

INTOXICAÇÃO POR MACONHA

Odon Ramos Maranhão

Professor Titular do Departamento de Medicina Forense da
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Resumo: O Autor analisa os critérios para o diagnóstico de intoxicação por “maconha”, resume os resultados de inquérito sobre motivação de uso e sintomas clínicos, ilustrando sua exposição com um caso de interesse forense.

Abstract: The Autor analyses diagnostic criteria for “cannabis” intoxication, resumes data on motivation for use and clinical symptoms, illustrating his exposition with a forensic case.

Unitermos: Sintomas Imediatos; Caso Forense; Parecer Médico Legal.

Seguramente não constituem novidade alguma os efeitos do “Tetrahydrocannabinol” (princípio ativo da “Maconha”) sobre o organismo humano⁽⁷⁾. Nos últimos anos têm-se estudado os efeitos sobre as funções dos sistemas nervoso, cardiovascular e respiratório, bem como eludido sua eficácia como agente anticonvulsivante⁽⁵⁾. O interesse médico-legal é outro: saber da possibilidade de quadros tóxicos e desenvolvimento de dependência⁽⁶⁾.

Embora autoridades afirmem a inoquidade dos produtos contendo “maconha”⁽¹⁰⁾, a descrição de intoxicação tanto aguda quanto crônica é sustentada por não menos respeitadas especialistas⁽⁴⁾. Nesse sentido são relevantes os ensinamentos de KRAMER & CAMERON em publicação oficial da O.M.S.⁽⁸⁾, que podem ser resumidos nas seguintes assertivas:

- (1) A quantidade de material psicoativo é influenciado: (a)– pelas características da planta, (b)– pelo lugar e as condições do cultivo, (c)– pelo tipo de preparação e (d)– pela “idade” do material.
- (2) os sintomas dependem: (a)– da dose, (b)– das condições de uso, (c)– da expectativa do usuário, (d)– do tipo de personalidade do usuário.
- (3) As manifestações clínicas podem ser: (A)– Sintomas imediatos, (B)– Intoxicação aguda, (C)– Intoxicação crônica e (D)– Dependência.

A– Sintomas imediatos – (dose baixa ou moderada)

- 1– Euforia
- 2– Alterações sensoriais
- 3– Diminuição do senso de identidade
- 4– Diminuição do senso de realidade
- 5– Alucinações visuais e auditivas

B– Intoxicação aguda (dose alta)

- 1– Idéias Paranóides
- 2– Ilusões – Delírios
- 3– Despersonalização
- 4– Confusão (estado confusional)
- 5– Inquietude – Excitação
- 6– Alucinações
- 7– Ataxia (infreqüente)

Este quadro (1 a 7) assemelha-se a um quadro psicótico agudo

- 8– Estreitamento da consciência
- 9– Crise de pânico

C– Intoxicação crônica (uso prolongado e com grande quantidade)

- 1– Uveíte
- 2– Bronquite (semelhante à do tabagismo)
- 3– “Déficit” psicomotor
- 4– Rebaixamento das funções cognitivas
- 5– Síndrome amotivacional (apatia – falta de objetivos)

D– Dependência (uso crônico: regular ou periódico)

- 1– grande dependência psíquica, com desejo dos efeitos subjetivos
- 2– discreta ou nula dependência física
- 3– às vezes se desenvolve tolerância para doses altas.

BONNET⁽⁴⁾, respeitado mestre da Escola Argentina, é mais detalhista. A sua longa descrição pode ser resumida nos quadros seguintes:

I – Intoxicação aguda:

a – fase eufórica

Sinais físicos – 1ª fase	Sintomas psíquicos – 2ª fase
1– Congestão conjuntival	1– Sensação de bem-estar
2– Sudorese abundante	2– Euforia expansiva
3– Taquicardia	3– Hiperacusia (tendência a isolar-se em local silencioso)
4– Náusea/vômito	4– Hipersensibilidade visual (uso permanente e desnecessário de de óculos escuros)
5– Midríase	5– Exaltação erótica
6– Aumento de apetite	6– Preservação da crítica e da lucidez
7– Crioestesia das extremidades	

