

Secretaria Municipal da Saúde

Atendimento em Dor Orofacial (DOF) e Disfunção Temporomandibular (DTM) na Atenção Básica e Especializada

3ª Edição

Coordenadoria de Atenção Básica

Assessoria Técnica de Saúde Bucal

Marta Lopes de Paula Cipriano – Coordenadora da Assessoria Técnica

Samanta Pereira de Souza – Assessora Técnica

Ana Carolina do Valle Moura Leite – Assessora Técnica

Thais Staut Zukeran – Assessora Técnica

São Paulo, dezembro de 2023

Apresentação

Considerando a necessidade de atendimento a pacientes com DOF e DTM no Município pela Atenção Básica , e com o encaminhamento para a especialidade, quando necessário, este documento foi elaborado com a finalidade de implantar e divulgar o fluxo para referência e contrarreferência deste grupo de pacientes, entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada.

O material foi construído com base no documento “Manual de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular para Cirurgiões-Dentistas do SUS Cidade de São Paulo”, disponível na página da Saúde Bucal/Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
[\(<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf>\)](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf), que oferece aprimoramento no conhecimento técnico e científico sobre o tema.

ATENDIMENTO EM DOR OROFACIAL (DOF) E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) NA ATENÇÃO BÁSICA

O atendimento de paciente em DOF/DTM na atenção especializada deverá ser encaminhado pelos profissionais Cirurgião Dentista da Atenção Básica.

Para a pessoa usuária que procurar por cirurgião-dentista da UBS com queixa de DOF, esta pessoa funcionária deverá realizar o exame clínico e complementar necessário, estabelecendo uma hipótese diagnóstica para a queixa. Quando esta for uma odontalgia odontogênica, a queixa deve ser resolvida em nível de atenção básica e a pessoa deve ser encaminhada para o CEO (endodontia, periodontia, cirurgia oral menor etc), se necessário.

No caso das DTM ou outras dores orofaciais, as medidas básicas devem ser instituídas, tais como restrição da dieta, limitação de abertura de boca, exercícios básicos, automassagem, terapia com calor, AINE/AIE e analgésicos, sendo o caso reavaliado uma vez por semana durante três semanas. Frente à melhora clínica, a pessoa usuária permanece neste nível de atenção (primária) para demais terapias odontológicas, se houver necessidade. Casos de insucesso das medidas básicas ou dores orofaciais a esclarecer são encaminhados para a especialidade de DOF e DTM de referência. Também são encaminhados para esta especialidade os casos com mais de três recidivas de dor e/ou disfunção temporomandibular nos últimos três meses.

Importante saber que após controle clínico, a especialidade contrarreferenciará a pessoa usuária à sua UBS de origem.

Para a abordagem da pessoa com dor, é imprescindível a realização de uma anamnese detalhada acerca deste e de seu quadro algico para poder quantificar e definir a dor, além de determinar a terapia mais adequada.

Ressalta-se que o levantamento das condições sistêmicas, incluindo doenças pregressas e atuais, assim como a história da doença e/ou da dor têm um papel muito importante na definição do diagnóstico definitivo.

Ações a serem realizadas:

1. Realizar anamnese detalhada da pessoa usuária e do quadro de dor;
2. Diminuir o quadro algico da pessoa com DOF através de orientações fundamentais (hábitos nocivos, relaxamento, orientações posturais, entre outros) por termoterapia, por via farmacológica e não farmacológicas (auriculoterapia, por exemplo) e encaminhamentos à Equipe Multiprofissional da UBS, incluindo o atendimento das urgências em DTM;
3. Encaminhar a pessoa para o especialista em DOF para elucidar dúvidas de diagnóstico e tratamento ou para complementar as terapias já implementadas na atenção básica. Neste último caso, em geral, deve-se reavaliar a pessoa após três semanas para definir a real necessidade de encaminhamento à especialidade;
4. Referenciar a pessoa refratária ao tratamento inicial, por meio do setor de regulação, preenchendo cuidadosamente a ficha de referência. Anotar detalhadamente a história da dor; as alterações sistêmicas desta pessoa a ser encaminhada; hábitos como tabagismo, etilismo e parafunções, a intensidade da dor, assim como o tratamento inicial realizado. A pessoa será contrarreferenciada à UBS para fins de complementação de tratamento clínico, se necessário, incluindo participações em

atividades da equipe Multiprofissional, com ações das PICS.

