

Título do Protocolo - Tontura**Ficha Técnica** Elaboração:

Nome do Elaborador	Conselho de Classe	Assinatura
Tatiana Elias de Pontes	139.125	

Revisão:

Nome do Revisor	Conselho de Classe	Assinatura
Fernanda Kelly Marques de Souza Adriano	153.307	

Aprovação:

Nome do Aprovador	Conselho de Classe	Assinatura
Felipe Cavalca Silva	152.187	

1. Definição:

A tontura é um termo inespecífico frequentemente utilizado pelos pacientes para descrever sensações de desequilíbrio, instabilidade ou movimento ilusório do ambiente. Pode ser causada por diversas condições, incluindo distúrbios vestibulares periféricos e centrais, hipotensão ortostática, alterações metabólicas e efeitos colaterais de medicamentos (LOPES; SILVA, 2020). É um dos sintomas mais comuns no pronto atendimento, afetando até 30% da população geral ao longo da vida, e sua prevalência aumenta com a idade (MIRANDA et al., 2021).

A Sociedade Brasileira de Otologia (SBO) destaca que a vertigem, um dos principais tipos de tontura, é frequentemente associada a disfunções vestibulares, como a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) e a Doença de Ménière (SBO, 2021a).

Dessa forma, a correta triagem de pacientes permite identificar causas benignas e autolimitadas e diferenciá-las de condições potencialmente graves, como acidente vascular cerebral (AVC) ou arritmias cardíacas (BRASIL, 2013).

2. Orientações para triagem

A triagem de risco pode ser realizada pelo **Sistema de Triagem de Manchester**, garantindo um atendimento seguro e eficiente (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2021).

2.1 Critérios de Urgência

Emergência (Vermelho – atendimento imediato):

Déficits neurológicos focais (suspeita de AVC isquêmico ou hemorrágico).

Cefaleia súbita intensa associada à tontura (suspeita de hemorragia subaracnóidea).

Hipotensão grave ou bradicardia sintomática.

Muito urgente (Laranja – atendimento em até 10 min):

Queda recente associada à tontura e sinais de fratura.

Alteração súbita da consciência ou síncope inexplicada.

Urgente (Amarelo – atendimento em até 60 min):

História de episódios repetidos de tontura sem déficits neurológicos.

Pouco urgente (Verde – atendimento em até 120 min):

Episódios autolimitados sem sinais de alarme.

3. Critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial:

A abordagem do paciente com tontura deve incluir:

- Caracterização do sintoma: vertigem (sensação rotatória), desequilíbrio, pré-síncope ou tontura inespecífica (SILVA; SANTOS, 2018).
- Início e duração: súbito, episódico ou contínuo.
- Fatores desencadeantes: mudanças de posição, estresse, uso de medicamentos.
- Sintomas associados: cefaléia, zumbido, perda auditiva, déficits neurológicos, palidez, sudorese (WHO, 2021).
- Histórico de doenças prévias, como hipertensão, diabetes, enxaqueca e doenças vestibulares (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2021).

3. Exame Físico e Neurológico

- Sinais vitais: verificar pressão arterial e glicemia capilar (BRASIL, 2013).
- Exame neurológico: testes cerebelares, força muscular, reflexos, coordenação e presença de nistagmo (TEIXEIRA; SOUZA; OLIVEIRA, 2020).
- Testes vestibulares específicos: Teste de Dix-Hallpike para Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) e Teste de Romberg para instabilidade postural (SILVA; COSTA; ALMEIDA, 2019).

4. Diagnósticos Diferenciais

A tabela 1 abaixo resume os principais diagnósticos diferenciais, de acordo com os tipos de tontura:

Tabela 1: Tipos de Tontura

Tipo de Tontura	Características Clínicas	Causas Possíveis
Vertigem (sensação rotatória do ambiente ou do próprio corpo)	Episódios súbitos ou recorrentes, geralmente acompanhados de náuseas e desequilíbrio	VPPB, Doença de Ménière, Neurite vestibular, AVC, Enxaqueca vestibular
Pré-síncope (sensação de desmaio iminente)	Sensação de fraqueza, escurecimento da visão, sudorese fria, melhora ao deitar-se	Hipotensão ortostática, arritmias, hipoglicemia, uso de medicamentos vasodilatadores
Desequilíbrio (sensação de instabilidade postural)	Instabilidade ao caminhar, sem sensação rotatória	Doença de Parkinson, neuropatia periférica, ataxia cerebelar, efeitos colaterais de medicamentos
Tontura inespecífica	Sensação subjetiva de desconforto, sem padrão claro de vertigem ou desequilíbrio	Transtornos de ansiedade, depressão, efeitos adversos de medicamentos, causas metabólicas

Fonte: Adaptado de Ganança et al., 2018; Lopes & Silva, 2020; Morita et al., 2021; SBO, 2021a.

CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) incluídos neste protocolo:

R42 – Tontura e vertigem não especificadas.

H81.0 – Doença de Ménière.

H81.1 – Neurite vestibular.

H81.2 – Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB).

H81.3 – Outras vertigens periféricas.

H81.4 – Vertigem de origem central.

H83.0 – Transtornos labirínticos não especificados.

4. Exames previstos para confirmação diagnóstica:

4.1. Exames Complementares

Os exames devem ser solicitados conforme a suspeita clínica:

- **Exames laboratoriais:** glicemia, eletrólitos, hemograma, função renal (BRASIL, 2013).
- **Eletrocardiograma:** se suspeita de arritmia ou síncope cardiovascular (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).
- **Imagem:** tomografia computadorizada se houver sinais neurológicos associados (TEIXEIRA; SOUZA; OLIVEIRA, 2020).

4.2. Indicações para acionamento do Hospital Virtual (HV) da Neurologia

O acionamento do HV da Neurologia deve ser considerado quando há suspeita de causas neurológicas centrais para a tontura, especialmente quando associada a sintomas neurológicos focais, déficits motores ou sinais de acometimento do sistema nervoso central (SNC), conforme a tabela abaixo:

Tabela 2: Sinais Neurológicos de Alarme na Tontura.

Sinais e Sintomas	Hipóteses Diagnósticas
Déficit motor súbito ou alteração do nível de consciência	Sinais de AVC isquêmico ou hemorrágico, exigindo avaliação urgente e possível trombólise/trombectomia.
Tontura associada à rigidez cervical e febre	Pode indicar meningite ou encefalite.
Ataxia grave de início súbito	Sugere AVC cerebelar ou intoxicação neurológica.
Alteração abrupta do comportamento com tontura	Pode indicar encefalopatia metabólica ou evento epiléptico.
Tontura associada à diplopia e disfagia	Sinais de AVC vertebrobasilar.
Tontura de início súbito associada a cefaleia intensa	Pode indicar acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico ou enxaqueca vestibular.
Presença de sintomas neurológicos focais (hemiparesia, disartria, dismetria, ataxia, diplopia, ptose palpebral)	Sugere AVC isquêmico ou lesão estrutural no tronco encefálico/cerebelo.
Tontura persistente e progressiva sem causa vestibular evidente	Pode estar relacionada a doenças desmielinizantes (como esclerose múltipla) ou

	neoplasias do SNC.
Nistagmo vertical espontâneo ou dissociado	Característico de lesões centrais, como síndromes cerebelares ou comprometimento do tronco encefálico.
História prévia de epilepsia ou crises convulsivas associadas à tontura	Pode indicar crises focais envolvendo o lobo temporal.
Déficit cognitivo progressivo associado à tontura	Pode sugerir patologias neurodegenerativas, como doença de Parkinson ou demência com corpos de Lewy.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023b; Neurology Clinical Practice, 2021.

4.3. Indicações para avaliação da Otorrinolaringologia (ORL)

O especialista deve ser acionado para discussão dos casos nas seguintes situações:

Tabela 3: Sintomas com indicação de avaliação da ORL.