b – fase confusional

Manifestações neurológicas	Sintomas psíquicos
1– Marcha ebriosa sem ataxia	1– Desorientação têmporo-espacial 2– Perda da noção de tempo e de espaço 3– Lentidão ideativa, com atraso no entender e no executar 4– Hipersensibilidade sonora e cromática 5– Ilusões. Alucinações oníroides. Imagens fantasmagóricas. Audição de fonemas 6– Deformação subjetiva da imagem corporal 7– Crises de riso imotivado (semelhante à embriaguez) 8– Reações delirantes, tipo paranóide, com pânico. Podem ocorrer auto e heteroagressões

c – fase de êxtase

-
- 1– Estado crepuscular
 - 2– Acalmia geral: tranqüilidade, sono, êxtase
 - 3– Deformação subjetiva da imagem corpórea
-

d – fase final = sono e despertar

-
- 1– Sono profundo
 - 2– Despertar com lembranças agradáveis das vivências confusas da êxtase
 - 3– Anorexia
 - 4– Sequidão na boca
 - 5– Cefaléia
 - 6– Repetição do uso da droga para voltar às sensações mencionadas
-

II – Intoxicação crônica

Sinais físicos	Sintomas psíquicos
1– Anorexia, Emagrecimento, Caquexia progressiva	1– Síndrome “esquizo-paranóide” (perda do pragmatismo estado catônico puerilidade euforia imotivada)
2– Mal perfurante plantar, por avitaminose	2– Síndrome confusional simples ou onírico
3– Conjuntivite crônica e congestão conjuntival	3– Síndrome depressiva
4– Bronquite catarral crônica (fumante)	4– Síndrome delirante (interpretativa paranóide)
5– Gastrite crônica	5– Síndrome delirante alucinatória (auditiva e às vezes visual)
6– Câimbras e dores polineuríticas, por avitaminose	

A Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)⁽⁹⁾ reconhece tanto o abuso (intoxicação) pela maconha, quanto a dependência dessa substância. Tanto é assim, que a Classificação Internacional de Doenças (CID 9) inclui:

305– Abuso de drogas sem dependência – Inclui casos em que uma pessoa, para a qual nenhum outro diagnóstico é possível, receba assistência médica em virtude de efeitos adversos de uma droga da qual ela não é dependente (como definida em 304) e que tenha feito uso por iniciativa própria em detrimento de sua saúde ou atuação social.

A divisão 304.2 inclui: Cannabis

304– Dependência de drogas – Estado psíquico e por vezes também físico resultante de uso de uma droga, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para usar a droga de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta. A tolerância à mesma pode ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência de mais de uma droga.

A divisão 304.3 registra Cannabis (CID 9 pag. 200/202).

O DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3ª ed.) publicado pela APA (American Psychiatric Association)^(1, 2) é bem mais detalhista:

305.20– Intoxicação por Cannabis – As características essenciais são sintomas psicológicos e físicos específicos e efeitos desadaptativos comportamentais devidos a uso recente de cannabis. Os sintomas psíquicos incluem euforia, intensificação subjetiva das percepções, sensação de lentificação do tempo (cinco minutos parecem uma hora), preocupações com os estímulos auditivos e visuais e apatia. A euforia pode ser expressa por marcante senso de bem-estar e relaxamento. O indivíduo pode se tornar indiferente ao seu meio. A taquicardia está invariavelmente presente, embora menos proeminente do que nos usuários crônicos. Congestão conjuntiva está quase sempre presente. Outros sintomas físicos incluem aumento do apetite, usualmente por guloseima e boca seca. Efeitos comportamentais maladaptativos incluem ideação paranóide, acessos de pânico e afetividade disfórica. A pessoa pode acreditar que está morrendo ou enlouquecendo. Alguns pensam que estas reações adversas ocorrem mais em personalidades rígidas, em pessoas que já tiveram perturbação psicótica ou em circunstâncias consideradas ameaçadoras, como uma “batida policial” Outros efeitos maladaptativos comportamentais incluem comprometimento do julgamento e interferência na atuação social ou profissional (pag. 157).

Oferece o seguinte roteiro diagnóstico:

A– Uso recente de Cannabis.

B– Taquicardia.

C– Pelo menos um dos seguintes sintomas psíquicos nas duas horas seguintes ao uso: 1– Euforia – 2– Intensificação subjetiva das percepções – 3– Senso de lentificação temporal – 4– Apatia.

D– Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos nas duas horas após o uso: 1– Congestão conjuntiva – 2– Aumento do apetite – 3– Boca seca.

