



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**PARECER CFM nº 53/15**

<b>INTERESSADO:</b>	Dr. S.F.O.
<b>ASSUNTO:</b>	Epilepsia e condução de veículos automotores
<b>RELATOR:</b>	Cons. Hideraldo Luis Souza Cabeça

**EMENTA:** A concessão de Carteira Nacional de Habilitação (CNH) a candidatos portadores de epilepsia poderá ser liberada conforme o disposto na Lei nº 9.503/1997 e na Resolução CONTRAN nº 267/2008.

**DA CONSULTA:**

O Dr. S.F.O. solicita posicionamento do CFM sobre epilepsia e condução de veículos automotores.

**DO PARECER:**

1) Epilepsia é definida atualmente, de forma operacional, pela International League against Epilepsy (2014) como um quadro clínico caracterizado por:

1. pelo menos 2 crises não provocadas (ou reflexas), ocorrendo com intervalo de mais de 24 horas;
2. uma crise não provocada (ou reflexa) e uma probabilidade de crises posteriores similar ao risco geral de recorrência (pelo menos 60%) após duas crises não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 anos;
3. diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

A epilepsia é considerada resolvida para indivíduos que tenham síndromes epiléticas dependentes da idade, mas atualmente apresentam idade superior à idade referida nas síndromes, ou aqueles que permaneceram livres de crise nos últimos 10 anos, com nenhuma medicação antiepiléptica por 5 anos.

2) A **Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997**, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro, determina taxativamente “Art. 147. O candidato à habilitação deverá submeter-se a exames realizados pelo órgão executivo de trânsito, na seguinte ordem: I - de aptidão física e mental”.

3) A **Resolução do CONTRAN nº 267, de 15 de fevereiro de 2008**, dispõe sobre o exame de aptidão física e mental, a avaliação psicológica e o credenciamento das entidades públicas e



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

privadas de que tratam o art. 147, I e §§ 1º a 4º e o art. 148 do Código de Trânsito Brasileiro. Essa resolução retirou a restrição “vedada atividade remunerada”, propiciando o direito legal à atividade profissional enquadrada na **Categoria B** (Condutor de veículos cujo peso bruto total não exceda a três mil e quinhentos quilogramas, ou cuja lotação não exceda a 08 lugares, excluído o do motorista; contemplando a combinação de unidade acoplada reboque, desde que a soma dos dois não ultrapasse 3500 kg. Ex: automóvel, caminhonete, camioneta, utilitário) às pessoas com epilepsia.

Para propósitos epidemiológicos, uma pessoa com epilepsia se define como aquela com mais de uma crise de origem epiléptica em mais de uma ocasião, seja qual for a causa. As crises devem ser eventos separados no tempo e serem recorrentes.

Um Paciente com epilepsia não controlada que dirige tem risco de acidente, com conseqüente dano à propriedade, assim como lesão ou morte dele ou de outros.

Para muitos adultos, restrições para o ato de dirigir determinam intensas limitações para sua participação na escola, no local de trabalho e em atividades sociais, diminuindo de forma significativa sua independência e qualidade de vida.

Essas afirmações representam o conflito que existe entre a saúde pública e segurança *versus* a promoção de oportunidades e qualidade ótima de vida para os pacientes com epilepsia. Os pacientes com epilepsia falam que o ato de dirigir é sua mais importante preocupação.

A incidência de epilepsia varia mundialmente, com valores entre 11/100.000 a 134/100.000 habitantes.

No Brasil, há poucos dados epidemiológicos sobre epilepsia. Um estudo populacional na região Sudeste do Brasil mostrou que a prevalência de epilepsia durante a vida foi de 9,2/1000 pessoas, e a prevalência de epilepsia ativa foi de 5,4/1000 pessoas. A prevalência era elevada nos indivíduos idosos (8,5/1000). Além disso, trinta e oito por cento dos indivíduos com epilepsia recebiam tratamento inadequado, e nas classes menos favorecidas, a prevalência também foi maior (7,5/1000 comparada com 1,6/1000 nas classes mais favorecidas). Os autores puderam concluir que a prevalência da epilepsia no Brasil é similar a outros países pobres, e seu tratamento ainda é muito falho.

