

Resolução 267: O Resgate da Cidadania da Pessoa com Epilepsia.

Henrique Naoki Shimabukuro*

Associação Paulista de Medicina de Tráfego

ABRAMET

2008

*Médico especialista em Medicina de Tráfego. Coordenador Científico da Associação Paulista de Medicina de Tráfego.

Endereço para correspondência: e-mail: Henrique@abramet.org

RESUMO

O mundo inteiro passa por expressivas transformações em todos os campos da ciência, seja tecnológica com a produção de veículos cada vez mais aprimorados e com uso de equipamentos de ponta, seja na medicina com o progresso de tratamentos em distúrbios médicos que antes se imaginava não terem muitas opções terapêuticas, como a epilepsia. Um avanço significativo na área da Epidemiologia, relativo à Direção Veicular para pessoas com epilepsia (PCE), trouxe à tona a necessidade de estudos para a imposição de parâmetros relativos à habilitação desses indivíduos. No Brasil o Grupo de Consenso reunido em 1.999, composto pela Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET), Associação Brasileira de Epilepsia (ABE) e Liga Brasileira de Epilepsia (LBE), conduziu a “Diretriz Nacional para Direção de Veículos Automotores para Pessoas com Epilepsia”, que foi apresentada à Câmara Temática de Saúde do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), e que foi baseada no artigo 147 da Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1.997, que instituiu que “para habilitar-se como motorista, o candidato deverá submeter-se ao exame de aptidão física e mental”, e com a Resolução nº 80/98 do Conselho Nacional de Trânsito estabeleceu normas regulamentadoras para o procedimento do exame, não fazendo referência específica à epilepsia, mas adotando-a e incluindo-a, do ponto de vista legal, nas condições que restringiam ou contra-indicam, a critério médico, a Direção Veicular. Em menos de uma década, tais condições tiveram que ser revisadas, atualizadas e modificadas diante da necessidade de uma nova visão da Lei. Atualmente são

fundamentais, visão mais ampla de Cidadania e um Código de Trânsito mais sensível aos direitos relativos à PCE.

Palavras -chave: epilepsia, direção veicular.

ABSTRACT

The world has witnessed significant transformation in many scientific fields, such as in technological area with the manufacturing of advanced vehicles and the use of high tech equipments, as well as, in medicine with the progress of treatments in medical disturbances that did not have many therapeutic options, such as epilepsy. A significant advancement in epidemiology, concerning to vehicle conduction, brought the need of studying the imposition of parameters regarding the driving license of the people with epilepsy (PCE). In Brazil the Consent Group in 1999, composed by “Associação Brasileira de Medicina de Tráfego” (ABRAMET), “Associação Brasileira de Epilepsia” (ABE) and “Liga Brasileira de Epilepsia” (LBE), conducted the “The National Policy for Conduction of Automotor Vehicles by PWE”, that was presented to “Câmara Temática de Saúde do Conselho Nacional de Trânsito” (CONTRAN), that was based on the article 147 of Law number 9.503 of September, 23, 1997, which instituted that “to be qualified as a driver, the applicant should be submitted to the exam of physical and mental capability “, and with the Resolution number 80/98 of “Conselho Nacional de Trânsito”, rules were established to regulate the proceeding of the exam, without specific reference to epilepsy, but including and adopting it according to the legal point of view, in conditions that restricted or did not indicate, by medical criteria, the vehicle conduction. After less than a decade, such conditions had to be reviewed, upgraded and modified in face of the needs of new view of the Law. Nowadays it is necessary a wide view of citizenship as well as a traffic law more sensible to the rights of the PCE.

Key words: epilepsy, vehicle conduction.

Em todo mundo, a epilepsia é tida como um distúrbio neurológico problemático no tocante à habilitação da pessoa com epilepsia (PCE), pois é considerada um distúrbio de alto risco para a direção veicular.

OBJETIVOS

Promover orientação mais atualizada às PCE que estejam pretendendo obter a permissão ou renovação de sua carteira nacional de habilitação, além de procurar sensibilizá-las a responderem corretamente a todas as questões que lhes são submetidas, assumindo conscientemente terem epilepsia, de forma a termos um número de amostragem destas pessoas cada vez mais próximo do real, mostrando, conseqüentemente, uma incidência cada vez menor das PCE envolvidas em acidentes de trânsito.