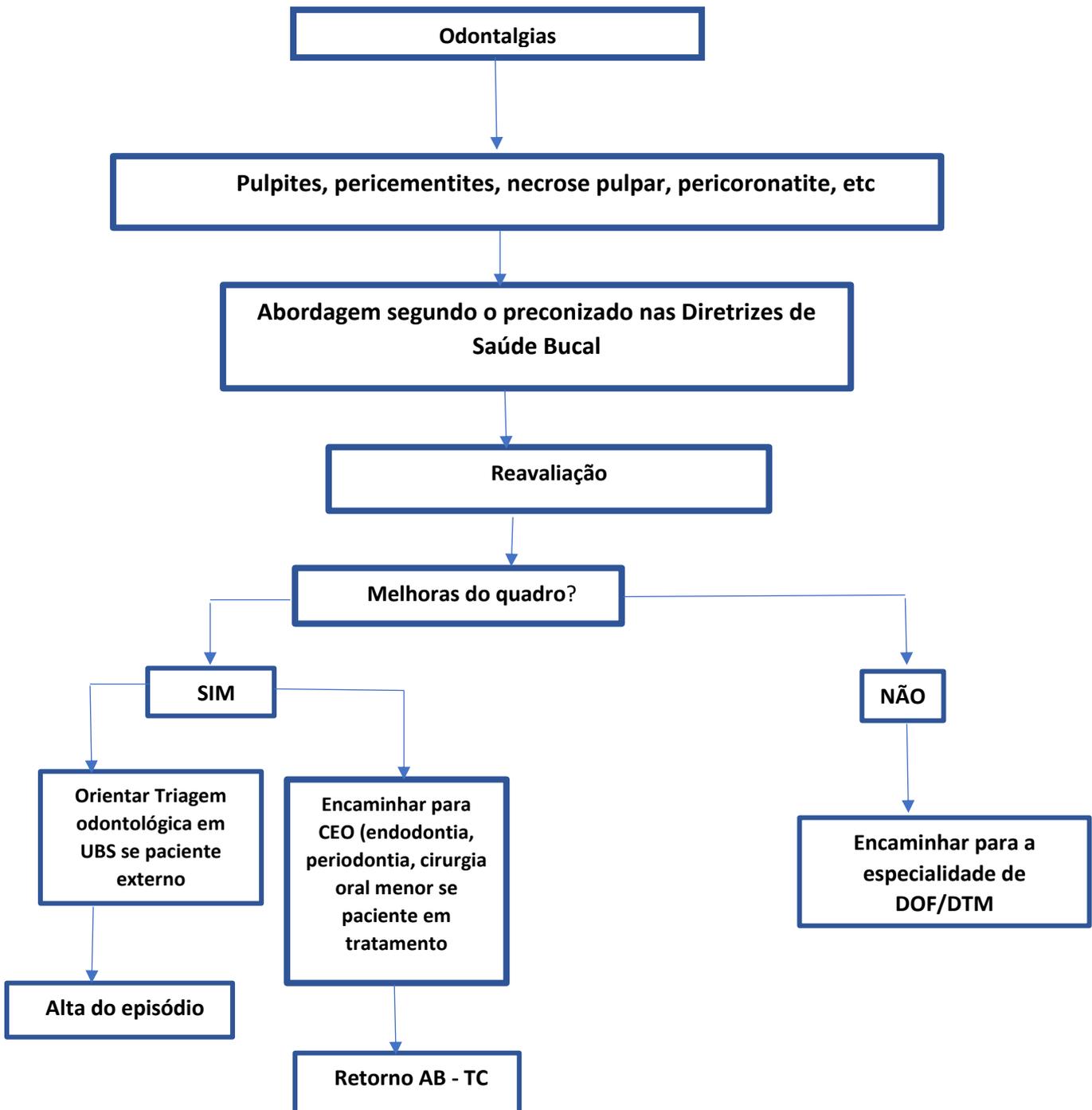
5. Abordar, em grupos já existentes na UBS, o assunto da DOF, geralmente pouco divulgado, mas de grande interesse para a população.

Dores Odontogênicas

Frente às queixas álgicas, deve-se sempre procurar por etiologias odontológicas.

Caso a dor persista após a conduta na UBS, ou se suspeitar de causa não odontogênica, a pessoa trabalhadora em clínica geral pode encaminhar a pessoa para a especialidade de DOF e DTM. Após controle ou cura na especialidade de DOF e DTM, esta será contra referenciada para UBS para término de condutas odontológicas gerais.

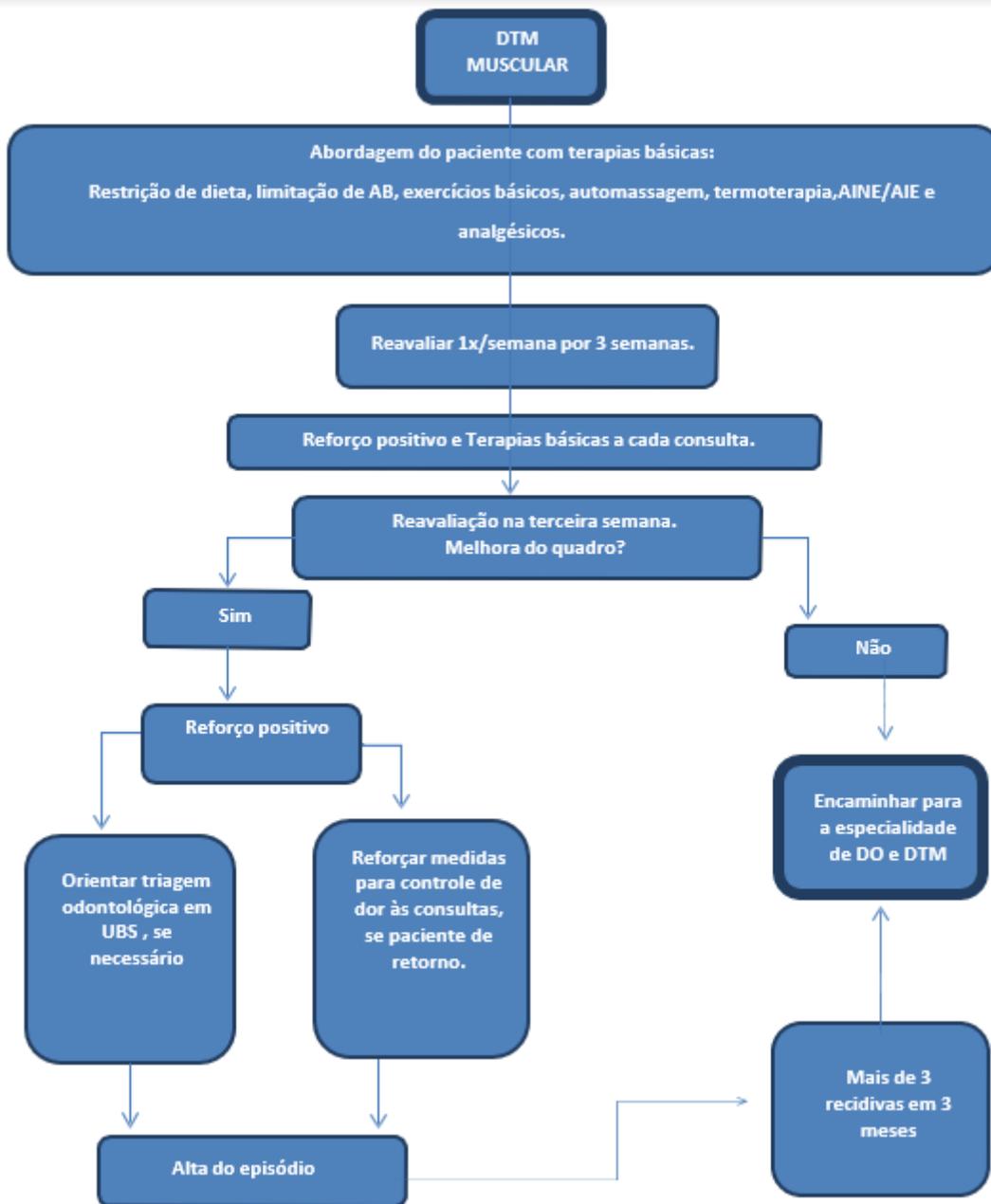
Fluxograma de atendimento da pessoa usuária com dor odontogênica