As relações da epilepsia com o ato de dirigir, que exige aptidão física e mental, é complexa, pois é relativamente frequente um portador da doença não referir seu problema, com medo de



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ter seu pedido indeferido para obtenção da carta de motorista. É fundamental que se procure normatizar da forma mais correta possível essa situação, no sentido de prevenir acidentes, seja para o paciente, seja para a comunidade.

Com o advento as drogas antiepilépticas, o controle da epilepsia passou a ser possível. As tentativas de permitir que o epilético viesse a dirigir surgiram nos Estados Unidos da América, e hoje essa postura existe em todo mundo. Porém, qualquer país tem como critério básico o intervalo livre de crises epiléticas.

No Brasil, a regulamentação é realizada pelo Código de Trânsito Brasileiro, instituído pela Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, e a Resolução CONTRAN nº 267/2008, que estabelece normas regulamentadoras para o procedimento do exame de aptidão física e mental.

Existem alguns fatores associados com a redução dos riscos de acidentes automobilísticos relacionados a convulsões e possíveis recomendações para pacientes com epilepsia que dirigem:

- 1) intervalo livre de convulsões (ILC) longo (12 meses);
- 2) aura (parar de dirigir durante a aura. A presença de aura não garante completamente a segurança para dirigir);
- 3) mudança de drogas (otimizar tratamento, e durante troca/ajuste de medicação, estabelecer limitações);
- 4) poucos acidentes anteriores;
- 5) história de convulsão prévia com acidente (estabelecer período longo para intervalo livre de convulsões);
- 6) esquecimento quanto à administração da droga antiepiléptica (importante reforçar o uso contínuo da medicação).

Representantes da American Academy of Neurology, American Epilepsy Society and Epilepsy Foundation of America, entre 31 de maio e 2 junho de 1991, estabeleceram critérios para determinar as regulamentações referentes à direção veicular para pessoas com epilepsia. O ILC estabelecido foi de 3 meses, iniciada em relação ao último episódio convulsivo. Nos estados norte-americanos, esse período varia entre 3 meses e 2 anos, sendo o intervalo mais



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

comum o de 1 ano. Foram determinados alguns fatores que podem modificar o ILC, entre eles:

#### **Fatores favoráveis**

- 1 - Convulsões durante mudança de medicação definida por médicos;
- 2 - Convulsões parciais que não interferem no nível de consciência e controle motor;
- 3 - Convulsões noturnas (somente);
- 4 - Crises com auras prolongadas persistentes;
- 5 - Convulsões secundárias à privação do sono;
- 6 - Convulsões relatadas devido a quadros de doença aguda reversível.

#### **Fatores desfavoráveis**

- 1 - Não aderência ao tratamento médico;
- 2 - Abuso de álcool e droga nos últimos 3 meses;
- 3 - Aumento do número de convulsões no último ano;
- 4 - Registros de violações no trânsito;
- 5 - Lesões estruturais cerebrais;
- 6 - Convulsões frequentes após ILC;
- 7 - Acidente automobilístico devido a convulsões nos últimos 5 anos.

#### **Do direito:**

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 5º, assim expressa os direitos e obrigações de todos os cidadãos brasileiros:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]



II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

Sobre esta cláusula pétrea é que iremos discutir a solicitação do interessado.

**A LEI Nº 9.503, DE 23 DE SETEMBRO DE 1997.** instituiu o Código de Transito Brasileiro. Em vários artigos esse código regula o assunto tratado:

Art. 147. O candidato à habilitação deverá submeter-se a exames realizados pelo órgão executivo de trânsito, na seguinte ordem:

I - de aptidão física e mental;

[...]

Art. 159. A Carteira Nacional de Habilitação, expedida em modelo único e de acordo com as especificações do CONTRAN, atendidos os pré-requisitos estabelecidos neste Código, conterá fotografia, identificação e CPF do condutor, terá fé pública e equivalerá a documento de identidade em todo o território nacional.

[...]

§ 11. A Carteira Nacional de Habilitação, expedida na vigência do Código anterior, será substituída por ocasião do vencimento do prazo para revalidação do exame de aptidão física e mental, ressalvados os casos especiais previstos nesta Lei. (Incluído pela Lei no 9.602, de 1998).

