

“Esquizofrenia e direção veicular”

Autoria

Associação Brasileira de Medicina de Tráfego – ABRAMET

Participantes:

Alcides Trentin Júnior; Flavio Emir Adura; Juliana de Barros Guimarães; Luana Gross; Ricardo Hegele

Elaboração final:

24 de maio de 2021

Método de coleta de evidência:

Os dados que serviram de base para a elaboração desta diretriz foram obtidos por meio de referências bibliográficas pesquisadas nas principais bases de dados e recomendações fruto de amplo debate entre especialistas em Medicina do Tráfego e Saúde Mental.

Objetivo:

Avaliar a capacidade de dirigir um veículo automotor de condutores ou candidatos a condutores com diagnóstico de esquizofrenia.

Conflito de interesse:

Nenhum

Introdução

No mundo, cerca de vinte e três milhões de pessoas são portadoras de esquizofrenia e, no Brasil, entre 0,3 e 3% da população. Os primeiros sintomas tendem a surgir no final da adolescência ou início da fase adulta, mais cedo entre os homens, em torno dos 18 aos 25 anos, enquanto nas mulheres por volta 25 aos 35 anos. No curso e na evolução da esquizofrenia, as mulheres tendem a apresentar um melhor desempenho.

O desenvolvimento deste transtorno pode ocorrer de forma gradual, o que muitas vezes dificulta a percepção pelos familiares e amigos, ou de forma abrupta, se tornando mais evidente¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a esquizofrenia é a 4ª doença mais incapacitante do mundo. Devido a heterogeneidade dos pacientes existe uma escassez de normas gerais que orientem o que é vetado ou não dos mesmos desempenharem, inclusive acerca da direção veicular.

Sabe-se que dirigir exige uma série de processos cognitivos tais como memória, atenção, avaliação sistemática do ambiente e outras habilidades visuo-espaciais, verbais e de processamento de informações, tomada de decisões e resolução de problemas. Logo, o comprometimento cognitivo pode ser um agravante no desempenho da condução veicular segura.

Na esquizofrenia, déficits cognitivos são comuns e fortemente associados a prejuízos profissionais e funcionais. Os prejuízos cognitivos podem persistir quando outros sintomas estão em remissão, contribuindo para a incapacidade relacionada à doença¹.

Observam-se em geral déficits na velocidade de processamento, atenção, concentração, memória de trabalho, aprendizado verbal e visual, raciocínio/solução de problemas e na cognição social^{2,3,4}, além de agitação psicomotora, fadiga fácil, ansiedade e outros efeitos dos psicofármacos utilizados em cada caso^{5,6}. A integridade destas funções é de suma importância para a aptidão de condução veicular.

A literatura internacional ainda carece de achados sólidos acerca do processo de conduzir veículos automotores de pessoas com esquizofrenia, entretanto observam-se algumas semelhanças nos portadores desta doença no que diz respeito à condução de veículos automotores:

- Dirigem em baixa velocidade⁷.
- Apresentam maior dificuldade no controle lateral do veículo⁸.
- Cometem mais infrações e estão mais frequentemente envolvidos em acidentes de trânsito⁹.
- Demonstram desempenho superior na condução veicular aqueles com melhores condições sociodemográficas, quadro clínico menos grave (ausência de sintomas negativos) e preservação das funções executivas e
- Apresentam prejuízo de funções psicomotoras relacionadas às habilidades de direção e que não são atribuídas a efeitos adversos da farmacoterapia¹⁰.

Estudos

- Estudo realizado no ano de 2020 pelo Departamento de Psiquiatria da República da Coreia, com uma amostra de adultos com esquizofrenia submetidos a tratamentos com diferentes tipos de antipsicóticos, concluiu que os tratados com aripiprazol ou monoterapia com antipsicótico de paliperidona demonstraram desempenho cognitivo relacionado à direção veicular superior do que aqueles tratados com haloperidol ou monoterapia com antipsicótico de risperidona, sendo que sessenta e quatro por cento (64%) dos 102 estudados foram considerados competentes para conduzir veículos¹¹.

- Estudo realizado em simulador de direção no ano de 2019 pelo Departamento de Neuropsicologia Clínica e do Desenvolvimento da Universidade de Groningen, na Holanda, demonstrou que pessoas com esquizofrenia não apresentavam número maior de colisões ou envolvimento em situações críticas quando comparados por pessoas sem esquizofrenia e demonstravam melhor controle do posicionamento na via. No entanto, dirigiam significativamente mais devagar e causavam mais dificuldades para o veículo que vinha atrás na via⁷.
- Outro estudo, realizado no ano de 2019 pela Faculdade de Medicina de Tel Aviv, comparou 60 pacientes ambulatoriais com esquizofrenia portadores de carteira de habilitação (n=31) com aqueles sem carteira de habilitação (n=29). Os participantes habilitados como motoristas tinham sintomas negativos menos graves e melhor funcionamento cognitivo e psicopatologia geral em comparação com os que não possuíam habilitação como motorista¹⁰.

