

COLEÇÃO

**CARREIRAS
POLICIAIS**

COORDENADORES
EDUARDO FONTES
HENRIQUE HOFFMANN

Paulo Furtado | Pedro Henrique Neves

MEDICINA LEGAL

6ª edição
revista, atualizada
e ampliada

2026

 **EDITORA**
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

CAPÍTULO 12

TOXICOLOGIA FORENSE

12.1. CONCEITOS

A **toxicologia forense** é o ramo da medicina legal que estuda as reações tóxicas e as substâncias químicas causadoras destas reações, bem como os seus efeitos nocivos aos seres vivos.

Droga é toda substância química que inserida no interior do organismo vivo, altera uma de suas funções. Psicotrópico é a substância química que tem de atuação sobre as funções mentais.

Segundo o Comitê de Peritos da OMS, toxicomania é *“um estado de intoxicação crônica ou periódica, prejudicial ao indivíduo e nociva à sociedade, pelo consumo repetido de determinada droga, seja ela natural ou sintética”*.

Para fins penais, o artigo 1º, parágrafo único, da Lei de Drogas, considera drogas as substâncias ou produtos capazes de causar dependência. Desta forma, pode-se entender que nem todas as substâncias contidas na Portaria SVS/MS nº 344 do Ministério da Saúde estão incluídas.

Dependência é o estado de necessidade compulsiva do uso da droga. Classicamente divide-se em física ou psíquica/psicológica. A dependência física é uma adaptação do organismo aos efeitos bioquímicos da droga, causando sintomas extremamente desagradáveis no período de abstenção. Já a psíquica é a necessidade dos efeitos prazerosos proporcionados pela

droga. Há associação dos efeitos prazerosos com o desconforto proveniente do não uso da droga¹.

A literatura médico-legal também se refere à dependência química, que consiste na fusão da dependência psíquica com a física, podendo prevalecer os sintomas de uma ou outra.

Com o uso progressivo da droga, o organismo passa por um processo de **neuroadaptação** que ocasiona tolerância e a síndrome de abstinência, com modificação no sistema de recompensa. O organismo passa a não funcionar normalmente com a ausência da substância. Todas as drogas atuam no sistema dopaminérgico mesolímbico (sistema de recompensa do cérebro), que é o conjunto de neurônios responsáveis pela sensação de prazer, felicidade e euforia.

A **tolerância** é a adaptação física do organismo, de maneira que a tendência é o aumento progressivo da dose para o alcance dos efeitos prazerosos obtidos inicialmente ou a mudança para uma substância mais potente, a fim de continuar mantendo os mesmos níveis de prazer.²

A síndrome de abstinência é caracterizada pelos sintomas desagradáveis proporcionados pelo desuso da droga. Indica dependência.

12.2. CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS PSICOTRÓPICAS DE ACORDO COM SEUS EFEITOS

12.2.1. Depressoras / psicolépticas

São drogas que deprimem (inibem) o sistema nervoso central, provocando sonolência e relaxamento. Diminuem a vigília, a ansiedade, o pânico e reduzem a atividade intelectual, induzindo ao sono. São exemplos: benzodiazepínicos (calmantes), barbitúricos (gardenal), álcool, morfina, ópio, heroína, solvente/inalantes (cola de sapateiro, lança-perfume), entre outras.

-
1. Atualmente, esta divisão em dependência física e psíquica caminha para o desuso, sob o argumento de que o diagnóstico da dependência é uma realidade mais complexa.
 2. A tolerância pode ser natural (defeito enzimático ou seleção natural) ou adquirida. O fenômeno da indução enzimática é responsável pela tolerância adquirida a algumas substâncias. Isto se dá porque algumas substâncias estimulam a síntese de enzimas do sistema de oxidases, responsável pela metabolização delas próprias. Um dos aspectos da dependência é a necessidade de doses maiores para obtenção do mesmo efeito.