#### CAPÍTULO XV DAS INFRAÇÕES:

Art. 161. Constitui infração de trânsito a inobservância de qualquer preceito deste Código, da legislação complementar ou das resoluções do CONTRAN, sendo o infrator sujeito às penalidades e medidas administrativas indicadas em cada artigo, além das punições previstas no Capítulo XIX.

Parágrafo único. As infrações cometidas em relação às resoluções do CONTRAN terão suas penalidades e medidas administrativas definidas nas próprias resoluções.

[...]

Art. 252. Dirigir o veículo:

[...]

III - com incapacidade física ou mental temporária que comprometa a segurança do trânsito;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

[...]

Art. 310. Permitir, confiar ou entregar a direção de veículo automotor a pessoa não habilitada, com habilitação cassada ou com o direito de dirigir suspenso, ou, ainda, a quem, por seu estado de saúde, física ou mental, ou por embriaguez, não esteja em condições de conduzi-lo com segurança:

## **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

2. A avaliação do candidato portador de epilepsia deverá seguir os seguintes critérios:

2.1. O candidato que no momento do exame de aptidão física e mental, através da anamnese ou resposta ao questionário, declarar ser portador de epilepsia ou fazer uso de medicamento antiepiléptico, deverá ter como primeiro resultado “necessita de exames complementares ou especializados” e trazer informações do seu médico assistente através de um questionário padronizado (Anexo I);

2.2. O questionário deverá ser preenchido por um médico assistente que acompanhe o candidato há, no mínimo, um ano;

2.3. Para efeito de avaliação, consideram-se dois grupos:

2.3.1. grupo I – candidato em uso de medicação antiepiléptica;

2.3.2. grupo II – candidato em esquema de retirada de medicação.

2.4. Para a aprovação de candidato em uso de medicação antiepiléptica (grupo I), este deverá apresentar as seguintes condições:

2.4.1. um ano sem crise epiléptica;

2.4.2. parecer favorável do médico assistente;

2.4.3. plena aderência ao tratamento.

2.5. Para a aprovação de candidato em esquema de retirada de medicação (grupo II), este deverá apresentar as seguintes condições:

2.5.1. não ser portador de epilepsia mioclônica juvenil;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- 2.5.2. estar, no mínimo, há dois anos sem crise epiléptica;
  - 2.5.3. retirada de medicação com duração mínima de seis meses;
  - 2.5.4. estar, no mínimo, há seis meses sem ocorrência de crises epilépticas após a retirada da medicação;
  - 2.5.5. parecer favorável do médico assistente.
- 2.6. Quando o parecer do médico assistente for desfavorável, o resultado do exame deverá ser “inapto temporariamente” ou “inapto”, dependendo do caso.
- 2.7. Quando considerados aptos no exame pericial, os seguintes critérios deverão ser observados:
- 2.7.1. aptos somente para a direção de veículos da categoria “B”;
  - 2.7.2. diminuição do prazo de validade do exame, a critério médico, na primeira habilitação;
  - 2.7.3. repetição dos procedimentos nos exames de renovação da CNH;
  - 2.7.4. diminuição do prazo de validade do exame, a critério médico, na primeira renovação, e prazo normal nas seguintes para os candidatos que se enquadrem no grupo I;
  - 2.7.5. prazo de validade normal a partir da primeira renovação para os candidatos que se enquadrem no grupo II.

O assunto foi discutido na Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia, e foi possível verificar que, apesar da legislação vigente, o tema é negligenciado, o relatório do médico assistente, semelhante ao recomendado no anexo a seguir (autoria da ABRAMET), não é uma prática de todas as unidades da federação. A referida Câmara Técnica chama atenção a esse problema, e estimula aos médicos assistentes, sobretudo aos neurologistas, a confecção de um relatório semelhante ao utilizado em anexo deste parecer, que favorece a redução de riscos na condução de veículos automotores por pacientes com epilepsia, e uma maior uniformidade nas condutas.

Ressalta-se que não há resoluções de trânsito com determinações claras para algumas situações:



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- primeira crise epiléptica não provocada;
- crise epiléptica em quadro clínico agudo (crise sintomática aguda), notadamente após um acidente vascular cerebral e traumatismo craniano;
- crises exclusivamente focais, sem alteração de consciência;
- crises exclusivamente noturnas.