MÉTODOS

Os dados obtidos, para a elaboração deste artigo, foram obtidos através de revisão de literatura, publicações na busca de referências bibliográficas em base de dados (1971-2008): MEDLINE, EMBASE e LILACS, livros-texto e artigos publicados em periódicos.

RESULTADOS

O Código de Trânsito Brasileiro, instituído pela Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1.997 e com as alterações da Lei nº 9.602, de 22 de janeiro de 1.998, disciplinou, no seu inciso I e parágrafos 2, 3 e 4 a obrigação do candidato à habilitação do Exame de Aptidão Física e Mental, que será preliminar e renovável a cada 5 anos, ou a cada 3 anos para pessoas maiores de 65 anos, realizado no local de residência ou domicílio do examinado, havendo ainda a obrigatoriedade de realizar-se a Avaliação Psicológica complementar na primeira habilitação e quando houver indícios de deficiência física, mental ou de progressividade da doença que possa interferir na capacidade de condução do veículo; o prazo de validade poderá ser diminuído a critério do médico perito examinador.^(1,4,5,7,12,13,14,15)

É comum que as PCE não mencionem suas crises ao solicitarem suas licenças para dirigir. Sabe-se que mais de 90% dos candidatos nessas condições omitem este fato no ato da solicitação. A omissão da condição de apresentar crises ou o uso de medicamentos antiepilépticos pode incorrer na

responsabilização penal por crime de falsidade ideológica, artigo 299 do Código Penal e administrativamente através da cassação da carteira nacional de habilitação.⁽⁶⁾ No caso de envolvimento em qualquer acidente de trânsito, se houver dano patrimonial ou atentar contra a saúde, integridade física ou vida de alguém, responderá civil (indenização, lucros cessantes, danos morais) e penalmente (lesões corporais, homicídio culposo). A omissão pelo preenchimento do questionário que é fornecido durante a solicitação da carteira de habilitação inicial ou renovação, propiciará ao perito examinador um documento assinado constatando a ocultação de informações. ⁽¹⁾

A Resolução 267 do CONTRAN em vigor desde 15 de fevereiro de 2.008, apresentou como avanço maior a não menção da restrição “vedada atividade remunerada” como era anteriormente declarada. Desta forma as PCE poderão fazer valer a Lei que lhes devolveu a possibilidade de, legalmente, praticar atividade laboral que se enquadre na Categoria “B” da avaliação de candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação aprovada pelo CONTRAN. ⁽¹⁶⁾

EPILEPSIA E OUTRAS PATOLOGIAS

A epilepsia é um distúrbio neurológico com prevalência importante, afetando entre 0,4 a 2% da população mundial. Nos países desenvolvidos

acredita-se que cerca de 25% dos pacientes apresentarão suas crises após os 18 anos de idade. Em nosso meio, um estudo realizado em Santa Catarina, mostrou que a taxa de epilepsia tardia foi de 29,48% e essa diferença de aproximadamente 5% pode ser explicada se levarmos em consideração as causas mais prováveis nos países desenvolvidos como lesões vasculares, traumatismos crânio encefálicos, intoxicações por álcool e drogas, neoplasias, infecções e formas idiopáticas^(2,9,17), enquanto que em nosso meio, encontramos como causas principais doenças infecciosas, traumatismos crânio encefálicos, além de formas idiopáticas.⁽¹⁷⁾

Alguns estudos mostram apenas um pequeno aumento no risco de lesões, enquanto que outros mostram um risco muito maior para os acidentes envolvendo PCE. Apesar deste conflito, sabe-se e se aceita que os acidentes associados às crises epiléticas são um perigo público, porém que pode ser perfeitamente prevenido.^(3,8,10,11,19,20)

