

RECOMENDAÇÕES SOBRE A CONDUÇÃO E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

PROGRAMA IBERO- AMERICANO DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA/OISEVI

Estas recomendações foram aprovadas na VIII Assembleia Geral do Observatório Ibero-americano de Segurança Rodoviária (OISEVI), que teve lugar em Madrid nos dias 6-8 de maio de 2019.

Conteúdo

1. Antecedentes.....	3
1.1. Dimensão do problema	3
1.2. Efeitos das drogas.....	4
1.3. Risco de sofrer um acidente de viação	5
2. Legislação	7
2.1. Tolerância zero	7
2.2. Diferença entre presença e influência	8
2.3. Obrigatoriedade de sujeição aos testes.....	9
2.4. Consumo de medicamentos	9
3. Vigilância.....	10
3.1. Testes de drogas em fluído oral.....	10
3.2. Testes de drogas no sangue.....	11
3.3. Testes agrupados de drogas feitos de forma seletiva.....	11
3.4. Testes sucessivos de drogas depois de uma colisão	11
3.5. Testes agrupados de drogas a infratores	12
4. Aspectos técnicos.....	13
5. Sistemas de informação.....	14
5.1. Estudos de prevalência do consumo	14
5.2. Definição de sinistro rodoviário relacionado com o consumo de drogas	14
5.3. Informação sobre acidentes relacionados com o consumo de álcool e/ou drogas .	15
5.4. Informação sobre as autópsias e centros hospitalares	15
6. Outras recomendações.....	16
6.1. Medidas educativas e de sensibilização.....	16
6.2. Educação	16
6.3. Investigação e desenvolvimento.....	17
REFERÊNCIAS	18

1. Antecedentes

O álcool, em especial em elevadas concentrações, deve continuar a ser o foco principal para a vigilância, bem como as medidas de prevenção do consumo de drogas. Não obstante, o consumo de outras drogas e de medicamentos psicotrópicos entre os condutores constitui um problema que deve ser abordado, apesar de revestir muitas dificuldades acrescidas às que se verificam no controlo do consumo de álcool.

Tanto as drogas ilícitas como as lícitas alteram o estado psicológico e físico do condutor prejudicando assim a sua condução. A utilização de múltiplas drogas em simultâneo, ou misturadas com álcool, aumenta ainda mais o risco de um acidente rodoviário.

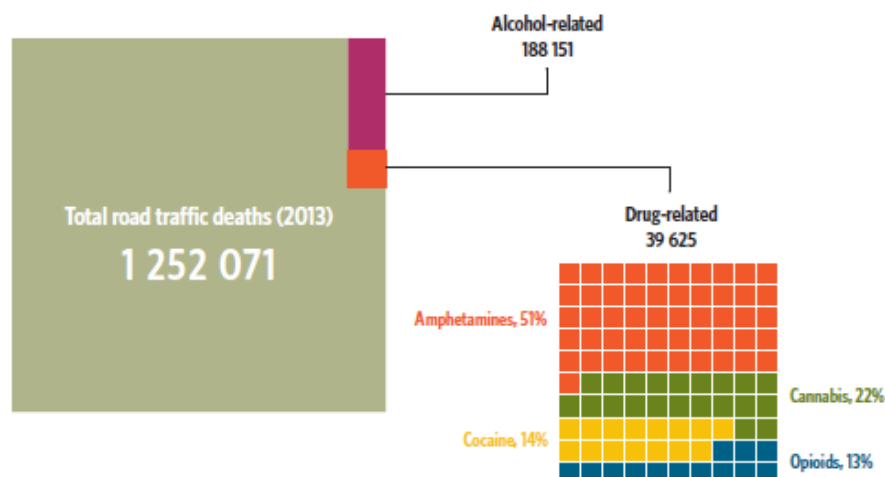
O propósito geral destas recomendações é identificar as melhores práticas para conduzir o desenvolvimento de políticas efetivas que reduzam o número de vítimas de trânsito relacionadas com as drogas. Constituem o ponto de partida para facilitar a seleção de medidas na tomada de decisões de políticas públicas, diferenciando as que correspondem à regulação normativa, vigilância e gestão da informação, entre outras.

O termo "droga psicoativa" é ora utilizado para fazer referência quer a substâncias ilícitas, quer a substâncias lícitas, excluindo o álcool. Tendo em consideração a importância do assunto, este relatório concentra-se principalmente nas drogas ilícitas e nas novas substâncias psicoativas, embora sejam feitas referências a medicamentos lícitos, tais como medicamentos de prescrição médica.

1.1. Dimensão do problema

EM 2013 estimava-se que o uso de drogas ilícitas era responsável por pouco mais de 39.600 mortes em acidentes de trânsito em todo o mundo (WHO, 2016b). Estimava-se que o consumo de anfetaminas era responsável por aproximadamente metade destas mortes, enquanto a canábis era responsável por um quinto das mesmas.

