Epilepsias e Direção de Veículos – Aspectos Legais

Carlos José Reis de Campos*

Ivette Catarina Jabour Kairalla**

RESUMO

Dentre as condições médicas reconhecidas como de maior risco para o condutor de veículos encontram-se as epilepsias. Entretanto, algumas vezes, as restrições a dirigir veículos automotivos cerceiam os direitos de sociabilização do indivíduo epiléptico que tenha suas crises controladas. Como os critérios de autorização para dirigir veículos motorizados a pacientes epilépticos não se mostram precisos para uma decisão correta, apresentamos aspectos que têm sido considerados, no Brasil e em outros países, com o objetivo de estabelecer algumas conclusões e propostas mais objetivas e justas, que auxiliem a orientação de pacientes epilépticos nesse sentido

UNITERMOS

Epilepsias, direção de veículos, aspectos legais

Desde que os carros a motor foram apresentados ao público, no século passado, foram reconhecidas algumas condições médicas como de risco maior para a direção. Dentre essas, incluem-se as epilepsias, que, como se sabe, podem ter várias causas e, portanto, diferentes tipos de evolução e de gravidade clínica. Porém, como as epilepsias, desde seus primórdios até nossos dias, vêm fortemente associadas a idéias estigmatizantes e, ainda, como as condições clínicas evoluem diferentemente para cada caso, a autorização para dirigir veículos motorizados, a pacientes epilépticos, freqüentemente não se apóia em critérios precisos para uma decisão correta e justa.

Em alguns casos, as restrições a dirigir veículos automotores cerceiam os direitos do indivíduo epiléptico, como, por exemplo, atuando como barreira a um trabalho, ou à socialização ou, até mesmo, a cuidar de necessidades da vida diária, como fazer compras.

O primeiro relato de um acidente de trânsito atribuído à crise epiléptica foi feito por Thälwitzer em 1906¹, resultando em uma proibição geral contra pessoas epilépticas dirigirem. Contudo, por volta de 1940 tornou-se evidente que muitas pessoas com epilepsia paravam de ter crises ou podiam tê-las completamente controladas pelas drogas antiepilépticas e, portanto, podiam dirigir com segurança. Em 1948, Symonds², na Inglaterra, e, em 1956, Hierons¹ no Reino Unido, propuseram que pessoas com epilepsia poderiam dirigir sem riscos se elas estivessem livres de crises por alguns anos (cinco anos para este último). Daí surgiu o critério do intervalo sem crises, que vem sendo usado desde então.

Assim, na Dinamarca, por exemplo, Kuhl et al.³ constataram que pessoas livres de crises por três meses tinham 85% de chance de permanecer sem crises por um ano. Esse estudo serviu de base para se utilizar o período de três meses livres de crises como fator preditivo de segurança relativa na direção. Annegers et al.⁴ apontaram que pessoas permanecendo cinco anos livres de crises têm 70% de chance de continuar sem crises por 20 anos. Entretanto, nenhum desses trabalhos faz alusão às diferenças entre as diversas síndromes epilépticas.

Fischer et al. 1 citam vários estudos, de diferentes partes do mundo, que apontam os riscos para acidentes de trânsito decorrentes de crises epilépticas.

Professor-Adjunto Doutor - Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Epilepsias (SITE) da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), Brasil.

Médica Psiquiatra, Mestre em Neurociências pela UNIFESP e Doutoranda em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNIFESP – Programa de Esquizofrenia (Proesq) e do SITE da UNIFESP-EPM.

A maioria deles mostra um índice bastante reduzido de ocorrências.

Beaussart et al.⁵ publicaram estudo longitudinal de 1.089 pacientes epilépticos, seguidos entre 1965 e 1991, cujo resultado mostrou que acidentes de trânsito provocados por crises epilépticas são raros e a maioria deles de pequena gravidade.

Krumholtz² cita o estado de Winsconsin como sendo o primeiro nos EUA, em 1949, a incluir em seus estatutos a permissão para dirigir a indivíduos que estavam livres das crises epilépticas ou as tinham bem controladas. Também faz uma descrição detalhada dos critérios utilizados nos vários estados da América do Norte.