DISCUSSÃO

A epilepsia é causada por hiperexcitabilidade do córtex cerebral, sendo que em mais de 75% das PCE, o início ocorreu antes dos 18 anos de idade. Embora não esteja esclarecida a razão para esta faixa de idade ser preferencial para o início, a vulnerabilidade ao estímulo, do sistema nervoso em desenvolvimento, é documentada tanto clínica como experimentalmente,

razão para o qual as classificações da epilepsia levam em conta as etiologias para crianças e adultos. ^(2,9,17) Dessa forma, apresentamos prevalência de doenças infecciosas comuns em países subdesenvolvidos, por outro lado, também taxas de epilepsia causadas por traumatismo crânio encefálico típicos de países desenvolvidos, sendo que dessa amostra, aproximadamente 15% são decorrentes de acidentes de trânsito. ⁽¹⁷⁾ Observa-se no entanto que não temos bancos de dados confiáveis para consultarmos em pesquisas científicas.

Observamos também, que nos EUA, tinha-se para o período 1.995-1.997, um número total estimado de 1.000.535 pessoas com epilepsia, 7.670.768 pessoas com diabetes mellitus, 48.104.153 pessoas com doenças cardiovasculares e/ou hipertensão arterial e estimava-se em 18.558.943 o número de pessoas que admitiam abuso de álcool. Nesse período rastreado, observou-se como causas de morte (respectivamente 1.995, 1.996 e 1.997): epilepsia 82, 80 e 97 casos; diabetes mellitus 127,148 e 156 casos; doenças cardiovasculares e/ou hipertensão arterial: 1.746, 1.822 e 1.831 casos; relativos ao alcoolismo: 13.881, 13.557 e 12.870 casos. Desses dados, o risco relativo para o período 1.995-1.997, dos acidentes de trânsito relacionados à epilepsia foi de 8,6/100.000, considerado baixo quando comparado com a população geral (22,4/100.000) ou até com os casos de alcoolismo relacionados ao trânsito (72,4/100.000). ⁽¹⁸⁾

Apesar do risco relativo dos acidentes fatais envolvendo pessoas com epilepsia seja baixo (8,6/100.000), quando comparado ao risco de pessoas

com doenças cardiovasculares e/ou hipertensão arterial (3,74/100.000) e diabetes mellitus (1,88/100.000), ele é respectivamente 2,3 e 4,6 vezes maior do que nessas patologias.⁽¹⁸⁾

CONCLUSÃO

Levando-se em consideração que em nosso país não temos bancos de dados confiáveis, concluímos que não temos dados precisos quanto ao envolvimento real das pessoas com epilepsia em acidentes de trânsito fatais. O grau de omissão quanto a informar corretamente a respeito de ser PCE, estar apresentando ou não crises, e estar ou não em uso de medicamentos antiepilépticos, faz com que observamos a um “grande” número de acidentes ocasionados por uma “pequena” população de pessoas com epilepsia, o que resulta na impressão de alta periculosidade e gravidade desta doença em relação à Direção Veicular.

Há necessidade de maior conscientização das PCE para se somar aos avanços obtidos quanto aos seus direitos, principalmente com respeito à Direção Veicular através da Resolução 267 do CONTRAN, que faz com que a PCE exerça a sua cidadania mais plenamente, favorecendo a todo um segmento de pessoas que sofrem com a discriminação do distúrbio. Assim, podemos ver que é mais do que necessário e correto mudarmos nossos comportamentos, pois somente desta forma os dados relativos à epilepsia

estarão mais próximos da realidade e assim poderemos mostrar à sociedade que a epilepsia, muito provavelmente não tem tão alta periculosidade.

Referências:

1. Adura F E. Diretriz Nacional para Direção de Veículos Automotores por Pessoas com Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology* 2004; 10(3): 175-180.
2. Annegers J F, Rocca W A. Causes of epilepsy: contributions of the Rochester epidemiology project. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 570-575.
3. Bird S. Epilepsy, driving and confidentiality. *Australian Family Physician* 2005; 34: 1057-1058.
4. Código de Trânsito Brasileiro. Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1997; artigo 147, inciso I.
5. Código de Trânsito Brasileiro. Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1997; artigo 147, parágrafos 2 e 4.
6. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940, artigo 299.
7. Conselho Estadual de Trânsito do Paraná: Resolução nº 2990/99.