Proportion of drug-related road traffic deaths



Uma das maiores dificuldades desta matéria assenta na diferente diversidade de drogas existentes no mercado, que provocam diferentes efeitos de acordo com as doses, as características do indivíduo que as consome ou ainda o tipo de substância.

O projeto europeu DRUID: “Condução sob a influência de drogas, álcool e medicamentos” calculou que, em média:

- 3,48% dos condutores da União Europeia conduzem com álcool (>0,1g/l) no sangue;
- 1,9% com drogas ilícitas;
- 1,4% com (uma listagem limitada) de medicamentos;
- 0,37% com uma combinação de álcool e drogas; e
- 0,39% com diferentes tipos de drogas.

Das drogas analisadas, a canábis é a mais frequente depois do álcool, embora as benzodiazepinas, quando foram analisadas amostras destas, são, por vezes, até mais frequentes do que a canábis. Estatisticamente, o uso de anfetaminas, canábis, benzodiazepinas, heroína e cocaína está associada com um maior risco de estar envolvido e/ou ser responsável por um acidente e, em muitos casos, este risco aumenta quando a droga é combinada com outra substância psicoativa, tal como álcool.

1.2. Efeitos das drogas

A ingestão de drogas psicoativas antes da condução tem um impacto negativo na capacidade da pessoa para conduzir, na medida em que prejudica o comportamento cognitivo normal e o funcionamento psicomotor.

As drogas psicoativas afetam aspetos importantes na condução: tempos de reação, controlo do veículo, perceção do risco e autoperceção (SWOV, 2015). Estas alterações pioram quando são combinadas várias drogas psicoativas ou são usadas em combinação com o álcool.

Os efeitos das drogas psicoativas são complexos e diversos:

- Algumas drogas psicoativas (as **estimulantes**) dão uma falsa sensação de segurança, conferindo ao condutor um alto nível de confiança na sua capacidade de condução; é também associada à condução muito rápida (excesso de velocidade), a correr riscos desnecessários (passar semáforos, mudar de faixa, etc.) e um mau tempos de reação. Alguns condutores pensam que ingerir drogas psicoativas torna-os melhores condutores, apesar de existir pouca evidência científica que sustente esta crença.
- Outros tipos de medicamentos, tais como as **benzodiazepinas** e drogas como os **opióides** produzem sonolência (denominados depressores do sistema nervoso).
- Os consumidores crónicos de drogas podem sentir (erradamente) que as drogas têm um efeito muito baixo na sua capacidade de condução (EMCDDA, 2012).

Existe um número crescente de novas substâncias psicoativas disponíveis atualmente que pretendem imitar os efeitos das drogas ilícitas estabelecidas, como a canábis e a MDMA. Podem ter graves efeitos na saúde, na medida em que algumas são consideravelmente mais tóxicas que outras drogas ilícitas, o que leva à intoxicação e à morte (EMCDDA, 2016). Não há muita informação sobre a prevalência do consumo destas novas substâncias psicoativas, na medida em que é necessária mais investigação.

Na seguinte tabela encontra-se indicado de que forma as drogas afetam o funcionamento do cérebro (WHO, 2016):

Tipo de drogas	Drogas	Perda de qualidade em função das drogas						
		Sonolência	Funções cognitivas	Funções motoras	Estado anímico	Controlo lateral do veículo	Tempo de reação	Equilíbrio
Drogas ilícitas	Canábis	X	X	X	X	X	X	X
	Cocaína	-	X	X	X	-	-	-
	Anfetaminas	-	X	X	X	-	X	X
	MDMA(a)	-	X	-	X	-	-	X
	Alucinógenos	-	X	X	X	-	X	X
Drogas de prescrição médica	Benzodiazepinas	X	X	X	-	X	-	X
	Opióides	X	X	X	X	X	-	X
	Outros depressivos	X	X	X	X	X	-	X
Novas substâncias psicoativas	Canabinóides sintéticos	X	X	X	X	X	X	X
	Catinonas sintéticas	-	X	X	X	-	-	-

X: Afeta, -: Não afeta Fonte: (NHTSA, 2014)

1.3. Risco de sofrer um acidente de viação

Os condutores que tiverem consumido drogas também tendem a correr um maior risco de estarem envolvidos em acidentes graves. Diversos estudos têm analisado a incidência de consumo de drogas por entre os condutores feridos ou mortos em acidentes com automóveis. A canábis é a substância mais frequentemente encontrada, seguida das benzodiazepinas. As estimativas variam de forma muito ampla, e dependem do tipo de acidente e da seleção de casos. Não obstante, a evidência demonstra claramente que as drogas, para além do álcool não são pouco frequentes entre os condutores envolvidos em acidentes de trânsito graves.