Baker & Spitz⁶ publicaram um estudo em que 1 em 10.000 acidentes foi atribuído à epilepsia, uma pequena porcentagem se comparada àquela atribuída ao álcool ou à morte súbita (presumivelmente cardíaca) na direção. Sabe-se que de 1 a 3 em 10.000 acidentes de trânsito são decorrentes de crises epilépticas, para 700 causados pelo alcoolismo⁷.

Alguns critérios têm sido considerados para liberação ou não da licença para dirigir:

- Como regra geral, pessoas com crises frequentes (intervalos curtos entre as crises) não devem dirigir, e indivíduos com longos intervalos entre suas crises podem ser considerados capazes de dirigir com segurança.
- Crises que ocorrem somente durante o sono podem permitir que se dirija com segurança, mas essas crises noturnas algumas vezes tornam-se também diurnas⁸.
- 3. Durante a suspensão progressiva do tratamento com drogas antiepilépticas acontece um período de maior risco de ocorrência de crises^{9,10}.

Fischer et al. 1 apontavam, resumidamente, como preditores adversos à remissão das crises: crises no 1º ano de vida, tratamento longo, crises frequentes, crises parciais complexas, crises de ausência atípica, epilepsia sintomática e crises agrupadas. Além disso, algumas formas específicas de epilepsia, como epilepsia mioclônica juvenil, apresentam alto risco de recorrência se for interrompido o tratamento medicamentoso. Fischer et al. 1 apresentam, ainda, uma revisão detalhada de estudos em vários países sobre prognóstico nas diversas condições clínicas de pacientes epilépticos e como é o regulamento legal em cada país, referente ao período livre de crises em relação à permissão para dirigir. Nessa relação, incluem o Brasil como um país que não concede aos epilépticos autorização para dirigir, com algumas exceções.

O que se pode constatar desses estudos é que leis governamentais referentes à obtenção, por pacientes epilépticos, da carteira de habilitação para dirigir variam muito de país para país. Nos EUA essas leis modificamse de um estado para outro, variando o tempo livre de crises de 3 meses a 2 e até 3 anos, ou simplesmente declaram o paciente epiléptico inapto, evidenciando a dificuldade de encontrar um consenso nessas leis.

Deve-se lembrar que dirigir veículos automotores é um privilégio e não um direito, e, para que se consiga esse privilégio, é necessário que o candidato esteja apto tanto física como mentalmente.

No Brasil, o assunto tem despertado grande interesse¹¹, cabendo ao paciente revelar sua condição ao médico por ocasião do exame de aptidão física, para obtenção ou renovação da carteira de habilitação. A legislação brasileira atual não faz referência específica à epilepsia. Ela está, do ponto de vista legal, incluída entre as condições que potencialmente podem incapacitar o indivíduo a dirigir, dependendo da avaliação médica. Mas o paciente pode ser responsabilizado administrativamente se negar ou ocultar essa condição ao médico, e também poderá ser responsabilizado, como qualquer cidadão, pelos danos causados tanto na esfera cível como na penal¹².

A princípio, a condição de portador de epilepsia e o fato de usar medicamentos antiepilépticos não incompatibilizará o paciente com a direção de veículo automotivo, salvo se o quadro não estiver controlado, sujeitando-o a freqüentes crises com alteração da consciência, com conseqüente risco para sua própria integridade física e a alheia, ou então se estiver fazendo uso de doses muito elevadas ou até mesmo tóxicas das drogas antiepilépticas, o que pode reduzir, de modo perigoso, o tempo de reação do motorista.

O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) de 1997 e as Resoluções 51/98 e 80/98 do Contran prevêem algumas situações especiais, nas quais podem ser incluídos os portadores de epilepsia:

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

I - de aptidão física e mental;

§ 4º – Quando houver indícios de deficiência física, mental ou de progressividade de doença que possa diminuir a capacidade para conduzir veículo, o prazo previsto no § 2 poderá ser diminuído por proposta do perito examinador (§ acrescentado pela Lei nº 9.602, de 21 de janeiro de 1998).

Art. 252 - Dirigir o veículo: (Das Infrações) III... - com incapacidade física ou mental temporária que comprometa a segurança do trânsito;

Art. 263 – A cassação do documento de habilitação dar-se-á:

§ 1º - Constatada, em processo administrativo, a irregularidade na expedição do documento de habilitação, a autoridade expedidora promoverá o cancelamento.