12.2.1.1. *Álcool*

É uma substância **depressora** do sistema nervoso central, muito embora a primeira fase da embriaguez dê a impressão de que é uma droga estimulante. Isto acontece porque atua primeiro sobre as áreas corticais, responsáveis pela censura e autocrítica, causando excitação, desinibição, com consequente efeito depressor sobre os centros excitatórios.

Depois de ingerido, o álcool é levado ao fígado através da veia porta, onde atuam as enzimas. Estima-se que 90 a 98% do álcool seja oxidado, enquanto o restante é eliminado pelos rins, pulmões, secreções (suor, leite, saliva) sem ser metabolizado. As enzimas mais importantes são as desidrogenases presentes no citosol (parte líquida do citoplasma dos hepatócitos). Da oxidação resulta acetaldeído (etanal), acetato (ácido etanoico), óxido de carbono e água, em ritmo constante.

O efeito depressor do álcool que explica a lentidão e imprecisão dos atos motores, como movimentos oculares, marcha, aprendizado, concentração e capacidade de raciocínio. O álcool deprime o centro cardiorrespiratório, o que pode levar à morte. Acredita-se que a ação depressora esteja relacionada com os efeitos inibitórios sobre os receptores do ácido gama-aminobutírico (neurotransmissor).

12.2.1.1.1. *Embriaguez alcoólica*

A embriaguez alcoólica, que consiste na intoxicação severa e transitória pela ingestão exagerada de álcool, é composta por três fases sucessivas, as quais apresentam sintomas próprios.

A **primeira fase** é chamada de excitação/do macaco/ subaguda e é marcada pelo comportamento excitado, desinibido e extrovertido, pela atuação nos neurônios corticais.

A **segunda fase**, denominada de confusão/do leão/período médico--legal, é a que geralmente ocorrem os crimes violentos, pois os indivíduos sofrem diminuição das faculdades mentais e comprometimento do autocontrole. Nesta, há embriaguez completa, por isso é chamada também de fase aguda da embriaguez.

Na **terceira fase**, denominada de comatosa/do porco/superaguda/sono, o indivíduo apresenta ausência de reflexos, atonia muscular, pressão baixa (hipotensão), vômitos e até parada respiratória.

ATENÇÃO

Embriaguez alcoólica: intoxicação severa e transitória pela ingestão exagerada de álcool, que altera os padrões comportamentais do indivíduo, podendo progredir até um estado comatoso.

Alcoolemia: refere-se à quantidade de álcool na circulação sanguínea, havendo ou não embriaguez, a depender da quantidade ingerida e da resistência do organismo humano. Sua detecção se dá por meio do teste de bafômetro ou outro exame clínico.

Por fim, é importante destacar que em casos de necropsia com suspeita de embriaguez alcoólica, principalmente em acidentes fatais, recomenda-se que seja o sangue coletado de veias periféricas e bastante calibrosas, como a femoral e a subclávia.

12.2.1.1.2. Alcoolismo crônico

Inicialmente é importante registrar que o **alcoolismo crônico** pode ser considerado uma doença mental para fins de inimputabilidade, assim como a toxicomania. Alguns autores afirmam que a psicose de Korsakoff e o *delirium tremens*³, consequências do alcoolismo crônico, são tão graves que não permitem qualquer atividade, criminosa ou não⁴.

Nesse aspecto, o alcoolismo crônico é a espécie de alcoolismo que ocasiona uma deformação persistente do psiquismo, similar a uma doença mental, em virtude da intoxicação contínua e progressiva do organismo, decorrente do uso habitual da substância.

Essa modalidade de alcoolismo poderá causar as seguintes consequências psíquicas:

- a) **Delírio alcoólico (delirium tremens):** É o estado psicopático, configurado por um quadro de desorientação, que ocasiona alucinações visuais (zoopsias: alucinações com animais minúsculos), ausência de memória, confusão mental, tremor, sudorese, debilidade dos membros inferiores e febre.

3. Psicose de Korsakoff é um distúrbio mental desencadeado pelo consumo abusivo e crônico do álcool. O portador reduz drasticamente a ingestão de alimentos, causando desnutrição. Apresenta ainda quadro de amnésia, alucinações, dificuldade de aprendizado e confabulação. *Delirium tremens* é estado agudo ocasionado pelo consumo de álcool. Apresenta episódio psicótico, inquietação, tremores musculares, febre, confusão.