No entanto, o problema primordial não é a frequência com que são detetadas as drogas entre os condutores, mas em que medida o consumo de uma substância psicoativa em particular contribuiu para a colisão. Os estudos epidemiológicos analíticos procuram determinar até que ponto os medicamentos se encontram representados de forma desproporcional entre os

condutores que se envolvem em acidentes de trânsito e quantificar o risco de colisão associado com o uso de vários tipos de medicamentos. Foram utilizadas três abordagens para estimar o risco de acidente: estudos de casos e controles, estudos de responsabilidade / culpabilidade pela colisão e estudos fármaco-epidemiológicos. Nestes estudos são apresentados diversos obstáculos metodológicos e as diferenças nas suas conclusões podem ser atribuídas, em parte, a uma variedade de fatores, por exemplo, abordagem (caso-controle, análise de responsabilidade); gravidade da colisão (por exemplo, lesão, mortal); fluido utilizado para os testes (por exemplo, urina, sangue); e dimensão da amostra. Não obstante, apesar destes desafios, o peso geral da evidência revela um maior risco de participação nos acidentes no caso dos condutores que consomem diversos tipos de substâncias, e ainda:

- Que a dimensão dos riscos de acidente associados ao consumo de drogas é geralmente menor do que os que se encontram associados ao consumo de álcool, em particular os que têm níveis mais altos de álcool no sangue.
- Que a perda de qualidade na condução que estas substâncias provocam representa maiores riscos quando combinadas com álcool, mesmo em pequenas quantidades. (OCDE / ITF, 2010).

A seguinte tabela resume as estimativas de risco associadas ao álcool e outras drogas, de acordo com os resultados do projeto DRUID.

TABLE 11

Typical odds ratios for injury or death as a result of a car crash while under the influence of alcohol, medicinal or recreational drugs, based on meta-analyses and DRUID case-control studies

	Odds ratio (95 % CI)	Reference
Alcohol 0–0.49 g/l	1.18 (0.81–1.73)	Hels et al. (2011)
Alcohol 0.5–0.79 g/l	3.64 (2.31–5.72)	Hels et al. (2011)
Alcohol 0.8–1.2 g/l	13.35 (8.15–21.88)	Hels et al. (2011)
Alcohol ≥ 1.2 g/l	62.79 (44.51–88.58)	Hels et al. (2011)
Amphetamines	6.19 (3.46–11.06)	Elvik (2013) (†)
Antidepressants	1.32 (1.08–1.70)	Elvik (2013) (†)
Antihistamines	1.12 (1.02–1.22)	Elvik (2013) (†)
Benzodiazepines	1.59 (1.10–2.31)	Dassanayake et al. (2011)
Cannabis	1.92 (1.35–2.73)	Asbridge et al. (2012)
Cocaine	1.66 (0.91–3.02)	Elvik (2013) (†)
Opioids	1.89 (1.47–2.43)	Elvik (2013) (†)

(†) As odds ratios are given for different crashes, we give the odds ratio for injury crashes here.

NB: Significantly increased odds ratios are shown in bold.

2. Legislação

A forma mais direta de abordar a problemática da condução com drogas psicoativas é através da legislação e de uma adequada aplicação. Um total de 159 países de todo o mundo contam com uma legislação nacional que proíbe o uso de drogas, mas a maioria destas leis não definem o que se pode considerar uma "droga", nem especificam um espectro (WHO, 2015).

Os esforços para tratar efetivamente o consumo de drogas, por norma, envolvem uma combinação de iniciativas legislativas, vigilância e atividades de prevenção. Até ao momento, a natureza destes esforços teve por base uma elevada experiência de medidas aplicadas para abordar o problema da condução com bebidas alcoólicas. Aprendeu-se muito nos últimos 30 anos sobre formas efetivas para reduzir o consumo de álcool e a condução, e essas lições estão agora a guiar o desenvolvimento e a implementação de medidas para controlar o problema do consumo de drogas na condução.

Apesar dos evidentes paralelismos entre a condução com álcool e com drogas, existem diversas diferenças que devem ser tidas em conta na adaptação das medidas. Por exemplo, o termo "drogas" abrange uma ampla variedade de substâncias. Algumas são ilegais, mas são amplamente utilizadas pelos seus efeitos euforizantes (por exemplo, canábis, cocaína); outras são prescritas para fins medicinais (por exemplo, benzodíazepinas). Para além disso, alguns medicamentos prescritos são utilizados de forma inadequada (por exemplo, uma dose incorreta ou combinada com álcool) ou por pessoas a quem os mesmos não foram prescritos. Cada uma destas situações envolve diferentes comportamentos, motivações e subgrupos dentro da população. Qualquer abordagem deve ter em consideração estas diversas situações.