Há critérios diagnósticos específicos para esquizofrenia, tanto pela CID-11 (OMS - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 11ª versão) quanto pelo DSM-V (AAP - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição).

A CID-11 torna o conceito amplo, eliminando-se subtipos da esquizofrenia¹². Todavia, é relevante apresentar as principais formas de apresentação da doença, ainda de acordo com a CID-10:

- Esquizofrenia paranoide: mais comum, mais tardia, com predomínio de ideias de conteúdo delirante e alteração de comportamento, frequentemente desconfiado e por vezes hostil;
- Esquizofrenia hebefrênica: mais precoce, grave desorganização do pensamento, inadequação e incongruência do afeto, comportamento pueril e inadequado (risos imotivados e maneirismos);
- Esquizofrenia catatônica: predomínio de sintomas negativos associados a distúrbios da psicomotricidade (flexibilidade cérea, automatismos e estereotipias);
- Esquizofrenia indiferenciada: quando não corresponde a nenhum dos subtipos acima ou quando manifesta característica de mais de 1 deles;
- Esquizofrenia residual: forma mais leve, frequentemente associada a embotamento afetivo, isolamento social e mudanças de comportamento, delírios e alucinações são infrequentes.

Os antipsicóticos atípicos são o tratamento de escolha atualmente, pois, além de atuarem em um maior número de sítios dopaminérgicos e em outras vias de neurotransmissores, são mais bem tolerados e mais eficazes no tratamento de sintomas negativos.

Todavia, pelo seu alto custo, em muitos casos ainda são substituídos pelos neurolépticos típicos, os quais estão altamente associados a efeitos adversos relevantes para a segurança no tráfego (acatisia, parkinsonismo, sonolência excessiva, dentre outros) e que deverão ser sempre levados em conta para a aprovação ou não do condutor ou candidato a condutor.

O curso da esquizofrenia mostra-se favorável em cerca de 20% dos portadores¹. Os sintomas psicóticos tendem a diminuir ao longo da vida, enquanto os sintomas negativos possuem relação mais estreita com o prognóstico do que os positivos.

Em relação aos déficits cognitivos, não parece haver um delineamento definitivo sobre seu comportamento ao longo do curso da doença. Algumas pesquisas sugerem estabilidade nos déficits após o primeiro episódio e declínio esperado de acordo com o envelhecimento^{13,14,15}, enquanto outros estudos apontam diferentes trajetórias cognitivas ao longo dos anos^{16,17,18}.

As alterações cognitivas são a principal causa de incapacidade funcional para o paciente portador de esquizofrenia^{19,20,21,22}. Elas têm elevada prevalência e estão presentes mesmo na fase pré-mórbida da doença, em níveis de comprometimento distintos.

Avaliação e recomendações

Existem, ainda, muitas controvérsias sobre a capacidade de direção de condutores ou candidatos a condutores com diagnóstico de esquizofrenia, visto que a aptidão pode variar entre os indivíduos devido aos efeitos e curso da própria doença. Até o presente, não há uma avaliação universal que possa ser utilizada para prever com precisão a aptidão para os portadores dessa síndrome.

Na revisão da literatura o tema é abordado de maneira inespecífica, incluído na seção dos transtornos psiquiátricos que impactariam de alguma forma no controle seguro de um veículo e com estabelecimento de critérios de avaliação e conduta para os profissionais de saúde.

Há concordância que motoristas que estiverem na fase aguda da doença, ou com sintomas psicóticos, não deverão dirigir.

As orientações para obtenção da habilitação baseiam-se principalmente no período de estabilidade do condutor, adequação ao plano de tratamento e ausência de efeitos medicamentosos que pudessem prejudicar a direção, além do parecer de um especialista.

No que se refere à legislação brasileira, a Resolução nº 425 do CONTRAN de 27/12/2012, em seu Capítulo I, artigo 4º, item II, alínea “b”, estabelece que “o médico perito examinador deverá observar: comportamento e atitude frente ao examinador, humor, aparência, fala e compreensão, perturbações da percepção e atenção, orientação, memória e concentração, controle dos impulsos e indícios de substâncias psicoativas”²³.