4. BITTAR, Neusa. *Op. cit.* p. 329.

- b) **Alucinação auditiva aguda:** Caracterizada pelo surgimento de sons inespecíficos, como chiados, zumbidos, ruídos de sinos, roncos, assobios ou vozes que têm as mais variadas características. Há tendências suicida nesse caso.
- c) **Demência alcoólica:** Configurada pela destruição progressiva da personalidade e ataques epiletiformes, decadência moral, familiar e social.
- d) **Dipsomania:** Configurada pelo consumo esporádico de álcool, porém em grande quantidade, de forma impulsiva e irreprimível. Vale destacar que nos intervalos entre as crises o agente não bebe e tem aversão a álcool.
- e) **Psicose polineurítica (síndrome de Korsakoff):** Caracterizada por um quadro clínico de amnésia, desorientação no tempo e no espaço, confabulação e sintomas da polineurite.
- f) **Polineurite:** Há comprometimento de vários neurônios periféricos, de forma degenerativa, configurando uma síndrome sensitivo-motora, representada por parestesias das extremidades, hiperestesias cutâneas, hipoestesia superficial, mialgias, alterações de reflexo, etc.
- g) **Poliencefalite de Wernicke:** Caracterizada por sintomas resultantes de lesões por minúsculos focos hemorrágicos dos nervos cranianos do tronco cerebral. Seus sintomas são: paralisia dos músculos do globo ocular, sintomas trigeminais (nevralgia facial), paralisia dos músculos faciais e, algumas vezes, disфонia, disfasia, tremor da língua e tremores peribucais.

12.2.1.2. *Barbitúricos*

Derivam da malonilureia, sintetizada em 1864 e conhecida como ácido barbitúrico. São apolares e insolúveis em água, mas na forma de sais (barbituratos) são solúveis e absorvidos rapidamente no tubo gastrointestinal.

No Brasil são usados poucos, como o tiopental (anestésico), o fenobarbital (gardenal – antiepilético, hipnótico e sedativo) e o pentobarbital (sedativo).

Depois de absorvidos pelo organismo passam pelo fígado e são metabolizados em duas fases: oxidação e conjugação com o ácido glicurônico, eliminado pela urina.

Os barbitúricos agem principalmente nos centros nervosos relacionados com o sono por prolongarem o tempo de atuação inibitória do ácido gama-hidroxibutírico (GABA), neurotransmissor inibitório. Com o aumento da dose os efeitos passam da sedação à indução do sono, anestesia e, por fim, coma. O coma torna-se profundo nas intoxicações e acompanha depressão respiratória com hipotensão arterial e insuficiência renal⁵.

12.2.1.3. Benzodiazepínicos

Surgiram nos anos 60 e substituíram os barbitúricos como drogas indutoras do sono, por sua maior segurança, já que melhor toleradas pelo organismo. São usados como ansiolíticos, hipnóticos, miorelaxantes e anticonvulsivantes.

Como exemplos temos o diazepam (Valium), bromazepam (Lexotan), nitrazepam, estazolam, lorazepam, flunitrazepam, flurazepam, midazolam (Dormonid), triazolam e alprazolam (Frontal).

Eles são metabolizados no fígado por hidroxilação ou por conjugação com ácido glicurônico a depender do subgrupo a que pertençam. Atuam nos receptores A do ácido gama-aminobutírico (GABA), propiciando entrada de íons de Cl⁻ para os neurônios, tornando-os menos excitáveis pela hiperpolarização de suas membranas. As intoxicações causam perda de consciência, depressão respiratória pouco intensa e hipotensão arterial.

12.2.1.4. Opiáceos

Conhecido desde a antiguidade, ópio é a resina extraída do fruto da papoula. O grupo dos opiáceos inclui os alcaloides presentes no ópio, como a morfina, a codeína, a papaverina e outras substâncias derivadas dele, como a diacetilmorfina (heroína), a merepidina, o speedball (heroína + cocaína), a china-white, e outras.