2.1. Tolerância zero

A legislação tem uma grande experiência na abordagem do consumo de álcool na condução. De acordo com as relações estabelecidas entre a concentração de álcool no sangue (BAC), a perda de qualidade e o risco de acidente, a legislação especifica quais os condutores que cometeram uma infração ou crime se a sua BAC supera um valor especificado. As referidas leis baseadas num valor (taxa máxima permitida) eliminam o requisito de demonstrar que o condutor se viu afetado negativamente pelo consumo de álcool.

A adaptação das normas sobre álcool à situação da condução com drogas é mais difícil. Enquanto a investigação nos últimos cinquenta anos determinou claramente a relação entre o álcool e a perda de qualidade da condução e o risco de acidente, não dispomos de provas similares para todas as substâncias psicoativas potencialmente prejudiciais.

A alternativa utilizada por vários países é o estabelecimento do limite para drogas em zero. As denominadas leis de "tolerância zero" especificam que qualquer quantidade detetável de determinadas substâncias que se encontrem no corpo de um condutor será considerada uma infração. Vários países¹ têm leis de tolerância zero para drogas. Uma vantagem adicional deste

¹ Exemplo: França, Chipre, Itália, Finlândia, República Checa, Espanha, Reino Unido, Estado de Victória na Austrália

tipo de leis é que servem também para reforçar as normas existentes contra a posse e/ou uso de substâncias ilícitas.

Embora as leis de tolerância zero para substâncias ilícitas possam ser politicamente aceitáveis e rápidas, esse não é o caso dos medicamentos. O estabelecimento de um padrão de tolerância zero para todos os medicamentos psicoativos iria afetar um grande número de condutores. Embora deva reconhecer-se que muitos produtos farmacêuticos psicoativos podem levar à perda da qualidade da condução, em especial no início do tratamento, ou após uma alteração de dose, consumidos de forma responsável sob prescrição médica com uma finalidade terapêutica (conforme vem recomendado nas fichas técnicas/bulas) o balanço benefício/risco pode ser favorável.

De todo o modo, são recomendadas as políticas de tolerância zero às drogas, tendo em consideração a dificuldade para determinar substâncias concretas, bem como para fixar certos limites. Um sistema de tolerância zero para as drogas psicoativas ilícitas que utiliza o limite mais baixo da quantificação deve ter em conta a exposição passiva ou acidental. Neste modelo são estabelecidos limites legais com uma concentração de substância estabelecida no limite de detecção (LOD) do laboratório, ou o limite mais baixo de quantificação (LLOQ): Qualquer condutor com uma quantidade detetável de uma substância psicoativa relevante considera como tendo violado a lei. O limite estabelecido para a abordagem LLOQ é geralmente mais elevado do que o LOD.

2.2. Diferença entre presença e influência

De acordo com a abordagem de tolerância zero, todo o condutor com presença de alguma das drogas prevista na legislação sobre trânsito pode ser sancionado. Não obstante, em determinadas situações pode não ser suficiente detetar a presença de drogas, mas também demonstrar que o condutor se encontrava sob a influência das mesmas. Nalguns países, constatar a influência é essencial para dar início a ações penais contra o condutor.

O atual estado do conhecimento científico não permite provar a influência nas aptidões psicofísicas e a capacidade para condução de um veículo por parte de um indivíduo que apresenta determinado nível de concentração da droga em fluído oral, entre outros motivos pela diferente toxicocinética de cada droga e porque não foi possível estabelecer (pelo menos para a maioria das substâncias estudadas) uma correlação entre os níveis de concentração em fluído oral e o sangue.

Por tudo o exposto é recomendado determinar a influência que as referidas drogas estão a provocar nas faculdades físicas e/ou psíquicas do condutor, entendida como aquela que produz uma condução anómala ou arriscada, que causa o acidente, pela que o indivíduo apresenta um tipo de sinais cuja intensidade pode ser avaliada por parte do agente da autoridade, o qual a agir como polícia judiciária judicial e apoiando-se nos resultados dos testes e de uma lista de sinais, decide se a pessoa se encontrava ou não sob a influência das drogas.

Portanto, para provar a influência será essencial identificar os sinais externos que apresentava o condutor, o que revela a importância da elaboração de uma lista de sinais e justifica uma formação específica essencial e necessária para os agentes da autoridade.

2.3. Obrigatoriedade de sujeição aos testes

Um aspeto importante a ter em consideração no quadro legislativo é a obrigação, por parte dos condutores de veículos a motor, como qualquer outra pessoa envolvida num acidente de viação, de se sujeitar aos testes de álcool e drogas, levados a cabo pelos agentes da autoridade.

A obrigatoriedade deve abranger os diferentes tipos de testes: preventivos, por acidente e por infração.