Neste sentido, a abordagem do médico do tráfego na avaliação de condutores portadores de esquizofrenia deverá começar pela constatação da compensação clínica do candidato portador deste transtorno, no próprio Exame de Aptidão Física e Mental.

Testes de rastreio cognitivo como o Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) e o Mini-Cog poderão ser úteis no exame de aptidão física e mental para os candidatos que apresentarem algum sinal referente a doenças psiquiátricas^{24,25}.

Importante destacar que o histórico de sinistros e violações das leis de trânsito do motorista portador de esquizofrenia constitui valiosa informação para uma melhor avaliação do risco de dirigir veículos automotores.

Na sequência, deverá solicitar parecer do médico assistente, preferencialmente o psiquiatra, que contemple, no mínimo:

- Seguimento regular com boa aderência ao tratamento há pelo menos 12 meses;
- Ausência de surtos psicóticos ou intercorrências com a necessidade de internação ou hospitalização nos últimos 6 meses;
- Posicionamento favorável ao ato de dirigir sob o seu ponto de vista clínico e farmacológico.

Quando satisfeitas as condições acima, o resultado preconizado para o exame de aptidão física e mental da pessoa com esquizofrenia deverá ser:

- Aptidão somente para a categoria “B”;
- Validade de 1 a 2 anos na primeira habilitação e de 1 a 3 anos nas renovações, conforme o espectro de sintomas e tempo de evolução sem agravamento;

A avaliação psicológica complementar, especialmente para uma melhor testagem das funções cognitivas, deverá ser amplamente considerada nas renovações da Carteira Nacional de Habilitação – CNH.

Estudos recenseados denotam a relevância de testes psicológicos, sobretudo os cognitivos, na avaliação de motoristas com doença psiquiátrica. Avaliando clinicamente as atenções de vários tipos, as funções executivas, os domínios visuais, perceptivo e espacial, como também a velocidade de processamento e memória, que são reconhecidos como determinantes da capacidade de condução²⁶.

Neste sentido, uma perícia psicológica que avalie de forma estruturada estes domínios, como também a avaliação da personalidade e de sintomas psicopatológicos, permitirá identificar indicadores que fundamentem o resultado de aptidão ou inaptidão para a direção veicular.

Considerações finais

A esquizofrenia é uma doença crônica grave, heterogênea e com elevados índices de prejuízo social para o seu portador. No entanto, nas últimas décadas, o avanço da psicofarmacologia aliado ao tratamento precoce tem proporcionado resultados bastante promissores, com uma boa recuperação funcional de alguns pacientes e, portanto, melhorando o prognóstico desta enfermidade nesses casos.

Para isso, é crucial que haja seguimento regular e com boa aderência à terapêutica instituída pelo médico assistente, visto que a descontinuação da medicação poderá acarretar retrocessos com piora clínica significativa.

Ao médico do tráfego, compete confirmar a compensação clínica no exame de aptidão física e mental, bem como comprovar a boa aderência ao tratamento proposto através de relatório solicitado ao especialista. A diminuição do prazo de validade, a critério médico, é recomendada tanto pela gravidade da doença, quanto pela dependência de uma terapêutica eficaz e ininterrupta para que se atinja um controle satisfatório.

A boa prática da medicina do tráfego, na atual corrente inclusiva em que a ABRAMET tem se apoiado ao longo dos anos, caminha no sentido de que, com as devidas restrições, o portador de esquizofrenia, devidamente compensado e regularmente acompanhado, possa se habilitar à condução de veículos automotores.

RELATÓRIO

Prezado colega, este encaminhamento se faz necessário em virtude da informação pelo candidato ou da constatação pelo médico perito examinador, por ocasião da realização do exame de aptidão física e mental para motorista, de condição prevista no CID 10 – F20.

Identificação do paciente

Nome _____ RG _____

Diagnóstico CID 10 ()

Informações do médico assistente

Especialidade _____

Tempo de acompanhamento do paciente _____

Seguimento regular com boa aderência ao tratamento há pelo menos 12 meses: SIM () NÃO ()

Surtos psicóticos ou intercorrências com a necessidade de internação ou hospitalização nos últimos 6 meses: SIM () NÃO ()

Parecer favorável ao ato de dirigir veículos automotores da categoria B do CTB (veículos de passeio, táxi, uber, caminhonetes sob o ponto de vista clínico e farmacológico: SIM () NÃO ()

Observações:

Data ____/____/____

Assinaturas

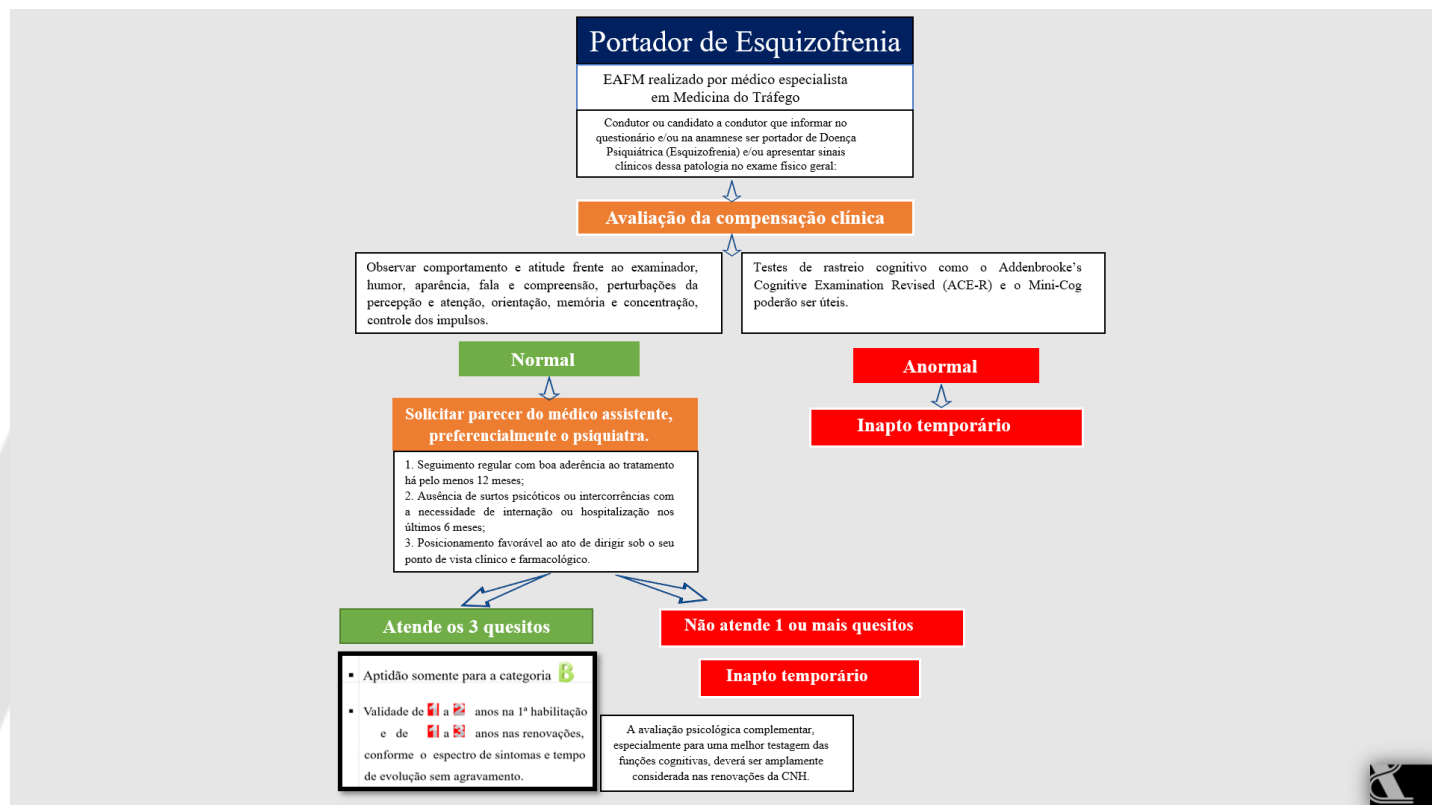
Médico Assistente



Carimbo

O paciente tem direito à privacidade e cabe exclusivamente a ele autorizar a inclusão da CID.

