

Eventos paroxísticos não epiléticos — o que não é convulsão

Como reconhecer por idade os eventos que imitam crise epilética, usar o vídeo do celular, decidir quando pedir ECG ou EEG e não deixar passar a síncope arritmica

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Eventos paroxísticos não epiléticos (EPNE) são episódios de alteração do movimento, do tônus, do comportamento ou da consciência **sem descarga neuronal anormal** (SBP 2020). No lactente são ~10 vezes mais frequentes que as crises epiléticas (AEP 2022). O diagnóstico é **clínico** — o que veio **antes**, o evento, a recuperação — e o **vídeo do celular**. **EEG não é rotina** e, normal, não exclui epilepsia. **ECG de 12 derivações com QTc medido à mão** em toda síncope, na perda de fôlego pálida e na primeira crise suspeita (documento de Síncope do site; NICE NG217). A maioria é : orientação, vídeo e retorno — inclusive a **perda de fôlego típica a partir de 6 meses** (choro, susto ou dor antes, sequência característica, recuperação completa), tratada **em casa, sem internação**. **Abaixo de 6 meses**, ou sem diagnóstico claro, vale a regra do documento de Síncope: **avaliação hospitalar se < 12 meses**. **Pronto-socorro** (): desmaio **durante o esforço, deitado**, após **susto ou ruído**, com **palpitação ou dor torácica**, **história familiar de morte súbita** em jovem, crise ≥ 5 minutos, recuperação lenta, déficit focal ou **espasmos em salvas no lactente**.

1. O que é e como se apresenta

Os EPNE se repetem no **mesmo contexto** e quase sempre são benignos (SBP 2020). Abalos, perda de urina e sonolência depois também ocorrem na **síncope convulsiva** (AEP 2022); a mesma criança pode ter epilepsia e EPNE.

Recém-nascido e lactente

- **Perda de fôlego (espasmo do choro)** — mais frequente de 6 meses a 2 anos (SBP 2020); começa até os 3 anos e cede entre 3 e 6 anos; história familiar em ~30% (AEP 2022):
 - **Cianótica**: frustração ou dor → choro intenso → apneia em expiração → cianose → às vezes perda de consciência, hipotonia, rigidez ou abalos breves → *gasping* e recuperação rápida, sem pós-ictal.
 - **Pálida** (síncope reflexa cardioinibidora): batida inesperada na cabeça ou susto → choro fraco ou ausente → palidez, hipotonia, perda de consciência, às vezes abalos; bradicardia ou assistolia vagal (documento de Síncope).
 - Associada à **deficiência de ferro**; o ferro reduz os episódios, mais na anemia, mas também sem ela (Cochrane 2010; Gürbüz 2019) — SBP e MS não tratam do tema.
- **Mioclonia benigna do sono neonatal** — abalos em salvas **só dormindo**, que **cessam ao acordar** o bebê; some até 3–6 meses (AEP 2022; SBP 2020).

- **Tremores (*jitteriness*)** — ~50% dos neonatos; rítmicos, provocados por estímulo, **cedem ao segurar o membro**, sem alteração ocular ou autonômica (AEP 2022). Glicemia e cálcio se houver risco.
- **Síndrome de Sandifer** — hiperextensão ou inclinação da cabeça e arqueamento do tronco **ligados às mamadas**, pela doença do refluxo; mais comum na criança hipotônica (AEP 2022).
- **Shuddering** — segundos de tremor de cabeça e ombros "como calafrio", consciente (SBP 2020).
- **Autogratificação** — 3 meses a 3 anos: olhar parado, fricção das coxas, rubor, sons guturais, na cadeirinha; **para com distração** (SBP 2020).