2.4. Consumo de medicamentos

Os problemas derivados do uso de medicamentos entre os condutores devem ser abordados, facultando aos médicos e pacientes a informação adequada, mas sem definir intervalos.

Nos casos em que o consumo deste tipo de substâncias tiver sido prescrito por um médico, será este profissional quem indicará ao paciente se a dose prescrita pode afetar a capacidade para conduzir ou não. Nestes casos, o médico, por conhecer com exatidão o princípio ativo que tem a medicação que prescreve, está em condições de apreciar se a dose indicada afeta ou não as aptidões do paciente para conduzir. Pelo contrário, se o consumo destas substâncias não for efetuado sob prescrição médica, quem as ingerir não conta com uma prévia avaliação médica relativamente ao alcance dos seus efeitos.

Ao prescrever medicamentos psicoativos, quer seja para o tratamento da dor, da insónia, ou como antidepressivos, deve ser prescrita uma dose que seja suficientemente alta para ter o efeito terapêutico pretendido, mas que não cause a perda de competências para conduzir, o que poderia afetar seriamente a qualidade de vida do paciente.

3. Vigilância

A legislação e as sanções apenas podem ser efetivas quando se fazem cumprir. Com efeito, o principal fator de dissuasão geral quando estamos perante a condução após consumir drogas é a compreensão do risco de ser mandado parar (EMCDDA 2012). Entre a população geral de condutores, apenas 11% pensa que, numa viagem, a probabilidade de que a polícia realize um teste de drogas é alta ou muito alta (Achermann Stürmer, Y. 2016). Portanto, é essencial que a vigilância em si mesma seja realizada de forma adequada e visível.

Em Espanha, a vigilância em matéria de drogas é efetuada em dois momentos. O primeiro é a deteção na estrada. Os condutores suspeitos de estarem a conduzir tendo consumido drogas psicoativas são detidos e avaliados pela polícia utilizando equipamentos indiciários de teste de drogas em fluído oral. Se o resultado for positivo, será recolhida uma segunda amostra do condutor para uma análise probatória em fluído oral ou pode transportar-se o indivíduo para um centro hospitalar para que este faculte uma mostra de sangue.

A deteção de drogas psicoativas nos condutores pode ser difícil. Diferentemente do álcool, a deteção e a medição de substâncias psicoativas é mais complicada, custosa e demorada (demora minutos em vez de segundos). As paragens demoradas e os controlos podem chegar a atingir custos avultados. Por estes motivos, normalmente, é feita uma seleção dos sujeitos (não escolhidos aleatoriamente) e nos casos em que um condutor já tenha testado positivo na condução com bebidas alcoólicas é possível que não seja feito um teste de deteção de drogas.

É importante que a tecnologia e os protocolos utilizados na aplicação da lei estejam bem testados antes da sua completa implementação. É recomendável trabalhar com padrões técnicos para ajudar a homogeneizar a tecnologia utilizada na seleção e no teste. A aplicação varia entre os países e dentro dos países, e depende em grande parte dos recursos humanos e financeiros, bem como das capacidades e habilitações das autoridades policiais.

A localização do controlo na estrada é, também, um fator que pode ser utilizado para maximizar a sua efetividade e a capacidade da polícia para identificar os possíveis consumidores de drogas também é importante.

3.1. Testes de drogas em fluído oral

É conveniente encontrar um método de deteção de consumo recente de droga(s), que, tal como ocorre com o álcool (que é detetado no ar expelido) seja realizado de forma prática (confortável para o sujeito) e não invasiva.

A maioria das drogas podem ser detetadas através do fluído oral. O teste através de fluído oral é fácil de fazer, não é invasivo e é rápido. Além disso, pode ser feito por parte dos agentes da autoridade na mesma via, o que o transforma num teste ótimo para selecionar previamente os condutores que, com maior probabilidade, consumiram drogas.

Em Espanha, os testes indiciários (primeiro teste feito ao condutor para obter indícios de consumo) são feitos numa amostra de fluído oral e a confirmação do consumo de drogas (após

o primeiro teste indiciário positivo) é feita através de uma análise em laboratório de uma mostra de fluído oral ou de sangue.

3.2. Testes de drogas no sangue

Os testes para identificar consumos de drogas através de amostras de sangue obrigam a que seja necessário encaminhar o condutor/cidadão a um centro hospitalar no qual será feita a extração da amostra. Isto determina, em muitos casos, que decorra um tempo relevante entre o momento da deteção até à extração da amostra. Para além disso, na grande maioria dos casos, a análise da referida amostra não pode ser efetuada dentro do mesmo centro hospitalar, atendendo às particularidades que exige a técnica de deteção, o que obriga a um posterior envio da amostra para um laboratório externo do centro.