Dessa forma, embora o texto de lei deva ser o norteador básico das decisões sobre as restrições ao ato de dirigir do paciente epiléptico, a opinião médica personalizada deve fazer parte do processo decisório, principalmente se dentro de um contexto colegiado, se possível.

Assim, é demonstrado nos anexos, com modificação de algoritmo decisório descrito por Carvalho e Reis em revista da ABRAMET (2011), os procedimentos para os portadores de epilepsia, no intuito de facilitar as medidas adotadas na condução de veículos automotores por esses pacientes.

## **CONCLUSÃO**

Apesar da evolução científica e do interesse em evitar a discriminação sobre o portador de epilepsia, as determinações para a permissão ou proibição quanto ao ato de dirigir devem estar determinadas em lei.

O Código de Trânsito Brasileiro e a Resolução nº 267/2008 do CONTRAN são norteadores no caso em tela, e determinam que é fundamental a opinião do médico assistente, estando limitadas ao portador de epilepsia a concessão de carteira B.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 13 de novembro de 2015.

**HIDERALDO LUIS SOUZA CABEÇA**

Conselheiro-Relator





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **BIBLIOGRAFIA:**

ADURA, F. E. Diretriz nacional para direção de veículos automotores por pessoas com epilepsia. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 10, n. 3, p. 175-180, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

CARVALHO, A.; REIS, F. Direção veicular e epilepsia: uma revisão. **Revista ABRAMET**, v. 28, n. 2, p. 20-27, 2011.

INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. **Definition of epilepsy 2014**. Disponível em: <<http://www.ilae.org/Visitors/Centre/Definition-2014.cfm>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

KRUMHOLZ, A. et al. Driving and epilepsy: a review and reappraisal. **JAMA**, v. 265 n. 5, p. 622-626, 1991.

KRUMHOLZ, A.; HOPP, J. **Driving restrictions for patients with seizures and epilepsy**. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/store>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

NORONHA, A. L. et al. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. **Epilepsia**, v. 48, n. 5, p. 880-885, 2007.

BRASIL. Lei nº 9503, de 23 de setembro de 2007. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União. 23 set 2007, Seção 1, p. 21353.

BRASIL. Departamento Nacional de Trânsito. Resolução nº 267, de 15 de fevereiro de 2008. Dispõe sobre o exame de aptidão física e mental, a avaliação psicológica e o credenciamento das entidades públicas e privadas de que tratam o art. 147, I e §§ 1º a 4º e o art. 148 do Código de Trânsito Brasileiro. 2008.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**ANEXO I**  
**RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE**

Identificação do paciente

Nome:.....RG:.....

Endereço residencial

Rua:.....nº:.....Apto:.....Bairro:.....

CEP:.....Cidade:.....e-mail:.....

1 – Crise epiléptica

a) Tipo de crise:.....

b) Número estimado de crises nos últimos:

    \_ 06 meses.....

    \_ 12 meses.....

    \_ 18 meses.....

    \_ 24 meses.....

c) Grau de confiança nas informações prestadas (na avaliação do perito):

Alto( )      Médio( )      Baixo( )

d) Ocorrência das crises exclusivamente no sono? Sim( )      Não ( )

e) Fatores precipitantes conhecidos: Sim ( )      Não ( )  
    Quais?.....

2 – Síndrome epiléptica

a) Tipo:.....

b) Resultado do último E.E.G:.....



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

c) Resultado dos exames de imagem / data do último exame

T.C: .....

R.M: .....

3 – Em relação ao tratamento

a) Medicação em uso:

(tipo/dose):.....

b) Duração do uso (tempo de uso):.....

c) Retirada da medicação atual em andamento? Sim ( ) Não ( )

Previsão do início:.....

Previsão do término:.....

4 – Parecer do médico assistente

a) Nome:.....

b) Especialidade:.....

c) Tempo de tratamento com o médico:.....

d) Aderência ao tratamento: Alta ( ) Média ( ) Baixa ( ) Duvidosa ( )

e) Parecer favorável à liberação para direção de veículos automotores:

1 – Durante o uso de antiepilépticos: Sim ( ) Não ( )

2 – Após o término / retirada de antiepilépticos: Sim ( ) Não ( )

Data:...../...../.....

Assinatura do médico responsável / CARIMBO \_\_\_\_\_

Ciente (paciente):\_\_\_\_\_