Pré-escolar e escolar

- **Vertigem paroxística benigna** — 1 a 5 anos: desequilíbrio **súbito** de minutos, **sem perda de consciência**, com nistagmo, vômitos ou palidez; exame e audição normais, ≥ 5 episódios (ICHD-3); ligada à migrânea.
- **Parassonias NREM** (terror noturno, despertar confusional, sonambulismo) — **primeiro terço da noite**, olhos abertos, não reconhece os pais, **amnésia**; o pesadelo é lembrado (Distúrbios do sono na infância).
- **Síncope** — pródromos, palidez, recuperação rápida; abalos breves são comuns; **cardíaca em 1–5%, com risco de morte súbita** (documento **Síncope na Criança e no Adolescente**).
- **Estereotipias** — rítmicas, sem finalidade, na excitação ou no tédio, **interrompidas pela distração**; início antes dos 3 anos; proeminentes no autismo (SBP 2020).
- **Tiques** — até 20% dos escolares, início entre 4 e 8 anos; precedidos de **urgência** com alívio, suprimíveis, pioram no estresse, somem no sono; podem piorar com metilfenidato (SBP 2020).

Adolescente

- **Crises psicogênicas não epiléticas (crises funcionais)** — longas ($> 5\text{--}10$ min), com flutuação, movimentos alternando lados, **olhos fortemente fechados** com resistência à abertura, fala emocional, diante de testemunhas; mais frequentes em quem já tem epilepsia (SBP 2020; AEP 2022). A SBP pede evitar "crise histérica" ou "pseudocrise".

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Evento típico com gatilho claro, recuperação imediata, desenvolvimento e exame normais, sem sinais de alerta (perda de fôlego típica a partir de 6 meses — cianótica, ou pálida com ECG normal —, mioclonia do sono, tremor que cede à contenção, <i>shuddering</i> , autogratificação, parassonia esporádica, estereotipias e tiques leves, síncope vasovagal típica com ECG normal)	Casa, sem internação (perda de fôlego: decisão do site); explicar, pedir vídeo ; hemograma e ferritina na perda de fôlego frequente; retorno em 4–8 semanas
● Moderada	Diagnóstico incerto ou atípico a partir de 12 meses; perda de fôlego pálida ainda sem ECG (≥ 12 meses) ou muito frequente; eventos noturnos estereotipados, várias vezes na noite; suspeita de crises psicogênicas; tiques com prejuízo; QTc > 460 ms assintomático; primeira crise afebril suspeita, recuperada	ECG com QTc; encaminhar ao neuropediatra na suspeita de epilepsia (NICE NG217) e nos outros atípicos; QTc prolongado: cardiologia prioritária (documento de QT longo)
● Grave	Desmaio ao esforço, deitado , após susto ou ruído (fora da perda de fôlego típica), com palpitação ou dor torácica ou sem pródromos; história familiar de morte súbita < 40 anos ou canalopatia; QTc ≥ 500 ms; perda de fôlego < 6 meses; lactente < 12 meses sem diagnóstico claro (sem gatilho, evento atípico, perda de consciência ou abalos prolongados, forma pálida sem ECG); crise ≥ 5 min, recuperação lenta, déficit focal; espasmos em salvas ; apneia sem choro	Pronto-socorro com monitorização (ver "Como encaminhar"); < 12 meses: avaliação hospitalar/internação (documento de Síncope); espasmos: encaminhar ao neuropediatra com urgência (NICE NG217); SAMU (192) se instável

Fatores de risco que elevam a gravidade: cardiopatia ou cirurgia cardíaca; surdez congênita; medicamentos que prolongam o QT, hipocalemia ou hipomagnesemia; afogamento inexplicado na criança ou na família; atraso, regressão ou exame neurológico alterado; idade < 6 meses; "epilepsia" que não responde ao anticrise.

3. Diagnóstico no consultório

A história é o exame principal. Pergunte "o que você viu", sem palavras como "convulsão" ou "ausência": contexto e posição, o que veio **antes**, início súbito ou gradual, cor (roxa ou pálida), olhos, movimentos, duração **cronometrada**, se respondia e a recuperação (AEP 2022).

- **Favorecem EPNE** (SBP 2020): gatilho reconhecível; cessa com distração ou contenção; duração > 5 –10 min com flutuação; olhos fechados com força; movimentos alternando lados; autoproteção preservada.

- **Favorecem epilepsia:** eventos idênticos entre si, também no sono e em qualquer atividade; desvio ocular; cianose sem choro prévio; pós-ictal prolongado; **espasmos em salvas ao acordar** no lactente (urgência).
- **Sugerem causa cardíaca** (documentos de Síncope e de QT longo): esforço (inclusive natação), decúbito, susto ou ruído; sem pródromos; palpitação ou dor torácica; morte súbita, marca-passo ou desfibrilador em parente jovem.