8. Dickey W, Morrow JI. Epilepsy and driving: attitudes and practices among patients attending a seizure clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1993; 86: 566-568.
9. Gonzalez J L G, Martinez M P. Etiology of epileptic crisis in the geriatric patients results of a retrospective study. *Arch Neurobiol* 1991; 54 (Suppl. 4): 135-139.
10. Hadjikoutis S, Smith PEM. Approach to the patient with epilepsy in the outpatient department. *PMJ* 2005; 81: 442-447.
11. Maxwell RDH, Leyshon GE. Epilepsy and Driving. *British Medical Journal* 1971; 3: 12-15.
12. Resolução nº 80/98 do Conselho Nacional de Trânsito; Anexo I, artigo 1º, inciso 1.
13. Resolução nº 80/98 do Conselho Nacional de Trânsito; Anexo I, artigo 1º, inciso 3.1.
14. Resolução nº 80/98 do Conselho Nacional de Trânsito; Anexo I, artigo 1º, inciso 9.
15. Resolução nº 80/98 do Conselho Nacional de Trânsito; Anexo I, artigo 1º, inciso 9.3.
16. Resolução nº 267/2008 do Conselho Nacional de Trânsito.
17. Rigatti M, Trevisol-Bittencourt PC. Causes of late-onset epilepsy in an epilepsy clinic of Santa Catarina--Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57 (3B): 787-792.
18. Sohan G, Krauss G, Krumholz A, Li G. Mortality in epilepsy: Driving fatalities vs other causes of death in patients with epilepsy. *Neurology* 2008; 64: 1002-1007.
19. Taylor J, Chadwick D, Johnson T. Risk of accidents in drivers with epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1996; 60: 621-627.
20. Taylor JF. Some aspects of the health of long-distance drivers. *Proc. Roy. Soc. Med.* 1977; 70: 243-246.

APÊNDICE

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. O CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO - CONTRAN, no uso das atribuições legais que lhe confere o art. 12, inciso I, da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro, e conforme o Decreto nº 4.711, de 29 de maio de 2003, que dispõe sobre a coordenação do Sistema Nacional de Trânsito – SNT e tendo em vista a Deliberação nº 61, de 14 de dezembro de 2007, resolve:

Art. 1º O exame de aptidão física e mental, a avaliação psicológica e o credenciamento das entidades públicas e privadas para realização destes, de que tratam o art. 147, I e §§ 1º a 4º e o art. 148 do Código de Trânsito Brasileiro, bem como os respectivos procedimentos, obedecerão ao disposto nesta Resolução.

Art. 2º Caberá ao Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN, criar e disciplinar o uso do formulário Registro Nacional de Condutores Habilitados – RENACH, destinado à coleta de dados dos candidatos à obtenção da Autorização para Conduzir Ciclomotor - ACC, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, renovação, adição e mudança de categoria, bem como determinar aos órgãos ou entidades executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal, no âmbito de suas circunscrições, a sua utilização.

§ 1º O preenchimento dos formulários com o resultado do exame de aptidão física e mental e da avaliação psicológica é de responsabilidade das entidades credenciadas pelos órgãos ou entidades executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal.

§ 2º As informações prestadas pelo candidato são de sua responsabilidade.

Art. 3º Para fins desta Resolução, considera-se candidato a pessoa que se submete ao exame de aptidão física e mental e/ou à avaliação psicológica para a obtenção da ACC, da CNH, renovação, adição ou mudança de categoria.

Parágrafo Único Ficam dispensados da realização dos exames previstos no caput deste artigo, os candidatos que se enquadrem no § 5º do Artigo 148 do CTB.

