

Diferenciação entre crises epilépticas e crises funcionais no departamento de emergência médica de hospitais do Espírito Santo

Differentiation between epileptic seizures and functional seizures in the emergency department of hospitals in Espírito Santo

Gustavo Silva Schafascheck¹, Luiza Gomes Moreira Guedes², Licia Cristina Silva de Lima Oliveira³, Fernanda Domingues Gomes Martins⁴, Pedro Henrique Moyses Pereira⁵, Tadeu Uggere de Andrade⁶, Karenina Ximenes Rodrigues Goldberg⁷, Girlandia Alexandre Brasil⁸

Schafascheck GS, Guedes LGM, Oliveira LCSL, Martins FDG, Pereira PHM, Andrade TU, Goldberg KXR, Brasil GA. Diferenciação entre crises epilépticas e crises funcionais no departamento de emergência médica de hospitais do Espírito Santo / *Differentiation between epileptic seizures and functional seizures in the emergency department of hospitals in Espírito Santo*. Rev Med (São Paulo). 2025 jan.-fev.;104(1):e-224895.

RESUMO: As Crises funcionais (CF) compreendem mudanças paroxísticas no comportamento que se assemelham a crises epilépticas, entretanto, não existe uma correlação eletrofisiológica ou evidência clínica de epilepsia. No entanto, a distinção clara das CFs é frequentemente um desafio e pode ser confundida com crises epilépticas verdadeiras na prática clínica. O presente estudo avalia o conhecimento e capacidade de diferenciação dos médicos do departamento de emergência de hospitais no Espírito Santo sobre as Crises funcionais (CFs). O objetivo é elucidar a dificuldade na concepção de uma hipótese diagnóstica adequada. A pesquisa prospectiva incluiu uma amostra selecionada por conveniência, na qual os profissionais médicos responderam a um questionário individual com 8 questões sobre as características distintas das crises. Nossos dados mostram que os profissionais demonstraram dificuldade na capacidade de diferenciar crises epilépticas das CFs, o que impacta negativamente tanto a precisão dos diagnósticos quanto a condução adequada dos casos.

ABSTRACT: Functional Seizures (FS) involve paroxysmal changes in behavior that resemble epileptic seizures; however, there is no electrophysiological correlation or clinical evidence of epilepsy. Nevertheless, clearly distinguishing FS is often a challenge and may be confused with true epileptic seizures in clinical practice. The present study assesses the knowledge and ability of physicians in the emergency department of hospitals in Espírito Santo to differentiate Functional Seizures (FS). The aim is to elucidate the difficulty in formulating an appropriate diagnostic hypothesis. The prospective study included a convenience sample, in which medical professionals responded to an individual questionnaire with 8 questions about the distinguishing characteristics of seizures. Our data show that professionals demonstrated difficulty in differentiating epileptic seizures from FS, which negatively impacts both diagnostic accuracy and the proper management of cases.

PALAVRAS-CHAVES: Emergência; Crises Não Epilépticas Psicogênicas; Epilepsia; Crise epiléptica.

KEY WORDS: Emergency; Psychogenic Nonepileptic Seizures; Epilepsy; Seizure.

¹. Discente do curso de Medicina, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6926-7950> E-mail: gustavo.med2016@gmail.com

². Discente do curso de Medicina, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2629-8247> E-mail: lulubigm@gmail.com

³. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, LabCardio, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9501-3231> E-mail: licia.csl@gmail.com

⁴. Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4549-2814> E-mail: fernanda.domingues@vilavelha.es.gov.br

⁵. Discentes do curso de Medicina, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4935-737X> E-mail: intercambiopedro@gmail.com

⁶. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, LabCardio, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6387-7895> E-mail: tadeu.andrade@uvv.br

⁷. Programa de pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. E-mail: kxrgold@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1677-5529>

⁸. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, LabCardio, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. ORCID: 0000-0002-5455-7141 E-mail: dragirlandia@gmail.com

Endereço para correspondência: E-mail: gabrieloliveira_mga@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Crises funcionais (CF), também conhecidas como crises dissociativas, são paroxismos de experiência subjetiva alterada, movimentos involuntários e autocontrole reduzido que podem se assemelhar a crises epiléticas, mas que têm características clínicas distintas e uma etiologia neuropsiquiátrica complexa¹. A terminologia utilizada para essas crises é variável na literatura e, muitas vezes ambígua, entretanto a condição tem claramente uma base psicogênica². De acordo com o estudo de Benbadis e Hauser³ a CF tem uma prevalência variando entre 2 a 33/100.000 habitantes, ao passo que a incidência é de 4,9/100.000/ano⁴. As manifestações são mais comuns na segunda e terceira década de vida e a grande maioria dos pacientes são mulheres⁵.

