

DIRETIVAS

DIRETIVA (UE) 2016/1106 DA COMISSÃO

de 7 de julho de 2016

que altera a Diretiva 2006/126/CE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à carta de condução

(Texto relevante para efeitos do EEE)

A COMISSÃO EUROPEIA,

Tendo em conta o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia,

Tendo em conta a Diretiva 2006/126/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de dezembro de 2006, relativa à carta de condução ⁽¹⁾, nomeadamente o artigo 8.º,

Considerando o seguinte:

- (1) O conhecimento científico dos estados clínicos que afetam a habilitação para conduzir aumentou desde a adoção da Diretiva 2006/126/CE, nomeadamente no que se refere às estimativas dos riscos para a segurança rodoviária que lhe estão associados e à eficácia dos tratamentos que visam reduzir esses riscos.
- (2) O atual texto da Diretiva 2006/126/CE deixou de refletir os conhecimentos mais recentes sobre as doenças que afetam o coração e o sistema vascular que, ou criam um risco efetivo ou potencial de episódio grave, súbito e incapacitante, ou impedem o interessado de conduzir veículos em condições de segurança, ou estão na origem de ambos os efeitos.
- (3) O Comité da Carta de Condução criou um grupo de trabalho sobre condução e doenças cardiovasculares cujo objetivo é avaliar os riscos para a segurança rodoviária associados a estas doenças, segundo uma perspetiva médica atualizada, e formular as orientações adequadas. O relatório ⁽²⁾ produzido pelo grupo de trabalho explica por que razão é necessário atualizar as disposições sobre doenças cardiovasculares constantes do anexo III da Diretiva 2006/126/CE. A proposta visa ter em conta os mais recentes conhecimentos de medicina e indicar claramente em que condições deve ser autorizada a condução e em que situações não deve ser emitida ou renovada a carta. Além disso, o relatório inclui informações pormenorizadas sobre a forma como as disposições atualizadas sobre doenças cardiovasculares devem ser aplicadas pelas autoridades nacionais competentes.
- (4) Os conhecimentos e os métodos de diagnóstico e de tratamento da hipoglicemia progrediram desde a última atualização das disposições sobre a diabetes, que constam do anexo III da Diretiva 2006/126/CE, em 2009. O grupo de trabalho para a diabetes, criado pelo Comité da Carta de Condução, concluiu que é necessário ter em conta os progressos registados, mediante a atualização dessas disposições, em especial no tocante à pertinência da hipoglicemia que ocorre durante o sono e à duração do período de interdição da condução após a ocorrência de hipoglicemia grave recorrente, no caso dos condutores do grupo 1.
- (5) Para ter em conta as especificidades individuais e se adaptar adequadamente aos progressos registados nestes domínios da medicina, os Estados-Membros devem dispor de uma opção para que as autoridades médicas nacionais competentes possam autorizar a condução em casos devidamente justificados.
- (6) A Diretiva 2006/126/CE deve, por conseguinte, ser alterada em conformidade.
- (7) Em conformidade com a declaração política comum, de 28 de setembro de 2011, dos Estados-Membros e da Comissão sobre os documentos explicativos ⁽³⁾, os Estados-Membros comprometeram-se a juntar, em casos justificados, à notificação das suas medidas de transposição, um ou mais documentos que expliquem a relação entre as componentes de uma diretiva e as partes correspondentes dos instrumentos nacionais de transposição.

⁽¹⁾ JO L 403 de 30.12.2006, p. 18.

⁽²⁾ Novas normas no domínio da condução e doenças cardiovasculares, relatório do grupo de peritos sobre condução e doenças cardiovasculares, Bruxelas, outubro de 2013.

⁽³⁾ JO C 369 de 17.12.2011, p. 14.

(8) As medidas previstas na presente diretiva são conformes com o parecer do Comité da Carta de Condução,

ADOTOU A PRESENTE DIRETIVA:

Artigo 1.º

O anexo III da Diretiva 2006/126/CE é alterado em conformidade com o anexo da presente diretiva.

Artigo 2.º

1. Os Estados-Membros devem adotar e publicar, até 1 de janeiro de 2018, as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à presente diretiva. Os Estados-Membros devem comunicar imediatamente à Comissão o texto dessas disposições.