Sinais e Sintomas	Hipóteses Diagnósticas
Hipoacusia súbita unilateral	Pode indicar neurite vestibular grave ou schwannoma vestibular.
Vertigem intensa e recorrente	Pode indicar Doença de Ménière, VPPB ou neurite vestibular grave.
Sintomas persistentes apesar do tratamento inicial	Falha na melhora dos sintomas com medidas iniciais sugere necessidade de avaliação especializada.
Perda auditiva associada	Sugere envolvimento coclear, como na Doença de Ménière ou neurite vestibular.
Zumbido intenso e progressivo	Pode indicar comprometimento vestibulococlear.
Histórico de infecção recente do ouvido	Pode sugerir labirintite ou neurite vestibular pós-infecciosa.
Suspeita de fístula perilinfática	Indicado em pacientes com tontura após trauma craniano ou aumento da pressão intra-abdominal.

Fonte: Adaptado de SBO, 2021c; Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 2022.

5. Conduta terapêutica medicamentosa:

5.1. Tratamento Medicamentoso no Pronto Atendimento

O tratamento medicamentoso da tontura no pronto-socorro deve ser individualizado de acordo com a etiologia subjacente, a intensidade dos sintomas e as comorbidades do paciente. Abaixo estão algumas opções de fármacos frequentemente utilizados, sua posologia e tempo de tratamento recomendado:

Tabela 4: Manejo da Tontura no Pronto Atendimento

Fármaco	Indicação	Posologia	Tempo de Tratamento
Difenidramina	Tontura de origem vestibular	25-50 mg IV a cada 6-8h	Uso sintomático
Dimenidrinato	Vertigem periférica aguda	25-50 mg IV ou IM a cada 6h	Uso sintomático
Diazepam	Tontura vestibular intensa	2-5 mg IV ou VO a cada 8-12h	Uso curto (2-3 dias)
Ondansetrona	Náuseas e vômitos graves	4-8 mg IV ou VO a cada 8h	Uso sintomático

Fonte: Adaptado de Ganança et al., 2018; SBO, 2021; Lopes & Silva, 2022; Ganança et al., 2022; Ministério da Saúde, 2023a.

Considerações Importantes:

- O uso de benzodiazepínicos (como diazepam) deve ser restrito a casos graves e por curto período para evitar sedação excessiva e risco de dependência.
- Anti-histamínicos como difenidramina e dimenidrinato são eficazes para tontura de origem vestibular, mas podem causar sonolência.
- Pacientes com suspeita de causas centrais de tontura (exemplo: AVC) não devem receber tratamento sintomático sem avaliação neurológica detalhada.
- O tempo de tratamento deve ser ajustado conforme a resposta clínica do paciente.

5.2. Tratamento Medicamentoso Ambulatorial

Tratamento da Vertigem Periférica

- Indicado para causas como vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), doença de Ménière, labirintite e neurite vestibular.

Tabela 5: Medicamentos utilizados no Tratamento da Vertigem Periférica.

Medicamento	Posologia	Tempo de Tratamento	Indicação
Betaistina	16 a 48 mg/dia, divididos em 2-3 doses	Uso contínuo ou conforme necessidade	Doença de Ménière (vertigem recorrente, zumbido e perda auditiva)
Dimenidrinato	50 mg a cada 6-8h (VO)	3 a 5 dias	Labirintite e crises vertiginosas agudas
Meclizina	25 a 50 mg a cada 24h (VO)	3 a 5 dias	Vertigem periférica sintomática
Cinarizina	25 a 75 mg/dia, divididos em 2-3 doses	Uso contínuo ou conforme necessidade	Distúrbios do equilíbrio
Diazepam	2 a 5 mg a cada 8-12h (VO)	3 a 5 dias	Crises de vertigem intensa

Fonte: Adaptado de Ganança et al., 2018.

Tratamento da Vertigem Central

- Indicado para casos como enxaqueca vestibular e AVC de circulação posterior.

Tabela 6: Medicamentos utilizados no Tratamento da Vertigem Central.

Medicamento	Posologia	Tempo de Tratamento	Indicação
Flunarizina	5 a 10 mg/dia (VO)	Uso contínuo	Enxaqueca vestibular
Propranolol	20 a 80 mg/dia (VO)	Uso contínuo	Enxaqueca vestibular
Amitriptilina	10 a 50 mg/dia (VO)	Uso contínuo	Enxaqueca vestibular
Ácido Acetilsalicílico	100 a 300 mg/dia (VO)	Uso contínuo	Prevenção secundária de AVC

Fonte: Adaptado de Lopes; Silva, 2020.