Todas estas dificuldades fazem com que, no caso espanhol, a amostra de sangue para a determinação do consumo de drogas apenas seja feita nos seguintes casos:

- Impossibilidade de salivar. Ou ainda porque o sujeito se encontra inconsciente (por motivo de acidente) ou por incapacidade clínica/declarada de salivar.
- O cidadão não concorda com o resultado positivo do teste indiciário e quer fazer a contraprova do resultado que for obtido da amostra de fluído oral analisado no laboratório, com uma amostra de sangue.

3.3. Testes agrupados de drogas feitos de forma seletiva

Do ponto de vista da segurança rodoviária, a aplicação dos limites legais para o uso de drogas no trânsito deve incidir em especial nos grupos com maior risco, como são os casos de policonsumo e os condutores jovens.

Em Espanha, de forma geral e por motivos de efetividade, faz-se primeiro o teste de álcool. Em caso de apresentar um resultado positivo, não é feito o teste de drogas. Em caso negativo, e quando possam existir suspeitas, é feito o teste de drogas. Este tipo de ação é denominado de agrupada.

3.4. Testes sucessivos de drogas depois de uma colisão

A realização de testes de alcoolemia e drogas aos condutores envolvidos num acidente de trânsito com vítimas, juntamente com um efetivo cumprimento das leis, geram, entre os cidadãos, a confiança de que é feita uma vigilância adequada deste factor de risco.

É recomendada a realização do teste de alcoolemia a todos os condutores de veículos a motor, bicicletas ou peões envolvidos num acidente de trânsito com vítimas.

Se não for possível fazer o teste de forma sistemática, devem ser aplicados outros métodos para poder ajustar os números oficiais de vítimas mortais e feridos graves em acidentes de trânsito relacionados com o consumo de drogas. O volume de informação que pode ser recolhida como parte da investigação posterior ao acidente varia de uns países para os outros.

3.5. Testes agrupados de drogas a infratores

Por norma, existe uma maior probabilidade de consumo de drogas nos condutores que praticaram uma infração de trânsito prévia. Por isso, é conveniente a realização de testes seletivos de drogas aos infratores que foram notificados na via na qual teve lugar a comissão de alguma infração.

4. Aspectos técnicos

Não existe uma regulação internacional a esse respeito e cada país, neste momento, está a adoptar os procedimentos que melhor se ajustam às suas necessidades. As recomendações que, em seguida, se descrevem encontram-se baseadas na experiência espanhola, na qual os testes (indiciário e probatório) é feito num fluído oral, utilizando o sangue apenas nos casos nos quais o cidadão se encontra inconsciente, não pode salivar ou não está de acordo com o resultado indiciário do teste e pede, assim, um teste de contraprova.

Para transmitir uma mensagem clara à sociedade, é importante que tanto os cientistas como as autoridades públicas definam um procedimento o mais homogéneo possível, descrevendo com detalhe as substâncias e pontos de corte que serão testados, bem como definir os casos nos quais o sujeito está influenciado pelas substâncias psicoativas. Conforme já se observou, é difícil implementar um intervalo análogo à taxa de alcoolemia para outras substâncias psicoativas graças às diferentes naturezas farmacológicas da gama de substâncias, às limitações da investigação experimental e epidemiológica para procurar determinar qualquer nível de corte, as considerações éticas envolvidas na sua aplicação e a questão de combinar ou separar o controlo do abuso de drogas e as medidas de segurança rodoviária. (ESTC, 2017) Atualmente não é possível determinar um intervalo análogo ao BAC do consumo de álcool para as drogas psicoativas pelas limitações anteriormente referidas.

As substâncias a analisar devem ser seleccionadas por cada um dos países, tendo em conta a sua maior prevalência de consumo entre a população. Distinguem-se principalmente três tipos de substâncias psicoativas (WHO, 2016):

- As drogas ilícitas (por exemplo, cocaína, heroína, metanfetamina, canábis) encontram-se sob controlo internacional e são produzidas e consumidas principalmente para finalidade não médicas.
- Os medicamentos (por exemplo, antidepressivos, benzodíazepinas, analgésicos opióides) para o tratamentos médicos.
- As novas substâncias psicoativas (por exemplo, canabinóides sintéticos, catinonas sintéticas) que são sintetizadas e consumidas para finalidades não médicas com a expectativa dos efeitos das drogas ilícitas conhecidas.

As substâncias identificadas na Convenção Única das Nações Unidas de 30 de março de 1961 sobre os estupefacientes e a Convenção de Viena de 21 de fevereiro de 1971 sobre substâncias psicotrópicas constituem uma clara referência para definir as drogas a testar.

