

HARMONIZAÇÃO OROFACIAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA ODONTOLOGIA

OROFACIAL HARMONIZATION AND ITS IMPLICATIONS IN DENTISTRY

ARTENIO JOSE ISPER GARBIN¹, BRUNO WAKAYAMA², TANIA ADAS SALIBA¹, CLEA ADAS SALIBA GARBIN^{3*}

1. Professor Associado do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; 2. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP; 3. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

* Universidade Estadual Paulista – Faculdade Estadual de Odontologia de Araçatuba. Rua José Bonifácio, 1193, Araçatuba, São Paulo, Brasil. CEP: 16015-050. brunowakayama@gmail.com / clea.saliba-garbin@unesp.br

Recebido em 17/05/2019. Aceito para publicação em 17/06/2019

RESUMO

A harmonização orofacial é uma especialidade na odontologia que visa à reabilitação funcional e estética do sistema estomatognático e estruturas orofaciais de sua área de atuação. Objetivou-se no estudo realizar uma atualização, revisão documental e discussão sobre a abrangência da harmonização orofacial dentro das extensões odontológicas. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com base crítica em artigos científicos, documentos federais oficiais, legislações e normativas que regulamentam e norteiam a profissão. Para tanto foram utilizadas as principais bases de dados Google scholar, Pubmed, Scielo, Bireme e Mediline. Foram discutidas e analisadas as competências dos cirurgiões dentistas especialista em harmonização orofacial, frente ao uso da toxina botulínica, ácido hialurônico, bioestimuladores de colágeno, laserterapia e lipoplastia facial, bem com a sua inter-relação às implicações legais da profissão. A odontologia é uma área da saúde de caráter inexorável, entre a finalidade estética e funcional, não existindo contrapontos e necessitando da coexistência dos dois princípios para a finalização do tratamento de forma harmônica e equilibrada. Em razão da busca pelos procedimentos estéticos cada vez mais constantes nos consultórios odontológicos, o preparo profissional torna-se irrefutável para o tratamento do paciente de forma integral, responsável e ética.

PALAVRAS-CHAVE: Estética dentária, Odontologia, estética, Toxinas botulínicas tipo A, Ácido hialurônico.

ABSTRACT

Orofacial harmonization is a specialty in dentistry that aims at the functional and aesthetic rehabilitation of the stomatognathic system and orofacial structures of its area of performance. The objective of this study was to perform an update, documentary review and discussion on the scope of orofacial harmonization within dental extensions. It is a descriptive and analytical study, based on critical scientific articles, official federal documents, laws and regulations that regulate and guide the profession. For this purpose, we used the main databases of Google scholar, Pubmed, Scielo, Bireme and Mediline. The competences of dental surgeons specialized in orofacial harmonization were discussed and analyzed, as opposed to the use of botulinum toxin, hyaluronic acid,

collagen biostimulators, laser therapy and facial lipoplasty, as well as their interrelationship with the legal implications of the profession. Dentistry is a health area of inexorable character, between the aesthetic and functional purpose, there being no counterpoints and needing the coexistence of the two principles for the finalization of the treatment in a harmonic and balanced way. Due to the search for aesthetic procedures that are increasingly constant in dental offices, the professional preparation becomes irrefutable for the treatment of the patient in an integral, responsible and ethical way.

KEYWORDS: Esthetics dental, dentistry, esthetics, Botulinum toxins type A, Hyaluronic acid.

1. INTRODUÇÃO

A percepção do que é belo ao longo da história, sempre foi compreendida como uma questão subjetiva e individual, com sua representação influenciada por valores culturais, raciais, étnicas, assim como pela escuta da opinião familiar, necessidade da aceitação popular e contextualização atual do que está na moda e exposto nas mídias¹⁻⁴. Com o famigerado capitalismo do século XXI e atual cultura midiática das redes sociais sobre o simbolismo da beleza e do corpo, a aparência vinculou-se às relações de sociabilidade, impactando na qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos insatisfeitos com a sua imagem corporal e/ou facial, portanto, um fator a ser considerado no contexto ampliado de saúde⁴⁻⁶.

As alterações estéticas faciais e a insatisfação da autoimagem têm repercussões negativas sobre a vida do indivíduo, com possíveis agravamentos das dimensões biopsicossociais, comprometendo sua autoestima e o seu posicionamento dentro da sociedade, pela presença de sentimentos de inferioridade, não aceitação e impotência^{6,7}. Por esse motivo, o entendimento dessas questões, e a escuta das insatisfações do paciente quanto à sua imagem são fundamentais pelos médicos e cirurgiões dentistas nos procedimentos orofaciais⁸.