E– Efeitos comportamentais maladaptativos: ansiedade excessiva, suspeições ou idéias paranóides, comprometimento do julgamento, interferência na atuação social ou profissional (pag. 158).

305.2x– Abuso de Cannabis – A característica essencial é um padrão de uso patológico por pelo menos um mês, que causa um comprometimento do funcionamento social ou profissional.

O critério diagnóstico inclui:

A– Uso patológico – intoxicação pelo dia todo; uso diário por pelo menos um mês, episódios delirantes.

B– Comprometimento das funções sociais e laborativas: marcante perda

de interesse pelas atividades anteriores, perda de amizades, ausência no trabalho, perda de emprego ou dificuldades legais.

C– Persistência da perturbação por pelo menos um mês (pag. 176).

304.3x– Dependência por Cannabis – Caracteriza-se por um comprometimento do funcionamento social ou laborativo devido ao uso de Cannabis e tolerância (a síndrome de privação não está demonstrada de modo conclusivo). A existência e o significado da tolerância, com uso de altas quantidades de Cannabis, ainda é matéria controversa.

O critério diagnóstico inclui:

A– Uso patológico de Cannabis ou comprometimento da atuação social ou laborativa devido a esse uso.

- Uso patológico – intoxicação pelo dia todo, uso quase diário pelo menos por um mês, episódios delirantes.

- Comprometimento da atuação social ou laborativa – marcante perda de interesse pelas atividades anteriores, perda de amizades, faltas ao trabalho, perda de emprego, dificuldades legais.

B– Tolerância – necessidade de marcantes aumentos da quantidade de Cannabis para obter o efeito desejado ou efeito nitidamente diminuído com o uso da mesma quantidade de substância.

292.11– Distúrbio delirante por Cannabis – Trata-se de uma Síndrome Orgânica Delirante, usualmente com delírios persecutórios, que se segue imediatamente ao uso ou durante a intoxicação por Cannabis. Há controvérsia a este respeito, pois o distúrbio persiste por poucas horas, que é o período usual da intoxicação.

Critério diagnóstico:

A– Uso recente de Cannabis.

B– Síndrome orgânica delirante nas duas horas após o uso.

C– O distúrbio não persiste por mais de seis horas após o término do uso da substância.

D– Não pode ser atribuído a outra causa física ou mental.

Como fica evidente, a APA admite muitas manifestações patológicas – fi-

sicas, psíquicas e sociais – atribuíveis ao uso de maconha, seja em forma aguda, seja crônica.

Muitos estudos têm demonstrado que nem todas as pessoas apresentam esses fenômenos, que são variáveis como já se mencionou (Cf. KRAMER & CAMERON acima). Nesse sentido é muito importante o Inquérito realizado por BERKE & HERNTON¹¹, do qual também aqui vai um resumo (em quadros para facilitar).

Esses autores inquiriram 1.600 usuários, obtiveram 534 protocolos de respostas e tabularam 522 casos. As características da amostra estudada e os resultados obtidos foram os seguintes:

INQUÉRITO SOBRE USO DE MACONHA

BERKE & HERNTON⁽³⁾ elaboraram 1.600 questionários, obtiveram 534 respostas e analisaram 522 protocolos. Os resultados obtidos podem ser tabulados para apresentação esquemática. Foi o que elaboramos e aqui apresentamos:

IDADE	%	SEXO	%
ATÉ 15	0,4	MASCULINO	79
16 a 19	23,3	FEMININO	21
20 a 25	58,0		
26 a 30	11,0		
MAIS DE 30	7,3		

ESTADO CIVIL	%	PROFISSÕES	%
SOLTEIRO	80,0	ESTUDANTES	26,6
CASADO	14,0	ARTISTAS	18,8
SEPARADO	3,9	CLERICAIS	9,2
DIVORCIADO	1,5	EXECUTIVOS-	
VIÚVO	0,2	D-IRETORES	7,1
NÃO INFORMARAM	0,4		

INÍCIO DE USO	%	TEMPO DE USO	%
ANTES DE 15 anos	14,0	MENOS DE 1 ANO	7,0
16 a 19	57,0	1 – 2	35,0
20 a 25	23,6	3 – 4	25,0
26 a 29	3,1	5 – 6	16,6
DEPOIS DE 30	2,3	MAIS DE 6	16,4

Verifica-se que apenas uma parcela de usuários apresenta fenômenos físicos e psíquicos relacionados ao uso da maconha:

MOTIVAÇÃO

INICIAL	%	DE CONTINUAÇÃO	%
1. CURIOSIDADE	38,7	1. ESTÍMULO EMOCIONAL	30,0
2. PRESSÃO SOCIAL	19,0	2. USO DE OUTRA DROGA	16,2
3. DESEJO DE EXCITAÇÃO E EXPERIÊNCIAS NOVAS	11,0	3. AMPLIAÇÃO DOS SENTIDOS	12,7
4. ESTÍMULO EMOCIONAL	10,2	4. POR GOSTAR DA DROGA	12,5
5. USO DE OUTRA DROGA	7,9	5. MELHORIA DOS DESEMPENHOS	12,0
6. AMPLIAÇÃO DOS SENTIDOS	6,4	6. PRESSÃO SOCIAL E SOCIABILIDADE	8,4
7. REVOLTA E OPOSIÇÃO	4,8	7. REVOLTA E OPOSIÇÃO	4,7
8. ANTECEDENTES (GOSTO, CHEIRO, ETC.)	2,0	8. DESEJO DE EXCITAÇÃO E EXPERIÊNCIAS NOVAS	2,0
		9. CURIOSIDADE	1,5

SINTOMAS

FÍSICOS (POS. 48,4% NEG. 50,7%)	%	PSÍQUICOS (POS. 25,5% NEG. 73,0%)	%
NÁUSEA	21,4	1. PARANÓIA PERSEGUIÇÃO	19,5
2. MAU ESTAR	20,7	2. MEDO	13,0
3. VÔMITO	14,0	3. DEPRESSÃO E DESESPERO	13,0
4. TONTURA-VERTIGEM	13,3	4. ANSIEDADE	8,0
5. CEFALÉIA	5,6	5. SENSO DE IRREALIDADE	6,5
6. EXAUSTÃO	4,5	6. ALUCINAÇÕES	6,0
7. DESMAIO	4,0	7. SENSACÃO DE PERTURBAÇÃO MENTAL	5,1
8. INDOLÊNCIA	3,4	8. DIFICULDADE EM COMUNICAÇÃO	4,6
9. SENSACÃO DE FRIO	3,2	9. SENSACÃO DE HORROR	4,2
10. SUDORESE	2,5	10. CONFUSÃO	4,2
11. OUTROS	7,4	11. OUTROS	15,9

CASO FORENSE – PARECER MÉDICO-LEGAL

Tive a oportunidade de estudar um caso de intoxicação por maconha e fornecer um Parecer para fins forenses. O que se pode apresentar como ilustração prática da matéria acima estudada vai aqui reproduzido:

1. Eu, abaixo assinado, Prof. Dr. Odon Ramos Maranhão, tendo recebido a consulta de E.S.M., assistida por seus Patronos, conforme adiante se registra, analisando os elementos consignados em local próprio e examinado a interessada, dou o meu Parecer.

2. Conforme Laudo de fls 33/45 do Processo, foi determinado e efetuado o exame psiquiátrico da consulente, por ter sido presa em seu domicílio, onde possuía e usava maconha. No decurso do Processo-crime, declarou-se dependente do tóxico. O Laudo Médico, porém, negou a existência da dependência e a considerou plenamente imputável.

3. Tendo em vista que após sete dias de detenção no DEIC, ingressou na Clínica... e que o Laudo está com data muito posterior, bem como que as anotações deste divergem das constantes do arquivo da Clínica, resolveu solicitar o presente Parecer, visando esclarecer a aparente contradição.

4. Para informar o signatário deste Relatório, forneceu-lhe cópias de documentos:

a- exame psiquiátrico de lavra do Dr. E.C., realizado durante a internação na Clínica;

b- laudo da Coordenadoria de Saúde Mental;

c- resultado de E.E.G., feito a pedido do Dr. E.C.;

d- exame psicológico;

e- atestado do Dr. P.S.S. referente a intercorrência clínica datada de um ano antes;

f- atestado de alta hospitalar, lavrado pelo Dr. E.A.F.;

g- declaração referente às anotações hospitalares do tempo da internação da consulente.

5. Para complementar esses dados, submeteu-se a várias entrevistas psiquiátricas. Posteriormente foi enviada para psicoterapia, sendo indicado o Dr. P.V.M.