O vídeo do celular: depois de proteger a criança, gravar do início à recuperação, **corpo inteiro com rosto e olhos**, chamando a criança pelo nome. Ajuda, mas não substitui a história: neuropediatras acertam ~67% dos vídeos isolados (AEP 2022).

Exames

- **ECG de 12 derivações com QTc à mão** (Bazett, DII ou V5; não confiar no automático): em **toda síncope** (documento de Síncope), na **perda de fôlego pálida**, na primeira crise suspeita (NICE NG217) e em evento com esforço, susto ou ruído. **QTc > 460 ms na criança é prolongado** (limite desta Biblioteca); ≥ 500 ms = . Procurar pré-excitação, Brugada e BAV.
- **Hemograma e ferritina com PCR** na perda de fôlego frequente; **glicemia capilar** em alteração prolongada da consciência.
- **EEG não é rotina** nos EPNE típicos; não serve para excluir epilepsia — normal não exclui, alterações inespecíficas não confirmam (NICE NG217; AEP 2022). Na suspeita real de epilepsia, pelo neuropediatra, idealmente até 72 h após a crise (NG217). **Vídeo-EEG** na dúvida com eventos frequentes, na suspeita de espasmos, no recém-nascido e nas crises psicogênicas (AEP 2022).
- **Dirigidos:** audiometria na vertigem; RM se exame alterado; polissonografia na parassonia atípica.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: síncope arritmica ("convulsão" ao esforço ou com susto é arritmia até prova em contrário); espasmos epiléticos; crises focais, ausências e epilepsia frontal noturna; hipoglicemia; intoxicação; distonia por metoclopramida ou bromoprida; trauma abusivo.

4. Tratamento e seguimento

O que é do pediatra

- **Perda de fôlego típica a partir de 6 meses:** casa; deitar de lado, não sacudir nem pôr nada na boca, cronometrar; manter os limites habituais; ferro (tabela); ECG na forma pálida.
- **Mioclonia do sono, tremores, *shuddering*, autogratificação:** tranquilizar.
- **Sandifer:** tratar a doença do refluxo conforme **Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE** (sem procinéticos).

- **Vertigem paroxística:** proteger e acompanhar como precursor de enxaqueca (**Cefaleia e enxaqueca**).
- **Parassonias:** não acordar, proteger o ambiente, evitar privação de sono; despertares programados 15–30 min antes, por 2–4 semanas (**Distúrbios do sono na infância**).
- **Tiques e estereotípias:** orientar família e escola; terapia comportamental e comorbidades (TDAH, TOC) se houver prejuízo; remédio só com o especialista (AEP 2022).
- **Crises psicogênicas:** comunicar sem culpa (são involuntárias); rastrear ansiedade, depressão, trauma e abuso; psicoterapia cognitivo-comportamental, psiquiatria e neuropediatra envolvido (ILAE 2023).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ferro elementar oral — perda de fôlego frequente	Com anemia ou ferropenia: 3–6 mg/kg/dia (SBP 2026). Sem anemia: pode ser considerado 5 mg/kg/dia (Cochrane 2010)	1x/dia, longe do leite	Anemia: 3–6 meses (SBP 2026); sem anemia: 16 semanas nos ensaios (Cochrane 2010)	Hemograma e ferritina com PCR antes; ferro elementar (sulfato ~20%). Sem anemia não é posição SBP/MS ; Gürbüz 2019: 4 mg/kg/dia por 3 meses, benefício igual
Midazolam — só se for crise epiléptica ≥ 5 min	IN 0,2 mg/kg; bucal 0,3 mg/kg; IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única; repetir conforme protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site
Diazepam retal — idem, sem midazolam	0,5 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site

O que não usar: anticrise "de prova" em evento não esclarecido (AEP 2022); benzodiazepínico na perda de fôlego, síncope ou crise psicogênica; procinéticos no Sandifer (documento de DRGE); medicamentos que prolongam o QT antes do ECG na síncope suspeita; anti-histamínico sedativo nas parassonias (padrão do site).