A odontologia contemporânea há tempos tem se desvirtuado do contexto mutilador e extracionista como era representado no Brasil décadas atrás. Com o

declínio da cárie dentária e o surgimento de novas tecnologias à encargo da estética, o rumo e trajetória da valorização da beleza tem se tornado um propulsor para o desbravamento e consolidação de novos percursos para a área odontológica⁹. Em razão disto, a visão macro da odontologia, em observância para toda a estrutura orofacial além dos dentes, torna-se irrefutável⁸.

Nesta perspectiva, foi aprovada no ano 2019, pela resolução do Conselho Federal de Odontologia CFO-198/2019¹⁰, o reconhecimento da Harmonização Orofacial como especialidade odontológica.

“Art 1º. Reconhecer a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica”.

“Art. 2º. Definir a Harmonização Orofacial como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face.”

O documento ainda especifica as áreas de competência do cirurgião dentista especialista em harmonização orofacial, podendo este fazer uso da toxina botulínica, preenchedores faciais, agregados leucoplaquetários autólogos, intradermoterapia e biomateriais indutores de colágeno. Além disso, cita-se também como abrangência da área a realização de procedimentos biofotônicos e/ou laserterapia e tratamentos de lipoplastia facial (técnica de bichectomia e liplifting). Para a realização dos procedimentos orofaciais, bem como a eleição dos recursos a serem empregados deve-se pautar nas indicações e necessidades reais do paciente, a fim de devolver o equilíbrio, harmonia e funcionalidade do sistema estomatognático, respaldado pela ética e responsabilidade profissional¹⁰.

Dada à nova concepção de odontologia contemporânea, e pelo progresso da área para além dos procedimentos dento alveolares, o objetivo do estudo foi realizar uma atualização, revisão documental e discussão sobre a abrangência da Harmonização Orofacial dentro das extensões odontológicas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com propósito de discutir as principais abordagens da especialidade harmonização orofacial e as condições ético-legais que envolvem os procedimentos realizados.

Para tanto, foram feitas buscas de artigos científicos nas principais bases de dados: Google scholar, Pubmed, Scielo, Bireme e Mediline; sem recorte temporal de busca. Devida à ausência de palavras-chave cadastradas nas plataformas nacionais e internacionais de descritores da área da ciência da saúde, que retrate a temática em estudo, foram utilizados os seguintes termos para a busca de artigos científicos: Harmonização orofacial, odontologia estética, toxina botulínica, preenchedores faciais, biomateriais indutores de colágeno, laserterapia e lipoplastia facial.

Além disso, foram feitos levantamentos de documentos federais oficiais, legislações e normativas que regulamentam e norteiam a profissão.

Em seguida os artigos e documentos foram selecionados e analisados quanto a qualidade e relevância, e posteriormente agrupados quanto ao seu conteúdo para a construção do referencial teórico e revisão de literatura.

Como critério de inclusão, foram consideradas: pesquisas científicas, relatos de casos e revisões de literatura com abordagem do assunto relacionado à harmonização orofacial, estética facial e odontologia estética. Ademais, foram excluídos da pesquisa os artigos científicos que não se adequaram à temática em questão.

3. DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Toxina botulínica

A toxina botulínica do tipo A, produzida pelo bacilo anaeróbio *Clostridium botulinum*, foi introduzido na área média para o controle e tratamento do estrabismo, e posteriormente após a anuência e outorga da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no ano 2000 e após dois anos pela Food and Drug Administration foi ampliado o seu uso às outras defecções, incluindo também a odontológica¹¹.

O mecanismo de ação da neurotoxina do tipo A é determinada pela alta afinidade sobre as sinapses colinérgicas, bloqueando a dispensa da acetilcolina nas terminações dos neurônios motores Alfa e Gama^{11,12}. Dessa forma, há a estagnação da contração muscular no local de aplicação do inibidor do neurotransmissor, propiciando o relaxamento e alívio da tensão muscular. Essa ação dose-dependente tem duração de 4 a 6 meses, e após este período, há a formação de novos receptores acetilcolina, e gradualmente, o restabelecimento da função muscular^{12,13}.

Em 2011 com a publicação da Resolução CFO-112¹⁴, que posteriormente foi alterado pela CFO-146¹⁵, de 27/03/2014, publicada no D.O.U., Seção 1, página 174, em 14/04/2014, passa a vigor com a seguinte redação: *“Art. 2º. O uso da toxina botulínica será permitido para procedimentos odontológicos e vedado para fins não odontológicos”*. Neste momento com a contextualização do uso da toxina botulínica para finalidade restrita à ordem odontológica, as principais indicações estão relacionadas no equilíbrio morfofuncional do sistema estomatognático e no controle de dores.