Os Estados-Membros devem aplicar as referidas disposições a partir de 1 de janeiro de 2018.

As disposições adotadas pelos Estados-Membros devem fazer referência à presente diretiva ou ser acompanhadas dessa referência aquando da sua publicação oficial. As modalidades da referência são estabelecidas pelos Estados-Membros.

2. Os Estados-Membros devem comunicar à Comissão o texto das principais disposições de direito interno que adotarem no domínio abrangido pela presente diretiva.

Artigo 3.º

A presente diretiva entra em vigor no vigésimo dia seguinte ao da sua publicação no *Jornal Oficial da União Europeia*.

Artigo 4.º

Os destinatários da presente diretiva são os Estados-Membros.

Feito em Bruxelas, em 7 de julho de 2016.

Pela Comissão
O Presidente
Jean-Claude JUNCKER

ANEXO

O anexo III da Diretiva 2006/126/CE é alterado do seguinte modo:

1) A secção 9 (AFEÇÕES CARDIOVASCULARES) passa a ter a seguinte redação:

«DOENÇAS CARDIOVASCULARES

9. As afeções ou doenças cardiovasculares podem conduzir a alteração súbita das funções cerebrais, o que representa um perigo para a segurança rodoviária. Essas afeções constituem motivos para impor restrições temporárias ou permanentes à condução.
- 9.1. Para as afeções cardiovasculares abaixo, no caso dos candidatos ou condutores dos grupos indicados, as cartas de condução só podem ser emitidas ou renovadas depois de a afeção ter sido eficazmente tratada e sob reserva da competente autorização médica e, se for caso disso, de uma avaliação médica regular:
- a) Bradicardias (doença do nóculo sinusal e distúrbios da condução cardíaca) e taquicardias (arritmias supraventriculares e ventriculares) com antecedentes de síncope ou episódios de síncope devidos a condições de arritmia (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - b) Bradicardias: doença do nóculo sinusal e distúrbios da condução cardíaca com bloqueio atrioventricular (AV) de segundo grau Mobitz II, bloqueio AV de terceiro grau ou bloqueio de ramo (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - c) Taquicardias (arritmias ventriculares e supraventriculares) com:
 - Doença cardíaca estrutural e taquicardia ventricular (TV) sustentada (aplica-se aos grupos 1 e 2); ou
 - Taquicardia ventricular polimórfica não sustentada e taquicardia ventricular sustentada ou com indicação de desfibrilhador (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - d) Sintomatologia de angina de peito (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - e) Implantação ou substituição de marca-passo (*pacemaker*) permanente (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - f) Implantação ou substituição de desfibrilhador ou choque adequado ou não adequado de desfibrilhador (aplica-se apenas ao grupo 1);
 - g) Síncope (perda transitória de consciência e do tom postural, caracterizada pelo rápido surgimento, curta duração e recuperação espontânea, devido a hipoperfusão cerebral global, de origem reflexa presumida, de causa desconhecida, sem sinais de doença cardíaca subjacente) (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - h) Síndrome coronária aguda (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - i) Angina de peito estável assintomática durante o exercício ligeiro (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - j) Intervenção coronária percutânea (ICP) (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - k) Cirurgia de enxerto de *bypass* das artérias coronárias (EBAC) (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - l) Acidente/ataque isquémico transitório (AIT) (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - m) Estenose significativa da artéria carótida (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - n) Diâmetro máximo da aorta superior a 5,5 cm (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - o) Insuficiência cardíaca:
 - Classificação da Associação de Cardiologia da Nova Iorque (*New York Heart Association* — NYHA) I, II, III (aplica-se apenas ao grupo 1);
 - NYHA I e II, desde que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo seja de pelo menos 35 % (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - p) Transplantação cardíaca (aplica-se aos grupos 1 e 2);