CAPÍTULO I DO EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL E DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Art. 4º No exame de aptidão física e mental são exigidos os seguintes procedimentos médicos:

I – anamnese:

a) questionário (Anexo I);

b) interrogatório complementar;

II - exame físico geral, no qual o médico perito examinador deverá observar:

a) tipo morfológico;

b) comportamento e atitude frente ao examinador, humor, aparência, fala, contactuação e compreensão, perturbações da percepção e atenção, orientação, memória e concentração, controle de impulsos e indícios do uso de substâncias psicoativas;

c) estado geral, fâcies, tufismo, nutrição, hidratação, coloração da pele e mucosas, deformidades e cicatrizes, visando à detecção de enfermidades que possam constituir risco para a direção veicular;

III - exames específicos:

a) avaliação oftalmológica (Anexo II);

b) avaliação otorrinolaringológica (Anexos III e IV);

c) avaliação cardiorrespiratória (Anexos V, VI e VII);

d) avaliação neurológica (Anexos VIII e IX);

e) avaliação do aparelho locomotor, onde serão exploradas a integridade e funcionalidade de cada membro e coluna vertebral, buscando-se constatar a existência de malformações, agenesias ou amputações, assim como o grau de amplitude articular dos movimentos;

f) avaliação dos distúrbios do sono, exigida quando da renovação, adição e mudança para as categorias C, D e E (Anexos X, XI e XII);

IV - exames complementares ou especializados, solicitados a critério médico.

§1º O exame de aptidão física e mental do candidato portador de deficiência física será realizado por Junta Médica Especial designada pelo Diretor do órgão ou entidade executivo de trânsito do Estado ou do Distrito Federal.

§ 2º As Juntas Médicas Especiais ao examinarem os candidatos portadores de deficiência física seguirão o determinado na NBR 14970 da ABNT.

Art. 5º Na avaliação psicológica deverão ser aferidos, por métodos e técnicas psicológicas, os seguintes processos psíquicos (Anexo XIII):

- I - tomada de informação;
- II - processamento de informação;
- III - tomada de decisão;
- IV - comportamento;
- V – auto-avaliação do comportamento;
- VI - traços de personalidade.

Art. 6º Na avaliação psicológica serão utilizados as seguintes técnicas e instrumentos:

- I - entrevistas diretas e individuais (Anexo XIV);
- II - testes psicológicos, que deverão estar de acordo com resoluções vigentes do Conselho Federal de Psicologia - CFP, que definam e regulamentem o uso de testes psicológicos;
- III - dinâmicas de grupo;
- IV - escuta e intervenções verbais.

Parágrafo único. A avaliação psicológica deverá atender as diretrizes do Manual de Elaboração de Documentos Escritos instituído pelo CFP.

Art. 7º A avaliação psicológica do candidato portador de deficiência física deverá considerar suas condições físicas.

CAPÍTULO II DO RESULTADO DOS EXAMES

Art. 8º No exame de aptidão física e mental o candidato será considerado pelo médico perito examinador de trânsito como:

- I - apto – quando não houver contra-indicação para a condução de veículo automotor na categoria pretendida;
- II - apto com restrições – quando houver necessidade de registro na CNH de qualquer restrição referente ao condutor ou adaptação veicular;
- III - inapto temporário – quando o motivo da reprovação para a condução de veículo automotor na categoria pretendida for passível de tratamento ou correção;
- IV - inapto – quando o motivo da reprovação para a condução de veículo automotor na categoria pretendida for irreversível, não havendo possibilidade de tratamento ou correção.

§ 1º No resultado apto com restrições constarão da CNH as observações codificadas no Anexo XV.

Art. 9º Na avaliação psicológica o candidato será considerado pelo psicólogo perito examinador de trânsito como:

- I - apto - quando apresentar desempenho condizente para a condução de veículo automotor;
- II - inapto temporário - quando não apresentar desempenho condizente para a condução de veículo automotor, porém passível de adequação;
- III - inapto - quando não apresentar desempenho condizente para a condução de veículo automotor.

§ 1º O resultado inapto temporário constará na planilha RENACH e consignará prazo de inaptidão, findo o qual, deverá o candidato ser submetido a uma nova avaliação psicológica.

§ 2º Quando apresentar distúrbios ou comprometimentos psicológicos que estejam temporariamente sob controle, o candidato será considerado apto, com diminuição do prazo de validade da avaliação, que constará na planilha RENACH.