No ano de 2016, pela resolução nº176/2016¹⁶ do Conselho Federal de Odontologia, determina:

Art. 1º - Autorizar a utilização da toxina botulínica e dos preenchedores faciais pelo cirurgião-dentista, para fins terapêuticos funcionais e/ou estéticos, desde que não extrapole sua área anatômica de atuação.

§ 1º - A área anatômica de atuação clínico-cirúrgica do cirurgião-dentista é superiormente ao

osso hioide, até o limite do ponto násio (ossos próprios de nariz) e anteriormente ao tragus, abrangendo estruturas anexas e afins.

§ 2º - *Para os casos de procedimentos não cirúrgicos, de finalidade estética de harmonização facial em sua amplitude, inclui-se também o terço superior da face.*

Em 16 de dezembro de 2017, a pedido da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - SBCP, a justiça federal concede a liminar de suspensão da resolução do CFO nº176/2016, que habilitava os cirurgiões-dentistas à utilizarem a toxina botulínica e preenchedores faciais. No ano seguinte, a Associação Brasileira de Ética e Odontologia Legal – ABOL esclarece que o julgamento dos autos foi sem merecer o mérito profissional do cirurgião-dentista, voltando a resolução do CFO nº176/2016, a ter validade no território brasileiro.

Atualmente as investigações com comprovação científica, com o uso do botox estão relacionados aos casos de bruxismo, disfunção temporomandibular (DTM), sorriso gengival, pós-operatório cirúrgico, hipertrofia do músculo masseter, assimetria facial, estética facial, cefaleias e redução salivar em pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA)^{11,17-21}.

Em relação aos efeitos adversos do uso da toxina botulínica, geralmente ocorrem devido aos erros de dosagem, pontos anatômicos imprecisos e o não seguimento do protocolo clínico. Os efeitos são transitórios, podendo comprometer a expressão facial do indivíduo^{13, 22}.

Preenchedores faciais

O envelhecimento é um processo contínuo, que tem efeitos diretos na pele, em razão do declínio das funções biológicas de adaptar e suportar as agressões do dia a dia²³. Neste sentido, com a crescente busca por interromper, diminuir ou evitar os efeitos marcados pela idade, houve uma expansão no mercado cosmético, com a criação de novas drogas e tecnologias não invasivas para o tratamento orofacial²⁴.

Em razão disto, houve uma grande expansão e reconhecimento dos preenchedores faciais para finalidade estética, antes advinda apenas pelos procedimentos clínicos cirúrgicos. Dentre os benefícios, destacam-se baixo custo, menor tempo de recuperação, menos complicações e efeitos adversos²⁵.

O Ácido Hialurônico (AH), o mais utilizado entre os preenchedores, teve seu descobrimento na década de 30, e a partir deste marco foram realizados estudos e investigações que culminaram na identificação de suas propriedades em 1950²⁶. Trata-se de um polissacarídeo glicosaminoglicano mais abundante na matriz extracelular da pele (derme), e presente também no tecido conectivo e humor vítreo de animais, bem como em capsulas de algumas seletivas bactérias^{26,27}. As principais propriedades do AH são lubrificação, hidratação, modulação de células inflamatórias, diferenciação celular no reparo tecidual, formação de colágeno e efeitos antioxidantes (eliminação de radicais

livres)²⁸⁻³⁰.

Quanto as suas indicações ressaltam-se correções de cicatrizes atróficas, defeitos cutâneos, definição de contorno facial, eliminação de rugas e linhas de expressão, sustentação e reposição de volume facial, definição de contorno e volume labial, regeneração de tecido gengival, disfunções temporomandibulares^{24,26-28,30,31}. Já no que se tratam os efeitos colaterais, destaca-se o eritema, edema, equimose, hematomas, necroses, infecções, nódulos, hipersensibilidade, cicatrizes hipertróficas^{27,32}.

As implicações do AH na odontologia, quanto a sua utilização, teve seu percurso tramitado semelhante ao uso da toxina botulínica, com amparo legal pela lei 5081/66³³ e concedida sua habilitação, segundo as Resoluções do CFO nº 112/2011¹⁴, nº 145/2014³⁴, nº176/2016¹⁵, sendo essa suspensa por uma liminar em 2017, e revogada no ano seguinte.

Bioestimuladores de colágeno

Com o desenvolvimento e inclusão de biomateriais indutores de colágeno na medicalização da beleza, foi possível a quebra do paradigma da estética, no tratamento local de rugas e imperfeições, para a harmonização orofacial tridimensional de forma mais natural e progressiva³⁵.