Desse modo, o portador de epilepsia deve relatar sua real condição clínica ao médico examinador, para salvaguardar seus direitos. Se estiver com algum sintoma que o incapacite para a direção em um determinado dia, não deverá fazê-lo (Art. 252 do CTB). Se o indivíduo mentir, ocultando seu distúrbio ou uso de medicamentos, poderá ser responsabilizado por isso, penal (crime de falsidade ideológica, art. 299 do Código Penal) e administrativamente (cassação da carteira de habilitação, por exemplo). Se causar dano patrimonial ou atentar contra a saúde, a integridade física ou a vida de alguém, responderá civil (indenização, lucros cessantes, danos morais) e penalmente (lesões corporais, homicídio culposo), na forma da lei¹².

Os esforços internacionais, desenvolvidos nos últimos anos, para corrigir as falhas vigentes na área de legislação de trânsito, acabaram por incluir depoimentos dos próprios portadores de epilepsia, alguns dos quais descrevem com muita clareza a condição real em que se encontram. Assim, Bornemann¹³ escreve em seu artigo, referindo-se à população de epilépticos em geral: "Nós somos pessoas tão diversas quanto as que moram em casas marrons, ou àquelas cujo sobrenome começa com 'B', ou que nasceram em algum ano do passado. Mas, quando as leis estaduais restringem o privilégio de dirigir veículos automotores, nós somos tratados indiscriminadamente, baseando-se apenas na ocorrência de uma crise, sem levar em consideração os prontuários dos órgãos de trânsito, o grau de responsabilidade pessoal, ou o perigo quase insignificante que a maioria de nós possa causar a nós mesmos e aos outros motoristas". Esse motorista epiléptico oferece, de modo consistente, sete características nas quais a legislação de licença para dirigir poderia apoiar-se e que foram apresentadas em um workshop realizado no estado de Maryland, EUA.

Ainda que as normas vigentes nos diversos países, seja da União Européia, Estados Unidos da América, seja ainda no Brasil, não coincidam nem quanto aos prazos, nem quanto às condições específicas dos grupos condutores, podendo até mesmo ser omissas em alguns aspectos, há, no entanto, unanimidade sobre a necessidade de se estabelecerem regras que possibilitem, a certas pessoas, a condução de veículos, desde que se prove terem risco de acidentes não superior ao da população em geral.

Já começam a surgir, nesse sentido, proposições resultantes dos esforços de algumas instituições

reconhecidas internacionalmente, bem como se discutem, em paralelo, as medidas que minimizem as possibilidades de fraude. Trata-se de estabelecer princípios suficientemente liberais para induzirem a auto-declaração de incapacidades e suficientemente rígidos para prevenirem acidentes causados por pessoas que não deveriam conduzir veículos automotivos. Além disso, nos debates internacionais, tem sido referido que, se um médico for obrigado a informar uma inaptidão, isso levará irremediavelmente a que o doente perca a confiança no médico e, tendo crises, as esconda não só das autoridades, como do próprio médico.

No estado de Delaware, EUA, todos os médicos que tratam de pacientes com epilepsia são obrigados a notificar ao órgão estatal competente (Division of Motor Vehicles) e informar se essa pessoa está apta para dirigir um veículo motorizado com segurança¹⁴. Como analisa Martz¹⁴, essa lei torna o médico um policial, um juiz e um júri e afirma categoricamente que ela deveria ser inteiramente reformulada por várias razões, as quais descreve com clareza no referido artigo.

Representantes da American Academy of Neurology (AAN), da American Epilepsy Society (AES) e da Epilepsy Foundation of America (EFA) reuniram-se em Washington, de 31/05 a 02/06 de 1991, para uma conferência em busca de um consenso para se estabelecerem critérios apropriados autorizando pessoas com epilepsia a dirigir. Esses representantes juntaramse a outros responsáveis na área, incluindo dirigentes do Department of Motor Vehicles, membros da Medical Advisory Boards do estado, autores de artigos relevantes e um indivíduo com epilepsia²⁰. Foi nessa conferência que, pela primeira vez, essas três organizações trabalharam juntas para alcançar um consenso e adotar formalmente uma posição unificada sobre esse assunto. Dentre os vários critérios discutidos, concordou-se que os médicos deveriam ter liberdade de escolher notificar ou não um caso ao órgão regulador 15,20. Essa publicação relata pormenorizadamente os critérios estabelecidos, que se mostram ricos e abrangentes.