Seguimento: retorno em 4–8 semanas com vídeo e diário; se havia anemia, hemograma em 30–45 dias (SBP 2026).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Todos os critérios  da tabela: desmaio **no exercício, deitado**, após **susto, ruído ou emoção** (fora da perda de fôlego típica), ou com **palpitação ou dor torácica; morte súbita** < 40 anos ou canalopatia na família; QTc ≥ 500 ms ou arritmia no ECG.

- **Toda perda de fôlego < 6 meses** e todo lactente **< 12 meses** com perda de consciência **sem diagnóstico claro** (sem gatilho, evento atípico, perda de consciência ou abalos prolongados, forma pálida sem ECG): avaliação hospitalar/internação (documento de Síncope); apneia sem choro. **Exceção (decisão do site):** perda de fôlego típica a partir de 6 meses não precisa de internação.
- Crise **≥ 5 minutos, pós-ictal prolongado ou déficit focal**, trauma, febre com sinais meníngeos.
- **Espasmos em salvas:** encaminhar ao neuropediatra **com urgência** (NICE NG217).

Como encaminhar

- Sem respiração normal: **RCP**, DEA e **SAMU (192)**.
- Crise **≥ 5 min**: midazolam (tabela), posição lateral, aspirar, oxigênio para **SpO2 ≥ 94%**, glicemia capilar.
- Síncope suspeita de arritmia: decúbito, monitor e oxímetro, ECG se disponível **sem atrasar** a transferência; **não** dar ondansetrona, domperidona ou macrolídeo; transporte com equipe capaz de desfibrilar (documento de QT longo).
- Relatório com descrição, **vídeo**, QTc, medicamentos e história familiar.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Não é epilepsia e não causa dano no cérebro; melhora com o tempo."
- "Na perda de fôlego, deite de lado, não sacuda, não ponha nada na boca e conte o tempo. A respiração volta sozinha."
- **SAMU (192) ou pronto-socorro se:** não voltar a respirar em 1 minuto ou ficar desacordada mais de 2 minutos; desmaiar no esforço, nadando, deitada ou com susto ou barulho; palpitação ou dor no peito antes do desmaio; "crise" de 5 minutos ou mais, não acordar bem, fraqueza de um lado; bebê com sustos em sequência ao acordar ou que parou de se desenvolver.
- **Pronto-socorro** se o bebê tiver menos de 6 meses, ou menos de 1 ano e o episódio vier sem choro ou susto. **Pediatra** se os episódios mudarem.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Sem descarga neuronal; história detalhada; 12 eventos descritos (2020)	Sem posição específica localizada	Perda de fôlego benigna, some até 6 anos (HealthyChildren)	Sem diretriz de EPNE; relato e vídeo na suspeita de crise (NG217)	Tabelas por idade; 9% dos lactentes (2022)	Sem posição específica localizada	Lista imitadores de epilepsia (Boston Children's)	Segue o NICE
ECG	Não detalha	—	—	ECG de 12 derivações após primeira crise suspeita	Na perda de fôlego pálida repetida e na síncope	—	—	Segue o NICE
EEG	Não detalha	—	—	Não usar para excluir; ideal em 72 h	Só na dúvida; vídeo-EEG preferível	—	EEG na suspeita de epilepsia	Segue o NICE
Ferro na perda de fôlego	Não aborda	Sem posição específica localizada	Anemia pode causar episódios frequentes	—	Sem tratamento indicado	—	—	Segue o NICE
Perda de fôlego: internar?	Não aborda; descreve como benigna	Sem posição específica localizada	Não cita internação; médico logo se < 6 meses, 1º episódio ou > 2 min desacordado; evento explicado não é BRUE	Sem posição específica localizada	Benigna; exames não necessários (ECG se pálida repetida)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminhamento	Não detalha	—	—	Especialista na suspeita de epilepsia; espasmos com urgência	Neuropediatra na dúvida	—	—	Segue o NICE

