

EPILEPSIA E APTIDÃO PARA DIRIGIR: REVISÃO NARRATIVA DAS DIRETRIZES MÉDICO- LEGAIS E IMPLICAÇÕES NA MEDICINA DO TRÁFEGO

**EPILEPSY AND FITNESS TO DRIVE: A NARRATIVE REVIEW OF MEDICAL-
LEGAL GUIDELINES AND IMPLICATIONS FOR TRAFFIC MEDICINE**

Ciências da Saúde • 05/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785913961](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785913961)

José Vinícius Falcão dos Santos¹

Gustavo Augusto Mota Fitz²

Luiza Saker Francisco³

Amanda Colares Silva⁴

RESUMO

Poucas condições neurológicas geram tanta divergência regulatória quanto a epilepsia quando o assunto é dirigir. O risco de perda súbita de consciência ao volante justifica cautela, mas a condução pesa decisivamente na autonomia e na inclusão social de quem convive com a doença, e boa parte dos pacientes tratados adequadamente vive com risco de recorrência baixo. Esta revisão narrativa teve como objetivo analisar as diretrizes nacionais e internacionais sobre aptidão para dirigir em indivíduos com epilepsia, examinando os critérios baseados em risco adotados por diferentes países e suas implicações médico-legais. A busca bibliográfica abrangeu bases eletrônicas internacionais e latino-americanas, complementada por busca manual em repositórios normativos do CONTRAN, da ABRAMET, da ILAE, da OMS e do Conselho Federal de Medicina, entre janeiro de 2000 e março de 2026, conforme detalhado na seção de métodos. Após triagem por título, resumo e texto completo, um conjunto de diretrizes oficiais, estudos de coorte, revisões e análises de risco relacionadas à condução compôs a síntese final. Os resultados indicam que as diretrizes convergem para o conceito de risco residual, no qual o período livre de crises funciona como principal preditor de segurança viária. O modelo brasileiro, fundamentado na Resolução CONTRAN nº 925/2022, exige doze meses de estabilidade clínica para as categorias não profissionais, enquanto modelos europeus e norte-americanos adotam critérios graduais baseados na probabilidade estatística de recorrência, sintetizados nas regras de risco de 20% e de 2% ao ano. Observa-se rigor mais estrito para as categorias profissionais, em razão do maior tempo de exposição ao risco. Fatores como epilepsia exclusivamente noturna, crises focais com preservação da consciência e adesão farmacológica rigorosa atuam como modificadores individuais de risco, e abordagens

personalizadas parecem reduzir a omissão diagnóstica sem comprometer a segurança coletiva. Conclui-se que substituir modelos estritamente cronológicos por avaliações de risco individualizado concilia a redução do risco residual com o princípio da equidade, evitando a exclusão social desnecessária de pessoas com epilepsia controlada.

Palavras-chave: Epilepsia; Direção de Veículos; Legislação Médica; Medicina do Tráfego; Segurança no Trânsito.

ABSTRACT

Epilepsy is among the neurological conditions most frequently discussed in relation to fitness to drive, involving both the risk of sudden loss of consciousness behind the wheel and the value of driving for patient autonomy and social inclusion. This narrative review aimed to examine national and international guidelines on fitness to drive among individuals with epilepsy, analyzing risk-based criteria adopted by different countries and their medical-legal implications. The literature search covered international and Latin American electronic databases, complemented by manual search of normative repositories from CONTRAN, ABRAMET, ILAE, WHO and the Brazilian Federal Council of Medicine, covering January 2000 to March 2026, as detailed in the methods section. After title, abstract and full-text screening, a set of official guidelines, cohort studies, reviews and risk analyses related to driving formed the final synthesis. Findings indicate that guidelines converge on the concept of residual risk, in which the seizure-free interval functions as the main predictor of road safety. The Brazilian model, grounded in CONTRAN Resolution No. 925/2022, requires twelve months of clinical stability for non-professional categories, while European and North American models adopt graduated criteria based on the statistical probability of recurrence, synthesized in the 20% and 2%

annual risk rules. Stricter requirements apply to professional categories owing to greater exposure time. Factors such as exclusively nocturnal epilepsy, focal seizures with preserved awareness and rigorous pharmacological adherence act as individual risk modifiers, and personalized approaches appear to reduce diagnostic omission without compromising collective safety. The transition from strictly chronological models to individualized risk assessment tends to reconcile residual risk reduction with the principle of equity, avoiding unnecessary social exclusion of people with controlled epilepsy.

Keywords: Epilepsy; Automobile Driving; Medical Legislation; Traffic Medicine; Road Safety.

1. INTRODUÇÃO

Um motorista com epilepsia estabilizada há alguns meses pode ter risco de acidente comparável ao de alguém que dirige após uma noite mal dormida, e ainda assim boa parte das legislações de trânsito trata a condição como incompatibilidade quase automática com a habilitação. Essa distância entre risco medido e risco presumido atravessa toda a discussão sobre epilepsia e direção veicular. A possibilidade de alteração súbita da consciência ao volante justifica, do ponto de vista da saúde pública, algum grau de restrição à condução, mas a proibição indiscriminada ignora que a maioria das pessoas com epilepsia, quando adequadamente tratada, apresenta risco de recorrência de crises comparável ou inferior ao de outras condições médicas às quais a legislação de trânsito impõe exigências bem menos rígidas.

Estima-se que a epilepsia afete cerca de cinquenta milhões de pessoas em todo o mundo, com prevalência ativa entre quatro e dez

casos por mil habitantes na população geral [1]. Levantamento global mais recente, baseado na metodologia do Global Burden of Disease, estimou em torno de cinquenta e dois milhões o número de pessoas com epilepsia ativa em 2021, com mais de oitenta por cento desse contingente concentrado em países de baixa e média renda [2]. No Brasil, o único estudo populacional de base amostral com metodologia porta a porta amplamente citado permanece o conduzido na região Sudeste, que estimou prevalência de epilepsia ao longo da vida de 9,2 casos por mil habitantes e prevalência de epilepsia ativa de 5,4 por mil, com forte gradiente socioeconômico: a prevalência ativa chegou a 7,5 por mil nas classes menos favorecidas, contra 1,6 por mil nas mais favorecidas, e 38% dos pacientes recebiam tratamento inadequado [3]. Esse gradiente importa para o tema desta revisão: a subnotificação de crises e o acesso desigual ao acompanhamento neurológico, retomados na seção 4.4, costumam pesar mais sobre grupos com menos condições de reivindicar seus direitos perante o sistema de trânsito.

