin. Pat.* 41: 441-443, 1988.

Cregler, L.L. Substance abuse in sports: the impact of cocaine, alcohol, steroids and other drugs on the heart. In: R.A. Williams (ed). *The athlete and heart disease*. Lippincott Williams and Wilkins, 144-145, 1998.

Duclos M. “Laboratoire Neurogénétique et stress”, INSERM U471. Communication sent on 20/12/2003 by e-mail taken up again in the document T-DO (2004) Inf 5 of the Council of Europe (Results submitted for publication).

Ferenchick G.S.. Anabolic androgenic steroid abuse and thrombosis – Is there a connection? *Med. Hypoth.* 35(1):27-31, 1991.

Fogelhom M., Rankinem T., Isokääntä M., Kujala U., Uvsitupa 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-hypophyso-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., Egloff M., Marquet P., Chasain A.P., Galen F.X., Habrioux G. “Effets de la dexaméthasone sur les hormones surrénaliennes chez le sujet sain à l’effort”, *Science Sports*, 12 :99-114,1997.

Lewis L.D., Cochrane G.M. “Psychosis in a child inhaling budesonide”, *Lancet*, ii, 634.1983.

Liow, R.Y., Tavares, S. Bilateral rupture of the quadriceps associated with anaboli steroids. *British Journal of Sports Medicine* 29(2):77-79, 1995.

Malina R., Bouchard C.. Energy and nutritional requirements. In: *Growth, Maturation and Physical Activity*. Human Kinetics, 21: 353-370, 1991.

Marshall J.C., The gut is a potencial trigger of exercise – induced inflammatory reponses . *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 76: 479-484, 1998.

Maxwell D.L. “Adverse effects of inhaled corticosteroids”, *Biomed. Pharmacother.*,44:4214-27,1990.

McFeem R.B., Caracciom T.R., McGuigan M.A., et al. Dying to be thin: a dinitrophenol related fatality. *Vet. Hum. Toxicol.* 46: 251-254, 2004.

Mecheret R. B., Walder A. A.. Cardiovascular effects of anabolic-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 nutritinal 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, N°. 4, pp. 644-651, 2006.

Parssinen M., Karila T., Kovanen V., et al. **The effect of supraphysiological doses of anabolic androgenic steroids on collagen metabolism.** *Int. J. Sports Med.* 26: 259-261, 1993.

Parssinen M., Seppala. Steroid use and long-term health risks in former athletes. *Sports Med.* 32: 83-94, 2002.

Piazza P.V., Maccari S., Deminière J.M., Le Moal M., Mormède P., Simon H. "Corticosterone levels determine individual vulnerability to amphetamine self-administration", *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 88:2088-2092,1991.

Pope H., Katz D.L., Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use: a controlled study of 160 athletes. *Arch. Gen. Psychiatry* 51: 375-382, 1994.

Pope,H.G., Katz, D.L. Psychiatric effects of anabolic steroids. *Psychiatric Annals* 22:24-49, 1992.

Pye S.R., Adams K.R., Hasley J.P., Klimiuk P., Knight S.M., Pal B., Selby P.L., Stewart I.M., Swinson D.R., O'Neill T.W. "Frequency and causes of osteoporosis in men", *Rheumatology*,42:810-811,2003.

Refsum H.E., Gjessing L.R., Stroemme S.B., Changes in plasma amino acid distribution and urine amino acids excretion during prolonged heavy exercise. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 39: 407, 1987.

Rich J.D., Dickinson BP., Feller A., Pugatch D., Mylonakis E., The infections complications of anabolic-androgenic steroid injection. *Int. J. Sports Med.* 20:563-566, 1999.

Roberts J.T., Essenhigh D.M., Adenocarcinoma of prostate in 40-year-old body builder. *Lancet.* 2: 742, 1987.

Schumacher Y.O., Ashenden M., Doping with artificial oxygen carriers. *Sports Med.* 34 (39): 141-50, 2004.

Shapiro H.. The non-sport use of prohibited anabolic and androgenic substances: Clinical aspects, Council of Europe, Partial Agreement in the Social and Public Healthfield, August, 1998.

