

PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA PARA DTM - CRJ

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí –
2025

Versão II



**Prefeitura
de Jundiaí**

Protocolo de Agendamento de Fisioterapia para Disfunção Temporomandibular e Dor orofacial no CRJ (Versão 2)

Público alvo: Crianças, adolescentes e adultos com diagnósticos de Dores Orofaciais e/ou Disfunções Temporomandibulares.

Pacientes cujo diagnóstico de Dor Orofacial se enquadre no seguinte perfil:

- Cefaleia Tensional – secundária à Disfunção Temporomandibular;
- Disfunção Temporomandibular – Muscular e/ou Articular;
- Dores Faciais por Neurites de Face – Pontos Emergentes;
- Dores Faciais por Mialgias – Pontos Gatilhos;
- Cansaço e/ou Fadiga – Musculatura Mastigatória;
- Limitação de Amplitude de Movimento – Abertura e Fechamento sem relação com trauma (fratura) ou tratamento oncológico;
- Alteração de Mordida – Por condições musculares;
- Xerostomia: sem relação oncológica ou neurológica;

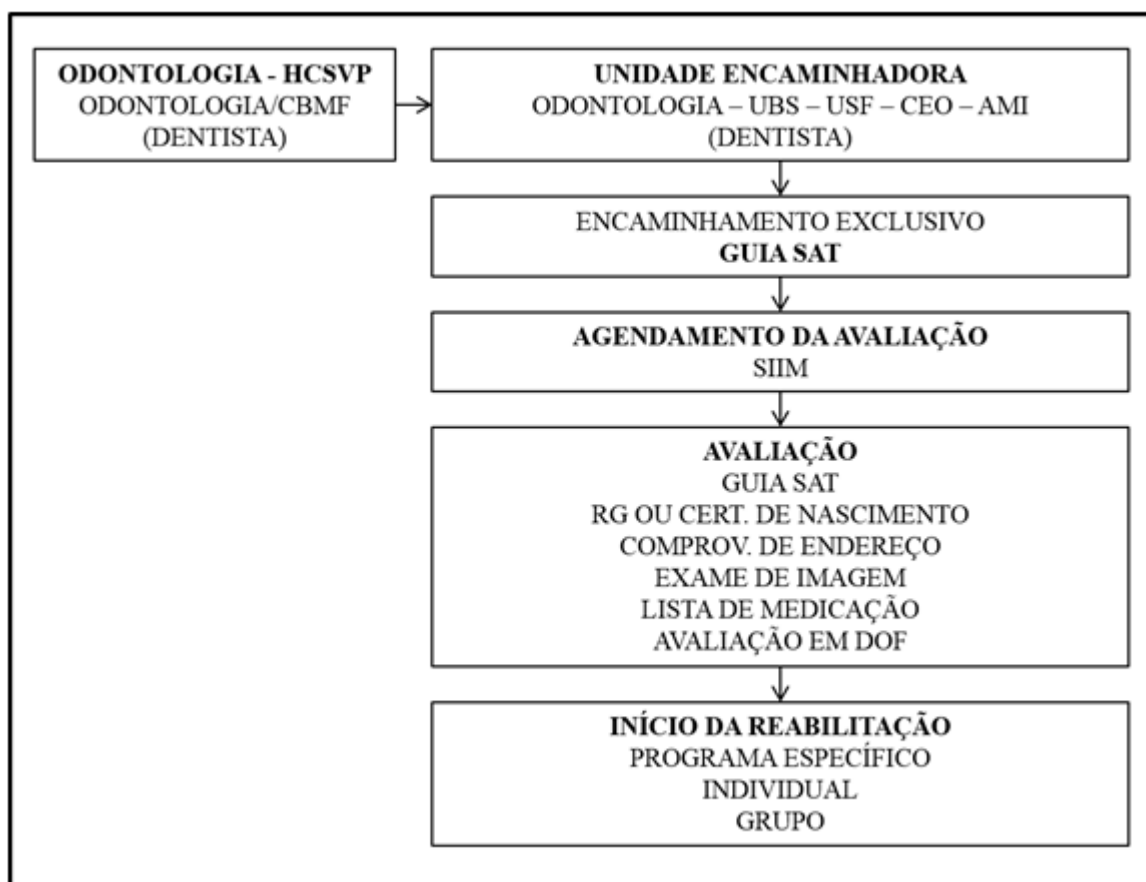
Critérios a serem observados para encaminhamento