Dirigir corresponde, para grande parte da população adulta, a uma condição estruturante da vida cotidiana, associada ao acesso ao trabalho, a serviços de saúde e à participação social. Restringir esse direito de forma indiscriminada produz exclusão social, ao passo que autorizar a condução sem critérios adequados expõe o próprio paciente e terceiros a risco evitável. Esse dilema levou diferentes países a desenvolverem, ao longo das últimas décadas, modelos regulatórios distintos, que vão de exigências cronológicas fixas a modelos probabilísticos de risco individualizado, sem que exista, até o momento, consenso internacional único sobre o intervalo ideal livre de crises.

O debate contemporâneo sobre epilepsia e condução tem origem identificável na revisão clássica de Krumholz et al. [4], publicada no JAMA, que sistematizou pela primeira vez as evidências então disponíveis sobre risco de acidente em condutores com epilepsia e propôs a transição de restrições arbitrárias, muitas vezes vitalícias, para critérios fundamentados em dados epidemiológicos. Esse trabalho fundou, na prática, o campo que hoje se convencionou chamar de risco residual em epilepsia e condução, retomado por praticamente todas as diretrizes analisadas nesta revisão. A própria definição operacional de epilepsia utilizada pelas diretrizes atuais, que exige duas crises não provocadas com intervalo superior a vinte e quatro horas, ou uma crise não provocada associada a probabilidade de recorrência igual ou superior a 60% nos dez anos seguintes, foi estabelecida pela International League Against Epilepsy em 2014, conforme reproduzido pelo Conselho Federal de Medicina [5], e é adotada como referência conceitual ao longo deste artigo.

O médico assistente, sobretudo o neurologista, ocupa posição central nesse processo, tanto na orientação do paciente quanto, em determinadas jurisdições, na notificação compulsória às autoridades de trânsito. Precedentes judiciais norte-americanos, como os casos Duvall e Gooden v. Tips, estabeleceram que a falha no diagnóstico, no tratamento ou no aconselhamento adequado de um paciente com epilepsia pode configurar responsabilidade do médico perante terceiros lesados em acidente de trânsito, o que confere ao tema relevância que ultrapassa o âmbito estritamente clínico [6].

No Brasil, a avaliação da aptidão para dirigir de candidatos e condutores com epilepsia passou por transição regulatória significativa nas últimas duas décadas. Até 2008, o exame de

aptidão física e mental não fazia referência explícita à epilepsia, tratando-a apenas como condição sujeita a avaliação médica discricionária. A Resolução CONTRAN nº 267/2008 passou a disciplinar especificamente o exame, e o Parecer CFM nº 53/2015, publicado após consulta formal ao Conselho Federal de Medicina, sistematizou os critérios então vigentes, entre eles a exigência de doze meses sem crises para candidatos em uso de medicação antiepiléptica e de dois anos para aqueles em retirada do fármaco, além de propor modelo padronizado de relatório do médico assistente [5]. Esse arcabouço foi posteriormente substituído pela Resolução CONTRAN nº 925/2022 [7], atualmente em vigor, com apoio técnico de diretrizes elaboradas pela Associação Brasileira de Medicina de Tráfego [8].

A comparação entre o modelo brasileiro e as diretrizes internacionais, sobretudo as adotadas pela International League Against Epilepsy, pela União Europeia e pelos Estados Unidos, permite identificar convergências conceituais importantes, ao mesmo tempo em que evidencia diferenças relevantes na forma como cada sistema equilibra segurança viária e individualização do risco. Embora a literatura internacional sobre epilepsia e condução seja extensa, a síntese comparativa entre esse corpo de evidências e o arcabouço médico-legal brasileiro específico permanece pouco sistematizada em língua portuguesa, lacuna que esta revisão busca, ao menos parcialmente, preencher.

É esse conjunto de questões, que articula neurologia clínica, epidemiologia do risco e medicina legal do trânsito, que esta revisão narrativa se propõe a mapear, buscando sintetizar as evidências disponíveis sobre critérios de aptidão para dirigir em epilepsia e discutir suas implicações práticas para a medicina do tráfego

brasileira. Os procedimentos adotados para reunir e selecionar essas evidências são detalhados na seção seguinte.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Desenho do Estudo e Estratégia de Busca

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, e não de uma revisão sistemática em sentido estrito. Optou-se deliberadamente por essa classificação: uma revisão sistemática pressupõe protocolo registrado a priori, dupla triagem independente por revisores distintos, avaliação formal do risco de viés de cada estudo primário e, com frequência, síntese quantitativa por metanálise, exigências que não foram integralmente atendidas neste trabalho e que, se reivindicadas indevidamente, comprometeriam a validade metodológica do que se apresenta. Ainda assim, adotou-se rigor adaptado das recomendações da Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA), que orienta revisões narrativas quanto à justificativa da importância do tema, à explicitação da estratégia de busca, à apresentação de evidências apropriadas e ao uso equilibrado de dados quantitativos [9], complementadas por elementos do fluxo de identificação, triagem e inclusão preconizado pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), adotados aqui apenas como ferramenta de transparência do processo de seleção, e não como certificação de revisão sistemática.

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, SciELO e LILACS, restrita ao período entre janeiro de 2000 e março de 2026, com a sintaxe booleana (epilepsy OR seizure*) AND (driving OR “fitness to drive” OR “driver licensure” OR

“seizure-free interval”), adaptada aos operadores de cada plataforma. Essa estratégia retornou 602 registros no PubMed/MEDLINE, 2 na Cochrane Library, 2 na SciELO e 17 na LILACS, totalizando 623 registros em bases eletrônicas. A concentração dos resultados no PubMed/MEDLINE, e a escassez relativa de registros na Cochrane Library e na SciELO, refletem a natureza do tema: a literatura sobre epilepsia e condução é majoritariamente composta por estudos observacionais, consensos e documentos regulatórios, categorias pouco representadas no acervo de ensaios clínicos da Cochrane e na produção da América Latina e Caribe indexada na SciELO.

Como a literatura indexada nas bases eletrônicas não abrange integralmente documentos regulatórios, complementou-se a busca com pesquisa manual direta nos repositórios normativos do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego [8], da International League Against Epilepsy, da Organização Mundial da Saúde e do Conselho Federal de Medicina [5], da qual resultaram 11 documentos adicionais, elevando o total de registros identificados para 634.