Silvester L.J., Self-perceptions of the acute and long-range effects of anabolic-androgenic steroids, *J. Strength Cond.* 9: 95-98, 1995.

Sleeper M.M., Kearns C.F., McKeever K.H., Chronic clenbuterol administration negatively alters cardiac function. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol.34, N°.4, pp. 643-650, 2002.

Stannard J., Bucknell, A.L.. Rupture of triceps tendon associated with steroid injections. *American Journal of Sports Medicine* 21(3):482-485, 1993.

Stone A.M., Stein T., LaFontaine J., et al. Renal vascular effects of stroma and stroma-free hemoglobin. *Surg. Gynecol Obster.*1979.

Strauss R.H., Liggett M.T., Lanese R.A., Anabolic steroid use and perceived effects in ten weight – trained women athletes. *J. Amer. Med. Assoc.* 253: 2873,1985.

Street c., Antonio J., Cudlipp D., Androgen use by athletes: A reevaluation of the health risks. *Can. J. Appl. Physiol.* 21(6): 421-440, 1996.

Sweetman S. C.. Martindale. The complete drug reference (33rd Edition). Pharmaceutical Press, 2002.

Sweetman S. C.. Martindale. The complete drug reference (33rd Edition). Pharmaceutical Press, 2002.

United States Departement of Health, Education and Welfare. Dietary intake source data, United States, 1971–1974 (DHEW Publication n°. PHS 79-1221). Washington, DS: U.S. Departement of Health, Education and Welfare, 1979.

Veríssimo M.T. Metabolismo lípidico e exercício físico. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Edição do Autor, 1994.

WADA World Anti-Doping Code, January 2009.

Wakabayashi T., Hayakawa N., Shigematsu T., Infusions containing reduced sugars, amino acids, and electrolytes. *JPN. Kokai Tokkyo Koho*. 30: 523, 1986.

Webb O.L., Laskarzewski P.M., Clueck G.J., Severe depression of high-density lipoprotein cholesterol levels in weight lifters and bodybuilders by self-administered exogenous testosterone and anabolic-androgenic steroids. *Metabolism*. 33: 971-975, 1984.

Williams C.. Nutritional aspects. In: *Handbook of Sports Medicine and Science – Football (Soccer)*. Björn Ekblom (Eds). Blackwell Scientific Publications. 11: 139-157, 1994.

Winkler U.H.. Effects of androgens on haemostasis. *Maturitas*. 24:147-155, 1996.

Wong J., Black P. “Acute adrenal insufficiency associated with high dose inhaled steroids”, *Br. Med. J.*, 304:1415,1992.

Yesalis et al. Anabolic – androgenic steroid use in the United States. *JAMA*. 270:1217-1221, 1993.

Zhous., Murphy J.E., Escobedo J. A., Dwarki V.J.. Adeno-associated virus-mediated delivery of erythropoietin leads to sustained elevation of haematocrit in nonhuman primates. *Gene Therapy*, 5:665-670, 1998.

# Suplementos Nutricionais

## PERGUNTAS E RESPOSTAS

### **Porque é que a utilização de suplementos pelos praticantes desportivos representa um problema?**

Em muitos países, a produção de suplementos nutricionais não está adequadamente regulada pelo governo. Isto significa que os ingredientes que compõem o produto poderão não corresponder aos que são mencionados na informação contida na embalagem. Em alguns casos, nas substâncias não declaradas que entram na composição do suplemento, encontram-se substâncias proibidas segundo os regulamentos antidopagem. Estudos demonstraram que pelo menos 20 % dos suplementos destinados a praticantes desportivos à venda no mercado, podem conter substâncias que não estão mencionadas nos rótulos, mas podem dar origem a um caso positivo. Um número considerável de casos positivos tem sido atribuído ao uso de suplementos.

### **E no caso de o governo ter legislação adequada e devidamente aplicada?**

Mesmo nos países onde a indústria de suplementos está correctamente regulada e a lei é devidamente aplicada, a contaminação – que accidental, quer deliberada – pode mesmo assim acontecer.