Hansotia¹⁶, em Wisconsin, e Josefowicz¹⁷, no estado do Maine, descrevem os critérios adotados em seus estados e os respectivos passos para a implantação deles. Kingham¹⁸ descreve, ainda, de maneira muito clara e detalhadamente, as três etapas necessárias para mudar leis estatais nos EUA: a) identificar o assunto como uma prioridade com determinação da modificação recomendada; b) estabelecer a estratégia legal necessária para aprovação da mudança; c) planejar e executar os passos necessários para a bem-sucedida implantação da mudança.

Na realidade brasileira, que nos atinge mais diretamente, não há referência a critérios uniformes com relação à competência física e mental para operar um veículo motor, resultando em repetidas situações inquietantes. A decisão para determinar se um paciente está habilitado ou não para operar com segurança um veículo motor é, em geral, deixada a cargo das discussões individualizadas com seu médico.

Porém, consideramos pertinentes as "Recomendações Brasileiras", apresentadas antes da promulgação da atual legislação de trânsito, no Fórum de Epilepsia da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, em 1992¹⁹, relacionadas à Resolução 73/89 do Contran, que poderiam ser utilizadas na regulamentação e interpretação da atual legislação de trânsito:

- Exigir do candidato à CNH, portador de epilepsia, que demonstre que está em acompanhamento neurológico e livre de crises epilépticas no mínimo há 12 meses.
- Permitir ao candidato à CNH somente licença para conduzir veículo da categoria B (amador), segundo artigo de Resolução 73/89 do Contran.
- Orientar o paciente para que notifique ao órgão competente (Detran/Contran) e a seu médico a eventual recorrência de crises epilépticas.
- Sugerir a inclusão na Resolução do Contran, art. 51, do candidato "apto com restrições", de modo que o prazo de validade de sua CNH seja de 1 (um) ano e sua revalidação a cada 6 (seis) meses nos primeiros 2 (dois) anos e anualmente por 8 anos.
- Sugerir a inclusão na Resolução 73/89 do Contran, art. 51, do candidato "inapto temporariamente" como aquele indivíduo que, fazendo uso de sua carteira, tivesse uma crise epiléptica.
- Poderá ser reavaliada a condição daquele paciente que, fazendo uso de sua carteira, tivesse uma crise dentro de situações especiais, como:
 - a) fazer uso de medicação que diminuísse o limiar convulsivo;
 - b) ter de suspender temporariamente a medicação antiepiléptica por alguma condição especial.
- Será declarado "inapto" aquele candidato que não tiver conseguido controlar suas crises adequadamente.
- Será declarado "inapto" o candidato que deseje obter ou renovar a CNH profissional que sofreu alguma crise epiléptica após os cinco anos de idade e que não tenham sido afastadas, por investigação neurológica, as síndromes epilépticas benignas da infância.

- Sugerimos a utilização de um questionário padronizado pelo Detran/Contran para ser respondido pelo candidato à obtenção ou renovação de CNH, no qual se estipule, como mínimas, certas doenças que possam simular uma crise epiléptica na direção (além do distúrbio epiléptico).
- Permitir o recebimento de auxílio-doença pelo paciente somente após ele ter comprovado a retenção de sua CNH no Detran/Contran.
- Acrescentar na Resolução 734/89 do Contran que "dirigir é um privilégio e não um direito" (vide seu artigo 115, item 3).

Assim, tanto os clínicos gerais como os especialistas de várias áreas (neurologistas, psiquiatras e outros) terão de avaliar os casos de epilepsia de modo a auxiliar a decisão de orientar os pacientes quanto à condução de veículos, instrumento essencial à integração social. As pessoas com baixo risco poderão ser liberadas para a direção de veículos e, portanto, colaborar com as autoridades de trânsito na formulação de normas para evitar os riscos previsíveis da condução de veículos por pacientes com distúrbios específicos. Esses pacientes deverão ser conscientizados de suas responsabilidades, informando verdadeiramente sobre a evolução de seu quadro clínico, bem como deverão ser informados sobre as questões legais anteriormente descritas.

SUMMARY

Epilepsies and driving - Legal aspects

Epilepsies have been pointed as one of the largest risk to driving among many other medical conditions, although alcoholism and imprudence actually cause most of traffic accidents. Some legal aspects of the problem are discussed, considering the actual traffic Brazilian and international experience on this subject.