2.2. Critérios de Elegibilidade e Processo de Seleção

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos previamente à triagem e aplicados de forma consistente às quatro bases eletrônicas e aos repositórios normativos, conforme sintetizado no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios de elegibilidade adotados na seleção dos estudos

Critério	Inclusão	Exclusão
----------	----------	----------

Tipo de publicação	Diretrizes oficiais, estudos de coorte, revisões sistemáticas e narrativas, metanálises e análises de risco relacionadas à condução	Relatos isolados sem correlação funcional com a condução; resumos de congresso sem texto completo disponível
População	Candidatos e condutores adultos (≥ 18 anos) com epilepsia ou crise epiléptica	Estudos conduzidos exclusivamente em população pediátrica sem extrapolação discutida para adultos
Foco temático	Aptidão para dirigir, risco de recorrência de crises aplicado à condução, critérios regulatórios de habilitação	Aspectos puramente clínicos da epilepsia (diagnóstico, tratamento farmacológico) sem relação explícita com a condução
Abrangência normativa	Legislações e diretrizes nacionais ou de blocos regionais com representatividade ampla (Brasil, União Europeia, Estados Unidos)	Legislações estaduais, provinciais ou municipais isoladas, sem representatividade nacional
Idioma	Português ou inglês	Outros idiomas sem tradução disponível para uma das três línguas anteriores
Período	Publicações entre janeiro de 2000 e março de 2026	Publicações fora do período definido, salvo marcos históricos citados por documentos incluídos
Qualidade da evidência de risco	Descrição clara da fonte e do método de estimativa do risco de recorrência ou de acidente	Risco estimado exclusivamente por autorrelato de crises, sem qualquer verificação clínica ou de registro

Fonte: elaborado pelos autores.

A aplicação desses critérios ao total de 634 registros identificados seguiu quatro etapas sucessivas, representadas na Figura 1: remoção de duplicatas, triagem por título e resumo, avaliação de texto completo e inclusão final. Após a remoção de 34 duplicatas, majoritariamente decorrentes da sobreposição entre registros indexados simultaneamente no PubMed/MEDLINE e na LILACS, 600 registros seguiram para a triagem por título e resumo. Nessa etapa, 555 foram excluídos, principalmente por ausência de correlação funcional com a condução veicular, um número expressivo mas esperado dado que a estratégia de busca no PubMed/MEDLINE recupera, por sua amplitude, grande volume de literatura clínica geral sobre epilepsia sem relação direta com aptidão para dirigir. Os 45 documentos remanescentes tiveram o texto completo avaliado, etapa em que 26 foram excluídos por descrição metodológica insuficiente, estimativa de risco baseada exclusivamente em autorrelato ou sobreposição com versões normativas já superadas. Restaram, assim, 19 documentos, entre diretrizes oficiais, estudos de coorte, revisões e análises de risco, que compuseram a síntese final e embasam as referências citadas ao longo desta revisão.

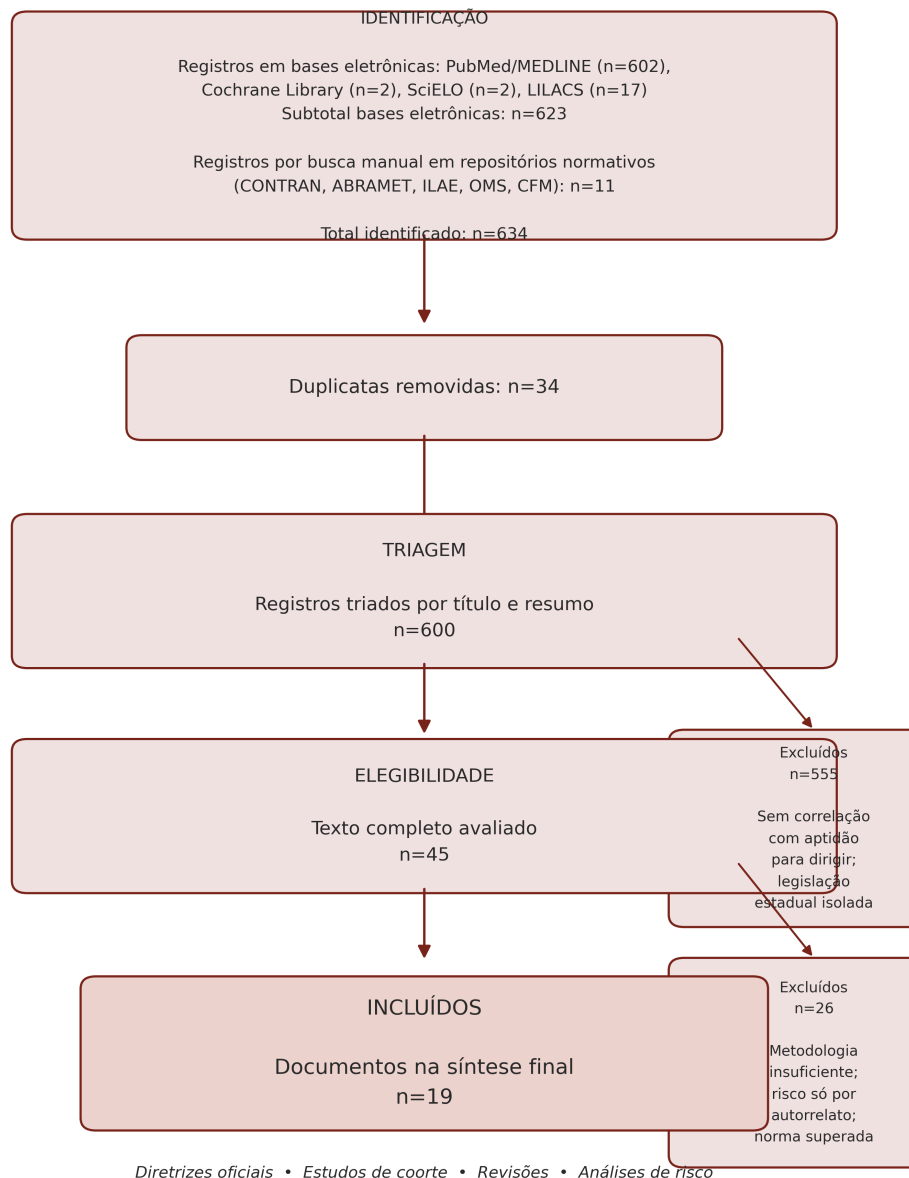


Figura 1. Fluxograma de identificação, triagem e inclusão dos documentos

Fonte: elaborado pelos autores, com estrutura adaptada do fluxo PRISMA.

2.3. Extração e Síntese dos Dados

De cada documento incluído, registraram-se o tipo de publicação, o país ou a jurisdição de origem, o intervalo livre de crises exigido para diferentes categorias de habilitação, os critérios utilizados para estimar o risco de recorrência e, quando aplicável, os fatores clínicos reconhecidos como modificadores individuais desse risco. Sempre que os documentos reportavam medidas de risco, como razões de risco, odds ratios ou probabilidades de recorrência, esses valores

foram transcritos tal como publicados originalmente, sem reprocessamento estatístico por parte desta revisão.