DADOS DOS DOCUMENTOS

6. Do laudo da Coordenadoria convém destacar:

a- “Há dois anos e meio, em consequência a problemas que atribui a vivências infantis, começou a periciada a fazer uso de substâncias tóxicas, as quais identifica como maconha”;

b- “Uma vez obtido o relaxamento do flagrante para tratamento em hospital especializado, foi a examinanda, segundo seu relato, internada na Clínica..., onde se submeteu a tratamentos por psicofarmacos. Teve alta dois meses depois, em condições mais satisfatórias, embora sob forte ação medicamentosa, que continuou em uso por mais seis meses, em doses decrescentes”;

c- Exame psíquico – “perfeita adequação e irradiação emocional em suas exteriorizações”... “ao momento não constatamos a existência de distúrbios de consciência”... “não constatamos distúrbios senso-perceptivos”... “sua associação de idéias se processa em velocidade normal, de forma coerente e sem entraves. O pensamento quanto ao seu curso e conteúdo não denota anormalidades”... “seu julgamento e crítica acerca dos fatos ocorridos são adequados”... “seu pragmatismo, presentemente prejudicado” (fls 39/40 do laudo);

d- Psicotestes – provas de Raven Rorschach, T.A.T., Pfister e desenhos, aplicados por psicóloga D.M. – “falta de confiança no contato social”... “seu tipo de vivência é extratensivo”... “pouca capacidade de elaboração emocional, ocasionando-lhe reações mais condicionadas a impulsos, que logo se transformam em atos”... “controle consciente rebaixado”... “personalidade neurótica” (fls 41/42);

e- “Em vista do exposto, concluímos tratar-se o quadro em apreço de uma personalidade neurótica, em função da qual veio a examinanda a fazer uso habitual, mas não constante, de substâncias tóxicas, sem que todavia tenha havido hábito, manifestações de dependência física ou mental”... “do ponto de vista psiquiátrico-forense imputável” (fls 44).

7. Exame psiquiátrico de lavra do Dr. F.C. constam os seguintes dados de interesse:

a- “os pais da consulente separaram-se quando esta freqüentava ainda o curso pré-primário” (fls 42);

b- “passou a viver com os avós maternos em ambiente austero” (fls 42);

c- “deflorada precocemente, passou a ter relacionamentos indiscrimina-

dos, vindo a se fixar num alcoólatra estelionatário, que chegou a espancá-la freqüentemente” (fls 43);

d- “sobrevieram-lhe duas gravidezes interrompidas por aborto” (fls 43);

e- esteve na Europa e “já voltou viciada em maconha” (fls 43);

f- E.E.G. – (bem anterior) revela disritmia (fls 44);

g- aos 12 anos teve meningite purulenta (fls 44);

h- “pai irascível e rancoroso; mãe portadora de quadro depressivo e alcoolismo; avô paterno suicida, tio-avô paterno e primos de ambos os lados portadores de moléstia mental” (fls 44);

i- exame mental – “bem orientada tanto auto como alopsiquicamente”... “o curso do pensamento não apresenta bloqueios, aceleração ou lentidão”... “exagero dos processos imaginativos normais”... “seu humor é variável da exaltação à depressão”... “ausência de perturbações senso-perceptivas. Memória e atenção conservadas. Embotamento afetivo”... “esfera volitiva enfraquecida. Predominam os impulsos e passa destes à ação, sem prévia censura. Não compreende bem as repressões sociais e a diferença entre o certo e o errado”... “Há, portanto, sério comprometimento dos sentimentos éticos e da noção de valores e do juízo crítico” (fls 45);

j- “Como se já não bastasse, surge aos 12 anos um processo meningítico e talvez uma disritmia; não aparente aos exames da época, mas patente agora, o que lhe aumenta a agressividade e a impulsividade” (fls 47);

8. O E.E.G. feito na Clínica (atual) permitiu que se estabelecesse esta conclusão: “EEG de vigília apresentando discreta assimetria inconstante entre os hemisférios cerebrais, mais acentuada entre as áreas occipitais (amplitude mais elevada à direita), onde se observa maior número de ondas pontiagudas”

“Ritmo de base de freqüência instável”.