KEYWORDS

Driving, epilepsy, traffic accident, law.

Referências

- Fisher RS, Parsonage M, Beaussart M, Bladin P, Masland R, Sonnen AEH, Rémillard G. Epilepsy and Driving: An International Perspective. Epilepsia, 35(3):675-684, 1994.
- Krumholz A. Driving and Epilepsy: A Historical Perspective and Review of Current Regulations. Epilepsia, 35(3):668-674, 1994.
- Kuhl V, Kirboe E, Lund M. The prognosis of epilepsy with special reference to traffic safety. Epilepsia, 8:195-209, 1967.
- Annegers JF, Hauser WF, Elveback LR. Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy. Epilepsia, 20:729-737, 1979.
- BeaussartM, Beaussart-Defaye J, Lamiaux JM, Grubar JC. Epileptic drivers – a study of 1.890 patients. Med law, 16(2):295-306, 1997.

- Baker SP. & Spitz WU. An evaluation of the hazard created by natural death at the whell. N. Engl J Med, 283:405-409, 1970.
- Moeller FC. & Bragatti J. Aspectos Legais na Epilepsia: Epilepsia e Habilitação para Dirigir. Forum de Epilepsia da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio. Spudis EV, Penry JK, Gibson P. – Driving impairment caused by episodic brain dysfunction. Restrictions for epilepsy and syncope. Arch Neurol, 43:558-564, 1986.
- 8. UF
- Juul-Jensen P. Frequency of recurrence after discontinuation of anti-convulsant therapy in patients with epileptic seizures. Epilepsia, 5:352-363, 1964.
- Callaghan N, Garret A, Goggin T. Withdrawal of anticonvulsant drugs in patients seizure-free for two years: a prospective study. N Engl J Med, 318:942-946, 1988.
- Lima RSA, Muskat M, Campos CJR. Epilepsia e Direção de Veículos. Neurociências, 2(2):77-80, 1994.
- Kuhn MLS. Texto obtido on line, no endereço http:// www.conex.com.br/epilepsia/leis.html,e-mail: leonork@tba.com.br
- Bornemann MT. Viewpoint of a Driver with Epilepsy. Epilepsia, 35(3):665-667, 1994.
- Martz EW. Physician Responsibility. Delaware Medical Journal, 69(4):221-222, 1997.

- AAN AES & EFA. Consensus Statements, Sample Statutory Provisions, and Model Regulations Regarding Driver Licensing and Epilepsy. Epilepsia, 35(3):696-705, 1994.
- Hansotia P. Epilepsy and Driving Regulations in Wisconsin. Epilepsia, 35(3):685-687, 1994.
- Josefowicz TH. Development and Application of Medical guidelines for Drivers in the State of Maine. Epilepsia, 35(3):688-692, 1994.
- Kingham LA. Driving and Epilepsy: Changing the Law in Maryland. Epilepsia, 35(3):693-695, 1994.
- Fórum de Epilepsias da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. Aspectos Legais na Epilepsia. 1992. Coordenadores: Gutiérrez LV & Portuguez MW.
- Lipman IJ & Lehman C. Consensus Conference on Driver Licensing and Epilepsy: American Academy of Neurology, American Epilepsy Society, and Epilepsy Foundation of America. Epilepsia, 35(3):662-664, 1994.

Endereço para correspondência

Universidade Federal de São Paulo Rua Pedro de Toledo, 655 - Vila Clementino CEP 04039-030 - São Paulo - SP e-mail: cjcamp@ibm.net