As CFs são menos comuns do que as crises epiléticas ou síncope, mas repetidamente representam desafios diagnósticos para o médico⁶. Estudos relatam que um quinto dos pacientes com CF são inicialmente diagnosticados incorretamente com epilepsia e o tempo médio para um diagnóstico correto é de até 7 anos. Durante esse período, os pacientes recebem antiepiléticos, medicamentos que não atuam sobre a causa dos eventos. Além da terapia medicamentosa inadequada, os pacientes são submetidos a diversos procedimentos e exames como, por exemplo, o exame de neuroimagem e eletroencefalograma que não são necessários na abordagem da CF. Isso resulta em indicações terapêuticas incorretas, risco de danos iatrogênicos, aumento da morbidade, aumento dos custos e piora do prognóstico^{6,7,8,9}.

A *International League Against Epilepsy* (ILAE) foi responsável por estabelecer um consenso acerca dos requisitos mínimos para o diagnóstico de eventos não epiléticos, baseado nos eventos testemunhados, história e resultados de eletroencefalograma (EEG)¹⁰. Assim, os pacientes com suspeita de CF devem ser encaminhados a um neurologista para a realização de investigações adicionais, incluindo um vídeo-eletroencefalograma (VEEG), exame considerado o padrão ouro para o diagnóstico de CF¹¹. Esse exame só é solicitado mediante suspeita de CF por parte do médico que fez o primeiro atendimento ao paciente, e isso depende do seu conhecimento sobre a semiologia das CFs¹².

Posto isto, o nível de certeza para o diagnóstico de CF pode ser dividido em: (1) *Possível* (se o evento for autorrelatado pelo paciente ou testemunha e não houver atividade epileptiforme em um EEG de rotina ou com privação de sono); (2) *Provável* (o evento é descrito por um clínico que revisou a gravação de vídeo e não há atividade epileptiforme na rotina ou EEG com privação de sono); (3) *Clinicamente estabelecido* (se o evento for testemunhado por um clínico experiente no diagnóstico de distúrbios convulsivos e não houver atividade epileptiforme no EEG durante um evento típico no qual a semiologia tornaria a atividade EEG epileptiforme ictal esperada durante uma crise epilética equivalente); e, por último, (4) *Documentado* (quando o evento é testemunhado por um clínico experiente em distúrbios convulsivos durante o vídeo EEG e não há atividade epileptiforme imediatamente antes, durante ou após o evento capturado no vídeo EEG com semiologia CF típica)¹⁰. Uma vez que se tem o diagnóstico assertivo de CF, o tratamento será completamente diferente ao do paciente com epilepsia,

tendo como foco os agentes estressores, conflitos psicológicos subjacentes, comorbidades e funcionamento emocional/cognitivo não adaptativo. Além disso, a abordagem terapêutica de CF pode incluir uso de medicamentos adjuvantes para tratar a ansiedade ou depressão coexistentes, mas é importante destacar que a terapia medicamentosa não é o centro do tratamento¹³.

Diante do exposto, este estudo propõe a hipótese de que muitos médicos generalistas que fazem atendimento nas unidades de pronto atendimento não conseguem diferenciar as CFs das crises epiléticas verdadeiras e o resultado disso tudo inclui atraso no diagnóstico, tratamentos desnecessários e outras complicações aos pacientes com CF. Deste modo, nosso objetivo é avaliar o conhecimento dos profissionais médicos que atendem nas unidades de pronto atendimento da Grande Vitória, sobre as CFs.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo prospectivo que procurou avaliar o conhecimento dos profissionais médicos que trabalham nas unidades de pronto-atendimento hospitalar, em regime de plantão na região da Grande Vitória (ES). A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2021 com 40 (quarenta) profissionais médicos. Os participantes foram convidados a responder um questionário estruturado por meio da plataforma *Google Forms*, enviado por e-mail, sobre as características mais comuns que diferenciam as crises epiléticas das Crises funcionais (CFs).