Possuem características comuns: **forte poder analgésico**, ação depressora do sistema nervoso central, respiratório, dependência e tolerância com o uso continuado. Os opiáceos também podem induzir euforia muito intensa, porém breve, denominada rush, seguida da sensação de tranquilidade profunda, que pode durar horas, seguida, por sua vez, de sonolência.

5. HÉRCULES. Hygino de Carvalho. *Op. cit.* p. 425.

A **morfina** é utilizada na medicina como analgésico de grande potência e ação sonífera (daí o nome morfina, em homenagem a Morfeu). Nos casos de superdosagem ocorre insuficiência respiratória por ação depressora central, pois os centros não respondem aos estímulos decorrentes da hipercapnia e da hipóxia. A pressão arterial cai por causa de vasodilatação periférica generalizada e frequência cardíaca lenta (bradicardia). A vítima tem choque vascular e insuficiência respiratória. A morfina pode ser encontrada na urina dias ou semanas após e, na bile, até depois de um mês.

A **codeína** é um alcaloide natural muito utilizado para tratamento de dores e de tosses.

A **heroína** (diacetilmorfina) é uma substância semissintética, produzida a partir da morfina, apresentada em forma de pó branco, cinza ou castanho, sendo utilizada comumente por meio intravenoso (também pode ser inalada). Após a injeção, sofre rápida hidrólise (6-monoacetilmorfina e depois morfina). A meia-vida é de 3 a 10 minutos, enquanto a da morfina é de 1 a 4 horas. É uma droga **muito viciante** e, assim como os opiáceos, diminui a produção de noradrenalina em uso continuado.

12.2.1.5. Inalantes

São substâncias derivadas dos hidrocarbonetos, as quais penetram no organismo por meio de inalação e produzem sensação de torpor, bem-estar, além de efeito anestésico. São exemplos de inalantes: cola de sapateiro, benzina, cloreto de etila, etc.

12.2.2. Estimulantes/excitantes/psicoanalépticas

São substâncias que estimulam a atividade mental, aumentando a vigília, causando insônia, excitando a atividade cerebral e exaltando a tensão emocional, levando à euforia e ansiedade. Suprimem a sensação de fome e sono. São exemplos: anfetamina, cocaína, cafeína, nicotina, crack, merla, bazuca, oxi, ecstasy, entre outras.

12.2.2.1. Anfetaminas

As anfetaminas são responsáveis pelo prolongamento do estado de vigília e emagrecimento. Outrora utilizadas como medicamento foram abandonadas em razão dos efeitos colaterais, como crise hipertensiva, arritmias, hipertermia. Atualmente, algumas espécies estão previstas

na Portaria 344/98, sendo proibidas de ser prescritas: metilendioxianfetamina (MDA), metilendioximetanfetamina (MDMA – ecstasy), parametoxianfetamina (PMA) e benzoanfetamina.

Em geral, aumentam a quantidade de monoaminas neurotransmissoras, (dopamina, noradrenalina e serotonina) nas sinapses, em especial nas áreas relacionadas ao prazer. Também provocam hipertensão, arterial, taquicardia, hipertermia, sudorese, dilatação das pupilas, boca seca. Embora não muito comuns os acidentes fatais por superdosagem, pode haver insuficiência renal aguda (já que a excreção é feita por eles), hepatite tóxica grave e arritmia cardíaca fatal.

12.2.2.2. *Cocaína*

É obtida através da folha de coca (planta *Eritroxylon coca*), natural da zona dos Andes. Dependendo da forma de extração vários subprodutos surgem, como crack, merla, oxi ou a própria cocaína.

A primeira etapa é a secagem de folhas. Em seguida, a extração do alcaloide pode ser feita por adição de solventes (querosene, gasolina) ou pela adição de água e ácidos fortes (sulfúrico, normalmente). Forma-se uma pasta amarela-amarronzada que tem de 40 a 70% de cocaína.