Sem prejuízo destas listagens, é recomendada a inserção de qualquer substância que, uma vez introduzida num organismo, possa modificar uma ou várias das condições psicofísicas do condutor influenciando sobre as mesmas de forma que possa colocar em perigo a segurança rodoviária, embora não se trate propriamente de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas incluídas nestas listas.

5. Sistemas de informação

5.1. Estudos de prevalência do consumo

Os estudos epidemiológicos sobre as drogas e a condução analisam a prevalência do consumo de drogas nos diversos grupos de condutores. Estes estudos incluem testes ou inquéritos na estrada, estudos de prevalência em subconjuntos de condutores, estudos de risco de acidentes, análises de responsabilidade, inquéritos por entrevista e estudos fármaco-epidemiológicos. A legislação, a proteção de dados, a disponibilidade dos dados e o financiamento podem afetar a seleção do tipo de inquérito. Os testes na estrada ou inquéritos oferecem a representação mais aproximada da população geral de condutores.

Na investigação epidemiológica, o desenho apropriado do estudo pode ser difícil de implementar por consequência das limitações da metodologia e pode ter fatores de risco associados com o uso de drogas que não surgem das conclusões do estudo. Para além disso, os estudos epidemiológicos nem sempre são fáceis de comparar. Se, por exemplo, os dados advierem de diferentes populações, os investigadores utilizam diferentes tipos de amostras ou são analisadas técnicas de deteção ou amostras de diferentes substâncias psicoativas (EMCDDA, 2014).

É interessante destacar nesta seção, algumas das conclusões do projeto DRUID (Hargutt et al., 2011), da perspectiva da segurança do trânsito, em especial, tendo em conta as taxas de prevalência e os riscos observados:

- O álcool, em especial em altas concentrações, deve continuar a ser o número um das drogas a controlar.
- A combinação de álcool e drogas ou medicamentos parece ser um assunto que deve ser abordado de forma intensa porque acarreta riscos muito elevados no trânsito.
- Os problemas do uso de medicamentos entre os condutores deve ser abordado facultando aos médicos e pacientes a informação relevante, em vez de definir intervalos de uso.
- É necessária mais investigação para avaliar os riscos prováveis das anfetaminas no trânsito real e os fatores mediadores. Até ao momento, os estudos sobre o impacto destas substâncias variam em função do desenho da investigação.

5.2. Definição de sinistro rodoviário relacionado com o consumo de drogas

Para avaliar a prevalência das drogas nos acidentes de viação com vítimas mortais é necessária uma definição internacional do que é um sinistro rodoviário relacionado com o consumo de drogas, algo que ainda não foi conseguido.

Portanto, devemos ser cautelosos na comparação da prevalência das drogas em acidentes mortais entre os diferentes países.

É recomendável a homogeneização da definição de vítima mortal relacionada com o consumo de drogas.

5.3. Informação sobre acidentes relacionados com o consumo de álcool e/ou drogas

É recomendável proceder sistematicamente a um teste de drogas após um acidente de trânsito e registar os resultados para a sua análise estatística, com o intuito de avaliar a eficácia das medidas de luta contra as drogas ao volante.

Resultados completos sobre os testes de drogas permitiriam comparar a incidência de condutas inadequadas contra drogas nos diversos grupos de condutores, o que permite uma melhor tomada de decisões.

5.4. Informação sobre as autópsias e centros hospitalares

Os testes de drogas efetuados na estrada apenas poderão ser efetuados se a vítima estiver consciente e com plenas faculdades para a sua realização. No entanto, a informação sobre o possível consumo nas pessoas falecidas ou feridas com gravidade deve ser recolhida de outras fontes.

É importante definir o protocolo de atuação para os centros hospitalares relativamente à recolha imediata e à análise de sangue no caso dos feridos graves oriundos de um acidente de viação. Da mesma forma, é conveniente fixar os canais de comunicação de maneira a que a informação relativa ao consumo de drogas, com origem nos resultados das autópsias dos falecidos por acidentes de trânsito, possa ser feita chegar ao organismo responsável pela análise da prevalência do consumo de álcool em acidentes de trânsito.

6. Outras recomendações

6.1. Medidas educativas e de sensibilização

Existem estudos que demonstram que as intervenções de vigilância são mais efetivas se forem realizadas em conjunto com uma campanha de publicidade e difusão que as apoiem. Estas campanhas transmitem a mensagem de que qualquer um pode ser sujeito a um teste e, portanto, reforçam as ações de vigilância.

6.2. Educação

Tal como sucede com outros fatores de risco, é recomendável, de forma preventiva, a abordagem de medidas educacionais através de campanhas educativas e de sensibilização.

É interessante abordar estas medidas, informando, por um lado, sobre a proibição do consumo de drogas na condução e, por outro, informando sobre os efeitos específicos que as drogas podem ter sobre os mesmos e sobre a sua capacidade de conduzir, na medida em que existem consumidores que, de forma errada, pensam que o seu rendimento na condução melhora depois do consumo de determinadas substâncias.