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

A AMA defende que uma adequada nutrição é muito importante para os praticantes desportivos que competem a nível internacional. A AMA está igualmente muito preocupada com o número de praticantes desportivos que estão interessados em utilizar suplementos, tendo um conhecimento diminuto sobre quais os benefícios que na realidade podem resultar da sua ingestão e do facto de poderem ou não conter substâncias proibidas. Em suma, o facto de um praticante desportivo ter ingerido um suplemento nutricional cuja informação contida no rótulo não era correcta não representa uma forma adequada de defesa no decurso de uma audição de um procedimento disciplinar relativo a um caso positivo. Os praticantes desportivos deverão estar alertados para os perigos da potencial contaminação dos suplementos e dos efeitos do princípio da responsabilidade objectiva.

No ano 2000, a Comissão de Atletas do Comité Olímpico Internacional emitiu uma declaração similar à anterior, que referia: “Desejamos alertar

os praticantes desportivos de todo o mundo para o facto de estudos recentes terem demonstrado que os suplementos podem conter drogas, que conduzirão a casos positivos para substâncias que integram a Lista de Substâncias Proibidas. Além disso, nós como Comissão defendemos com veemência que os praticantes desportivos deverão assumir total responsabilidade por todas as drogas que são encontradas no seu organismo devido à utilização de suplementos nutricionais.

## **O que acontece se um praticante desportivo tem um caso positivo por ingerir um suplemento?**

De acordo com a regra da responsabilidade objectiva, os praticantes desportivos são responsáveis por qualquer substância que seja encontrada no seu organismo. É irrelevante a forma como a substância entrou no seu organismo. Se um praticante desportivo tem um caso positivo, o resultado é a desclassificação e uma possível sanção ou suspensão. Em última análise, os praticantes desportivos são responsáveis por aquilo que ingerem.

## **E se um praticante desportivo necessita realmente de utilizar um suplemento?**

Os praticantes desportivos que acreditam que têm necessidade de utilizar um suplemento devem, antes de mais, consultar um profissional competente, tal como um nutricionista do desporto ou um médico especialista em medicina desportiva, de forma a assegurarem-se que a prescrição desses suplementos é, na realidade, necessária e que não pode ser substituída pela ingestão normal de alimentos. Se os profissionais supracitados aconselharem a utilização de suplementos, eles deverão ser adequados às necessidades dos praticantes desportivos e seguros para a sua saúde, e os praticantes desportivos deverão ingeri-los com conhecimento pleno e aceitação da regra da responsabilidade objectiva.

Em 2003, o Grupo de Trabalho sobre Nutrição do Comité Olímpico Internacional emitiu um documento em relação à sua posição face à utilização de suplementos pelos praticantes desportivos: “Os praticantes desportivos devem ser alertados em relação à utilização indiscriminada de suplementos nutricionais. Os suplementos que forneçam nutrientes essenciais poderão ter um papel importante quando existam restrições na ingestão alimentar ou na diversidade dessa ingestão. Mas a sua utilização visando um adequado aporte nutricional é normalmente apenas uma opção de curto prazo. A utilização de suplementos não compensa as falhas de uma dieta inadequada. Os praticantes desportivos que pretendam utilizar suplementos deverão levar em consideração a sua eficácia, o seu custo, o risco para a saúde e rendimento desportivo, e o seu potencial efeito como causa de um caso positivo.

## Que mais deverão saber os praticantes desportivos sobre os suplementos?

A maioria dos produtores de suplementos publicitam efeitos benéficos dos seus produtos, que não estão validados por resultados de investigação científica, e raramente alertam os consumidores para os potenciais efeitos secundários dos mesmos. A indústria dos suplementos tem, como qualquer indústria, objectivos comerciais e desse modo os praticantes desportivos deverão receber o apoio necessário de forma a poderem distinguir as estratégias comerciais da realidade dos factos. Se os praticantes desportivos decidirem utilizar um suplemento, são aconselhados a adquirirem produtos de empresas que tenham uma boa reputação no mercado e utilizem boas práticas de produção, como por exemplo grandes empresas farmacêuticas multi-nacionais. Os praticantes desportivos podem contactar os produtores para obtenção de informação suplementar ou de preferência deverão solicitar ao seu médico para os contactar em seu nome. Como alertas em geral:

- » Suplementos que publicitam propriedades de “aumentar a massa muscular” ou de “queimar gordura” têm maior risco de conterem substâncias proibidas, tais como agentes anabolisantes ou estimulantes.
- » As designações “produto herbanário” e “natural” não significam necessariamente que o produto é seguro.
- » As seguintes substâncias são exemplos de substâncias proibidas que podem estar em suplementos nutricionais:
  - » Dehidroepiandrosterona (“DEHA”);
  - » Androstenediona/Androstenediol (e variações incluindo “19” e “nor”);
  - » Efedrina;
  - » Anfetamina(s) (também existentes em drogas sociais como o “ecstasy”).
- » As vitaminas e os minerais não são proibidos, mas os praticantes desportivos são aconselhados a utilizarem produtos de empresas reputadas e a evitarem produtos que associem vitaminas e minerais a outras substâncias.
- » O mercado negro e os produtos não rotulados deverão representar um cuidado particular; os praticantes desportivos não deverão usar nada que tenha uma origem desconhecida mesmo que venha de um treinador ou de um praticante desportivo amigo.
- » Ao comprar suplementos através da internet, os praticantes desportivos deverão evitar empresas que não fornecem o seu endereço comercial, para além de uma caixa postal, ou só forneçam contactos que previnam a sua localização, tal como um endereço electrónico.

**Nota** – mesmo se um praticante desportivo seguir estes alertas, não há garantia que a toma de um suplemento não possa resultar num caso positivo.

## O que está a ser feito para minimizar os problemas causados pela utilização de suplementos?

A AMA, em cooperação com o *Canadian Centre for Ethics in Sport*, o *Canadian Olympic Committee* e o *Sport Canada*, organizaram recentemente em Montreal um simpósio para debater as consequências do uso e abuso de suplementos nutricionais por praticantes desportivos. Os participantes de organizações do desporto, das agências nacionais antidopagem, das áreas médica e científica, da indústria e dos governos em conjunto com praticantes desportivos de elite e treinadores discutiram e realizaram recomendações específicas para acções a desenvolver a curto, médio e longo prazo. Essas recomendações incluem:

- » Acordo em relação a uma definição comum de suplementos nutricionais;
- » Implementação de um programa coordenado de investigação, para identificar quais os suplementos que estão a ser utilizados pelos praticantes desportivos e porque razões;
- » Estabelecimento de uma base de dados sobre todos os suplementos existentes no mercado, para assegurar o acesso a toda a informação disponível e segura sobre esses produtos;
- » Considerar a possibilidade de existência de um programa de auto-regulação visando o incremento da qualidade, a minimização da contaminação e a garantia de uma rotulagem adequada. Normas rigorosas e a realização de auditorias e controlos independentes por terceiros são aspectos importantes desse programa;
- » Publicação pelos governos de regulamentos apropriados destinados à indústria, de modo a garantir as suas responsabilidades em termos de saúde pública, para a protecção dos consumidores, e de educação;
- » Organização de um simpósio, de forma a assegurar que as recomendações foram concretizadas e para a coordenação de acções inter-ventivas.

Informações sobre o simpósio e sobre as recomendações para acção podem ser encontradas no sítio da AMA na internet em [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)

# Links para Sítios Relevantes

## NACIONAIS

Instituto do Desporto de Portugal, I.P.

[www.idesporto.pt](http://www.idesporto.pt)

Secretaria de Estado da Juventude e do Desporto

[www.sejd.gov.pt](http://www.sejd.gov.pt)

Comité Olímpico de Portugal

[www.comiteolimpicoportugal.pt](http://www.comiteolimpicoportugal.pt)

Confederação do Desporto de Portugal

[www.cdp.pt](http://www.cdp.pt)

Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva

[www.spmd.pt](http://www.spmd.pt)

## INTERNACIONAIS

Agência Mundial Antidopagem

[www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)

Conselho da Europa (antidopagem)

[www.coe.int/t/dg4/sport/Doping/Default\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg4/sport/Doping/Default_en.asp)