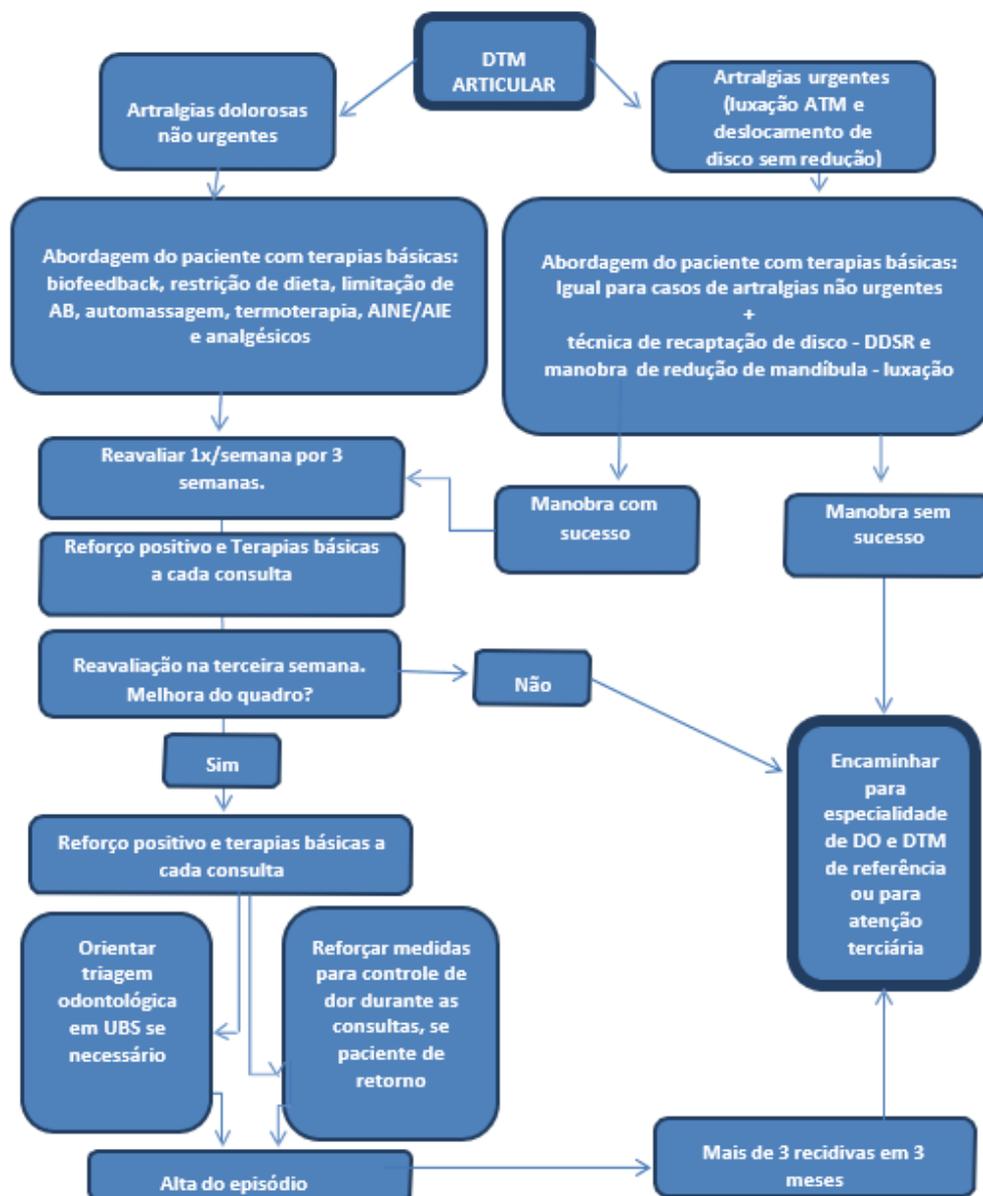
Dores em DTM

São os casos de fase aguda, com dor moderada e/ou limitação de movimentos relacionados aos músculos da mastigação, da área pré-auricular e estruturas associadas ou de ambas. Deve-se realizar a avaliação inicial da pessoa para diagnóstico diferencial de DTM ou outras DOF. O tratamento objetiva o alívio da dor por meio das condutas denominadas de **recomendações básicas**. São compostas de orientações e prescrições possíveis e práticas, de acordo com a situação, como: Mialgias (DTM Muscular) e Artralgias Agudas.