Tratamento da Tontura por Hipotensão Ortostática (HO)

- Indicado para pacientes com tontura ao levantar-se devido a queda de pressão arterial.

Tabela 7: Medicamentos utilizados no Tratamento da HO.

Medicamento	Posologia	Tempo de
--------------------	------------------	-----------------

		Tratamento
Fludrocortisona	0,05 a 0,2 mg/dia (VO)	Uso contínuo
Midodrina	2,5 a 10 mg a cada 8h (VO)	Uso contínuo

Fonte: Adaptado de Morita et al., 2021.

Tratamento da Tontura Psicogênica

- Indicada para pacientes com tontura crônica relacionada a ansiedade e transtornos psiquiátricos.

Tabela 8: Medicamentos utilizados no Tratamento da Tontura Psicogênica.

Medicamento	Posologia	Tempo de Tratamento	Indicação
Sertralina	50 a 100 mg/dia (VO)	Uso contínuo	Transtornos ansiosos com tontura
Clonazepam	0,25 a 1 mg/dia (VO)	Uso contínuo ou conforme necessidade	Ansiedade com sintomas vestibulares

Fonte: Adaptado da SBO, 2021b.

6. Conduta terapêutica não medicamentosa:

O tratamento não medicamentoso da tontura varia conforme a etiologia subjacente. A abordagem pode incluir reabilitação vestibular, mudanças no estilo de vida, terapia cognitivo-comportamental e medidas dietéticas.

A tabela 9 compila o tratamento não medicamentoso, de acordo com o tipo de tontura:

Tabela 9: Tratamento Não Medicamentoso da Tontura.

Tipo de Tontura	Diagnóstico	Tratamento Não Medicamentoso	Descrição
	VPPB	Manobras de reposicionamento	Manobra de Epley ou Semont para reposicionar otólitos no canal semicircular posterior.
		Dieta hipossódica	Redução da ingestão de sódio (<2g/dia) para minimizar retenção de líquidos no labirinto.

Vertigem Periférica Doença de Ménière

		Controle do estresse	Práticas como mindfulness e ioga reduzem crises vertiginosas.
	Labirintite e Neurite Vestibular	Reabilitação vestibular	Exercícios de adaptação e compensação vestibular melhoram o equilíbrio e reduzem sintomas.
Vertigem Central	Enxaqueca Vestibular	Modificação dietética	Evitar cafeína, álcool, chocolate e alimentos ricos em tiramina.
		Fisioterapia vestibular	Exercícios de habituação para reduzir hipersensibilidade ao movimento.
	AVC de Circulação Posterior	Reabilitação neurológica	Terapia ocupacional e fisioterapia para restaurar equilíbrio e função motora.
Hipotensão Ortostática	Hipotensão Ortostática	Hidratação adequada	Ingestão de 2 a 2,5 litros de água/dia.
		Uso de meias de compressão	Melhora o retorno venoso e reduz a queda de pressão arterial.
		Mudanças posturais	Levantar-se lentamente para evitar queda súbita da pressão arterial.
Tontura Psicogênica	Tontura Psicogênica	Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)	Ajuda a modificar padrões de pensamento que exacerbam a tontura.
		Exercícios de relaxamento	Técnicas de respiração e meditação reduzem sintomas de ansiedade.
		Atividade física regular	Exercícios aeróbicos melhoram o equilíbrio e reduzem o estresse.

Fonte: Adaptado de Ganança et al., 2021; Lopes & Silva, 2022; Morita et al., 2021; SBO, 2021b.

7. Conduta terapêutica invasiva:

(se aplicável)

8. Protocolo de internação:

8.1. Indicações de Observação

Seguem os sinais e sintomas sugestivos de que o paciente permaneça na observação, até a realização de exames complementares e/ou estabilização clínica:

Tabela 10: Indicações de Observação Clínica no Atendimento da Tontura.