Tegretol* / Tegretol* CR - Carbamazepina - Apresentações - Comprimidos: caixas com 20 comprimidos de 200 e 400 mg. Comprimidos de liberação controlada (CR): caixas com 20 comprimidos revestidos divisíveis de 200 e 400 mg. Suspensão a 2%: trasco de 100 ml com copo-medida. Indicações - Epilepsia (exceto crises de ausência). Mania e profilaxia em distúrbios maniacodepressivos (transtornos bipolares). Síndrome de abstinência alcoólica. Neuralgia trigeminal, neuralgia glossofaringea idiopatica. Neuropatia diabética. Diabetes insípidus. Posología - Adultos. 100-1600 mg/dia, dependendo da indicação e gravidade do caso. Crianças: 10-20 mg/Kg/dia. Administrado em doses divididas. Contra-indicações - Hipersensibilidade à carbamazepina ou a compostos tricíclicos. Bloqueio atrioventricular. Uso concomitante de IMAOs. Histórico de depressão da medula óssea ou de porfiria aguda intermitente. Precauções - Gravidez e lactação. Hemograma completo, testes de função hepática e exame de urina no início e periodicamente. Monitorização de níveis plasmáticos. Historia de insuficiências renal, hepática e cardiaca e de reações adversas hematológicas. Cuidado ao dirigir ou ao operar máquinas. Pressão intraocular aumentada, psicose latente, estados confusionais, agitação. Crises mistas. Pacientes idosos, Interrupção abrupta do tratamento. Interações medicamentosas - A carbamazepina é um importante indutor enzimático. Interações clinicamente importantes com outros fármacos / substâncias (inclusive contraceptivos orais e alcool) podem ser comuns. Reações adversas - Éfeitos colaterais leves, geralmente transitórios e dose-dependentes. Frequentes: tontura, ataxia, reações alérgicas cutâneas leves, leucopenia moderada. Ocasionalmente: diplopía, elevação das enzimas hepáticas, vômitos, trombocitopenia, hiponatremia, disturbios de acomodação. Raros: dermatite exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson, icterícia, hepatite, distúrbios de hipersensibilidade tardia de vários órgãos, síndrome Lupus-like. Casos isolados: neurites, alucinações. agitação, depressão, síndrome de Lyell, discrasias sangüíneas, reações anafiláticas, bloqueio A-V, insuficiência cardiaca congestiva, tromboembolismo, osteomalacia, disfunção renal, nefrite intersticial, disturbios sexuais.

Informações completas para prescrição à disposição da classe médica mediante solicitação.

OLCADIL®-Composição: Comprimidos de 1, 2 e 4 mg de cloxazolam. Indicações: Ansiedade, distúrbios do sono, síndrome de abstinência ao álcool, pre medicação anestésica. Posologia: Dose inicial: pacientes com distúrbios de grau leve ou moderado: 1 a 3 mg ao dia; pacientes com distúrbios de grau moderado ou severo: 2 a 6 mg ao dia. Doses de manutenção: casos leves de 2 a 6 mg/dia; casos graves de 6 a 12 mg/dia. As doses poderão ser fracionadas (ver informações completas sobre o produto). Observada melhora, reduzir gradualmente a posologia. Pré-anestesia: 0,1 mg/kg de peso corporal, uma ou duas horas antes da cirurgia, somente nos casos em que é possível a administração oral. Contra-indicações: Estados comatosos ou depressão severa do sistema nervoso central; miastenia grave; história de hipersensibilidade a derivados benzodiazepínicos. Precauções: Especialmente em doses elevadas, OLCADIL, como todos os medicamentos de ação central, pode comprometer as reações do paciente (ex.: condução de veículos, operação de máquinas, etc.) OLCADIL não é recomendado durante a gravidez e a lactação. Na presença de doença hepática ou renal, síndrome cerebral crônica ou glaucoma de angulo fechado, os pacientes devem ser cuidadosamente monitorizados e, se necessário, a dose de OLCADIL deve ser reduzida. Embora os benzodiazepínicos apresentem baixo potencial em causar dependência e não tenham sido relatados casos de criação de hábito com OLCADIL, deve-se ter cuidado ao prescrever o medicamento a pessoas com tendência a vício. Interações: OLCADIL pode potencializar os efeitos centrais de outros depressores do sistema nervoso central. A ingestão simultânea de álcool não é recomendada. Efeitos colaterais: Sedação, tontura e cefaléia podem ser verificadas com doses elevadas ingeridas de uma só vez. Estes efeitos colaterais geralmente aparecem no início do tratamento, mas podem ser evitados pelo aumento gradual da dose, ou podem ser revertidos pela redução da mesma. Hipotensão ortostástica, hipotonia muscular ou ataxia são fenômenos raros. Apresentação: Embalagens com 20 comprimidos de 1, 2 e 4 mg. Informações completas para prescrição à disposição da classe médica mediante solicitação.

CAMPOS, C.J.R. & KAIRALLA, I.C.J. - Epilepsias e Direção de Veículos - Aspectos Legais