A avaliação qualitativa de cada documento considerou, de forma adaptada dos domínios propostos pela SANRA, a clareza da justificativa do tema, a transparência da metodologia descrita pelos próprios autores originais, a adequação das evidências citadas e o equilíbrio entre dados quantitativos e interpretação qualitativa. Documentos regulatórios foram avaliados quanto à vigência normativa e à hierarquia legal, priorizando-se, em caso de conflito aparente, a versão mais recente. A síntese seguiu lógica comparativa, organizada em torno de três eixos: o conceito de risco residual e sua operacionalização em diferentes modelos regulatórios; os fatores clínicos capazes de modificar o risco individual de recorrência; e as implicações médico-legais associadas à avaliação, ao acompanhamento e, quando necessário, à restrição da condução em pacientes com epilepsia.

3. FUNDAMENTOS DO RISCO RESIDUAL E MODELOS REGULATÓRIOS DE APTIDÃO PARA DIRIGIR

3.1. Epidemiologia e o Significado Social da Condução para a Pessoa com Epilepsia

Nos Estados Unidos, estima-se que, entre cerca de cento e oitenta milhões de motoristas habilitados, aproximadamente setecentos mil vivam com epilepsia, contingente que ilustra a magnitude do problema regulatório enfrentado pelas autoridades de trânsito [10]. No Brasil, embora faltem dados nacionais tão granulares, a extrapolação da prevalência ativa estimada por Noronha et al. [3], de 5,4 por mil habitantes, para a população adulta apontaria para um

contingente da ordem de centenas de milhares de condutores habilitados ou candidatos à habilitação potencialmente afetados pelas regras aqui analisadas, ainda que falte estudo nacional específico que confirme esse número com precisão.

A perda da habilitação afeta de forma desproporcional o acesso ao emprego, a consultas médicas e a atividades sociais, sobretudo em regiões com transporte público limitado, o que confere à decisão sobre restringir ou autorizar a condução um peso que vai muito além do risco médico isolado. Esse efeito costuma pesar mais nos estratos socioeconômicos mais baixos, onde, segundo os dados de Noronha et al. [3] já citados, a prevalência de epilepsia ativa é mais elevada e o tratamento inadequado mais frequente.

Ao mesmo tempo, os acidentes de trânsito atribuídos especificamente a crises epiléticas representam parcela pequena do total de sinistros fatais, quando comparados àqueles associados ao consumo de álcool ou à distração ao volante, e costumam envolver predominantemente o veículo do próprio condutor, com menor gravidade relativa quando comparados a acidentes de outras causas [10]. Esse contraste entre risco percebido e risco medido já havia sido apontado por Krumholz et al. [4] como argumento central para substituir restrições categóricas por critérios fundamentados em dados, e permanece um dos elementos que sustenta a defesa de modelos regulatórios menos categóricos e mais sensíveis às particularidades clínicas de cada paciente.

3.2. O Conceito de Risco Residual e o Período Livre de Crises Como Biomarcador

O período livre de crises, ou seizure-free interval, consolidou-se como o principal preditor clínico utilizado pelas diretrizes internacionais para estimar a probabilidade de recorrência e, por extensão, o risco de um novo episódio ocorrer durante a condução. A lógica subjacente é a de risco residual: nenhum intervalo livre de crises elimina por completo a possibilidade de recidiva, mas intervalos progressivamente mais longos associam-se a probabilidades de recorrência cada vez menores, o que permite calibrar a duração da restrição à magnitude do risco aceito por cada sociedade.

Dados da literatura mostram essa relação de forma consistente. Após uma primeira crise não provocada sem tratamento instituído, a probabilidade de recorrência ao longo de dois anos situa-se entre quarenta e cinquenta por cento, com taxa mensal de recorrência estimada entre 1,7% e 3,1% nos meses iniciais [11]. À medida que o intervalo livre de crises se prolonga, esse risco cai de forma expressiva: estudos de seguimento de longo prazo indicam risco anual de recorrência inferior a dois por cento após oito anos sem crises e inferior a um por cento após dez anos, mesmo entre pacientes que já haviam interrompido o uso de fármacos antiepilépticos [12]. Não por acaso, a definição operacional de epilepsia resolvida adotada pela International League Against Epilepsy exige justamente dez anos sem crises e ausência de medicação antiepiléptica pelos últimos cinco anos [5], o que aproxima, na prática, o critério clínico de remissão ao patamar de risco aceito pelos modelos mais restritivos de aptidão para dirigir.

3.3. Modelos de Risco Quantitativo: A Fórmula do Risco de Dano e as Regras de 20% e de 2%

Parte relevante das diretrizes europeias e norte-americanas apoia-se em modelos quantitativos que relacionam risco individual de crise, tempo de exposição ao volante e gravidade potencial do desfecho. Um desses modelos, conhecido como fórmula do risco de dano, expressa a chance de uma crise ao volante resultar em lesão grave em função do risco relativo do condutor, do tempo médio de exposição à direção e da probabilidade de uma crise nesse contexto evoluir para acidente grave, permitindo comparar o risco atribuível à epilepsia ao risco já tolerado para outras populações de motoristas, como condutores acima de setenta e cinco anos ou homens jovens com menos de vinte e cinco anos [13].

A aplicação prática mais difundida desse racional é a chamada regra dos vinte por cento, adotada no Reino Unido e em diversos países da União Europeia: um condutor de veículos leves pode retomar a condução quando o risco estimado de nova crise no ano seguinte cai abaixo de vinte por cento, patamar considerado equivalente ao aumento de risco associado a dirigir sob privação de sono de dezessete a dezenove horas [14]. Estudo de validação conduzido a partir do ensaio SANAD mostrou que, mesmo doze meses após uma chamada crise de ruptura, ocorrida após pelo menos um ano de estabilidade, o risco de recorrência no ano seguinte permanecia em torno de dezessete por cento, valor ainda compatível com a regra dos vinte por cento, embora próximo do limite [15].

Para condutores profissionais, cuja exposição ao risco é significativamente maior em razão do tempo prolongado ao volante e do porte dos veículos conduzidos, adota-se de forma recorrente um padrão mais rigoroso, conhecido informalmente como regra dos dois por cento, exigindo intervalos livres de crises de vários anos, com frequência de oito a dez anos, e ausência de uso de medicação

antiepiléptica nesse período, antes de se considerar o risco compatível com a atividade [16].

3.4. Classificação das Crises e Sua Relevância para a Estratificação do Risco

Nenhum modelo de risco residual é inteiramente compreensível sem se considerar que nem todas as crises epiléticas apresentam o mesmo potencial de comprometer a condução. A classificação operacional de tipos de crise proposta pela International League Against Epilepsy distingue crises de início focal, que se originam em redes neuronais restritas a um hemisfério cerebral, de crises de início generalizado, que envolvem redes bilaterais desde o início, subdividindo ainda as crises focais conforme a preservação ou o comprometimento da consciência [17]. Essa distinção, aparentemente técnica, tem implicação prática direta para a medicina do tráfego: uma crise focal com consciência preservada, na qual o paciente mantém capacidade de reação e controle motor, representa risco de perda súbita de controle do veículo substancialmente menor do que uma crise com comprometimento da consciência ou com generalização motora, distinção retomada na seção 4.3 ao se discutir os fatores individuais modificadores de risco.