Sinais e Sintomas	Hipóteses Diagnósticas
Déficit neurológico focal associado à tontura (disartria, diplopia, hemiparesia, ataxia, alteração da consciência)	Sugere AVC ou doença neurológica aguda que exige monitorização e investigação.
Tontura incapacitante com risco de quedas	Necessidade de supervisão para evitar lesões secundárias.
Sinais de desidratação grave ou distúrbios metabólicos (hiponatremia, hiperglicemia, acidose metabólica)	Requer reposição hidroeletrólítica e acompanhamento clínico.
Tontura associada a instabilidade hemodinâmica (hipotensão persistente, bradicardia ou taquiarritmias graves)	Indica possível síncope de origem cardiovascular, com necessidade de exames complementares.
Suspeita de infecção do sistema nervoso central (febre, rigidez de nuca, rebaixamento do nível de consciência)	Avaliação para meningite, encefalite ou outras infecções.
Vertigem intensa e refratária ao tratamento sintomático inicial	Requer controle sintomático em ambiente hospitalar.
Crises convulsivas associadas à tontura	Sugere doença neurológica subjacente, como epilepsia do lobo temporal.

Fonte: Adaptado de Neurology Clinica Practice, 2021.

8.2. Indicações de Internação

A tabela 10 abaixo lista as indicações de internação hospitalar, segundo os sinais e sintomas de tontura:

Tabela 11: Indicações de Internação Hospitalar no Atendimento da Tontura.

Sinais e Sintomas	Hipóteses Diagnósticas
Tontura súbita associada à cefaleia intensa e início abrupto	Suspeita de AVC hemorrágico ou dissecção arterial.
Rebaixamento do nível de consciência	Indica comprometimento neurológico grave.
Arritmias cardíacas detectadas no ECG	Pode indicar instabilidade cardiovascular.
Tontura associada a sinais de infecção grave (sepsis, febre alta, leucocitose significativa)	Sugere encefalite ou meningite bacteriana.
Queda recente associada à tontura com suspeita de fratura grave	Necessidade de internação para controle da dor e mobilização segura.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a.

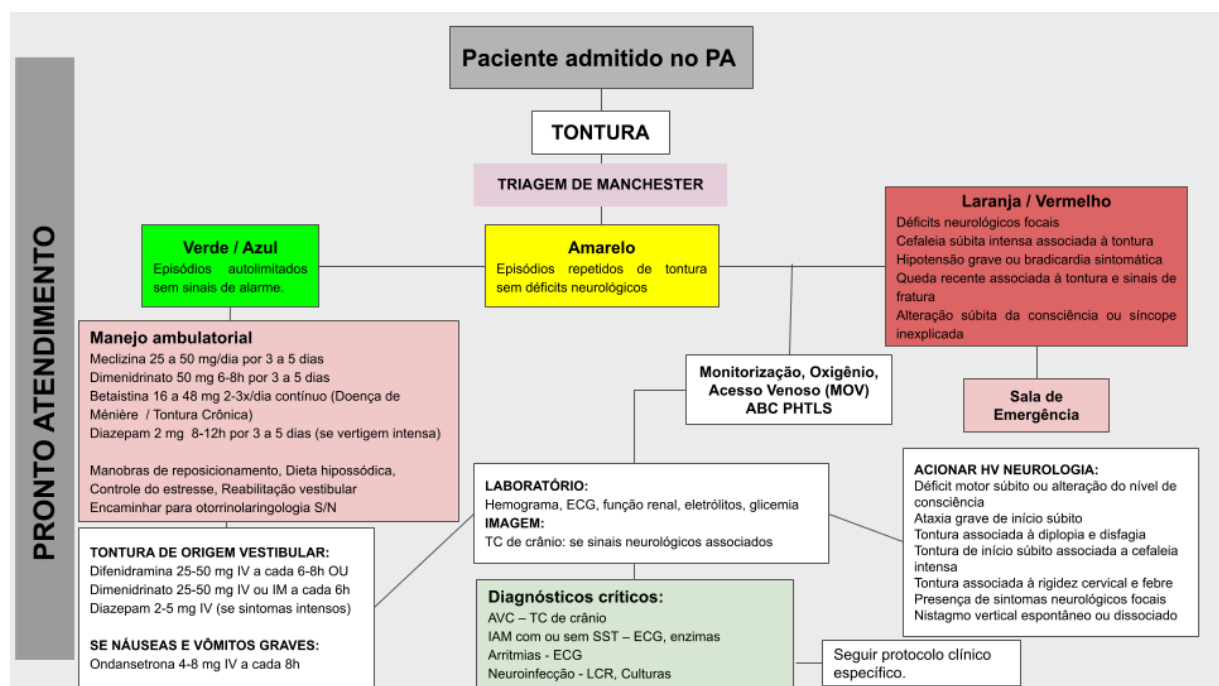
9. Critérios de exceção do protocolo:

(se aplicável)

10. Conduta quando o protocolo não se aplica ao paciente:

(se aplicável)

11. Fluxograma:



12. Referência bibliográficas:

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European Heart Journal, v. 39, n. 21, p. 1883–1948, 2018.

GANANÇA, M. M.; CAOVIALLA, H. H.; MUNHOZ, M. S. L. Abordagem da vertigem periférica no pronto atendimento. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 88, n. 3, p. 289-302, 2022.

GANANÇA, M. M.; CAOVIALLA, H. H.; MUNHOZ, M. S. L. Vertigem: abordagem diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2018.

HINTS Protocol for Stroke Diagnosis in Acute Vestibular Syndrome. *Neurology Clinical Practice*, v. 11, n. 4, p. 355-362, 2021.

KARUNANAYAKE, C. P.; KUH, D.; COOPER, R. *Epidemiology and impact of dizziness and vertigo in middle-aged and older adults: findings from a British cohort study*. *BMC Geriatrics*, v. 22, n. 1, p. 1-14, 2022.

LOPES, K. C.; SILVA, R. P. *Distúrbios vestibulares centrais: diagnóstico e tratamento*. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 34, n. 2, p. 87-102, 2022.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. *Sistema de Triagem de Manchester*. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo de Atendimento de Pacientes com Síndromes Neurológicas Agudas*. Brasília, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 2 mar. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo de atendimento de AVC no pronto-socorro*. Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 2 mar. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.. *Protocolo de Prevenção de Quedas*. Brasília, 2013.

MIRANDA, A. C. et al. *Manejo da tontura em idosos: diagnóstico diferencial e estratégias terapêuticas*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, n. 3, p. 1-12, 2021.

MORITA, N.; ANDRADE, M. M.; REZENDE, L. A. *Hipotensão ortostática e suas implicações clínicas*. *Jornal Brasileiro de Cardiologia*, v. 45, n. 3, p. 123-137, 2021.

SILVA, J. A.; SANTOS, M. F. *Abordagem Clínica e Preventiva em Pacientes com Quedas*. *Revista Brasileira de Emergência Médica*, v. 12, n. 3, p. 45-56, 2018.

SILVA, P. R.; COSTA, T. A.; ALMEIDA, C. B. *Lesões Traumáticas por Quedas em Idosos: Fatores de Risco e Manejo Clínico*. *Jornal de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 4, p. 78-90, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOLOGIA (SBO). *Diretrizes para diagnóstico e tratamento da tontura*. 2021a. Disponível em: <https://www.sbo.org.br>. Acesso em: 2 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOLOGIA (SBO). *Diretrizes para diagnóstico e tratamento da tontura psicogênica*. 2021b. Disponível em: <https://www.sbo.org.br>. Acesso em: 2 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOLOGIA (SBO). *Protocolo de urgências otoneurológicas no pronto atendimento*. 2021c. Disponível em: <https://www.sbo.org.br>. Acesso em: 2 mar. 2025.

TEIXEIRA, R. F.; SOUZA, L. P.; OLIVEIRA, M. T. *Conduta no Trauma Ortopédico em Serviços de Emergência*. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 55, n. 2, p. 102-120, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Falls prevention in older age*. Geneva: WHO, 2021.

Histórico de alterações conforme versionamento

Versão	Descrição da alteração	Responsável
0	Primeira versão do documento	
1	Adição do item e conteúdo “Histórico de alterações conforme versionamento”; atualização do layout do documento	