Fluxograma de atendimento da pessoa com DTM Muscular, na urgência



Fluxograma de atendimento da pessoa com artralgia de ATM, na urgência



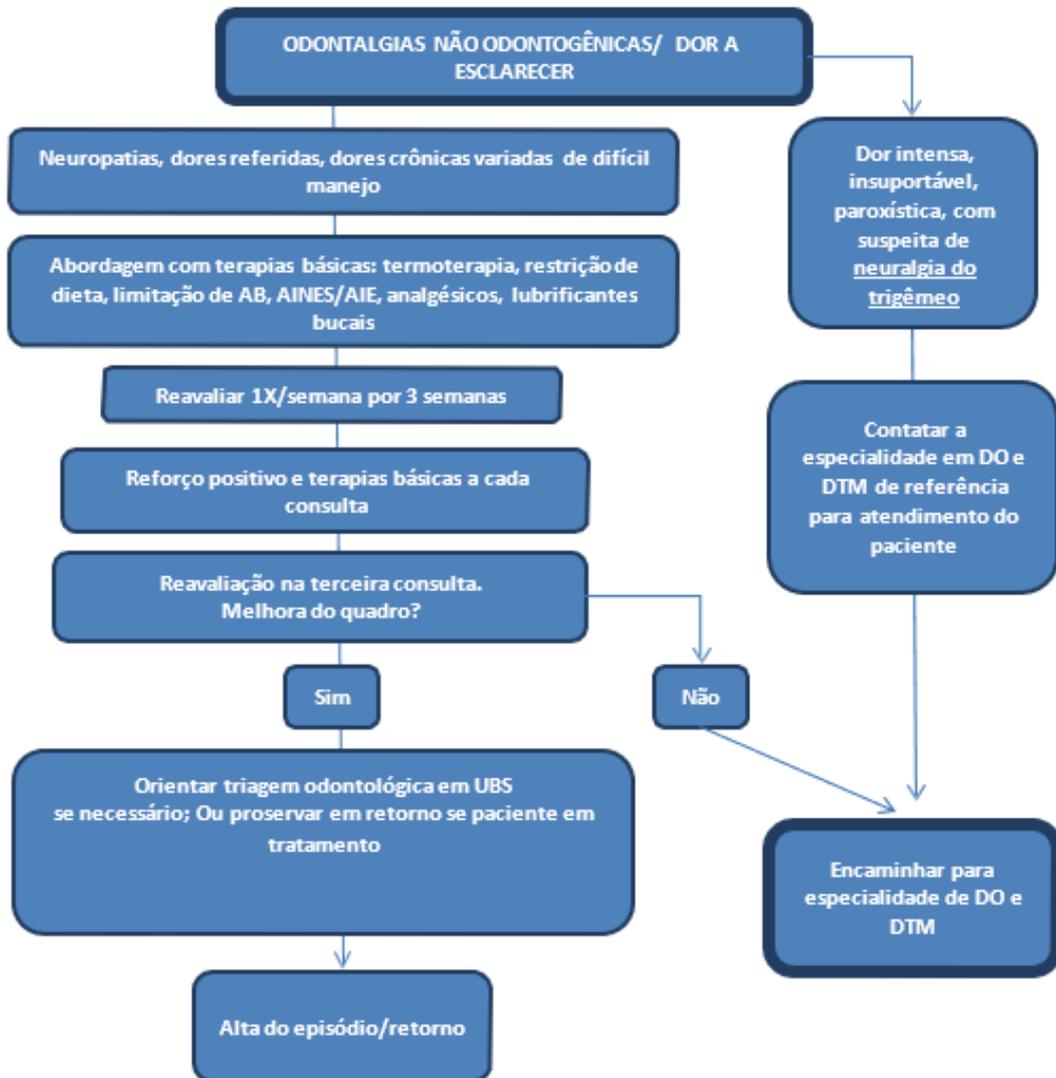
OBS: Para os casos em que ocorre a saída do côndilo da cavidade articular da ATM, luxação, causando quadro de dor, esta pessoa deverá ser encaminhada pela AB de forma emergencial para a atenção secundária **ou diretamente para atenção terciária** para que esta articulação retome seu lugar anatômico com a redução do disco e contenção dos maxilares.

DTM crônica e/ou de causa sistêmica

Pessoas com algia há mais de três meses, refratárias às medidas propostas pela UBS ou DTM oriundas de doenças sistêmicas, como artrite reumatoide, fibromialgia, dermatomiosite e anemia falciforme, devem ser encaminhadas para avaliação na especialidade de DOF e DTM para possível instituição de tratamentos complementares, por meio de fármacos, laserterapia, agulhamento seco, acupuntura, terapia elétrica transcutânea, infiltração anestésica, abordagem multiprofissional, dentre outros.

Dores a esclarecer

Compreendem as dores neuropáticas, psicogênicas, neurovasculares e referidas à face.



Bruxismo

Pessoa com bruxismo acompanhada de queixas álgicas necessitam de avaliação especializada para definição de medidas de controle para o quadro, sejam elas farmacológicas ou medidas físicas.

Em caso da necessidade de placa miorrelaxante, a pessoa deverá ser encaminhada ao especialista em DOF /DTM.

Sinais de alerta

Dor súbita, espontânea, dor que desperte a pessoa, desencadeada por movimentos da mandíbula ou pescoço, de fortíssima intensidade, recorrente, de padrão atípico e não responsiva a terapias apresentadas.

Além disso, dores acompanhadas de alterações neurológicas recentes, como formigamento, parestesias, convulsões, paralisia facial são sinais importantes que devem ser investigados detalhadamente e encaminhado à especialidade em DOF/DTM e/ou pessoal da saúde da área da medicina da UBS.

ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Relação dos diagnósticos assistidos pela especialidade de DOF e DTM no município de São Paulo

Cada diagnóstico determina condutas padronizadas de terapia e de encaminhamento para tratamentos adjuvantes em especialidades afins. As abordagens aqui descritas visam uniformizar os atendimentos e referências para melhor condução da pessoa usuária e com dor aguda e crônica na face, a fim de

se conseguir maior eficácia de terapia da dor, levantamento estatístico e resolutividade da rede de atendimento nesta especialidade.