- Diagnóstico estabelecido (encaminhamento pelo odontólogo com letra legível, assinado e carimbado);
- Estabilidade clínica e odontológica;
- Controle das doenças de base (como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças psiquiátricas, renais, pulmonares, cardíacas, oncológicas, infecciosas, dentre outros) e em acompanhamento médico no território;
- Crises convulsivas controladas (última crise há mais de seis meses);
- Ausência de toxicomania ativa;
- Ausência de quadros demenciais ou de deficiência intelectual moderada ou grave com indicação para o Programa de Atenção Domiciliar;
- Apresentar retaguarda de deslocamento, transporte sanitário, particular ou quaisquer outras formas de deslocar-se até o Centro de Reabilitação Jundiaí;
- Apresentar retaguarda familiar para auxílio durante as terapias (se necessário);

Os casos **avaliados pela Equipe de Saúde Bucal e com indicação de Fisioterapia**, deverão ser encaminhados ao Centro de Reabilitação de Jundiaí (CRJ), conforme orientações e critérios abaixo relacionados:

- O atendimento destinado a esse público ocorrerá através de encaminhamento por odontólogos das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI);
- O agendamento da avaliação no CRJ será via agenda do Sistema Integrado de Informações Municipais (SIIM), através de encaminhamento por guia SAT, fornecida pelo odontólogo responsável da Unidade de Saúde juntamente com a Ficha de Avaliação de Dor Orofacial (anexa) e da referência/contrar referência devidamente preenchida;
- Os casos provenientes da Odontologia/CBMF/HCSVP (Hospital São Vicente), serão encaminhados para a Unidade de Saúde de Referência do usuário para o agendamento no CRJ. Nestes casos, o usuário deverá ser avaliado pelo odontólogo da Unidade, nas vagas de demanda espontânea, para que seja preenchida a guia SAT, a Ficha de Avaliação de Dor Orofacial, a referência/contrarreferência e realizado o agendamento; e
- A contrarreferência será realizada para a Unidade de Saúde de origem.

Fluxograma de encaminhamento ao Tratamento de Dores Orofaciais e Disfunção Temporomandibular



OBS: No item avaliação deste fluxograma, onde consta a relação de documentos necessários, também se faz necessário o preenchimento da referência/contrarreferência.

FICHA CLÍNICA PARA AVALIAÇÃO DE DOR OROFACIAL

Encaminhado de (unidade de saúde) _____

Nome _____ Cadastro _____

Data de Nasc ____/____/____ Sexo () Masc () Fem Profissão _____

Tel (____) _____

1. Anamnese

a) Queixa principal

b) Há quanto tempo você tem esta dor? _____ () dias () meses () anos

c) Periodicidade da dor () diária () 2-3 x semana () semanal () quinzenal () mensal

d) Período do dia que tem dor () manhã () tarde () noite () indiferente

e) Como ela aparece () espontânea () provocada

f) Quanto tempo dura a dor () segundos () minutos () horas () dias

g) Tipo da dor () pontada () peso () queimação () choque () latejante () contínua () outro

h) Intensidade da dor () fraca () moderada () forte



i) O que piora sua dor? _____

j) O que melhora sua dor? _____

k) Tratamentos realizados para dor _____

l) Ao acordar sente alguma dor em seu corpo? () não () sim
Onde? _____

m) Sente o rosto cansado com frequência? () não () sim

n) Sabe se range os dentes? () não () sim () não sabe () à noite () dia

o) Tem dor de ouvido? () não () sim

p) Tem dor de cabeça? () não () sim

Onde? _____

q) Está em tratamento médico atual? () não () sim. Que doenças e que medicamentos faz uso? _____

2. Exame Físico

- a) Face: () assimetria facial () prognatismo () laterognatismo- D /E ()
hipertrofia: () masseter () temporal D/E () retrognatismo
- b) Linfonodos _____
- c) Mucosa oral _____
- d) Língua _____
- e) Periodonto _____
- f) Dentes _____
- g) Ausências dentárias _____
- h) Interferências oclusais _____
- i) Mordida aberta () não () sim - () anterior () posterior
- j) Mordida cruzada () não () sim - () anterior () posterior D/E
- k) Sobremordida () não () sim
- l) Desgastes dentários () não () sim
- m) Desdentado total () duplo () superior () inferior
- n) PPR () não () sim
- o) Perda de dimensão vertical () não () sim
- p) Ruídos na ATM () ausentes () Estalido D () Estalido E () Crepitação D
() Crepitação E
- q) Durante ruído relata dor? () sim () não. Se sim, qual o lado? () D () E

Data ____/____/____

Profissional _____CROSP_____