3.5. Legislação Brasileira: da Resolução CONTRAN nº 267/2008 à Resolução nº 925/2022 e as Diretrizes da ABRAMET

No Brasil, a avaliação de candidatos e condutores com epilepsia é regida atualmente pela Resolução CONTRAN nº 925, de 2022, que estabeleceu os parâmetros vigentes para o exame de aptidão física, mental e psicológica exigido pelo artigo 147 do Código de Trânsito Brasileiro, instituído pela Lei nº 9.503/1997 [5]. Essa resolução sucede

um arcabouço anterior, consolidado pela Resolução CONTRAN nº 267/2008, cujos critérios foram sistematizados pelo Parecer CFM nº 53/2015: exigência de doze meses sem crise epiléptica, parecer favorável do médico assistente e plena adesão ao tratamento para candidatos em uso de medicação antiepiléptica (grupo I), e de dois anos sem crise, com retirada da medicação há pelo menos seis meses, para candidatos em esquema de retirada (grupo II), além da exclusão específica de portadores de epilepsia mioclônica juvenil desse segundo grupo [5].

A Diretriz Médica sobre Epilepsia, elaborada pela ABRAMET, orienta o exame atual com base em critérios semelhantes, exigindo comprovação de acompanhamento neurológico e ausência de crises epiléticas por, no mínimo, doze meses para as categorias não profissionais, A e B, prazo que pode ser reduzido para seis meses em situações específicas de crise única não provocada, sem critérios que caracterizem epilepsia estabelecida [8]. A diretriz prevê ainda a codificação de restrições específicas na Carteira Nacional de Habilitação, como a vedação de dirigir após o pôr do sol, identificada pela letra “U”, aplicável a pacientes com epilepsia exclusivamente noturna, e destaca que a omissão de informações relevantes pelo candidato durante a perícia configura infração ao artigo 299 do Código Penal [8,18].

Em contraste com o modelo europeu, que permite reduções progressivas do intervalo de restrição conforme o risco calculado individualmente cai abaixo de determinados limiares, a legislação brasileira mantém, desde 2008, um patamar fixo de doze meses para as categorias não profissionais, independentemente de variações individuais no risco de recorrência, o que caracteriza um modelo predominantemente cronológico, e não estritamente

probabilístico. A permanência desse mesmo patamar por mais de quinze anos, atravessando duas resoluções normativas distintas, sugere estabilidade regulatória, mas também relativa resistência à incorporação dos modelos de risco individualizado já consolidados em outras jurisdições.

3.6. Exigências Diferenciadas para Categorias Profissionais

Tanto no Brasil quanto nos modelos internacionais analisados, observa-se rigor substancialmente maior para as categorias profissionais de habilitação, categorias C, D e E no sistema brasileiro, em razão do tempo prolongado de exposição ao volante e da maior gravidade potencial de acidentes envolvendo veículos de grande porte ou transporte coletivo.

Nos Estados Unidos, o painel de especialistas responsável pelas recomendações da Federal Motor Carrier Safety Administration para condutores de veículos comerciais de carga exige oito anos sem crises para candidatos que já haviam suspenso a medicação antiepiléptica e dois anos de estabilidade clínica, com esquema terapêutico estável, para aqueles que permanecem em tratamento [16]. Essa assimetria regulatória entre categorias reflete, em última análise, a mesma lógica de risco de dano apresentada na seção 3.3: quanto maior o tempo de exposição e a gravidade potencial do acidente, menor o limiar de risco individual tolerado pela sociedade. Isso justifica, do ponto de vista técnico, exigências distintas para condutores amadores e profissionais, ainda que sua operacionalização concreta varie bastante entre os países analisados.

4. SÍNTESE COMPARATIVA, FATORES MODIFICADORES E IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS

4.1. Comparação Entre o Modelo Brasileiro e os Modelos Internacionais

A comparação entre os intervalos mínimos livres de crises exigidos para condutores não profissionais evidencia divergência relevante entre os modelos analisados. Enquanto o Brasil mantém exigência fixa de doze meses desde 2008, o Reino Unido e a maior parte da União Europeia permitem retomada da condução a partir de seis meses, desde que o risco calculado de recorrência no ano seguinte esteja abaixo de vinte por cento, e o consenso mais recente das sociedades norte-americanas de neurologia recomenda intervalo mínimo de apenas três meses, sujeito a ampliação conforme fatores clínicos individuais [19]. Essa diferença está sintetizada na Tabela 1 e no Gráfico 1.

Tabela 1. Comparação entre modelos regulatórios de aptidão para dirigir em epilepsia, condutores não profissionais

Modelo / jurisdição	Intervalo mínimo livre de crises	Critério predominante	Base normativa
Brasil (categorias A e B)	12 meses (fixo desde 2008)	Cronológico	CONTRAN Res. 925/22; ABRAMET
Reino Unido / União Europeia (Grupo 1)	6 meses (variável)	Probabilístico (regra <20%)	DVLA; diretiva europeia de habilitação
Estados Unidos (consenso 2025)	3 meses (mínimo, variável por estado)	Individualizado por junta médica	AAN; AES; EFA, 2025

Categorias profissionais (Brasil e EUA)	2 a 10 anos, conforme uso de medicação	Cronológico rigoroso	CONTRAN Res. 925/22; FMCSA, 2007
---	--	----------------------	----------------------------------

Fonte: elaborado pelos autores com base nas referências 8, 15, 16 e 19.

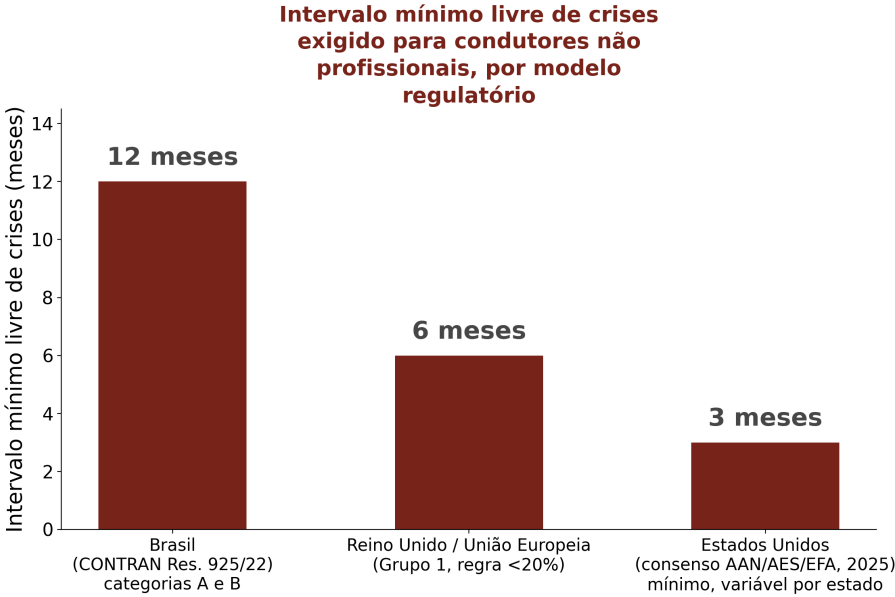


Gráfico 1. Intervalo mínimo livre de crises exigido para condutores não profissionais, por modelo regulatório

Fonte: elaborado pelos autores com base nas referências 8, 14 e 19.