CID-10 que deverão ser utilizados para o encaminhamento via

Referência/Contrarreferência

CID-10	Descrição
K07.6	Distúrbios da articulação temporomandibular
K06.63	Dor
K07.69	Distúrbio da articulação temporomandibular não especificado
K10.9	Doença dos maxilares, não especificada
K14.6	Glossodínia
K14.9	Doença da língua, sem outra especificação
G50.0	Neuralgia do trigêmeo
G50.1	Dor facial atípica
G50.8	Outros transtornos do nervo trigêmeo
M25.5	Dor articular
M19.0	Artrose primária de outras articulações
S03.1	Luxação maxilar
M06.9	Artrite reumatoide não especificada
G44.84	Cefaleia ou dor facial atribuída à outra moléstia do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas cranianas e faciais
M60	Miosite
G59.8	Outras mononeuropatias em doenças classificadas em outra parte
B02.2	Neuralgia pós-herpética
G24.4	Distonia orofacial idiopática
M79.7	Fibromialgia
F45.8	Bruxismo
R52.2	Outra dor crônica

ATENDIMENTO DA PESSOA COM DOR E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os especialistas em DOF e DTM recebem as pessoas refratárias e/ou casos de manejo mais complexo encaminhados da atenção básica. A atenção especializada, além das terapêuticas descritas para a atenção básica, possui pessoal treinado e habilitado para a intervenção, por meio de farmacoterapias mais específicas e terapêuticas mais diversificadas e direcionadas para o tratamento da dor.

Terapêutica medicamentosa

Para a terapêutica medicamentosa, além dos fármacos usados na atenção básica, são utilizados fármacos opioides, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, dentre outros.

Terapêuticas não farmacológicas

Frequentemente, a pessoa da assistência em dor lança mão de terapias não farmacológicas como adjuvantes ou mesmo como tratamento principal da DOF. Isto se justifica pela efetividade das técnicas e pela diminuição dos riscos adversos a que estas pessoas são submetidas, além das condutas clínicas utilizadas pela AB:

- Terapias fisioterápicas / cinesioterapia
- Terapias manuais

- Agulhamento seco e/ou infiltrações anestésicas
- Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)
- Fotobioestimulação (LASER - Light amplification stimulated emission radiation)
- Acupuntura/Auriculoterapia
- Placa acrílica interoclusal / placa mio-relaxante

A Secretaria recomenda que a placa acrílica seja confeccionada de forma rígida, lisa, sem desoclusão em caninos e com contatos simultâneos e bilaterais (plátô oclusal ou placa de Michigan). A indicação depende do tipo de dor orofacial apresentada pela pessoa, sendo mais indicada no caso de dores musculares e articulares. A eficácia da placa depende do ajuste realizado pela pessoa especialista, periodicamente. Seu uso deve ser por no mínimo 45 dias

Se a pessoa necessitar de encaminhamento para atenção terciária, esta será feita pela especialidade de DOF e DTM, exceto nos casos de luxação mandibular que podem ser encaminhadas à atenção terciária diretamente pela pessoa odontóloga da atenção básica para a devida redução do disco e contenção dos maxilares. Após ser atendida na atenção terciária a pessoa deve ser contrarreferenciada para a especialidade de DOF e DTM para dar continuidade ao tratamento específico de dor e, se necessitar de tratamentos clínicos, será contrarreferenciado à UBS de origem

A pessoa trabalhadora em odontologia e especialista em DOF e DTM deve realizar anamnese direcionada, seguindo a Ficha Clínica para Avaliação de Dores Orofaciais de SMS / Saúde Bucal (**Anexo 1**), a qual foi elaborada com base nas seguintes referências:

- Ficha clínica da Equipe de Dor Orofacial e DTM (EDOF) da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor Orofacial: Diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Maio; 2001).

-Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. 3. Analyses of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices. Sven Tandlak Tidskr. 67(3):165-81, 1974.

-Ficha clínica de dor orofacial do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo.

-Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the international RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache.

28(1):6-27, 2014.

Em **Anexo 2** há o Termo de Responsabilidade sobre as informações fornecidas pela pessoa ou responsável.

A seguir serão apresentados os Fluxos de Atendimento para Atenção Especializada:

Fluxo de Atendimento à pessoa com DTM Muscular na Especialidade



Fluxo de Atendimento à pessoa com DTM Articular na Especialidade



Fluxo de Atendimento da pessoa com Dores Neuropáticas na Especialidade



Organização da Agenda e Produtividade

1ª Consulta – 60 minutos

Consultas de Retorno – 30 minutos

CD de 20h/semanais

eSB 20H - Especialidade DOF/DTM		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARATRATAMENTO	20 horas, sendo 6 horas para Primeira Consulta Odontológica em DOF/DTM e 14 horas para consultas de retorno	24 Tratamentos Iniciados em DOF/DTM 112 consultas de retorno Total de 136 consultas/atendimentos por mês
Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 24 TI Total de 136 consultas/atendimentos por mês O tempo para a primeira consulta será de 60 minutos e as consultas de retorno serão de 30 minutos, incluindo a limpeza e desinfecção do ambiente.			

CD de 30h/semanais

eSB 30H - Especialidade DOF/DTM		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARATRATAMENTO	30 horas, sendo 10 horas para Primeira Consulta Odontológica em DOF/DTM e 20 horas para consultas de retorno	40 Tratamentos Iniciados em DOF/DTM 160 consultas de retorno Total de 200 consultas/atendimentos por mês
Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 40 TI Total de 200 consultas/atendimentos por mês O tempo para a primeira consulta será de 60 minutos e as consultas de retorno serão de 30 minutos, incluindo a limpeza e desinfecção do ambiente.			

Procedimentos a serem utilizados constam em **Anexo 3**

REFERÊNCIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. MANUAL DE DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR PARA OS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO SUS CIDADE DE SÃO PAULO.