A partir da extração obtém-se um produto filtrado e um resíduo, sendo o primeiro utilizado para a produção da pasta-base. Com o resíduo faz-se a merla e o oxi, que seria um crack oxidado, ou seja, o resíduo com adição de cal e querosene.

Nesse aspecto, a **merla**, como subproduto da cocaína, tem um custo mais barato do que o crack e o seu uso se dá através de cigarros ou cachimbos, podendo ser misturada com fumo.

É importante destacar que a junção da merla com o ácido sulfúrico, misturado com tabaco ou maconha, forma uma droga denominada de **bazuka**.

Por sua vez, o **oxi** (crack oxidado), como uma substância variante do crack, é obtido a partir de restos do refino das folhas de coca, tem cor amarelada e é consumido em forma de pedra. Esta variante é conhecida como a droga da morte, pois causa uma grave agressão ao sistema nervoso central, sendo bastante letal e mais barata que o crack.

Quanto à **pasta-base** propriamente dita, esta possui cerca de 90% de sulfato de cocaína. Conforme o processamento químico, que se segue a partir dela, forma-se o cloridrato de cocaína, que é a cocaína refinada ou o crack.

Nesse aspecto, o **crack** é obtido a partir da pasta base da coca, que é aquecida e misturada com bicarbonato, sendo utilizado através de cachimbos (fumado).

A **cocaína** tem efeitos locais e sistêmicos. A ação sistêmica é causada pelo bloqueio da recaptação de noradrenalina e da dopamina nas fendas sinápticas localizadas no contato entre a terminação nervosa e os receptores do órgão efector. O acúmulo de dopamina nos receptores D1 e D2 do sistema límbico seria responsável pela euforia do usuário e pela busca compulsiva da droga. No efeito local tem ação vasoconstritora, prolongando os efeitos da noradrenalina, aumentando a produção de endotelina (vasoconstritor) e diminuindo a produção de óxido nítrico (vasodilatador).

Em suma, os efeitos psíquicos são euforia, hiperatividade, sensação de bem-estar, onipotência, aumento da autoestima. Podem ocorrer crises hipertensivas fatais, hemorragia cerebral, infarto do miocárdio, parada cardíaca por arritmia. Os infartos são provocados pelo efeito vasoconstritor sobre as artérias coronárias, pela hipertensão arterial e aumento e consumo de oxigênio do miocárdio pela taquicardia e contratura muscular.

Acredita-se, ainda, que a cocaína tenha ação imunodepressora, o que facilitaria infecções, sendo a mais grave a endocardite bacteriana⁶.

A cocaína após 45 a 90 min já não é encontrada no sangue. No entanto, os vestígios pesquisados **na urina** duram até **3 dias** após o consumo e, **no cabelo, de 2 a 3 meses**.

12.2.3. Perturbadoras/alucinógenas/psicodislépticas

São substâncias que perturbam o sistema nervoso e podem causar alucinações, despersonalização, distorção da realidade (delírios). Modificam a atividade mental, levando a percepções irreais. São exemplos: LSD, maconha, chá de lírio, chá de cogumelo, chá de Santo Daime, mescalina, entre outras.

6. HÉRCULES, Hygino de Carvalho. *Op. Cit.* p. 431.

12.2.3.1. *Maconha*

Seu nome científico é *cannabis sativa L.* Os cigarros são produzidos a partir da desidratação das inflorescências femininas e das folhas, uma vez que a planta é monoss sexuada. O seu princípio ativo é o delta-9-tetraidrocanabinol (THC), que é metabolizado no fígado e interage com diversos neurotransmissores. Pesquisas recentes indicam que o canabidiol (CBD) encontrado na maconha é um potente antiepiléptico, já utilizado em síndromes como a de Dravet, Rett, em que as convulsões diárias chegam a 50 ou mais; também se mostrou eficaz no tratamento de Parkinson e Alzheimer na fase inicial. Não causa dependência nem alucinações. O CFM aprovou o uso da substância em crianças e adolescentes com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais (Resolução nº 2.113/2014).