As peculiaridades técnicas dos preenchedores e bioestimuladores são mínimas, portanto, sua observância é de extrema importância para o sucesso e anseios clínicos desejados³⁶. Diferentemente do mecanismo de ação dos preenchedores faciais, os bioestimuladores atuam com a indução de colágeno do próprio organismo. Com a aplicação do biomaterial, inicia-se um processo inflamatório subclínico, que após a hidrólise e eliminação do corpo estranho, há o depósito de colágeno produzido pelos fibroblastos³⁶⁻³⁸. Em razão disto, os resultados do procedimento não são instantâneos, com efeitos visíveis que podem iniciar após 30 dias da aplicação, com pico de produção de colágeno após 90 dias, e perduração dos resultados, de acordo com alguns estudos, de 24 a 40 meses³⁸⁻⁴³.

Os principais biomateriais indutores de colágenos mais utilizados atualmente são o Ácido Poli-L-Lático (PLLA), hidróxidoapatita de cálcio, fios de sustentação, policaprolactona (PCL). De maneira geral, suas indicações são para rejuvenescimento e correção global do rosto, suavização de linhas de expressão, preenchimento de sulco nasogeniano e labiomental, além da ação na redução da flacidez corporal e tratamentos de celulites^{37, 38, 44}.

No que se refere aos efeitos indesejáveis, cita-se desconforto, edema, prurido, hematoma, inflamação, hipersensibilidade, oclusão vascular e até necroses. Dessa forma, além do conhecimento técnico-científico da aplicabilidade dos biomateriais, é necessário que os profissionais tenham ciência das contraindicações e complicações advinda desses procedimentos estéticos, a fim de respaldar o paciente diante do diagnóstico e tratamento dos efeitos indesejáveis⁴⁵.

Laserterapia

Por séculos os estudos relacionados às propriedades e origem da luz foram temas de discussões pelos principais físicos, cientistas e filósofos. No início do século XX, houve uma maior dinamização nas pesquisas e teses nas áreas das ciências exatas e da saúde, que culminou na publicação do estudo originado por Albert Einstein sobre princípios físicos para emissão estimulada de luz. A partir disto, iniciaram-se diversas pesquisas, que possibilitaram o desenvolvimento do MASTER (Microwave Amplification by Stimulated Emission of Radiation), precursor do laser, criado por cientistas norte-americanos e russos. Em 1960, com o compartilhamento de ideias e progressão dos estudos, Theodore Maiman apresentou o *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation* (LASER), culminando em mudanças e impactos no desenvolvimento de novas tecnologias em prol da ciência e da saúde^{46,47}.

Atualmente o laser é dividido em duas categorias, aqueles de alta potência (LAP) e de baixa potência (LBP), sendo a última com propriedades analgésica, anti-inflamatória, foto e bioestimulação celular, sendo comumente utilizada no processo de reparo tecidual e cicatrização⁴⁸. Os raios de luz do laser de baixa potência atuam nas células, por meio de estimulação fotoquímica, fotofísica e fotobiológica, sem aquecimento da pele ou do local de aplicação do feixe luminoso^{47,49}.

Em relação à ação do LBP na bioestimulação celular, destaca-se a propriedade de indução mitótica das células epiteliais, dos fibroblastos, aumento da liberação de fatores de crescimento, biossíntese de colágeno e circulação sanguínea local^{46,48}. Dessa forma, ao associar este recurso as suas inerentes vantagens como ser menos invasivo, ter poucas contra-indicações e menor desconforto ao paciente, a utilização do LBP tem se destacado dentre os procedimentos estéticos e orofaciais⁴⁷.

O reconhecimento do uso da laserterapia como um recurso auxiliar nos campos da saúde bucal, ocorreu a partir da Resolução CFO-82/2008⁵⁰, que deferiu em seu Artigo 1º:

Art 1º “Reconhecer o exercício pelo cirurgião-dentista das seguintes práticas integrativas e complementares à saúde bucal: Acupuntura, Fitoterapia, Terapia Floral, Hipnose, Homeopatia e Laserterapia”.

Já no artigo 32º da mesma resolução, ao especificar a amplitude e as atribuições do habilitado em laserterapia em odontologia, ressalta:

Art 32º... “I - aplicar a interação de luz com os tecidos biológicos (terapia fotodinâmica); e, II - aplicações clínicas dos lasers em alta e baixa intensidade e LEDs nas diversas áreas da Odontologia”.

Atualmente, o LBP tem comprovações científicas e indicações que auxiliam os cirurgiões dentistas no

tratamento de alterações do sistema estomatognático e estrutura orofacial, como úlceras bucal, herpes labial, queilite angular, parestesias, lesão nervosa periférica, disfunção temporomandibular, estimulação pulpar, hipersensibilidade dentinária e cirurgias periodontais⁵¹⁻⁵⁵.