Disponível

em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf>

Nome/ Nome Social: _____ DN: _____ CNS: _____
 _____ Prontuário: _____ Sexo: _____
 Tel: _____ Idade: ____ Profissão: _____ Cor: ()B ()N ()Outra () _____

I. ANAMNESE – CARACTERÍSTICAS DA DOR

1 – Queixa principal:

2. Há quanto tempo você tem essa dor?: ____ () Dias () Meses () Anos

3. Sabe o que iniciou a sua dor? () Não () Sim - Como?

4. Periodicidade: () Diária () 2-3 X semana () Semanal () Quinzenal () Mensal

5. Período do dia que tem dor: () Manhã () Tarde () Noite () Indiferente

6. Como ela aparece? () Espontânea () Provocada: Como? _____

7. Quanto tempo dura a sua dor? () Segundos () Minutos () Horas () Dias () Outro _____

8. Tipo (característica) da dor: () Pontada () Peso () Queimação () Choque () Latejante () Contínua () Outro ()

9. Intensidade da dor: () Fraca () Moderada () Forte Nota de 0 a 10 (EVA): _____

10. Essa dor te acorda durante o sono? () Não () Sim

11. Período do dia em que a dor é pior: () Manhã () Tarde () Noite () Sono () Indiferente () Outro: _____

12. O que piora a sua dor? _____

13. O que acalma a sua dor? _____

14. Tratamentos realizados para a dor e melhora (M, PM, SM*) _____

*M- melhora / PM- pouca melhora/ SM- sem melhora

15. Possui o hábito de morder: () Língua () Bochecha () Lábios () Objetos: _____

16. Você mastiga do lado: () Direito () Esquerdo () Dentes da frente () Bilateral

17. Você acha que sua mastigação é: () Boa () Ruim () Péssima () Não sabe () Causa dor – Onde

18. Ao acordar sente alguma dor em seu corpo? () Não () Sim – Onde? () Rosto () Ouvido () Cabeça

()Dentes ()Pescoço ()Corpo ()Outro _____

19. Sente o rosto cansado com frequência: ()Não ()Sim - ()Ao acordar ()Ao mastigar ()Ao falar ()Ao sorrir

() Outro _____

20. Sabe se range os dentes: ()Não ()Não sabe ()Sim ()À noite ()De dia: Quem disse? _____

21. Sente ruídos na ()face ()cabeça ()Não ()Sim - Lado? _____

Quando? ()AB ()fala ()mastiga ()outro _____

22. Tem dor provocada por algum movimento da boca? ()Não ()Sim: ()AB* ()Protrusão ()lateralidade direita
() Lateralidade esquerda ()outro _____

*AB- Abertura bucal

23. Tem dor de ouvido ()Não ()Sim: Lado? ()Direito ()Esquerdo

24. Tem dor de cabeça? ()Não ()Sim: Onde? _____

25. Passou pelo médico (Otorrino/Neuro)? ()Não ()Sim- O que ele disse ou receitou? _____

26. Tem dor no corpo? ()Não ()Sim: Onde? _____

27. Passou pelo médico? ()Não ()Sim: Qual? _____ O que ele disse ou receitou? _____

28. Teve algum acidente, cirurgia ou doença grave? ()Não ()Sim - Qual, como e onde afetou seu corpo? _____

III. ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS:**29.** Tratou-se de alguma destas doenças:

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Bronquite | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Amigdalite |
| <input type="checkbox"/> Derrame (AVC) | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> doença renal |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Rinite alérgica | <input type="checkbox"/> Coração |
| <input type="checkbox"/> Doença renal (rins) | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Infecções | <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Herpes zoster |
| <input type="checkbox"/> Parkison | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme | | | |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | | | | |

30. Está em tratamento médico atual? () Não () Sim. Que doenças que tem e que remédios que usa:

IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS**31.** Comportamento durante a consulta:

V. EXAME FÍSICO:**32.** Face: () Assimetria facial () Prognatismo () Laterognatismo: () Direito () Esquerdo

() Hipertrofia: () Masseter () Temporal – () Direito () Esquerdo

33. Pele da Face: _____**34.** Linfonodos: _____

35. Nervos cranianos:		Alterações observadas:
(III, IV, VI) Músculos extraoculares	() Normal	
Pupilas (tamanho, formato, simetria, reação a luz)	() Normal	
(V) Motor	() Normal	
(V) Sensorial (V ₁ , V ₂ , V ₃)	() Normal	
(VII) Motor (músculos faciais)	() Normal	
(VIII) Audição	() Normal	
(IX, X) Reflexo do engasgo/elevação do palato	() Normal	
(XI) Trapézio (elevação dos ombros, rotação da cabeça)	() Normal	
(XII) Hipoglosso (movimento)	() Normal	

PARES CRANIANOS TIPO FUNÇÃO

I. OLFATÓRIO	Sensorial	Olfato
II. OPTICO	Sensorial	visão
III. OCULOMOTOR	Motor	Movimento dos mm. da pálpebra e globo ocular
IV. TROCLEAR	Motor	Movimentos do globo ocular
V. TRIGEMIO	Misto	Percepção da face e da boca e movimentos das bochechas
VI. ABDUTOR	Motor	Movimentos dos mm. do globo ocular
VII. FACIAL	Misto	Paladar, movimentos dos mm e glândulas salivares
VIII. AUDITIVO	Sensorial	Audição e equilíbrio
IX. GLOSSOFARÍNGEO	Misto	Paladar e deglutição
X. VAGO	Misto	Principal n. do sistema nervo autônomo
XI. ACESSÓRIO	Motor	Deglutição e movimentos da cabeça e do pescoço
XII. HIPOGLOSSO	Motor	Movimento dos mm. da língua