O modelo brasileiro, embora alinhado ao princípio geral de exigir estabilidade clínica prolongada antes da retomada da condução, revela-se mais próximo do padrão europeu tradicional das décadas de 1990 e 2000 do que do modelo probabilístico atualmente adotado no Reino Unido, que permite reduções individualizadas do intervalo de restrição conforme o risco calculado. Essa diferença sugere espaço para evolução regulatória no país, sem que isso implique, necessariamente, redução da segurança viária, já que os próprios dados de risco residual mostram que boa parte dos pacientes atinge, antes de completar doze meses, patamares de risco já considerados aceitáveis em outras jurisdições.

4.2. Risco de Recorrência Conforme o Tempo Livre de Crises

A relação entre tempo livre de crises e risco de recorrência, sintetizada no Gráfico 2, ajuda a compreender por que diferentes países chegam a limiares distintos de restrição, ainda que partam da mesma ideia de risco residual. Logo após uma primeira crise não provocada e sem tratamento, o risco de recorrência em dois anos situa-se entre quarenta e cinquenta por cento, patamar que justifica restrição imediata à condução em praticamente todas as jurisdições analisadas.

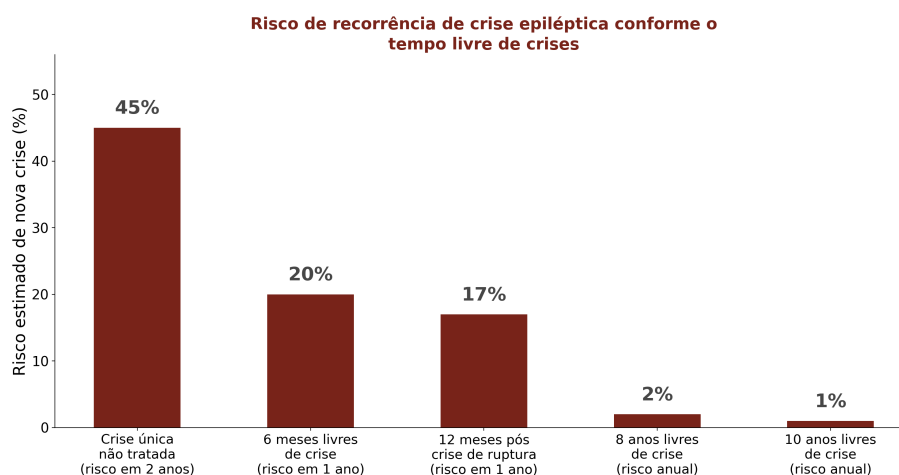


Gráfico 2. Risco estimado de recorrência de crise epiléptica conforme o tempo livre de crises

Fonte: elaborado pelos autores com base nas referências 11, 12 e 15.

Aos seis meses de estabilidade, o risco estimado de nova crise no ano seguinte já se aproxima do limiar de vinte por cento adotado pelo modelo europeu, e permanece em torno de dezessete por cento mesmo doze meses após uma eventual crise de ruptura ocorrida após período prévio de estabilidade [15]. Somente após anos de estabilidade completa, da ordem de oito a dez anos, o risco anual de recorrência cai para valores inferiores a dois por cento, patamar utilizado como referência pelos modelos mais restritivos aplicados a condutores profissionais. Essa trajetória de queda progressiva do risco, e não um corte abrupto em determinado mês, é o principal argumento técnico a favor de modelos regulatórios graduais e sensíveis a fatores individuais, em contraposição a exigências

cronológicas fixas e uniformes para toda a população de pacientes com epilepsia.

4.3. Fatores Individuais Modificadores de Risco

Nem todos os pacientes com epilepsia apresentam o mesmo risco de recorrência para um dado intervalo livre de crises, o que justifica a atenção das diretrizes a fatores clínicos capazes de modificar esse risco individualmente. O Parecer CFM nº 53/2015 sistematiza essa distinção em dois blocos, favoráveis e desfavoráveis, sintetizados no Quadro 2 [5].

Fatores clínicos modificadores do risco individual de recorrência

Parecer CFM nº 53/2015

FATORES FAVORÁVEIS	FATORES DESFAVORÁVEIS
✓ Crises durante mudança de medicação definida pelo médico ✓ Crises focais sem alteração de consciência ou controle motor ✓ Crises exclusivamente noturnas ✓ Crises com auras prolongadas persistentes ✓ Crises secundárias à privação de sono	✗ Não adesão ao tratamento ✗ Abuso de álcool ou drogas nos últimos três meses ✗ Aumento do número de crises no último ano ✗ Registro de infrações de trânsito ✗ Lesões estruturais cerebrais ✗ Acidente automobilístico prévio relacionado a crise (últimos 5 anos)

Quadro 2. Fatores clínicos favoráveis e desfavoráveis à redução do intervalo de restrição à condução

Fonte: elaborado pelos autores com base na referência 5.

A epilepsia exclusivamente noturna, na qual as crises se restringem ao período de sono, é reconhecida por diversas diretrizes, entre elas a brasileira, como situação de risco reduzido para a condução diurna, permitindo, em alguns modelos, liberação com restrição específica de horário, em vez de proibição integral [8]. Crises focais com preservação da consciência, conforme a classificação da ILAE

discutida na seção 3.4, nas quais o paciente mantém capacidade de reação e controle motor durante o episódio, também costumam ser tratadas de forma diferenciada, uma vez que o risco de perda súbita de controle do veículo é substancialmente menor do que em crises com comprometimento da consciência ou generalização motora [17]. Em sentido oposto, histórico de múltiplas crises em curto intervalo, mesmo quando cada episódio individual é seguido de longo período livre de crises, é apontado pelo consenso da AAN, da AES e da EFA como fator desfavorável, que justifica intervalo de restrição mais longo do que o mínimo padrão [19].