Bichectomia

A bichectomia é uma cirurgia oral menor, que tem o intuito de remover a bola de Bichat com finalidade funcional e/ou estética na área médica e odontológica. As primeiras discussões acerca dessa estrutura anatômica iniciaram-se em 1732, pelo médico e anatomista Lorenz Heister, que pela sua característica morfológica estrutural semelhante de uma glândula, foi denominada de glândula malar. Após 70 anos dos apontamentos de Heister, o anatomista e fisiologista Marie François Xavier Bichat, por meio de seus estudos detectou e esclareceu a natureza da estrutura, sendo advinda de tecido adiposo⁵⁶.

A bola de Bichat é um acúmulo de gordura, delimitado por uma cápsula fibrosa, situado entre o músculo masseter e bucinador. Sua representatividade e desempenho funcional são maiores nos recém-nascidos, auxiliando os movimentos de sucção na amamentação, assim como na proteção dos tecidos neurovasculares locais³. Além disso, tem a função de separar os músculos mastigatórios, bem como auxiliá-los em sua movimentação, sustentar as estruturas faciais, além de ter finalidades enxertivas e de reparação de defeitos orofaciais⁵⁶⁻⁵⁸.

Em relação às indicações da lipoplastia facial, ressalta-se aqueles casos onde há traumas recorrentes na mucosa jugal, gerando lesões e ulcerações constantes na região. Além disso, essa manobra cirúrgica também é recomendada para finalidades estéticas, no afilamento do terço médio do rosto, possibilitando acentuar os ângulos do ramo da mandíbula e os contornos faciais^{3,56}.

Histologicamente a estrutura adiposa da bola de Bichat embora tenha semelhanças com o tecido gorduroso de outras partes do corpo, após o emagrecimento do indivíduo seu tamanho continua o mesmo, visto a lenta resposta do metabolismo dos ácidos graxos. Dessa forma, a região fica mais proeminente que o contorno do osso zigomático, esboçando uma face infantilizada^{59,3}.

No que se refere à atenção cirúrgica, embora seja um procedimento rápido, de baixa complexidade técnica, feita com anestésicos locais e no consultório odontológico ou em nível ambulatorial, é de suma importância à realização da anamnese, a explanação dos resultados mediante as expectativas do paciente, bem como compreender os riscos que envolvem o ato cirúrgico, como lesão do ramo bucal do nervo facial, hematomas e edemas, sialocele, trismo, parestesia temporária e possíveis infecções⁵⁸.

Implicações ético-legais

A harmonização Orofacial, procedimento que visa o

equilíbrio, função e estética dos dentes e face, necessita do trabalho da equipe multidisciplinar, principalmente do cirurgião dentista, dada seu conhecimento técnico-científico das estruturas morfofuncionais do sistema estomatognático, e todos seus complexos (tecidos, músculos, nervos, ossos e articulação)^{8,60}.

Até a publicação da Resolução 198/2019, grandes discussões ético-legais acerca dos limites da odontologia e a incursão às extensões da área médica foram travadas⁶¹. Dado o respaldo legal diante das abrangências das áreas odontológicas, a fim de propiciar ao paciente um tratamento integral, visando sua a saúde e qualidade de vida, bem como regulamentar a área em virtude da existência de cursos de pós-graduação já autorizados pelo MEC, foi reconhecida em 29 de janeiro de 2019 (resolução 198/2019) a Harmonização Orofacial como uma especialidade odontológica.

Embora a resolução 198/2019 seja um ganho para a valoração da odontologia para além dos dentes, é necessário compreender todo processo legal construtivo, que culminou no fundamento e tal provento.

De acordo com a Lei 5.081/66³³, que regulamenta o exercício da odontologia no território brasileiro, traz em seu artigo 6º Inciso I “*Praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação*”, e inciso II “*prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;*”, esclarecendo a abrangência odontologia, bem como o amparo para desenvolvimento de suas práticas em sua área de atuação.

Na resolução CFO 63/2005, que aprovou a Consolidação das Normas para Procedimento nos Conselhos de Odontologia⁶², a estética se faz presente em determinadas condições, sendo um fator indissociável para finalização do tratamento odontológico.

Na Seção I – Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, nos artigos:

Art 43 “É vedado ao cirurgião-dentista o uso da via cervical infra-hioidea, por fugir ao domínio de sua área de atuação, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estético-funcionais do aparelho mastigatório”

Art 48 “É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, sublingual, submandibular), o acesso da via cervical infra-hioidea, bem como a prática de cirurgias estéticas, ressalvadas as estético-funcionais do sistema estomatognático que são da competência do cirurgião-dentista.”

Na Seção XII – Ortodontia, Art 74b traz que o:

“planejamento do tratamento e sua execução mediante indicação, aplicação e controle dos aparelhos mecanoterápicos, para obter e manter

relações oclusais normais em harmonia funcional, estética e fisiológica com as estruturas faciais”.