É habitual serem desenhadas diferentes mensagens de acordo com os grupos destinatários: público em geral, pessoas com problemas de dependência, jovens, professores, médicos e outros profissionais. É também importante que os responsáveis pela tomada de decisões sobre políticas rodoviárias, os legisladores ou juizes, conheçam as implicações chave que advêm da condução sob a influência das drogas psicoativas.

Considera-se que a desaprovação social tem um importante impacto na prevalência da condução sob os efeitos das drogas (EMCDAA, 2012). Portanto, garantir que a população no geral esteja consciente dos perigos da condução sob os efeitos das drogas pode ajudar a reduzir a sua prevalência, conforme se observou com a bebida. A vigilância nas vias públicas pode servir para educar o público e, em simultâneo, agir como elemento dissuasor.

Atendendo à prevalência do consumo de drogas entre os jovens e o facto de que os jovens têm maiores probabilidades de sofrer um acidente, muitas são as campanhas de condução com drogas que se dirigem a este segmento da população. Os jovens podem também ser educados nesta matéria como parte do acesso à obtenção de alguma das autorizações para conduzir.

Em particular, os profissionais da saúde devem ajudar os pacientes a compreender os efeitos que as drogas ou medicamentos prescritos podem ter sobre a condução. Por exemplo, é interessante a informação que é oferecida nas bulas/embalagens/fichas técnicas dos medicamentos sobre os efeitos que estes podem ter na condução.

As empresas também desempenham um papel importante na formação em matéria de álcool ou drogas, com especial relevância no caso das empresas que são responsáveis por transporte por estrada, de mercadorias ou de passageiros.

6.3. Investigação e desenvolvimento

Tal como se observou ao longo deste documento, é necessário continuar a investigação nesta matéria.

O conhecimento do papel das drogas nos acidentes viários requer evidência científica das abordagens da investigação complementares: a investigação experimental e a epidemiológica. O papel da experimentação assenta na documentação da natureza e no alcance da perda de qualidade da condução produzido por doses específicas de drogas. O papel dos estudos epidemiológicos é a determinação da forma como as drogas contribuem para os acidentes de trânsito.

É necessário apoiar a investigação que se vier a debruçar sobre esta matéria. Por vezes, um dos problemas que se verificam é a dificuldade na comparabilidade dos estudos. Para obter metodologias mais compatíveis, em 2006–07, um comité de peritos internacionais, que incluía representantes do ECDMMA e do Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas, redigiram as diretrizes para futuras investigações sobre drogas e a condução (Walsh et al., 2008). De acordo com estas diretrizes, as comparações de tais estudos deveriam ter em consideração os diferentes desenhos de investigação, matrizes biológicas analisadas, níveis de corte, etc.

REFERÊNCIAS

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014), “Drug use, impaired driving and traffic accidents”

Walsh, J. M., Verstraete, A. G. Huestis, M. A. and Morland, J. (2008), “Guidelines for research on drugged driving”, *Addiction* 103, 1258–1268.

SWOV (2015). *The use of drugs and medicines behind the wheel*. SWOV Fact sheet, July 2015, The Hague.

EMCDDA 2012, “Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe: Findings from the DRUID Project”, p23.

EMCDDA 2016, “European Drug Report: Trends and Developments”, p12

Hargutt, V., Kruger, H. -P. and Knoche, A. (2011), “Driving under the influence of alcohol, illicit drugs and medicines. Risk estimations from different methodological approaches”, DRUID Deliverable 1.3.1., Bundesanstalt für Strassenwesen, Bergisch-Gladbach.

EMCDDA 2012, “Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe: Findings from the DRUID Project”, p42.

Achermann Stürmer, Y. (2016). *Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA thematic report no. 2. ESRA project (European Survey of Road users’ safety Attitude)*. Bern, Switzerland: Swiss Council for Accident Prevention, p25.

ETSC (2017). PREVENTING DRUG DRIVING IN EUROPE Policy measures for national and EU action

OECD/ITF (2010) *Drugs and Driving: Detection and Deterrence* ISBN: 978-92-82-10275-6

WHO (2015). *Global status report on road safety 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.

WHO (2016). *Drug use and road safety: a policy brief*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2016.

WHO (2016b) *Global health estimates*. Geneva, World Health Organization; 2016.

NHTSA (2014) Couper FJ, Logan BK. *Drugs and human performance fact sheets*. Washington (DC): National Highway Traffic Safety Administration; 2014 (Report No. DOT HS 809 725).

EMCDDA (2018) *Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência e Centro canadiano sobre o consumo de substâncias e dependências (2018), Canábis ao volante: perguntas e respostas para a elaboração de políticas*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.