A adesão farmacológica rigorosa é, talvez, o modificador de risco mais consistentemente citado na literatura revisada. Estudos mostram que a maior parte das recorrências de crise em pacientes previamente estáveis está associada a interrupção ou irregularidade no uso da medicação antiepiléptica. Por isso, o aconselhamento estruturado sobre adesão não deveria ser tratado como recomendação terapêutica genérica, desvinculada do tema da condução, mas sim como parte inseparável da orientação sobre aptidão para dirigir.

4.4. Subnotificação de Crises e o Dilema da Omissão Diagnóstica

Um dos achados mais consistentes entre os documentos analisados é o de que a subnotificação de crises, tanto ao médico assistente quanto ao órgão de trânsito, representa um dos maiores desafios práticos para a efetividade de qualquer modelo regulatório, independentemente de sua base ser cronológica ou probabilística. Já o Parecer CFM nº 53/2015 observava que “é relativamente frequente um portador da doença não referir seu problema, com medo de ter seu pedido indeferido para obtenção da carta de

motorista” [5], diagnóstico que permanece atual: estudos mais recentes sobre notificação compulsória mostram que a exigência legal de que o próprio médico reporte pacientes com crises às autoridades de trânsito não reduz de forma consistente o número de acidentes relacionados a crises, mas aumenta a probabilidade de que o paciente omita informações do próprio médico ou continue dirigindo sem habilitação regular [19].

Esse paradoxo, no qual regras mais rígidas de notificação podem reduzir a transparência da relação médico-paciente, é um dos argumentos centrais utilizados por diretrizes mais recentes para defender modelos de avaliação individualizada, capazes de acomodar variações de risco sem depender exclusivamente de restrições punitivas. A diretriz da ABRAMET orienta o médico perito a esclarecer o paciente sobre as consequências legais da omissão, prevista no artigo 299 do Código Penal, e trata o acompanhamento clínico contínuo como estratégia primária de prevenção de recorrências, mais eficaz do que a ameaça de sanção isolada [8]. O próprio modelo de relatório padronizado do médico assistente, proposto já em 2015, incluía campo específico para o perito registrar seu grau de confiança nas informações prestadas pelo paciente, reconhecendo formalmente a fragilidade do autorrelato como fonte isolada de dados [5].

4.5. Responsabilidade Médico-Legal do Médico Assistente e do Perito Examinador

A dimensão médico-legal do tema não se limita à esfera do trânsito, alcançando também a responsabilidade civil do médico assistente. Precedentes judiciais norte-americanos estabeleceram que, quando o médico deixa de diagnosticar corretamente a epilepsia, de orientar

adequadamente o paciente sobre os riscos da condução, ou de tratar de forma apropriada o quadro, e essa falha contribui de modo previsível para um acidente envolvendo terceiros, pode-se configurar dever de indenizar, ainda que o paciente, e não o médico, seja o condutor direto do veículo no momento do sinistro [6].

No contexto brasileiro, o Código de Trânsito Brasileiro tipifica como infração dirigir com incapacidade física ou mental temporária que comprometa a segurança do trânsito (art. 252, III) e criminaliza permitir ou confiar a direção de veículo a pessoa que, por seu estado de saúde física ou mental, não esteja em condições de conduzi-lo com segurança (art. 310) [5]. A jurisprudência brasileira sobre responsabilidade civil do médico assistente nesse contexto específico é menos consolidada do que a norte-americana, mas o mesmo princípio de previsibilidade e dever de cuidado se aplica. Documentar com clareza o aconselhamento sobre condução veicular no prontuário do paciente com epilepsia, sobretudo nos períodos de ajuste de dose medicamentosa ou logo após uma crise recente, quando o risco de recorrência é reconhecidamente mais elevado, deixa de ser boa prática opcional e passa a integrar a própria defesa do médico em eventual disputa. O perito examinador de trânsito, por sua vez, assume responsabilidade específica ao emitir parecer de aptidão, devendo fundamentar sua decisão nos critérios técnicos estabelecidos pela Resolução CONTRAN nº 925/2022 e pela diretriz da ABRAMET, e não em avaliação puramente subjetiva do caso.

4.6. Rumo a Um Modelo Individualizado: Equidade e Segurança Viária

A convergência entre os documentos analisados aponta para uma tendência internacional de transição de modelos estritamente cronológicos para modelos de avaliação de risco individualizado, nos quais o intervalo livre de crises permanece central, mas deixa de ser o único critério relevante, passando a ser ponderado junto a fatores como o tipo de crise segundo a classificação da ILAE, a presença de aura reconhecível, a adesão terapêutica e o histórico de recorrências prévias.

Essa transição, ainda incompleta na legislação brasileira, tem potencial para conciliar dois objetivos que, à primeira vista, poderiam parecer contraditórios: reduzir o risco residual de acidentes relacionados a crises, ao identificar com maior precisão os pacientes efetivamente mais expostos a recorrência, e ampliar a equidade no acesso à condução, evitando restringir indiscriminadamente pacientes cujo perfil de risco individual já é comparável ao de outras populações às quais a legislação de trânsito impõe exigências bem menos rigorosas. Nesse sentido, a incorporação gradual de critérios de risco individualizado às futuras revisões da Resolução CONTRAN e das diretrizes da ABRAMET representa caminho tecnicamente respaldado pela literatura internacional revisada nesta análise.

4.7. Limitações Desta Revisão

Como toda revisão narrativa, este trabalho está sujeito a limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus achados. Em primeiro lugar, a ausência de dupla triagem independente e de avaliação formal de risco de viés, inerente ao desenho de revisão narrativa, impede afirmações sobre a força conjunta da evidência nos moldes de uma revisão sistemática, ainda que a estratégia de busca e o fluxo de seleção tenham sido reportados com

transparência para permitir reprodutibilidade parcial. Em segundo lugar, a restrição a três idiomas exclui potencialmente literatura regulatória relevante publicada em outros idiomas, sobretudo de países asiáticos com grandes contingentes populacionais. Em terceiro lugar, o pequeno número de registros retornados pela Cochrane Library e pela SciELO reflete a escassez de ensaios clínicos randomizados e de produção regional específica sobre o tema, e não necessariamente uma limitação da estratégia de busca empregada. Por fim, documentos regulatórios estão sujeitos a revisão contínua, de modo que descrições aqui apresentadas como vigentes podem ser alteradas por atualizações normativas posteriores à data de fechamento desta revisão, em março de 2026.

5. CONCLUSÃO

Ao final desta revisão narrativa, evidencia-se que a legislação brasileira sobre aptidão para dirigir em epilepsia guarda alinhamento conceitual sólido com as diretrizes internacionais, fundamentando-se, como a maioria delas, no período livre de crises como principal biomarcador de segurança viária. A exigência de doze meses de estabilidade clínica para as categorias não profissionais, mantida desde a Resolução CONTRAN nº 267/2008 e reafirmada pela Resolução nº 925/2022, situa-se, contudo, mais próxima de modelos cronológicos tradicionais do que dos modelos probabilísticos hoje adotados no Reino Unido e em parte da União Europeia, que permitem reduções individualizadas do intervalo de restrição conforme o risco calculado de recorrência cai abaixo de limiares previamente estabelecidos.