“Traçado de sono leve espontâneo sugestivo de atividade irritativa, de principal projeção nas áreas temporais: raros paroxismos irregulares polimorfos, sem predomínio nítido em qualquer dos hemisférios”

9. Os psicotestes apreciaram vários aspectos da personalidade da consulente, dos quais destacamos:

a- “é elevada a impulsividade latente” (fls 55).

b- “não se revela capaz de reações afetivas maduras, acompanhadas de controle racional” (fls 55).

c- responde escassamente ao estímulo afetivo e quando o faz é de maneira impulsiva” (fls 55).

d- “ainda em plano profundo observam-se impulsos agressivos e destrutivos, prontos a serem postos em atividade” (fls 56).

e- “possível depressão” (fls 58).

10. Atestado do Dr. P.S.S.

“Atesto, para os devidos fins, que a Srta. E.S.M., com 23 anos, residente à rua..., esteve internada no Hospital..., em São Paulo, entre os dias..., com um quadro de meningite purulenta, confirmado pelo exame de liquor feito pelo Dr. J.B.R., tendo passado por tratamento intensivo e tido alta.

Este atestado é fornecido a pedido de seus pais, que o procuraram no referido Hospital”

11. Atestado de alta hospitalar de lavra do Dr. E.F.

“Atesto, para fins judiciais, que a Srta. E.S.M. se encontra em condições atuais de alta hospitalar, visto que as razões determinantes de sua internação foram obviadas.

Deverá, outrossim, permanecer sob medicação e controle clínico periódico” (pouco tempo após os fatos).

12. Declaração do Dr. E.A.F. Trata-se de documento manuscrito, cujo texto aqui se transcreve:

“DECLARAÇÃO

Declaro, a pedido da interessada, Srta. E.S.M. – RG..., que a mesma esteve internada nesta Clínica... por indicação do Dr. E.F. e sob custódia do Dr. A.C.C.P. visto ter ingressado na Clínica após 7 dias (sete) de detenção no DEIC.

À entrada se mostrava ansiosa, sendo necessária sedação para sono. Tendo em conta os dados de entrada, histórico de uso sistemático de maconha diariamente e de forma imoderada, foi instituído esquema medicamentoso de sedação e semi-impregnação, após a realização de exames complementares solicitados por esse médico.

Durante sua estada aconteceram vários episódios de inquietação e atritos com funcionários, pois no início da internação se recusava a aceitar a rotina hospitalar e as determinações da enfermagem.

Terminado o esquema de medicação, progressivamente aumentada até a semi-impregnação, começou a haver estabilização e regressão do quadro de entrada recebendo a paciente sua alta em condição de **remissão social**. Pelos dados do histórico, exame de entrada e evolução foi diagnosticada sob nº 304.5 (TOXICOMANIA – DEPENDÊNCIA DE CANABIS) Código da W.H.O.

Durante sua internação foi submetida a exame eletrencefalográfico e a testes de Inventário de Personalidade.

Esses exames, por determinação de seu médico assistente Dr. E.F., foram realizados fora da Clínica e os resultados ficaram em poder do Dr. E.F., não constando em nossos arquivos (Dr. E.A.F.)”.

ESTADO PSÍQUICO ATUAL

13. Apresenta-se às entrevistas bem posta, em atitudes corretas, mostrando-se consciente e orientada auto e alopsiquicamente. Estabelece conveniente contato com o mundo exterior e presta informes com facilidade e interesse.

A associação ideativa é fluente, dentro do considerado normal. O curso e a estrutura do pensamento estão preservados. Memória sem alterações patológicas. Não externa indícios de perturbações senso-perceptivas. Ansiosa e angustiada, deixa entrever disposição depressiva e fortes inibições. Reage à essa disposição, forçando um contato aparentemente alegre, que se dissipa ao abordar fatos de sua vida pregressa. Quando submetida a situações frustrantes, irrita-se e passa a atuar impulsivamente. Suas ambições intelectuais e culturais desbordam os limites de sua potencialidade. Assim procura comunicar uma imagem de sua pessoa algo discrepante da realidade. É imaginativa e dada a devaneios. A realidade externa imediata é percebida de modo distorcido, a ponto de ser aceita tardiamente e de modo forçado.

Explica o uso de maconha como fator de ajuste social e autovalorização, pois lhe possibilita vencer suas inibições. Infantilismo emocional extravasado nas atividades profissionais pregressas, que se substituem por indolência e mesmo inatividade. Julgamento (juízo crítico) e senso ético influenciados pelo infantilismo emocional.