Paciente autoriza a informação



Referências

1. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
2. Harvey, P. D., & Rosenthal, J. B. (2018). Cognitive and functional deficits in people with schizophrenia: Evidence for accelerated or exaggerated aging? *Schizophrenia research*, 196, 14-21.
3. Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia research*, 150(1), 42-50.
4. Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 5-12.
5. Kalmar J.H., DeLuca J. Driving and other neurological and psychiatric disorders. Handbook for the assessment of driving capacity, Academic Press, 2009. pp. 131-57.
6. Galski T., Vocaturo L., Galski T.M. Driving, medical illness, and medications. Handbook for the assessment of driving capacity, Academic Press, 2009. pp. 159-85.
7. Fuermaier, A. B., Piersma, D., Huntjens, R. J., de Waard, D., Westermann, C., Bossert, M., ... & Tucha, O. (2019). Simulated car driving and its association with cognitive abilities in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 204, 171-177.
8. St. S.A., Kurtz M.M., Pearlson G.D., Astur R.S. Driving simulator performance in Schizophrenia. *Schizophr Res.*. 2005;74:121-2.
9. Harris M. Psychiatric conditions with relevance to fitness to drive. *Adv Psychiatr Treat.*. 2000;6:261-9.
10. Hellinger, N., Lipskaya-Velikovsky, L., Weizman, A., & Ratzon, N. Z. (2019). Comparing executive functioning and clinical and sociodemographic characteristics of people with schizophrenia who hold a driver's license to those who do not. *Canadian journal of occupational therapy*, 86(1), 70-80.
11. Noh, S., Na, E., Park, S. J., Kim, S. H., Evins, A. E., & Roh, S. (2020). Effects of various antipsychotics on driving-related cognitive performance in adults with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 131, 152-159.
12. Organização Mundial da Saúde. (1996). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima revisão. Vol.2, Edusp.
13. Bora, E., & Murray, R. M. (2014). Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis?. *Schizophrenia bulletin*, 40(4), 744-755.
14. Rannikko, I., Haapea, M., Miettunen, J., Veijola, J., Murray, G. K., Barnett, J. H., & Jääskeläinen, E. (2015). Changes in verbal learning and memory in schizophrenia and non-psychotic controls in midlife: A nine-year follow-up in the Northern Finland Birth Cohort study 1966. *Psychiatry research*, 228(3), 671-679.
15. Sánchez-Torres, A. M., Moreno-Izco, L., Lorente-Omeñaca, R., Cabrera, B., Lobo, A., González-Pinto, A. M., ... & Cuesta, M. J. (2018). Individual trajectories of cognitive performance in first episode psychosis: a 2-year follow-up study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268(7), 699-711.

16. Anda, L., Brønnick, K. S., Johnsen, E., Kroken, R. A., Jørgensen, H., & Løberg, E. M. (2016). The course of neurocognitive changes in acute psychosis: relation to symptomatic improvement. *PLoS One*, 11(12), e0167390.
17. Reser, M. P., Allott, K. A., Killackey, E., Farhall, J., & Cotton, S. M. (2015). Exploring cognitive heterogeneity in first-episode psychosis: What cluster analysis can reveal. *Psychiatry Research*, 229(3), 819-827
18. Karantonis, J. A., Rossell, S. L., Carruthers, S. P., Sumner, P., Hughes, M., Green, M. J., ... & Van Rheenen, T. E. (2020). Cognitive validation of cross-diagnostic cognitive subgroups on the schizophrenia-bipolar spectrum. *Journal of affective disorders*, 266, 710-721.
19. Gold, J. M. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 72(1), 21-28.
20. Harvey, P. D., & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73-79.
21. Chang, W. C., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2016). Impact of avolition and cognitive impairment on functional outcome in first-episode schizophrenia-spectrum disorder: a prospective one-year follow-up study. *Schizophrenia research*, 170(2-3), 318-321.
22. Lin, J. J., Liang, F. W., Li, C. Y., & Lu, T. H. (2018). Leading causes of death among decedents with mention of schizophrenia on the death certificates in the United States. *Schizophrenia research*, 197, 116-123.
23. <https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/transito/conteudo-denatran/legislacao-denatran>
24. Ferreira I.S., Simões M.R., Marôco J. Cognitive and psychomotor tests as predictors of on-road driving ability in older primary care patients. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour* 2013;21:146-58.
25. *Dement. neuropsicol.* vol.14 no.2 São Paulo abr./junho 2020 Epub 12 de junho de 2020 <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020005>
26. Simões M.R., Firmino H., Pinho S., Cerejeira J., Martins C. Avaliação Cognitiva de Addenbrooke–Revista (ACE-R): versão final portuguesa. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, (2010)



*Schizophrenia
Awareness*

Dia 24 de maio - Dia Mundial da Pessoa com Esquizofrenia

O foco principal é a redução do preconceito quanto ao transtorno.

“Psicofobia é crime. É uma doença psiquiátrica como qualquer outra e com tratamento.

Todos precisam saber disso” (Associação Brasileira de Psiquiatria)

A OMS trabalha para melhorar a saúde mental dos indivíduos e da sociedade como um todo, incluindo a promoção do bem-estar mental, a prevenção de transtornos mentais, a proteção dos direitos humanos e o cuidado de pessoas com transtornos mentais.