Os dados de risco residual reunidos nesta revisão mostram que essa transição para modelos individualizados é tecnicamente sustentável:

o risco de recorrência de crises cai de forma progressiva e mensurável ao longo do tempo, e fatores clínicos sistematizados já desde o Parecer CFM nº 53/2015, como epilepsia exclusivamente noturna, crises focais com consciência preservada e adesão farmacológica rigorosa, modificam de forma relevante o risco individual de cada paciente, justificando avaliações mais personalizadas do que a simples contagem cronológica de meses sem crise.

A subnotificação de crises, tanto ao médico assistente quanto ao órgão de trânsito, permanece o principal obstáculo prático à efetividade de qualquer modelo regulatório: nenhum critério, por mais sofisticado que seja, funciona se o paciente esconde informação por medo de perder a habilitação. Daí a importância de estratégias de comunicação e acompanhamento clínico que não dependam exclusivamente de restrições punitivas. A responsabilidade médico-legal do médico assistente e do perito examinador de trânsito, por sua vez, confere ao tema relevância que ultrapassa a esfera puramente clínica, exigindo documentação criteriosa e aconselhamento estruturado sobre os riscos da condução, sobretudo em períodos de maior vulnerabilidade, como o ajuste de dose medicamentosa ou o período imediatamente posterior a uma crise recente.

A incorporação progressiva de critérios de risco individualizado às futuras revisões da legislação brasileira, à semelhança do movimento já observado em outras jurisdições, tem potencial para conciliar dois objetivos que só parecem conflitantes à primeira vista: reduzir o risco residual de acidentes relacionados a crises epiléticas e garantir equidade no acesso à condução para pacientes cujo perfil de risco individual já não justifica restrição indiscriminada. Trata-se,

em última análise, de deslocar o eixo da decisão regulatória do tempo decorrido para o risco efetivamente estimado, sem abrir mão do rigor técnico que a segurança viária coletiva exige.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Epilepsy. Geneva: WHO; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. GBD 2021 Epilepsy Collaborators. Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Public Health. 2025. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00302-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00302-5/fulltext).
3. Noronha ALA, Borges MA, Marques LHN, Zanetta DMT, Fernandes PT, de Boer H. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. Epilepsia. 2007;48(5):880-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00974.x>.
4. Krumholz A, Fisher RS, Lesser RP, Hauser WA. Driving and epilepsy: a review and reappraisal. JAMA. 1991;265(5):622-6. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/384905>.
5. Conselho Federal de Medicina (CFM). Parecer CFM nº 53/2015. Relator: Hideraldo Luis Souza Cabeça. Epilepsia e condução de veículos automotores. Brasília: CFM; 2015. Disponível em: <https://www.saudetransito.pr.gov.br/sites/saude->

transito/arquivos_restritos/files/documento/2020-03/parecer_cfm_epilepsia.pdf.

6. Continuum (American Academy of Neurology). Driving and epilepsy: ethical, legal, and health care policy challenges. Continuum. 2019;25(2). Disponível em: <https://continuum.aan.com/doi/10.1212/CON.0000000000000714>.
7. Brasil. Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). Resolução nº 925, de 2022. Brasília: Ministério dos Transportes; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/conteudo-Senatran/resolucoes-contran>.
8. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET). Diretriz médica: epilepsia. São Paulo: ABRAMET; 2025. Disponível em: https://abramet.com.br/repo/public/commons/DIRETRIZ%20MEDICA%20-%20EPILEPSIA%20-%202025_WEB.pdf.
9. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA — a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>.
10. Krumholz A. Driving and epilepsy. Baltimore: VA Maryland Health Care System, University of Maryland School of Medicine; 2014. Disponível em: <https://www.epilepsy.va.gov/Library/DrivingandEpilepsyKrumholz7914.pdf>.

11. MedLink Neurology. Driving and epilepsy. San Diego: MedLink; 2025. Disponível em: <https://www.medlink.com/articles/driving-and-epilepsy>.
12. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Seizure fact sheet for medical professionals. Washington, DC: U.S. Department of Transportation; [data desconhecida]. Disponível em: https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/documents/9201g_seizurefs_010813_v1a.pdf.
13. Fairclough S, O’Keeffe AG, de Tisi J, Duncan JS. Auras and the risk of seizures with impaired consciousness following epilepsy surgery: implications for driving. London: UCL Discovery; [entre 2010 e 2015]. Disponível em: https://discovery.pp.ucl.ac.uk/id/eprint/10038212/10/O%27Keeffe_Auras%20and%20Driving%20postsurgery-%20Clean%20copy.pdf.
14. Healthed. Assessing fitness to drive for seizures and epilepsy. Sydney: Healthed; 2025. Disponível em: https://www.healthed.com.au/clinical_articles/assessing-fitness-to-drive-for-seizures-and-epilepsy/.
15. Bonnett LJ, Powell GA, Tudur Smith C, Marson AG. Risk of a seizure recurrence after a breakthrough seizure and the implications for driving: further analysis of the standard versus new antiepileptic drugs (SANAD) randomised controlled trial. BMJ Open. 2017;7(7):e015868. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5726069/>.
16. Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA). Seizure disorders and CMV driver safety: recommendations of the

Medical Expert Panel. Washington, DC: U.S. Department of Transportation; 2007. Disponível em: <https://www.fmcsa.dot.gov/sites/fmcsa.dot.gov/files/2020-04/Seizure-Disorders-MEP-Recommendations-v2-prot%2010152007.pdf>.

17. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-30. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/epi.13670>.

18. Detran-RS. Pessoas com epilepsia podem dirigir, desde que observadas certas condições. Porto Alegre: Detran-RS; 2024. Disponível em: <http://stdetranrs.rs.gov.br/conteudo/49115>.

19. American Academy of Neurology; American Epilepsy Society; Epilepsy Foundation of America. Seizures, driver licensure, and medical reporting update. *Neurology*. 2025;104(6). Disponível em: <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000213459>.

¹ Discente do Curso de Medicina da Universidade Paulista (UNIP), Campus Sorocaba. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7183-5644>.

² Médico. CRM-SP 243463. RQE 152489 em Medicina do Tráfego. Graduado pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). E-

mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7291-2928>.

³ Discente do Curso de Medicina da Universidade Paulista (UNIP), Campus Sorocaba. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0999-6472>.

⁴ Médica CRM-SP 267052 Residente em Medicina de Família e Comunidade, pela Prefeitura Municipal de Sorocaba. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0431-970X>.