Leitura: há concordância de que os EPNE se diagnosticam pela história e de que o EEG não é rotina nem exclui epilepsia. A SBP (2020) descreve os eventos, sem detalhar exames; o MS não tem documento específico; o NICE é o mais explícito (vídeo, **ECG após a primeira crise suspeita**, EEG só para apoiar). No **ferro**, a AEP não trata, a AAP liga os episódios frequentes à anemia e a Cochrane mostra benefício também sem anemia: o site trata a ferropenia pela SBP 2026 e, sem anemia, o ferro **pode ser considerado (Cochrane)** — não é posição da SBP nem do MS. Na **internação**, nenhuma referência localizada interna a perda de fôlego típica em qualquer idade: a AAP pede avaliação médica imediata abaixo de 6 meses, no 1º episódio ou com mais de 2 min desacordado, e sua diretriz de BRUE (2016) exclui o evento explicado pela história; a AEP não pede exames e um estudo sueco (2024) aponta excesso de EEG e ECG. A regra do site — casa a partir de 6 meses; hospital abaixo de 6 meses ou abaixo de 12 meses sem diagnóstico claro — é **decisão do Dr. Stefani**, mais conservadora que a literatura e coerente com o documento de Síncope. **O site adota a posição da SBP** na definição e no reconhecimento dos eventos, e os documentos de Síncope e de QT longo desta Biblioteca no ECG e nos sinais cardíacos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte o que veio **antes**: choro, susto, mamada, levantar-se, esforço ou sono dizem mais que os abalos.
2. Peça o **vídeo do celular**, do início à recuperação, com o rosto visível.
3. **ECG com QTc à mão** em toda síncope, na perda de fôlego pálida e na primeira crise suspeita; > 460 ms é prolongado, ≥ 500 ms é pronto-socorro.
4. **EEG não é rotina** e não exclui epilepsia; nada de anticrise "de prova".
5. Perda de fôlego típica **a partir de 6 meses: casa**, sem internação; **< 6 meses, ou < 12 meses sem diagnóstico claro: hospital**. Se frequente, hemograma e ferritina; ferro na ferropenia (SBP) e, sem anemia, pode ser considerado (Cochrane).
6. Desmaio ao esforço, deitado, com susto ou palpitação, ou com morte súbita na família: **pronto-socorro**, não EEG.

Veja também, nesta Biblioteca: **Síncope na Criança e no Adolescente e Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências); **QT longo, canalopatias e prevenção da morte súbita** (Cardiologia pediátrica); **Epilepsias na infância** (nesta área); **Convulsão febril e primeira crise epiléptica**, **Distúrbios do sono na infância**, **Vômitos no lactente**, **refluxo fisiológico e DRGE**, **Cefaleia e enxaqueca** e **Anemia ferropriva** (Patologias do consultório); **Convulsão Neonatal** (Neonatologia).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Neurologia. Sinais de alerta na avaliação neurológica da criança e do adolescente (Manual de Orientação), 2020. [PDF](#)
- AEP. López Lafuente A et al. Trastornos paroxísticos no epiléticos. Protoc diagn ter pediatr, 2022;1:305-17. [PDF](#)
- NICE. Epilepsies in children, young people and adults (NG217), 2022 — recomendações 1.1.1, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.5–1.2.7 e 6.3.1. [PDF](#)
- AAP — HealthyChildren.org. Breath-holding Spell. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Zehetner A et al. Iron supplementation for breath-holding attacks in children. Cochrane, 2010 (CD008132). [cochrane.org](https://www.cochrane.org)
- Gürbüz G et al. Iron supplementation should be given in breath-holding spells regardless of anemia. Turk J Med Sci, 2019. [PMC](#)
- AAP. Tieder JS et al. Brief Resolved Unexplained Events (BRUE) and evaluation of lower-risk infants. Pediatrics, 2016. [Europe PMC](#)

- Hellström Schmidt S et al. Overuse of EEG and ECG in children with breath-holding spells. Acta Paediatr, 2024. [Europe PMC](#)
- ICHD-3. 1.6.2 Benign paroxysmal vertigo. [ichd-3.org](#)
- Reilly C et al. (ILAE). Consensus recommendations for assessment and management of PNES in children. Epilepsia, 2023 — resumo em [OUCI](#)
- Boston Children's Hospital. Epilepsy in children. [childrenshospital.org](#)
- Documentos desta Biblioteca (2026) citados no texto.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.