Seleção da amostra

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo convidados a participar do estudo todos os profissionais médicos que atendiam nos hospitais-escola conveniados com uma Universidade particular do município de Vila Velha (ES).

Crterios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os profissionais médicos que atendiam nos plantões hospitalares, sendo excluídos aqueles que tinham como especialidade neurologia e psiquiatria.

Aspectos éticos

Todos os participantes da pesquisa foram previamente esclarecidos sobre o estudo através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e tiveram seus direitos humanos respeitados. Todos os procedimentos foram conduzidos de acordo com a Declaração de Helsinki e as recomendações da Resolução 466/2012. Além disso, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vila Velha (CEP-UVV) com o protocolo nº 4.157.271 e CAAE: 33685220.6.0000.5064.

Análise estatística

A análise dos dados ocorreu por meio de estatística

descritiva demonstrada por frequência absoluta e relativa. Os dados foram digitados em uma planilha e analisados pelo programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 profissionais médicos, sendo 22 (55,0%) do sexo feminino e 18 (45,0%) do sexo masculino. Destes, 38 (97,0%) trabalhavam em hospitais públicos e dois em hospitais particulares.

As perguntas foram divididas em atendimento inicial

ao paciente com CF e características das crises atendidas pelos profissionais entrevistados. Apenas 20% dos profissionais entrevistados relataram ter atendido paciente com CF (Tabela 1). Entretanto, vale a pena destacar que na seção sobre as características das crises atendidas pelos profissionais, 47% disseram que as crises duraram mais de 2 minutos, 60% disseram que os olhos dos pacientes ficaram frequentemente fechados durante as crises, 55% relataram que a atividade motora era variável e 8% apresentaram opistótono, características compatíveis com o quadro clínico de CF e que podem auxiliar no diagnóstico da doença.

TABELA 1 – Características das respostas dos participantes do estudo

| Pergunta | n | % |
|---|----|------|
| Já atendeu algum paciente com CF | | |
| Não | 32 | 80,0 |
| Sim | 8 | 20,0 |
| Características das crises atendidas pelos profissionais | | |
| Duração média da crise | | |
| Menos de 1 a 2 minutos | 21 | 53,0 |
| Mais de 2 minutos | 19 | 47,0 |
| Características dos olhos | | |
| Olhos frequentemente fechados | 24 | 60,0 |
| Olhos geralmente abertos | 16 | 40,0 |
| Atividade motora | | |
| Variável | 22 | 55,0 |
| Estereotipado | 11 | 27,0 |
| Sincronizado | 4 | 10,0 |
| Opistótono | 3 | 8,0 |
| Os pacientes apresentam vocalização? | | |
| Pouco frequente | 22 | 55,0 |
| Frequentemente | 18 | 45,0 |
| Ocorrência de atonia ictal prolongada? | | |
| Muito raramente | 28 | 70,0 |
| Frequentemente | 12 | 30,0 |
| O paciente apresenta incontinência? | | |
| Comum | 34 | 85,0 |
| Menos comum | 6 | 15,0 |
| O paciente apresenta sinais autonômicos? | | |
| Incomum | 31 | 77,0 |
| Cianose, taquicardia | 9 | 23,0 |
| Após a CF quais sintomas pós ictal? | | |
| Incomum | 34 | 85,0 |
| Cianose, taquicardia | 6 | 15,0 |

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Nosso principal achado é a de que os profissionais médicos que atuam em pronto-atendimento hospitalar, em regime de plantão na região da Grande Vitória (ES) não conseguem distinguir CFs de uma crise epilética verdadeira. É importante destacar que apenas um quinto dos médicos entrevistados relataram que atenderam pacientes com CF. Contudo, ao serem questionados acerca das características das crises que seus pacientes apresentaram, parte significativa

dos profissionais entrevistados relatou ter atendido pacientes com crises de características compatíveis com CF. Nosso questionário demonstrou que as características das crises não epiléticas psicogênicas não são compreendidas com clareza pelos profissionais da saúde, conferindo uma lacuna de conhecimento dos profissionais entrevistados acerca dos “critérios mínimos para o diagnóstico de CF”¹⁰. Fica evidente ao comparar o número de diagnósticos de CF com as características das crises dos pacientes atendidos por esses profissionais e sugerem que a doença ainda é um tema nebuloso para muitos médicos.