Já na Seção XVII, sobre Prótese Buco-Maxilo-Facial, em seu artigo 81, contempla que a:

“Prótese Buco-Maxilo-Facial é a especialidade que tem como objetivo, a prevenção, a reabilitação anatômica, funcional e estética, de regiões da maxila, da mandíbula e da face, ausentes ou defeituosas, como sequelas de cirurgia, de traumatismo ou em razão de malformações congênitas ou de distúrbios do desenvolvimento, através de próteses, aparelhos e dispositivos”.

O mesmo se perfaz na resolução CFO-100/2010⁶³, que estabelece as normas para a prática da Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofaciais, por cirurgiões dentistas. De acordo com o artigo 2º “*É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioidea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório que é de competência do cirurgião-dentista.*”. Nesta perspectiva, fica imbuído como área de atuação do cirurgião-dentista, aquela acima do osso hioide com finalidade estética funcionais do aparelho mastigatório.

No que se refere à Resolução CFO-176/2016¹⁶, fica estabelecido a utilização da toxina botulínica e preenchedores faciais pelos cirurgiões dentistas para fins terapêuticos e/ou estéticos, dentro da área de atuação. Neste mesmo documento, ratifica-se as áreas anatômicas de abrangência do cirurgião dentista em procedimento clínico cirúrgico, corresponde a região superior ao osso hioide, até o ponto nário e anteriormente ao tragus, em abrangência à estruturas anexas. Além disso, fica estabelecido que áreas de finalidade estética, sem envolvimento cirúrgico, incluem o terço superior da face.

Em 29 de janeiro de 2019, com a Resolução CFO 198/2019¹⁰, houve o reconhecimento da Harmonização Orofacial como uma especialidade odontológica, que pela sua área de atuação, são reesponsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face. A odontologia é uma área da saúde de caráter inexorável, entre a finalidade estética e funcional, não existindo contrapontos e necessitando da coexistência dos dois princípios para a finalização do tratamento de forma harmônica e equilibrada.

4. CONCLUSÃO

Com a odontologia contemporânea, na era da estética e na medicação da beleza, a busca pelos procedimentos de harmonização orofacial torna-se cada vez mais constantes e recorrentes nos consultórios. Dessa forma o preparo profissional, nos cursos de especialização em harmonização orofacial torna-se imprescindível para o atendimento da demanda de forma ética e responsável.