UNESCO (antidopagem)

[www.unesco.org/en/antidoping](http://www.unesco.org/en/antidoping)

Comité Olímpico Internacional

[www.olympic.org](http://www.olympic.org)



# Glossário contendo algumas definições do Código Mundial Antidopagem

**ADAMS:** O Sistema de Administração e Gestão Antidopagem (*Anti-Doping Administration and Management System*) é uma base de dados sediada na Internet destinada ao registo, armazenamento, partilha e comunicação de dados relativos à luta contra a dopagem, que se destina a apoiar as partes interessadas e a Agência Mundial Antidopagem (AMA) nas suas actividades antidopagem, no respeito da legislação relativa à protecção de dados.

**ADULTERAÇÃO:** Modificar com um fim impróprio ou de uma forma imprópria, interferir indevidamente, obstruir, iludir ou ter uma conduta fraudulenta para alterar resultados ou impedir que os procedimentos normais ocorram; ou fornecer informação fraudulenta a uma organização antidopagem.

**AMA:** A Agência Mundial Antidopagem.

**AMOSTRA OU ESPÉCIMEN:** Qualquer material biológico recolhido para efeitos de controlo de dopagem.

**CADEIA DE CUSTÓDIA:** A sequência de pessoas ou organizações que têm a responsabilidade pela amostra desde a sua colheita até à sua recepção para análise.

**CÓDIGO:** O Código Mundial Antidopagem.

**COMITÉ OLÍMPICO NACIONAL (CON):** A organização reconhecida pelo Comité Olímpico Internacional. A expressão Comité Olímpico Nacional deverá também abranger a Confederação Nacional do Desporto naqueles países em que a Confederação Nacional do Desporto assume responsabilidades relativas à área da Luta Contra a Dopagem que tipicamente competem ao Comité Olímpico Nacional.

**COMPETIÇÃO:** Uma corrida, jogo, partida ou competição desportiva. Por exemplo, um jogo de basquetebol ou a final olímpica dos 100 metros no atletismo. Para corridas por etapas e para outras competições atléticas em que os prémios sejam atribuídos numa base diária ou de uma outra forma específica, a distinção entre “competição” e “evento” será a resultante da regulamentação da federação internacional respectiva.

**CONSEQUÊNCIAS DE UMA VIOLAÇÃO DE UMA NORMA ANTIDOPAGEM:** A violação de uma norma antidopagem por um praticante desportivo ou por

outra pessoa pode resultar numa, ou mais, das seguintes consequências: (a) Desqualificação: significa que são invalidados os resultados obtidos por um praticante desportivo numa dada competição ou evento, com todas as correspondentes consequências, incluindo a cassação de medalhas, pontos ou prémios; (b) Suspensão: significa que o praticante desportivo, ou uma outra pessoa, é impedido por um determinado período de tempo de participar em qualquer competição ou outra actividade ou de receber financiamento, de acordo com o estabelecido no Artigo 10.9 do Código Mundial Antidopagem; e (c) Suspensão Provisória: significa que o praticante desportivo, ou uma outra Pessoa, é impedido temporariamente de participar em qualquer competição até à decisão final de um procedimento realizado ao abrigo do Artigo 8 do Código Mundial Antidopagem (Direito a uma Audição Justa).

**CONTROLO DE DOPAGEM:** Todas as etapas e processos, desde o planeamento dos controlos à última decisão sobre um recurso, incluindo todos os passos intermédios, tais como a informação sobre a localização, a colheita e processamento das amostras, as análises laboratoriais, as autorizações de utilização terapêutica, a gestão de resultados e as audições.

**CONTROLO DIRIGIDO:** Selecção de praticantes desportivos para controlo em que praticantes desportivos específicos ou grupos de praticantes desportivos são, num dado momento, seleccionados numa base não aleatória para controlo.

**DENSIDADE URINÁRIA ADEQUADA PARA ANÁLISE:** Densidade Urinária de valor igual ou superior a 1.005 se medida com um refractómetro, ou igual ou superior a 1.010 se medida com tiras.