Inquirida sobre as condições em que foi detida, esclarece ter feito uso impulsivo de maconha ao ponto de se sentir euforizada e ao mesmo tempo algo confusa (cai em contradições desapercibidas).

Ao se dar contas de que a polícia procurava o tóxico e certamente o encontraria, elaborou uma história pueril e quase desconexa. Contudo foi detida em atitude de indiferença e quase insensível (emocionalmente).

Atualmente apresenta rebaixamento do pragmatismo e certa dificuldade em organizar e executar um plano de vida exigente ou sistemático, pelo que procurou tratamento psicoterápico.

14. A título experimental foi submetida a duas provas psicológicas: (a) Inventário de Personalidade de Minnesota (MMPI) e (b) Teste de Harrower-Steiner (Rorschach de escolha múltipla).

O primeiro ficou prejudicado, pois o índice de HORST mostrou não ter compreendido e elaborado bem as respostas. O segundo mostra ajuste forçado, emotividade contida, possibilidade de reações impulsivas e sinais de neurose (choque sombrio e choque cromático).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

15. Os dados referentes ao exame a que se submeteu a consulente ao tempo de sua internação no Sanatório permitem estabelecer:

- a- apresentava-se excitada precisando sedação;
- b- ocorreram episódios de inquietação e atrito com funcionários;
- c- foi considerada “dependente de cannabis” – 304.5 do W.H.O.

16. Anteriormente à internação havia permanecido detida no DEIC, o que indica ter passado por suspensão do uso da maconha por uma semana. Entretanto, o quadro tóxico persistia, tanto que foi mantida hospitalizada por cinquenta e quatro dias e ainda ao deixar a Clínica foi mantida sob efeito de medicamentos.

17. O laudo da Coordenadoria da Saúde Mental foi elaborado vinte e um meses após a alta hospitalar e vinte e dois meses após os fatos.

Dessa forma, a descrição de um estado mental que passou por tratamento não deve corresponder às condições psíquicas da consulente ao tempo dos fatos, objeto do Processo.

18. O exame feito pelo Dr. F.C. não está datado, mas registra no seu título – “Exame psiquiátrico realizado na pessoa de E.S.M., branca, brasileira, solteira, com 23 anos de idade, na Clínica...” Isso significa ter sido realizado

em época mais próxima dos fatos. Depois de afirmar: “Ihe aumenta a agressividade e a impulsividade”, conclui: “Trata-se de personalidade fraca, vivendo num meio que favorece este enfraquecimento e agravada por fatores orgânicos”.

19. Todos esses dados reforçam a assertiva do exame de ingresso hospitalar: “dependente de cannabis”. Efetivamente foi ali recebida num quadro agitado e confessou ter feito uso prolongado e habitual de maconha, ainda que de modo descontínuo. De fato, os quadros psicotóxicos por maconhismo crônico são conhecidos e podem ser:

- a- desordens agudas e subagudas;
- b- psicoses residuais; e
- c- deterioração da personalidade.

(Cf. – El Uso de Cannabis – Informe do un grupo científico de la OMS – nº 478 – págs. 28 e 29).

As desordens psicotóxicas se manifestam por idéias paranóides, ilusões, alucinações, acessos delirantes, despersonalização, confusão, **agitação e excitação** (idem, ibidem – pág. 26). Essa mesma agitação foi anotada por outros autores (Porot – Manuel Alphabetique de Psychiatrie – pág. 93 – PUF). E foi exatamente esta a condição em que a consulente iniciou o processo sedativo no Sanatório.

20. É verdade que a maconha não cria uma específica dependência física, tanto que inexiste uma síndrome de abstinência (“there is no generally recognized withdrawal syndrome” – Goodman & Gilman – The Pharmacological Basis of Therapeutics – pág. 306).

Contudo há uma **dependência psíquica**: Drug dependence of the cannabis (marihuana) type is a state arising from the **chronic**, regular, or **periodic** use of cannabis preparations. Its characteristics are as follows: (1) **a moderate to strong psychic dependence related to the desired subjective affects**;... (grifos nossos) (Kramer & Cameron – A Manual on Drug Dependence – World Health Organization – Genebra).

E essa **dependência psíquica** foi diagnosticada ao tempo dos fatos de interesse processual. Evidentemente o diagnóstico de **dependência** englobava o quadro psicotóxico, que era manifestação da mesma.