36. Mucosa oral: _____

37. Língua: _____

38. Periodonto: _____

39. Dentes:

40. Percussão (Vert e Horiz) (0 a 3)

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

41. Ausências dentárias

42. Interferências oclusais: _____

43. Mordida aberta: ()Não ()Sim: ()Anterior ()Posterior

44. Mordida cruzada: ()Não ()Sim: ()Anterior ()Posterior- ()Direita ()Esquerda

45. Sobremordida profunda: ()Não ()Sim

46. Desgastes dentários: ()Não ()Sim - ()incisais ()1/3 incisal ()1/3 médio ()1/3 cervical

47. Angle: ()Classe I ()Classe II ()Class III

48. Desdentado Total: ()Duplo ()Superior ()Inferior

49. PPR: ()Não ()Sim – Qual: _ _ _

50. Perda de Dimensão vertical: ()Não ()Sim - _ _ mm

51. Tempo de uso de Prótese total (PT): _ Tempo da PT atual: _

52. Tempo de uso da prótese parcial removível (PPR): _ _ Tempo da PPR atual: _

53. Movimentos mandibulares:

AB: _ _ mm – ()sem dor ()com dor – local: _ _

Protrusão: _ + mm – ()sem dor ()com dor – local: _ _ _ _ _

Lateralidade Direita: _ mm – ()sem dor ()com dor – local: _ _ _ _

Lateralidade Esquerda: _ mm – ()sem dor ()com dor – local: _ _ _ _ _

Linha Media:

DLM*fechado: _ mm ()Esquerda ()Direita

DLM*aberto: _ mm – ()Esquerda ()Direita

*DLM – Desvio de linha média

54. Testes de Provocação:					
Muscular (Fadiga)- (até 1 min)					
Lado direito	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Direita	Local: _____	<input type="checkbox"/> Esquerda	Local: _____
Lado esquerdo	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Direita	Local: _____	<input type="checkbox"/> Esquerda	Local: _____
Articular - (até 15 segundos)					
Lado direito	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Direita	Local: _____	<input type="checkbox"/> Esquerda	Local: _____
Contra teste (lado esquerdo)			Alívio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Lado esquerdo	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Direita	Local: _____	<input type="checkbox"/> Esquerda	Local: _____
Contra teste (lado direito)			Alívio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Com dor _____ sem dor

Estalo D- IA MA FA IF MF FF

Estalo E- IA MA FA IF MF FF

*IA-início da abertura / MA- meio da abertura/ FA- final da abertura/ IF- início do fechamento/ MF- meio do fechamento/ FF- final do fechamento

55. Ruídos na ATM: Ausentes POP Crepitação Direito Esquerdo

56. Palpação da ATM e dos músculos da mastigação e do pescoço:

ATM ou Músculos	Dir	Esq	Obs.
ATM – polo lateral			
ATM – polo posterior			
Masseter Inferior			
Masseter Médio			
Masseter Superior			
Masseter Intraoral			
Temporal Anteriorr			
Temporal Médio			
Temporal Posterior			
Temporal Intraoral			
Digástrico anterior			
Digástrico posterior			
ECM superior			
ECM médio			
ECM inferior			
Esplênio cervical			
Esplênio da cabeça			
Suboccipitais			
Trapézio ombro			
Trapézio pescoço			

Movimento	Dor (local)	Restrição	Sem Restrição
Flexão			
Extensão			
Rotação D (70°)			
Rotação E (70°)			
Incl. Lateral D (60°)			
Incl. Lateral E (60°)			

57. Rx, exames ou interconsultas solicitadas:

58. Sono:

59. Hipótese diagnóstica para a dor

(CID) _____

HD	Lado direito	Lado esquerdo	Bilateral
<input type="checkbox"/> Sem classificação			
<input type="checkbox"/> Mialgia			
<input type="checkbox"/> Mialgia Local			
<input type="checkbox"/> Dor miofascial com espalhamento			
<input type="checkbox"/> Dor miofascial com dor referida			
<input type="checkbox"/> Cefaléia atribuída a DTM			
<input type="checkbox"/> DDCR			
<input type="checkbox"/> DDCR, com travamento intermitente			
<input type="checkbox"/> DDSR, com limitação de abertura bucal			
<input type="checkbox"/> DDSR, sem limitação de abertura bucal			
<input type="checkbox"/> Doenças Degenerativas			
<input type="checkbox"/> Subluxação			
<input type="checkbox"/> Artralgia			
<input type="checkbox"/> outras:			

60. Diagnósticos secundários (CID): _____

61. Diagnóstico final (dor): _____

62. Tratamento sugerido para a dor _____

63. Reabilitações sugeridas: _____

Eu, _____
RG: _____, atesto a veracidade de todas as informações
obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes da minha saúde.

Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre meu estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações.

Autorizo o tratamento proposto e a publicação de todo o caso clínico referente a minha pessoa ou de meu parente.

São Paulo, ____ de ____ de _____.