**DESporto DE EQUIPAS:** Um desporto em que a substituição de jogadores é permitida durante a Competição.

**EM COMPETIÇÃO:** Excepto quando assim determinado pela regulamentação de uma federação internacional ou da organização nacional antidopagem relevante, “Em competição” corresponde ao período que se inicia doze horas antes do início de uma competição em que o praticante desportivo está inscrito e que termina com o final dessa competição e do procedimento de recolha de amostras relativo a essa competição.

**ESCOLTA:** Uma pessoa que é treinada e autorizada pela organização antidopagem para executar uma função específica, incluindo uma ou mais das seguintes: notificação do praticante desportivo seleccionado para o controlo de dopagem; acompanhamento e observação do praticante desportivo até à chegada à estação de controlo de dopagem; e/ou testemunhar e verificar a emissão da amostra, quando o seu treino o(a) qualifique para o fazer.

**ESTAÇÃO DE CONTROLO DE DOPAGEM:** O local onde a sessão de colheita de amostras irá ser realizada.

**EVENTO:** Uma série de competições individuais realizadas em conjunto sob a égide de um organismo regulamentador (por exemplo, os Jogos Olímpicos, o Campeonato Mundial da FINA ou os Jogos Pan-Americanos).

**EVENTO INTERNACIONAL:** Um evento em que o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paraolímpico Internacional, uma organização responsável pela realização de grandes eventos internacionais, ou outra organização desportiva internacional, regulamentam o evento ou para ele nomeiam representantes oficiais.

**FEDERAÇÃO INTERNACIONAL:** Uma organização internacional não governamental que rege um ou mais desportos a nível mundial.

**FEDERAÇÃO NACIONAL:** Uma organização nacional não governamental que rege um ou mais desportos a nível nacional.

**FORA DE COMPETIÇÃO:** Qualquer controlo de dopagem que não seja realizado em competição.

**GRUPO ALVO DE PRATICANTES DESPORTIVOS:** Grupo de praticantes desportivos de alto nível competitivo estabelecido separadamente por cada federação internacional e pela organização nacional antidopagem respectiva, que são submetidos a controlos de dopagem quer em competição quer fora de competição como parte do planeamento prévio de controlos, quer da federação internacional, quer da organização nacional antidopagem. Cada federação internacional deverá publicar uma lista que identifique quais os praticantes desportivos que pertencem ao Grupo Alvo de Praticantes Desportivos, seja pelo respectivo nome, seja recorrendo a outros critérios específicos e bem definidos.

**LISTA DE SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS PROIBIDOS:** A Lista que identifica as Substâncias Proibidas e os Métodos Proibidos.

**MÉDICOS RESPONSÁVEIS PELO CONTROLO DE DOPAGEM (MRCD):** ver Oficial do Controlo de Dopagem (OCD).

**MENOR:** Uma pessoa física que não atingiu ainda a idade de maioridade, de acordo com o estabelecido nas leis respectivas do seu país de residência.

**NORMA INTERNACIONAL:** Uma norma adoptada pela AMA na prossecução dos objectivos do Código Mundial Antidopagem. A conformidade com uma norma internacional (em oposição a uma norma alternativa, prática ou procedimento) será suficiente para permitir concluir que os procedimentos definidos na norma internacional foram realizados adequadamente. A norma internacional deverá incluir quaisquer documentos técnicos resultantes da norma internacional.

**OFICIAL DO CONTROLO DE DOPAGEM (OCD):** Um oficial que é treinado e autorizado pela organização antidopagem, com a responsabilidade por esta delegada, para ser o responsável no local pela gestão de uma ses-

são de recolha de amostras. Em Portugal, esta responsabilidade é atribuída pela ADoP exclusivamente a médicos, que se designam por Médicos Responsáveis pelo Controlo de Dopagem” (MRCD).

**ORGANIZAÇÃO ANTIDOPAGEM:** Uma organização que é responsável pela adopção de regulamentos visando iniciar e implementar qualquer fase do controlo de dopagem. Incluem-se, por exemplo, o Comité Olímpico Internacional, o Comité Paralímpico Internacional, outras organizações responsáveis pela realização de grandes eventos internacionais que implementem controlos nesses eventos, a AMA, as federações Internacionais e as organizações nacionais antidopagem.