21. Os cinquenta e quatro dias de hospitalização foram suficientes para

remover o quadro tóxico (que é passível de remissão), mas insuficientes para modificar a imaturidade da paciente, que – por isso mesmo – procura tratamento psicoterápico para evitar recidivas. Não só a intoxicação foi superada, como a dependência psíquica – tratada – se dissipou. Essa a razão do exame feito posteriormente não apurar indícios dessa dependência à droga (cannabis).

22. Os quadros psicotóxicos, em geral, comprometem – durante a sua vigência – as capacidades de entendimento e determinação de seus portadores. A impulsividade aliada a rebaixamento de crítica gera ações inopinadas e executadas sem controle racional. A dependência a qualquer droga impulsiona o viciado à sua busca, a qualquer preço, mesmo quando preserva a capacidade de entendimento (perde a autodeterminação). Por isso, esses agentes são tidos como inimputáveis e passíveis de internação para tratamento (Cf. Mena Barreto – A Lei Antitóxicos Comentada – pág. 36).

O estado de intoxicação da paciente – que persistiu desde a sua detenção até a internação hospitalar – indica que suas capacidades certamente estavam prejudicadas, especialmente a volitiva. Assim, deveria ser submetida a tratamento, conforme determina a Lei (art. 10 da Lei Antitóxicos – cf. opus cit).

Essa internação, contudo, a paciente procurou “sponte sua” e obteve alta hospitalar. Não voltou ao hábito e está em tratamento psicoterápico.

23. Diante dessas considerações podemos estabelecer que:

- a– E.S.M. foi portadora de quadro psicotóxico por maconhismo crônico;
- b– Trata-se de dependência psíquica da maconha e a intoxicação crônica lhe comprometia as capacidades, especialmente a volitiva, pelo que não pode ser tida por imputável a esse tempo;
- c– O tratamento a que se submeteu na Clínica... por mais de cinquenta dias promoveu a remissão do quadro tóxico e da dependência psíquica;
- d– Por ser personalidade frágil e ainda desejosa de maior progresso pessoal, procurou e está em psicoterapia;
- e– Não apresenta, atualmente, perturbação ou desvio que faça supor ser provável o seu retorno ao uso habitual de maconha.

QUESITOS E RESPOSTAS

24. A consulta da paciente pode ser resumida nos seguintes quesitos:

1º – E.S.M. apresentava alguma perturbação no tempo de sua internação na Clínica...?

2º – Tinha, nessa época, preservadas suas capacidades de entendimento e determinação?

3º – Ainda apresenta sinais ou sintomas de maconhismo?

4º – Precisa, ainda, de algum tratamento?

25. Respostas aos quesitos:

Ao 1º – Quadro psicotóxico por maconhismo crônico, como se analisa neste Parecer.

Ao 2º – Não: vide Discussão.

Ao 3º – Não.

Ao 4º – Há indicação de psicoterapia, a qual a paciente está se submetendo.

Este meu PARECER, que entrego à consulente, para o uso devido.

São Paulo,...

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A.M.A. – **American Medical Association** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. IV revisão (DSM III) – 10ª tiragem, 1983.
2. A.M.A. – **American Medical Association** – Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais – DSM III R., trad. port., Ed. Manole, São Paulo, 1989.
3. BERKE, J. & HERNTON, C. – **The Cannabis Experience** – Ed. Peter Owen, Londres.
4. BONNET, E.F.P. – **Medicina Legal** – 2ª ed., Buenos Aires, Ed. López, 1980, vol II: 1582 e seg.
5. CARLINI, E.A. – Maconha (cannabis sativa): mito e realidade. Med. e Cult. **36** (1-3): 24-33, 1981.

6. GIUSTI, G. – **Medicina Legale** – Milão, Ed. Dott, 1985, págs 315 e seg.
7. GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. – **The Pharmacological Basis of Therapeutics**. Nova York, 15ª ed., Mac Millan Publ., págs. 306-309.
8. KRAMER, J.F. & CAMERON, L.C. – **A Manual on Drug Dependence** – Ed. WHO, págs. 35-38.
9. OMS – Organização Mundial da Saúde – **Classificação Internacional de Doenças – CID-9**, Ed. Port., vol I.
10. RAMOS, O.L., GUIMARÃES, R.X. et al. – Administração crônica de canabidiol em seres humanos. *Rev. Ass. Méd. Bras.*, **19**(5): 185-190.

São Paulo, outubro 1989