Diante disso, é importante relacionar as informações colhidas neste estudo (Tabela 1) com algumas características das CFs ¹⁰ representadas na Tabela 2.

TABELA 2 – Características das CFs

| Item | Característica compatível com CF |
|-----------------------------|---|
| Duração média da crise | Longa |
| Característica dos olhos | Fechados |
| Atividade motora/movimentos | Podem ocorrer movimentos: Assíncronos/variados/opistótono |
| Vocalização | Pode ocorrer |
| Incontinência | Raro |

Fonte: Adaptado de LA FRANCE Jr, W.; BAKER, G.; DUNCAN, R.; et al.¹⁰

As crises psicogênicas não epiléticas são frequentemente confundidas com crises epiléticas tendo em vista que apresentam características semelhantes. No entanto, as CFs são claramente distintas das crises epiléticas em termos de suas causas. Enquanto as crises epiléticas ocorrem devido a anormalidades eletrofisiológicas cerebrais, as CFs estão relacionadas a outros fenômenos frequentemente ligados às emoções¹³.

No presente estudo demonstramos que apenas 20 % dos médicos declararam ter tratado pacientes com CF, o baixo índice deve ser decorrente da dificuldade dos médicos em reconhecer as CFs, o diagnóstico assertivo ainda é um desafio para muitos profissionais⁶.

Uma crise epilética é definida como a ocorrência transitória de sinais e sintomas devido à atividade neuronal anormal excessiva ou síncrona no cérebro¹⁴. Deste modo, uma convulsão pode ser classificada como epilética ou não epilética, sendo neste último incluídos os CFs, que são episódios de movimentos alterados e sensações semelhantes à epilepsia que não são causados por descargas elétricas anormais no cérebro, mas por processos psicológicos^{14,15}.

A maioria das CFs são involuntárias e estão associadas a uma variedade de manifestações motoras, sensoriais e mentais, representando uma resposta experimental ou comportamental ao sofrimento emocional ou social¹. As crises não epiléticas psicogênicas são geralmente representam um diagnóstico psiquiátrico caracterizado por sintomas físicos e queixas para as quais um distúrbio não pode ser identificado^{1,16}. A distinção entre essas entidades é essencial não apenas para fornecer tratamento adequado ao paciente, mas também para evitar o custo excessivo associado a um diagnóstico incorreto^{17,18}.

Durante os episódios de CFs, o comportamento de uma pessoa muda e muitas vezes a clínica é parecida com a de crises epiléticas, podendo raramente ser acompanhados de incontinência urinária e fecal¹⁰. Portanto, assim como aponta a literatura médica¹⁰, no resultado do presente estudo, consta que a ocorrência de incontinência é menos comum em 85% dos casos.

Os sintomas da CF geralmente refletem conflito psicológico ou sofrimento mental. Portanto, a maioria dos

pacientes com CF têm transtornos mentais concomitantes, como depressão, ansiedade, transtornos somatoformes, transtornos de personalidade e transtorno de estresse pós-traumático^{19,20}. Alguns dos ataques observados em pacientes com CF foram classificados como “desmaios”, “explosões de raiva” e “tipo não reativo”. Nestes ataques de “desmaio”, os pacientes caem no chão, aparentando desenvolvimento de fraqueza, e se deitam com os olhos fechados, sem convulsões, em seguida, os pacientes voltam a si com uma rápida normalização do estado geral. Ao passo que em situações com “explosões de raiva”, os pacientes gritam, caem, podem bater, morder, gritar ou chorar^{1,17}.

Os dados coletados neste estudo mostram que, durante as crises, 60 % dos pacientes fecham os olhos e a vocalização é pouco frequente, informações compatíveis com o que está estabelecido na literatura médica para CFs¹⁰. Em relação à vocalização, é importante dizer que a CF pode ser acompanhada por vocalizações, como choro, soluços, gemidos, gritos, gagueira e estados pós-ictais^{21,22}, entretanto, nas crises epiléticas, os movimentos tônico-clônicos são geralmente simétricos, de curta duração e a vocalização está ausente ou podem ser notados apenas no início de uma crise¹⁴.