- q) Dispositivo de assistência cardíaca (aplica-se apenas ao grupo 1);
 - r) Cirurgia valvular cardíaca (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - s) Hipertensão arterial maligna (subida da tensão arterial sistólica ≥ 180 mmHg ou da tensão arterial diastólica ≥ 110 mmHg, associada a danos iminentes ou progressivos nos órgãos) (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - t) Tensão arterial de grau III (tensão arterial diastólica ≥ 110 mmHg e/ou tensão arterial sistólica ≥ 180 mmHg) (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - u) Doença cardíaca congénita (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - v) Miocardiopatia hipertrófica sem síncope (aplica-se apenas ao grupo 1);
 - w) Síndrome do QT longo com síncope, *Torsade des Pointes* ou $QTc > 500$ ms (aplica-se apenas ao grupo 1).
- 9.2. No caso das afeções cardiovasculares abaixo, não devem ser emitidas nem renovadas cartas de condução para candidatos ou condutores dos grupos indicados:
- a) Implante de um desfibrilhador (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - b) Doença vascular periférica — aneurisma da aorta torácica e abdominal quando o diâmetro máximo da aorta for tal que predispõe para um risco significativo de rutura súbita e, por conseguinte, de episódio súbito incapacitante (aplica-se aos grupos 1 e 2);
 - c) Insuficiência cardíaca:
 - NYHA IV (aplica-se apenas ao grupo 1);
 - NYHA III e IV (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - d) Dispositivos de assistência cardíaca (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - e) Doença valvular cardíaca com regurgitação aórtica, estenose aórtica, regurgitação mitral ou estenose mitral se a capacidade funcional for estimada como NYHA IV ou em caso de episódios de síncope (aplica-se apenas ao grupo 1);
 - f) Doença valvular cardíaca em caso de NYHA III ou IV ou com fração de ejeção (FE) inferior a 35 %, estenose mitral e hipertensão pulmonar grave ou com sinais ecocardiográficos de estenose aórtica grave ou estenose aórtica causadora de síncope; exceto em caso de estenose aórtica grave totalmente assintomática, se forem satisfeitos os requisitos dos testes de tolerância ao exercício (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - g) Miocardiopatias estruturais e elétricas — miocardiopatia hipertrófica com antecedentes de síncope ou caso sejam preenchidas duas ou mais das seguintes condições: espessura da parede do ventrículo esquerdo (VE) > 3 cm, taquicardia ventricular não sustentada, antecedentes familiares de morte súbita (ascendentes em primeiro grau), sem aumento da tensão arterial com exercício (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - h) Síndrome do QT longo com síncope, *Torsade des Pointes* e $QTc > 500$ ms (aplica-se apenas ao grupo 2);
 - i) Síndrome de Brugada com síncope ou morte súbita cardíaca abortada (aplica-se aos grupos 1 e 2).

A carta de condução só pode ser emitida ou renovada em casos excepcionais, sob reserva do competente parecer médico e de uma avaliação médica regular que garanta que o interessado continua a poder conduzir veículos em segurança, tendo em conta os efeitos do estado clínico.

9.3. Outras miocardiopatias

No caso dos candidatos ou condutores com miocardiopatias bem descritas (por exemplo, miocardiopatia arritmogénica do ventrículo direito, miocardiopatia não compactada, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica e síndrome do QT curto), ou com novas miocardiopatias que possam vir a ser diagnosticadas, devem ser avaliados os riscos de episódios súbitos incapacitantes. É exigida uma avaliação cuidada por um especialista, devendo ser tidas as conta as características do prognóstico da miocardiopatia específica.

- 9.4. No caso dos candidatos ou condutores com outras doenças cardiovasculares, os Estados-Membros podem impor restrições à emissão de cartas de condução ou à sua renovação.»

2) O ponto 10.2 da secção 10 («DIABETES MELLITUS») passa a ter a seguinte redação:

- «10.2. Os candidatos ou condutores que sofram de diabetes tratadas com medicação que comporte o risco de induzir hipoglicemia devem demonstrar que têm conhecimento dos riscos de hipoglicemia e que a situação está devidamente controlada.

A carta de condução não pode ser emitida ou renovada a candidatos ou condutores que não tenham um conhecimento adequado da hipoglicemia.

A carta de condução não pode ser emitida ou renovada a candidatos ou condutores que sofram de hipoglicemia grave recorrente, sob reserva do competente parecer médico e de uma avaliação médica regular. Em caso de hipoglicemia grave recorrente durante as horas de vigília, a carta de condução não pode ser emitida ou renovada até 3 meses após o episódio mais recente.

A carta de condução só pode ser emitida ou renovada em casos excepcionais, sob reserva do competente parecer médico e de uma avaliação médica regular que garanta que o interessado continua a poder conduzir veículos em segurança, tendo em conta os efeitos do estado clínico.»