Os efeitos físicos da maconha são taquicardia, boca seca e congestão da mucosa conjuntival (olho vermelho). Altera a memória de curto prazo e gera síndrome amotivacional, letargia e enfraquecimento da concentração.

Seu uso prolongado pode diminuir o número de espermatozoides e ciclos ovulatórios, prejudicando a reprodução humana; também causa alterações das vias respiratórias, ocasionando lesões pré-cancerosas semelhantes às dos fumantes de tabaco.

Os metabólitos podem ser detectados em **2 a 6 dias após uso eventual e, em se tratando de usuários crônicos, 20 a 50 dias depois da última tragada no exame de urina.**

A dependência é baixa e a interrupção causa leve crise de abstinência, com insônia, ansiedade e dor no estômago.

Por fim, vale destacar dois produtos derivados da maconha: o *skunk* (maconha cultivada em estufas, possuindo alta concentração de THC) e o *haxixe* (resina viscosa retirada da inflorescência da “*Cannabis sativa D*”).

12.2.3.2. *LSD*

Um dos mais potentes alucinógenos. O uso foi difundido nos anos 60 com a era hippie. Foi sintetizada por Albert Hoffman a partir da ergotamina, obtida do fungo de centeio Fogo-de-Santo-Antônio (*Claviceps purpurea*).

O ácido lisérgico produz efeitos psíquicos que incluem alucinações, alterações na percepção da realidade, alterações dos pensamentos, humor,

sinestesia, aguçamento dos sentidos. Tais efeitos começam em meia hora a uma hora, atingindo o máximo de 2 a 4 horas, perdurando até 9 a 12 horas. Uma variante dos efeitos é o chamado **flashback**, em que a pessoa os sente novamente após meses ou anos após o uso.

12.2.3.3. Mescalina

Extraída do cacto peiote (*Lophophora williamsii*), a mescalina era usada por ameríndios e tem trimetoxifeniletamina como princípio ativo.

Seus efeitos são alucinações, ansiedade e perda da noção de tempo. Em doses tóxicas causa náusea e depressão respiratória.

12.2.3.4. Ayahuasca

Conhecida como chá de Santo Daime, a bebida é produzida pela mistura do cipó-mariri com folhas de chacrona.

Os índios da Amazônia já utilizavam essa substância há milhares de anos, sendo recentemente adotado por algumas seitas. O chá causa visões, estado de transe, sendo comuns os relatos de encontro com um ser divino.

QUADRO SINÓPTICO

| Capítulo 12. Toxicologia forense | |
|---|---|
| 12.1. Conceitos | <p>A toxicologia forense é o ramo da medicina legal que estuda as reações tóxicas e as substâncias químicas causadoras destas reações, bem como os seus efeitos nocivos aos seres vivos.</p> <p>Droga é toda substância química que inserida no interior do organismo vivo altera uma de suas funções.</p> <p>Dependência é o estado de necessidade compulsiva do uso da droga. Classicamente divide-se em física ou psíquica. A dependência física é uma adaptação do organismo aos efeitos bioquímicos da droga, causando sintomas extremamente desagradáveis no período de abstenção. Já a psíquica é a necessidade dos efeitos prazerosos proporcionados pela droga. Há associação dos efeitos prazerosos com o desconforto proveniente do não uso da droga.</p> |
| 12.2. Classificação das drogas psicotrópicas de acordo com os seus efeitos 12.2.1. Depressoras/ Psicolépticas 12.2.1.1. Álcool 12.2.1.2. Barbitúricos 12.2.1.3. Benzodiazepínicos 12.2.1.4. Opiáceos 12.2.1.5. Inalantes 12.2.2 Estimulantes/ Excitantes/ Psicoanalépticas | <p>As drogas depressoras deprimem (inibem) o sistema nervoso central, provocando sonolência e relaxamento. Diminuem a vigília, a ansiedade, o pânico e reduzem a atividade intelectual, induzindo ao sono. São exemplos: benzodiazepínicos (calmantes), barbitúricos (gardenal), álcool, morfina, ópio, heroína, solvente/inalantes (cola de sapateiro, lança-perfume), entre outras.</p> <p>As drogas perturbadoras afetam o sistema nervoso e podem causar alucinações, despersonalização, distorção da realidade (delírios). Modificam a atividade mental, levando a percepções irreais. São exemplos: LSD, maconha, chá de lírio, chá de cogumelo, chá de Santo Daime, mescalina, entre outras.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>12.2.2.1. Anfetaminas 12.2.2.2. Cocaína 12.2.3. Perturbadoras/ Alucinógenas/Psicodis- lépticas 12.2.3.1. Maconha 12.2.3.2. LSD 12.2.3.3. Mescalina 12.2.3.4. Ayauasca</p> | <p>As drogas perturbadoras perturbam o sistema nervoso e podem causar alucinações, despersonalização, distorção da realidade (delírios). Modificam a atividade mental, levando a percepções irreais. São exemplos: LSD, maconha, chá de lírio, chá de cogumelo, chá de Santo Daime, mescalina, entre outras.</p> |
|---|---|