Os movimentos dos membros superiores e inferiores durante a CF são assíncronos e antifásicos na fase crônica, não estereotipados e mudam durante o episódio, ao mesmo tempo, a atividade motora oscila de forma a se intensificar ou reduzir durante a onda²³. As posturas distônicas podem ser observadas, incluindo opistótono (costas arqueadas), movimentos pélvicos, principalmente movimentos para frente. Sobre a atividade motora dos pacientes, o presente estudo demonstrou que 55% dos médicos informaram que a atividade era variável, 27 % estereotipado, 10 % sincronizado e, apenas 8 % opistótono. Diante disso, é importante dizer que a atividade motora estereotipada ou sincronizada não é compatível com o quadro de CF, contudo, a atividade motora variável, opistótono ou assíncrona pode estar presentes no quadro clínico de pacientes com CF e auxiliam no diagnóstico da doença¹⁰.

Outra característica comum da CF é que a perda de consciência ocorre de forma oscilatória, ou seja, em geral o paciente não perde o equilíbrio e cai repentinamente quando está

sentado, tão pouco permite que sua mão seja levada ao rosto ou, ainda torna-se cianótico durante a crise, demonstrando que na CF a consciência do paciente no período ictal flutua^{14,17}. Nosso estudo demonstrou que 77 % dos participantes indicaram que os sinais autonômicos são incomuns, dados que não excluiriam CF, ao passo que 23 % dos pacientes atendidos apresentavam cianose e taquicardia, sinais compatíveis com crises epiléticas verdadeiras.

Para Ferlisi et al.²⁴ não há sintomas ou sinais patognomônicos para CF, clinicamente, eles podem mimetizar todos os sinais e sintomas das crises epiléticas, de modo que o diagnóstico das crises não epiléticas psicogênicas é baseado na integração de numerosos dados, incluindo uma coleção completa de anamnese, depoimentos de testemunhas e dados paraclínicos. Na maioria dos casos, o médico não testemunha condições paroxísticas, então as gravações de vídeo podem ser úteis para correto diagnóstico, como o eletroencefalograma, exame padrão ouro para a determinação diagnóstica de CF.

CONCLUSÕES

Diante do que foi apresentado, conclui-se que as crises não epiléticas psicogênicas não são amplamente compreendidas e diferenciadas de crises epiléticas verdadeiras pelos profissionais da saúde. Nossos dados demonstram que a grande maioria dos médicos desconhecem as características clínicas de crises compatíveis com CF, o que reflete em um tratamento ineficaz para o paciente, vale a pena salientar que o diagnóstico precoce, a suspensão dos medicamentos antiepilépticos e o tratamento adequado da CF por neurologistas, psiquiatras e psicólogos podem prevenir danos iatrogênicos significativos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, é notório dizer que o conhecimento acerca das características das crises não epiléticas psicogênicas é valioso para otimizar a capacitação dos médicos, a qualidade dos serviços de saúde e a melhor condução dos casos de pacientes com CF.

CONTRIBUICAO DOS AUTORES: Gustavo Silva Schafascheck – Participou da coleta de dados, escrita do artigo e aprovação da versão final do texto. Luiza Gomes Moreira Guedes – Participou da coleta de dados, escrita do artigo e aprovação da versão final do texto. Licia Cristina Silva de Lima Oliveira – Participou da escrita do artigo, análise dos dados e aprovação da versão final do texto. Fernanda Domingues Gomes Martins – Participou da escrita do artigo, análise dos dados e aprovação da versão final do texto. Pedro Henrique Moyses Pereira – Participou da escrita do artigo e aprovação da versão final do texto. Tadeu Uggere de Andrade – Desenho e estruturação do projeto, delimitação da metodologia, avaliação dos dados, escrita e aprovação do texto final. Karenina Ximenes Rodrigues Goldberg – Desenho e estruturação do projeto, delimitação da metodologia, avaliação dos dados, escrita e aprovação do texto final. Girlandia Alexandre Brasil – Desenho e estruturação do projeto, delimitação da metodologia, avaliação dos dados, escrita e aprovação do texto final.