REFERÊNCIAS

- [1] Almeida MD, Farias ACR, Bittencourt MAV. Influência do posicionamento sagital mandibular na estética facial. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 2010; 15(2):87-96.
- [2] Kammann MA, Quiros O. Analisis Facial en Ortodoncia Interceptiva. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. 2013.
- [3] Moreira Junior R, Peralta FS, Moreira R, Gonticho G, Máximo PM, Scherma AP. Bichectomia: aspectos relevantes e relato de caso clínico. *Clipe Odonto* 2018; 9(1):37-43.
- [4] Leal VC, Fontenelle AM, Amorim RF, Montagner MA. Body, aesthetic surgery and public health: a case study. *Ciencia e Saúde Coletiva*. 2010; 15 (1):77-86.
- [5] Skopinski F; Resende TL, Schneider RH. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev bras geriatr gerontol*. 2015; 18(1):95-105.
- [6] Yesilbek B, Simsek S, Valério P. O impacto psicossocial da estética facial em crianças e adolescentes e a possibilidade de intervenções precoces: relato de dois casos clínicos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016; 70(2):192-7
- [7] Gatto RCJ, Garbin AJI, Corrente JE, Garbin CAS. The relationship between oral health-related quality of life, the need for orthodontic treatment and bullying, among Brazilian teenagers. *Dental Press J Orthod*. 2019; 24(2):73-80.
- [8] Rovida TAS, Garbin CAS. Noções de odontologia legal e bioética. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
- [9] Alves Rezende MCR; Fajardo RS. Abordagem estética na Odontologia. *Arch Health Invest*. 2016; 5(1):50-55.
- [10] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 198, de 29 de janeiro de 2019. Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica, e dá outras providências.
- [11] Pedron IG. Utilização da toxina botulínica tipo A associada à cirurgia gengival ressectiva: relato de caso. *Braz J Periodontol* 2014. 24(3):35-39.
- [12] Dall'magro AK *et al.* Aplicações da toxina botulínica em odontologia. *SALUSVITA* 2015, 34(2):371- 382.
- [13] Marciano A, Aguiar U, Vieira PGM, Magalhaes SR. Toxina botulínica e sua aplicação na odontologia. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 2014; 4(1):65-75.
- [14] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 112, de 2 de setembro de 2011. Normas sobre a utilização do uso da toxina botulínica e ácido hialurônico.
- [15] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 146, de 16 de abril de 2014. Altera o artigo 2º da Resolução CFO-112/2011.
- [16] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 176, de 06 de setembro de 2016. Revoga as Resoluções CFO-112/2011, 145/2014 e 146/2014, referentes à utilização da toxina botulínica e preenchedores faciais, e aprova outra em substituição.
- [17] Schlosser DV *et al.* Uso da toxina botulínica na odontologia. *Revista Gestão & Saúde* 2016; 15(2):26-34.
- [18] Teive HAG, Piovesan EJ, Germiniani FMB, Camargo CHA. Hemimasticatory spasm treated with botulinum toxin. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2002; 60(2):288-289.
- [19] Teixeira SAF. utilização de Toxina Onabotulínica A para bruxismo: Revisão de Literatura. *Rev bras Odontol*. 2013; 70(2):202-4.
- [20] Acosta RT, Kelmer F, Oliveira RCG, Oliveira RCG. Uso da toxina botulínica como meio terapêutico para tratamento de assimetria facial causada por hipertrofia do músculo masseter. *Uningá Review*. 2015; 21(1):24-26.
- [21] Manrique D. Aplicação de toxina botulínica tipo A para reduzir a saliva em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005; 71(5):566-69.
- [22] Santos CS, Mattos RM, Fulco TO. Toxina botulínica tipo A e suas complicações na estética facial. *Rev Episteme Transversalis*. 2015; 9(2):95-106.
- [23] Tamura BM. Could injectable rehydration of the skin be an option with clinical results? *Surgical & Cosmetic Dermatology*. 2014; 6(3):249-253.
- [24] Talarico S *et al.* Avaliação da segurança e eficácia denovo preenchedor à base de ácidohialurônico no tratamento dos sulcosnasolabiais e contorno dos lábios. *Surg Cosmet Dermatol*. 2010;2(2):83-6.
- [25] Sansone ACMB, Marrer AC, Fiorese MS. Uso de preenchedores dérmicos faciais: o que pode dar errado? *Rev. UNINGÁ*. 2018; 55(4): 121-137.
- [26] Santoni MTS. Uso de ácido hialurônico injetável na estética facial: uma revisão da literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso] Rio Grande do Sul: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul;2018.
- [27] Salles AG *et al.* Avaliação clínica e da espessura cutânea um ano após preenchimento de ácido hialurônico. *Rev Bras Cir Plást* 2011; 26(1): 66-69.
- [28] Eustachio RR, Veronesi GF, Damante CA, Sant'Ana ACP, Rezende MLR de, Zangrando MSR. Regeneração de defeito periodontal vertical com associação de ácido hialurônico. *Journal of Applied Oral Science*. 2017; 25 19-200.
- [29] Maia IEF, Salvi JO. O uso do ácido hialurônico na harmonização facial: uma breve revisão. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2018; 23(2):135-39.
- [30] Dalmedico MM, Meier MJ, Felix JVC, Pott FS, Petz FFC, Santos MC. Hyaluronic acid covers in burn treatment: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50(3):519-524.
- [31] Cavalcanti AN, Azevedo JF, Mathias P. Harmonização orofacial: a odontologia além do sorriso. *Revista Bahiana de Odontologia*. 2017;8(2):35-36.
- [32] Crocco EI, Alves RO, Alessi C. Eventos adversos do ácido hialurônico injetável. *Surg Cosmet Dermatol*. 2012;4(3):259-6
- [33] Brasil. Lei Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. Brasília: Diário Oficial da União; 1966. 10. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO.
- [34] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 145, de 27 de março de 2013. Altera redação de artigos da Resolução CFO-112/2011.
- [35] Lorenc ZP, Bass LM, Fitzgerald R, Goldberg DJ, Graivier MH. Physiochemical Characteristics of Calcium Hydroxylapatite (CaHA), *Aesthetic Surgery Journal*. 2018; 38(1):S8-S12.
- [36] Haddad A, Kadunc BV, Guarnieri C, Noviello JS, da Cunha MG, Parada MB. Conceitos atuais no uso do ácido poli-l-láctico para rejuvenescimento facial:

- revisão e aspectos práticos. *Surg Cosmet Dermatol.* 2015; 7(4):332-8.
- [37] Loghem JV, Yutskovskaya YA, Philip Werschler W. Calcium hydroxylapatite: over a decade of clinical experience. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2015;8(1):38-49.
- [38] Machado Filho CDS, Santos TC, Rodrigues APLJM, Cunha MG. Ácido PoliLlático: um agente bioestimulador. *Surg Cosmet Dermatol.* 2013; 5(4):34550.
- [39] Jacovella PF. Uso de hidroxiapatita de cálcio (Radiesse®) para aumento facial. *Clin Interv Aging.* 2008; 3:161-174.
- [40] Bass LS, Smith S, Busso M, McClaren M. Hidroxilapatite de cálcio (Radiesse) para o tratamento de dobras nasolabiais: resultados de segurança e eficácia a longo prazo. *Aesthet Surg J.* 2010; 30:35-238
- [41] Lowe NJ. Dispelling the myth: appropriate use of poly-L-lactic acid and clinical considerations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20(Suppl 1):2-6.
- [42] Hamilton TK, Burgess CM. Considerations for the use of injectable poly-L-lactic acid in people of color. *J Drugs Dermatol.* 2010; 9(5):451-6.
- [43] Cunha MG, Daza F, Rezende FC, Machado Filho CDA. Aplicação de ácido poli-l-lático para o tratamento da flacidez corporal. *Surg Cosmet Dermatol.* 2016; 8(4):322-7.
- [44] Melo F *et al.* Recommendations for volume augmentation and rejuvenation of the face and hands with the new generation polycaprolactone-based collagen stimulator (Ellansé®). *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2017; 8;10:431-440.
- [45] Esteves ALV, Pires FR, Miranda AMMA, Amaral SM, Netto JNS. Reação de corpo estranho a material de preenchimento estético: relato de quatro casos *Rev. bras. Odontol.* 2016; 73(4):344-349.
- [46] Moreira FF, Oliveira ELP, Barbosa FS, Silva JG. Laserterapia de baixa intensidade na expressão de colágeno após lesão muscular cirúrgica. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2011; 18(1):37-42.
- [47] Lopes JC, Pereira LP, Bacelar IA. Laser de baixa potência na estética-revisão de literatura. *Revista Saúde em Foco.* 2018; 10:429-37.
- [48] Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Catão MHCV, Granville-Garcia AF, Carvalho Neto LG. Efeitos bioestimulantes do laser de baixa potência no processo de reparo. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(6):849-55.
- [49] Rocha Junior AM, Vieira B.J, Andrade LCF, Monteiro A. Effects of low-level laser therapy on the progress of wound healing in humans: the contribution of in vitro and in vivo experimental studies. *J Vasc Bras.* 2007; 6:258-66.
- [50] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 82 ,de 25 de setembro de 2008. Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal.
- [51] Terrero-Pérez A, Peralta MM, Consolaro A, Sant'Ana E, Santos PS da S, Rubira CMF. Laserterapia de baixa intensidade no tratamento de parestesia: relato de caso. *Journal of Applied Oral Science.* 2017; 25-34.
- [52] Antunes JS, Karvat J, Aragao FA, Bertolini GRF. Laser de baixa potência, no espectro de luz vermelha, em lesão nervosa periférica. *Revista Pesquisa em Fisioterapia.* 2015; 5(1):43-48.
- [53] Leal de Godoy CH, Motta LJ, Santos Fernandes KP, Mesquita-Ferrari RA, Deana AM, Bussadori SK. Effect of low-level laser therapy on adolescents with temporomandibular disorder: a blind randomized controlled pilot study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 73(4):622-9.
- [54] Staffoli, S. *et al.* The effects of low level laser irradiation on proliferation of human dental pulp: a narrative review. *La Clinica Terapeutica.* 2017; 168(5):e320-e326.
- [55] Sartori R, Soares PP. Laserterapia de baixa potência no tratamento da hipersensibilidade dentinária. *RFO.* 2018; 23(1):114-118.
- [56] Faria CADC *et al.* Bichectomia e sua contribuição para harmonia facial. *Rev. Bras Cir Plást.* 2018; 33(4):446-452.
- [57] Ahari UZ, Eslami H, Falsafi P, Bahramian A, Maleki S. The Buccal Fat Pad: Importance And Function. *J Dent Med Sci.* 2016; 15(6):79-81.
- [58] Klüppe L, Marcos RB, Shimizu IA, Silva MAD, Silva RD. Complications associated with the bichectomy surgery. *RGO.* 2018; 66(3):278-284.
- [59] Stevão ELL. Bichectomia ou Bichatectomy - A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Adv Dent & Oral Health.* 2015; 1(1):001-04.
- [60] Papazian MF, Silva LM, Crepaldi AA, Crepaldi MLS, Aguiar AP. Principais aspectos dos preenchedores faciais. *Revista Faiepe.* 2018; 8(1):101-116.
- [61] Jacometti V, Coltri MV, Santos T de S, Silva RHA da. Procedimento de bichectomia: uma discussão sobre os aspectos éticos e legais em odontologia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.* 2017; 32(4): 616-623.
- [62] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 65 de 8 de abril de 2005. Aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União; 2005.
- [63] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 100 de 18 de março de 2010. Normas para a prática da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, por cirurgiões-dentistas.