§ 3º O resultado da avaliação psicológica deverá ser disponibilizado pelo psicólogo no prazo de dois dias úteis.

Art. 10. A realização e o resultado do exame de aptidão física e mental e da avaliação psicológica são, respectivamente, de exclusiva responsabilidade do médico perito examinador de trânsito e do psicólogo perito examinador de trânsito.

§ 1º Todos os documentos utilizados no exame de aptidão física e mental e na avaliação psicológica deverão ser arquivados conforme determinação dos Conselhos Federais de Medicina e Psicologia.

§ 2º Na hipótese de inaptidão temporária ou inaptidão, o perito examinador de trânsito deverá comunicar este resultado aos Setores Médicos e Psicológicos dos órgãos ou entidades executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal, ou às circunscrições de trânsito dos locais de credenciamento, para imediato bloqueio do cadastro nacional, competindo a esses órgãos o devido desbloqueio no vencimento do prazo.

ANEXO I QUESTIONÁRIO

- 1) Você toma algum remédio, faz algum tratamento de saúde?
SIM () NÃO ()
- 2) Você tem alguma deficiência física?
SIM () NÃO ()
- 3) Você já sofreu de tonturas, desmaios, convulsões ou vertigens?
SIM () NÃO ()
- 4) Você já necessitou de tratamento psiquiátrico?
SIM () NÃO ()
- 5) Você tem diabetes, epilepsia, doença cardíaca, neurológica, pulmonar ou outras?
SIM () NÃO ()
- 6) Você já foi operado?
SIM () NÃO ()
- 7) Você faz uso de drogas ilícitas ?
SIM () NÃO ()
- 8) Você faz uso não moderado de álcool?
SIM () NÃO ()
- 9) Você já sofreu acidente de trânsito?
SIM () NÃO ()
- 10) Você exerce atividade remunerada como condutor?
SIM () NÃO ()

Obs.: Constitui crime previsto no art. 299, do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos e multa.

Local e data

Assinatura do candidato sob pena de responsabilidade

Observações Médicas:

Assinatura do médico perito responsável

ANEXO VIII AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

1. Deverão ser avaliadas a mobilidade ativa, passiva e reflexa, a coordenação motora, a força muscular, a sensibilidade profunda, a fala e as percepções.
 - 1.1. Da avaliação das mobilidades ativa, passiva e reflexa:
 - 1.1.1. mobilidade ativa: o candidato deverá realizar movimentos do pescoço, braços, antebraços, pernas e coxa; fechar e abrir as mãos, fletir e estender os antebraços, agachar-se e levantar-se sem apoio;
 - 1.1.2. mobilidade passiva: o examinador pesquisará os movimentos passivos dos diversos segmentos corporais do candidato, avaliando a resistência muscular;
 - 1.1.3. mobilidade reflexa: pesquisa dos reflexos miotáticos.
 - 1.2. A coordenação será avaliada através do equilíbrio estático e dinâmico.
 - 1.3. A força muscular será avaliada por provas de oposição de força e pela dinamometria manual:
 - 1.3.1. na dinamometria para candidatos à ACC e à direção de veículos das categorias A e B será exigida força igual ou superior a 20Kgf em cada uma das mãos, e para candidatos à direção de veículos das categorias C, D e E, força igual ou superior a 30 Kgf em cada uma das mãos;
 - 1.3.2. para o portador de deficiência física os valores exigidos na dinamometria ficarão a critério da Junta Médica Especial.
 - 1.4. Da sensibilidade superficial e profunda:
 - 1.4.1. deverá ser avaliada através da sensibilidade cinético-postural e sensibilidade vibratória.
 - 1.5. Da linguagem, das percepções:
 - 1.5.1. avaliação de distúrbios da linguagem: disartria e afasia;
 - 1.5.2. avaliação da capacidade de percepção visual de formas, espaços e objetos.
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 questionário padronizado (Anexo IX);
 - 2.2. O questionário deverá ser preenchido por 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 às seguintes condições:
 - 2.5.1. não ser portador de epilepsia mioclônica juvenil;
 - 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.

ANEXO IX 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:.....

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 atual

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):.....