REFERÊNCIAS

1. Popkirov S, Asadi-Pooya AA, Duncan R, Gigineishvili D, Hingray C, Kanner AM, et al. The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures: risk factors and comorbidities. *Epileptic Disord.* 2019;21(6):529-47. Doi: <https://doi.org/10.1684/epd.2019.1107>.
2. Operto FF, Coppola G, Mazza R, Pastorino GMG, Campanozzi S, Margari L, et al. Psychogenic nonepileptic seizures in pediatric population: a review. *Brain Behav.* 2019;9(12):e01406. Doi: <https://doi.org/10.1002/brb3.1406>.
3. Benbadis SR, Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure.* 2000;9(4):280-1. Doi: <https://doi.org/10.1053/seiz.2000.0409>
4. Duncan R, Razvi S, Mulhern S. Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy Behav.* 2011;20(2):308-11. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.022>.
5. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy Behav.* 2008;12(4):622-35. Doi: <https://orcid.org/10.1016/j.yebeh.2007.11.006>.
6. Reif PS, Willems LM, Strzelczyk A, Klein KM, Rosenow F. Psychogene nichtepileptische Anfälle : Differenzialdiagnostische Merkmale [Psychogenic non epileptic seizures: Differential diagnostic features]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol.* 2018;29(2):155-60. Doi: <https://orcid.org/10.1007/s00399-018-0557-z>.
7. Holtkamp M, Othman J, Buchheim K, Meierkord H. Diagnosis of psychogenic nonepileptic status epilepticus in the emergency setting. *Neurology.* 2006;66(11):1727-9. Doi: <https://orcid.org/10.1212/01.wnl.0000218299.15988.9d>.
8. LaFrance WC Jr, Benbadis SR. Avoiding the costs of unrecognized psychological nonepileptic seizures. *Neurology.* 2006;66(11):1620-1. Doi: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000224953.94807.be>
9. Reuber M, Fernández G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology.* 2002;58(3):493-5. Doi: <https://orcid.org/10.1212/wnl.58.3.493>
10. LaFrance WC Jr, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach: a report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia.* 2013;54(11):2005-18. Doi: <https://doi.org/10.1111/epi.12356>.
11. Reuber M, Mayor R. Recent progress in the understanding and treatment of nonepileptic seizures. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(3):244-50. Doi: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283523db6>.
12. Benbadis SR, Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure.* 2000;9(4):280-1. Doi: <https://doi.org/10.1053/seiz.2000.0409>.
13. Doss RC, LaFrance WC Jr. Psychogenic non-epileptic seizures. *Epileptic Disord.* 2016;18(4):337-43. Doi: <https://doi.org/10.1684/epd.2016.0873>.
14. Fisher RS, Van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy

- (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x>
15. Huff JS, Murr N. Psychogenic Nonepileptic Seizures. 2022 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
16. Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2015;46:60-65. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.015>.
17. Beimer NJ, LaFrance WC Jr. Evaluation and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Neurol Clin*. 2022;40(4):799-820. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.03.017>.
18. Lopez MR, LaFrance WC. Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2022;22(8):467-74. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11910-022-01209-3>.
19. Capovilla G, Beccaria F, Beghi E, Minicucci F, Sartori S, Vecchi M. Treatment of convulsive status epilepticus in childhood: recommendations of the Italian League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2013;54 Suppl 7:23-34. Doi: <https://doi.org/10.1111/epi.12307>.
20. Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I, Figueira I. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy Behav*. 2004;5(6):818-25. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.09.002>.
21. Riviello JJ. Classification of seizures and epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2003;3(4):325-31. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11910-003-0010-4>.
22. Scott DF. Recognition and diagnostic aspects of nonepileptic seizures. In: Riley TL Roy A. (eds). *Pseudoseizures*. Baltimore: Williams & Wilkins, 2008. p.21-34.
23. Perez DL, LaFrance WC Jr. Nonepileptic seizures: an updated review. *CNS Spectr*. 2016;21(3):239-46. Doi: <https://doi.org/10.1017/S109285291600002X>.
24. Ferlisi M, Hocker S, Grade M, Trinka E, Shorvon S; International Steering Committee of the StEp Audit. Preliminary results of the global audit of treatment of refractory status epilepticus. *Epilepsy Behav*. 2015;49:318-24. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.04.010>.

Recebido: 24.05.2024

Aceito: 19.09.2024