EXERCÍCIOS

Questões

1. (VUNESP – Delegado de Polícia / CE – 2015) Durante uma avaliação pericial em um homem de 22 anos, são constatadas as seguintes características: lesões puntiformes em região antecubital direita; pupilas extremamente mióticas; rebaixamento do nível de consciência; redução da frequência respiratória e redução da temperatura corpórea.

Em relação aos achados descritos, assinale a alternativa correta.

- a) Os achados sugerem um evento agudo e inesperado, possivelmente uma doença aguda (acidente vascular cerebral).
 - b) Podem representar uma tentativa de suicídio possivelmente devido ao uso de antidepressivos tricíclicos.
 - c) Trata-se de um provável trauma craniano do tipo contuso.
 - d) Os achados corroboram o uso de droga ilícita com característica do tipo opioide (heroína).
 - e) A descrição aponta para uma tentativa de indução de coma de forma criminosa, possivelmente por droga alucinógena (ácido lisérgico).
2. (VUNESP – Delegado de Polícia / SP – 2014) Substância tóxica de dependência química e psíquica; é um produto sintético (diacilmorfina), tem a forma de pó branco e cristalino que, após a diluição, é injetado no usuário, que apresenta de início euforia, disposição, alegria, mas que, ao longo do uso, passa a apresentar náuseas, vômitos, delírios, convulsões, bloqueio do sistema respiratório e morte de forma fugaz. Essa substância corresponde à(ao)
- a) maconha.
 - b) morfina.

- c) LSD.
d) cocaína.
e) heroína.
3. (CESPE – Delegado de Polícia / SE – 2018) A respeito de identificação médico-legal, de aspectos médico-legais das toxicomanias e lesões por ação elétrica, de modificadores da capacidade civil e de imputabilidade penal, julgue o item que se segue.
- O ácido lisérgico pode causar no usuário distúrbios de percepção e aguçamento dos sentidos: seus efeitos atingem o pico no prazo de duas a quatro horas do uso e podem durar até doze horas.
- () Certo
() Errado
4. (CESPE – DPF/Perito Criminal Federal – 2013) Com relação à toxicologia forense, julgue o item seguinte.
- Caso o exame toxicológico de um indivíduo seja positivo para a substância tetraidrocanabinol, será correto concluir que esse indivíduo fez uso de *crack* ou de outro tipo de substância do grupo da cocaína.
- () Certo
() Errado
5. (CESPE – SEGESP/AL – Perito Médico-legal – 2013) Com relação aos efeitos psicopatológicos das drogas, julgue os itens subsequentes.
- As drogas psicoanalépticas, como o álcool e a heroína, são consideradas depressores, pois tornam a atividade nervosa lenta e diminuem o ritmo das funções corporais.
- () Certo
() Errado
6. (CESPE – Médico Legista – Polícia Científica - PE/2016) Assinale a opção que apresenta uma droga considerada psicanaléptica.
- a) haloperidol.
b) clorpromazina.
c) pentobarbital.
d) meprobamato.
e) MDMA (ecstasy).