Nome, RG e Assinatura do usuário ou responsável

LISTA DE PROCEDIMENTOS DOF/DTM	DESCRIÇÃO
030101961-4 - TRATAMENTO INICIAL EM DOF / DTM	CÓDIGO MUNICIPAL A SER UTILIZADO SOMENTE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADO PELO CEO OU CCO
030101962-2 - TRATAMENTO CONCLUÍDO EM DOF / DTM	CÓDIGO MUNICIPAL A SER UTILIZADO SOMENTE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADO PELO CEO OU CCO
0101029055 - ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS EM DOF/ DTM NA ATENÇÃO BÁSICA	CÓDIGO MUNICIPAL
0101029063 - ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS EM DOF/ DTM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CÓDIGO MUNICIPAL
307049094 - MOLDAGEM PARA CONFECCAO DE PLACA DE MORDIDA	CÓDIGO MUNICIPAL
07.01.07.007-2 - PLACA OCLUSAL	DESCRIÇÃO SIGTAP: DISPOSITIVO CONFECCIONADO DE FORMA INDIVIDUALIZADA, EM RESINA ACRÍLICA, QUE SE ENCAIXA ENTRE AS ARCADAS DENTÁRIAS. O OBJETIVO DESTE APARELHO É CONTROLAR AS FORÇAS QUE AGEM NO SISTEMA MASTIGATÓRIO, PROMOVER ALÍVIO DOS SINTOMAS DE DTM E PROTEGER OS DENTES DA ATUAÇÃO DE CARGAS TRAUMÁTICAS ADVERSAS PROVENIENTES DE HÁBITOS PARAFUNCIONAIS.
03.07.04.001-1 - COLOCACAO DE PLACA DE MORDIDA	DESCRIÇÃO SIGTAP: CONFECCAO DE PLACA OCLUSAL/ MORDIDA CONSTRUIDA EM RESINA ACRILICA OU POLICARBONATO, INCLUINDO AJUSTES E ORIENTACOES INICIAIS
0307010058 - TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	DESCRIÇÃO SIGTAP: TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS DORES OROFACIAIS, PRINCIPALMENTE TRIGEMINAIS, COM EVOLUCAO CLINICA QUINZENAL E CONTROLE HEMATOLOGICO
03.09.05.002-2 - SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	DESCRIÇÃO SIGTAP: TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE QUE FAZ PARTE DOS RECURSOS TERAPÊUTICOS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) E ESTIMULA PONTOS ESPALHADOS POR TODO O CORPO, AO LONGO DOS MERIDIANOS, POR MEIO DA INSERÇÃO DE FINAS AGULHAS FILIFORMES METÁLICAS, VISANDO À PROMOÇÃO, À MANUTENÇÃO E À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, BEM COMO À PREVENÇÃO DE AGRAVOS E DOENÇAS. POR MEIO DE INTENSO RELAXAMENTO, CONCENTRAÇÃO E/OU FOCO, INDUZ A PESSOA A ALCANÇAR UM ESTADO DE CONSCIÊNCIA AUMENTADO QUE PERMITA ALTERAR UMA AMPLA GAMA DE CONDIÇÕES OU COMPORTAMENTOS INDESEJADOS COMO MEDOS, FOBIAS, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANGÚSTIA, ESTRESSE, DORES CRÔNICAS.

03.09.05.004-9 - SESSÃO DE AURICULOTERAPIA	DESCRIÇÃO SIGTAP: TÉCNICA TERAPÊUTICA QUE PROMOVE A REGULAÇÃO PSÍQUICO-ORGÂNICA DO INDIVÍDUO POR MEIO DE ESTÍMULOS NOS PONTOS ENERGÉTICOS LOCALIZADOS NA ORELHA – ONDE TODO O ORGANISMO SE ENCONTRA REPRESENTADO COMO UM MICROSSISTEMA. A ACUPUNTURA AURICULAR OU AURICULOTERAPIA ESTIMULA AS ZONAS NEURORREATIVAS POR MEIO DE AGULHAS, ESFERAS DE AÇO, OURO, PRATA, PLÁSTICO, OU SEMENTES DE MOSTARDA, PREVIAMENTE PREPARADAS PARA ESSE FIM.
03.07.03.007-5 - TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA ORAL	DESCRIÇÃO SIGTAP: CONSISTE NO TRATAMENTO PODE ENVOLVER PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA, REALIZAÇÃO DE LASERTERAPIA, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS COMPLEMENTARES. O TRATAMENTO DEVE SER INDIVIDUAL ATENTAR PARA AS CARACTERÍSTICAS DA LESÃO.
307019063 - Terapia A Laser	CÓDIGO MUNICIPAL
06.04.55.001-4 - TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	Sem descrição (Grupo: 06 - Medicamentos Sub-Grupo: 04 - Componente especializado da assistência farmacêutica Forma de Organização: 55 - Outros relaxantes musculares de ação periférica)
06.04.55.002-2 - TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	
04.04.02.061-5 - REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (em âmbito hospitalar)	<p>MANOBRA DE REDUÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (ATM), PODENDO SER NECESSÁRIO O USO DE SEDAÇÃO E RELAXAMENTO MUSCULAR, SEGUIDO DE ESTABILIZAÇÃO DA MANDÍBULA COM BANDAGEM. OBS: QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03//2016:</p> <p>R45.6,T74.1,T74.2,T74.8,X86,X89,X90,X93,X94,X95,X96,X97,X98,X99,Y01,Y02, Y03, Y04, Y05, Y07,Y08, Y09, Y56,W50. OBS MS: esse procedimento pode ser realizado tanto em âmbito ambulatorial quanto hospitalar, podendo ser registrado no CEO. e consiste na MANOBRA DE REDUÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (ATM), PODENDO SER NECESSÁRIO O USO DE SEDAÇÃO E RELAXAMENTO MUSCULAR, SEGUIDO DE ESTABILIZAÇÃO DA MANDÍBULA COM BANDAGEM. MS vai verificar a possibilidade de alteração do mesmo para possibilitar o registro também na atenção primária.</p>

03.01.01.003-0 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO)	OS PROFISSIONAIS CIRURGIÕES DENTISTAS VÃO UTILIZAR ESTE PROCEDIMENTO PARA REGISTRAR AS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INTERMEDIARIAS, DE RETORNO, TRATAMENTO CONCLUÍDO NA AB
03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	CONSULTA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
0404029000 - MANOBRA DE RECAPTAÇÃO DE DISCO PARA CASOS DE DESLOCAMENTO DE DISCO COM OU SEM REDUÇÃO (DDSR OU DDCR)	CÓDIGO MUNICIPAL
307019101 - TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	CÓDIGO MUNICIPAL
0309059003 - SESSÃO DE TENS (Estimulação elétrica nervosa transcutânea)	CÓDIGO MUNICIPAL