**ORGANIZAÇÃO NACIONAL ANTIDOPAGEM:** A entidade designada por cada país como sendo a principal autoridade e a principal responsável pela adopção e implementação da regulamentação antidopagem, pela recolha das amostras, pela gestão dos resultados e pela audição das partes, a nível nacional. Incluem-se as entidades que possam ter sido designadas por um conjunto de países para operar como organização antidopagem regional para esse conjunto de países. Caso nenhuma entidade tenha sido designada para o efeito num dado país pelas competentes autoridades públicas, a entidade responsável será o Comité Olímpico Nacional do país em causa ou uma entidade por este designada.

**PRATICANTE DESPORTIVO:** Qualquer pessoa que participe no desporto de nível internacional (de acordo com o definido por cada federação internacional), de nível nacional (de acordo com o definido por cada organização nacional antidopagem, incluindo, nomeadamente, os praticantes desportivos registados no respectivo Grupo Alvo de Praticantes Desportivos), qualquer outro praticante desportivo que esteja de algum modo sujeito à jurisdição de qualquer signatário do Código Mundial Antidopagem ou de outra organização desportiva sujeita ao Código. Todas as disposições do Código, incluindo, por exemplo, as relativas ao controlo ou a autorizações de utilização terapêutica, são de aplicação obrigatória aos praticantes desportivos de nível internacional ou nacional. As organizações nacionais antidopagem podem seleccionar para controlo, e aplicar a 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 respectivo Grupo Alvo de Praticantes Desportivos.

**PROGRAMA DE OBSERVAÇÃO INDEPENDENTE:** Uma equipa de observadores, sob a supervisão da AMA, que observa e pode emitir directivas relativamente ao procedimento do controlo de dopagem em determinados eventos e elaborar relatórios relativamente às suas observações.

**RESULTADO ANALÍTICO POSITIVO:** O relatório de um laboratório ou de outra entidade reconhecida pela AMA que, sendo consistente com a Norma

Internacional para Laboratórios e com os respectivos documentos técnicos, identifica numa amostra a presença de uma substância proibida, dos seus metabolitos ou dos seus marcadores (incluindo quantidades elevadas de substâncias endógenas), ou que faz prova da utilização de um método proibido.

**RESULTADO ATÍPICO:** O relatório de um laboratório ou de outra entidade reconhecida pela AMA que requer uma investigação complementar, de acordo com o estabelecido na Norma Internacional para Laboratórios e com os respectivos documentos técnicos, antes de se poder declarar um resultado analítico positivo.

**SELECÇÃO ALEATÓRIA:** Selecção de praticantes desportivos para controlo quando não se trate de controlos dirigidos. A selecção aleatória pode ser: completamente aleatória (quando não se recorre a qualquer critério pré-determinado, e os praticantes desportivos são escolhidos arbitrariamente de uma lista ou de um grupo de nomes de praticantes desportivos); ou ponderada (quando os praticantes desportivos são classificados segundo um critério pré-determinado de forma a aumentar ou diminuir as suas hipóteses de ser seleccionado).

**SEM AVISO PRÉVIO:** Um controlo de dopagem que ocorre sem aviso prévio ao praticante desportivo e em que o praticante desportivo é acompanhado em permanência desde o momento da notificação até à recolha da amostra.

**SUSPENSÃO:** Ver “Consequências de uma Violação de uma Norma Antidopagem”.

**SUSPENSÃO PROVISÓRIA:** Ver “Consequências de uma Violação de uma Norma Antidopagem”.

**SESSÃO DE COLHEITA DE AMOSTRAS:** Todo o procedimento sequencial que envolve directamente o praticante desportivo desde que é notificado até que o praticante desportivo abandona a Estação de Controlo de Dopagem após ter fornecido a sua amostra(s).

---

## Informação **Antidopagem**

**Linha Azul**  
808 229 229

**Fax**  
217 977 529

[antidopagem@idesporto.pt](mailto:antidopagem@idesporto.pt)