

Considerações sobre a situação jurídica da vítima nos procedimentos da Harmonização Orofacial realizados por Cirurgiões-Dentistas

Irineu Gregnanin Pedron

Acadêmico do Curso de Direito na Universidade São Judas Tadeu, São Paulo. Cirurgião-dentista. Especialista em Periodontia e Implantodontia. Mestre em Ciências Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. Professor e pesquisador independente, Instituto Bottoxindent, São Paulo.

Rafaela Rodrigues Cavalcanti

Acadêmica do Curso de Direito na Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, Pernambuco. Cirurgiã-dentista. Especialista em Prótese Dentária.

José Procópio da Silva de Souza Dias

Procurador do Estado de São Paulo. Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor de Direito Penal e Processo Penal da Universidade São Judas Tadeu.

RESUMO

Atualmente, a busca por procedimentos estéticos é crescente nas clínicas odontológicas. Diversas técnicas outrora oferecidas por médicos cirurgiões-plásticos e dermatologistas compõem hoje um rol de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista, conduta reconhecida como especialidade odontológica denominada Harmonização Orofacial. Entretanto, estes procedimentos podem ocasionar diversas complicações, imediatas ou tardias, reversíveis ou irreversíveis e são, na maioria das vezes, tratadas pela Cirurgia Plástica. Edema, formação de nódulos, sintomatologia dolorosa, necrose tecidual, assimetrias, visão turva, cegueira e até morte foram reportadas na literatura médica. O propósito deste trabalho é estabelecer considerações sobre a vítima decorrente da prática da Harmonização Facial pelo cirurgião-dentista e a subsequente judicialização da questão, com a responsabilização do profissional pelo dano estético e a saúde da vítima.

Palavras-chave: Odontologia; Medicina; Estética; Técnicas Cosméticas; Procedimentos Cirúrgicos Dermatológicos; Preenchedores Dérmicos.

ABSTRACT

Nowadays, the search for aesthetic procedures is growing in dental clinics. Several techniques once offered by plastic surgeons and dermatologists now make up a list of procedures carried out by dental surgeons, which is recognised as a dental speciality called Orofacial Harmonization. However, these procedures can cause various complications, whether immediate or delayed, reversible or irreversible, and are most often treated by the plastic surgery. Edema, nodule formation, painful symptoms, tissue necrosis, asymmetries, blurred vision, blindness and even death have been reported in the medical literature. The purpose of this paper is to establish considerations about the victim resulting from the practice of Facial Harmonization by the dental surgeon and the subsequent judicialization of the issue, with the professional being held responsible for the aesthetic damage and the victim's health.

Keywords: Dentistry; Medicine; Esthetic; Cosmetic Techniques; Dermatologic Surgical Procedures; Dermal Fillers.

RESUMEN

Actualmente, la búsqueda de procedimientos estéticos es cada vez mayor en las clínicas dentales. Diversas técnicas alguna vez ofrecidas por cirujanos plásticos y dermatólogos hoy conforman un listado de procedimientos realizados por odontólogos, procedimiento reconocido como una especialidad odontológica denominada Armonización Orofacial. Sin embargo, estos procedimientos pueden causar diversas complicaciones, inmediatas o tardías, reversibles o irreversibles, y son, en la mayoría de los casos, tratados mediante Cirugía Plástica. En la literatura médica se han informado edemas, formación de nódulos, síntomas dolorosos, necrosis tisular, asimetrías, visión borrosa, ceguera e incluso la muerte. El objetivo de este trabajo es establecer consideraciones sobre la víctima derivadas de la práctica de la Armonización Facial por parte del cirujano dentista y la posterior judicialización del asunto, siendo el profesional responsable del daño estético y de salud de la víctima.

Palabras clave: Odontología; Medicamento; Estética; Técnicas Cosméticas; Procedimientos Quirúrgicos Dermatológicos; Rellenos dérmicos.

Introdução

Hodiernamente, a busca pela estética apresenta força inestimável em todos os níveis da sociedade moderna. As mídias sociais ajudaram a propagar essa ideia por meio de propagandas obscuras de profissionais que visam apenas angariar pacientes [1-6]. Essa influência cogente pode induzir as crianças a se tornarem adultos com comprometimento físico, mental, comportamental e social divergentes, quando abusadas e traumatizadas pelos próprios pais, por meio de posturas narcisistas, também em relação à imagem [7].

Baseada na grande busca dos procedimentos estéticos, a oferta nesse segmento profissional aumentou consideravelmente. Atualmente, é reconhecida e inegável a busca por procedimentos estéticos no rol da Odontologia de vanguarda. Há alguns anos, o cirurgião-dentista vem realizando procedimentos que, outrora, faziam parte da seara dos médicos cirurgiões-plásticos e dermatologistas. Procedimentos como a aplicação de toxina botulínica; de preenchimentos gengivais e faciais; uso de fios de sustentação para levantamento facial (fios de polidioxanona); derivados de sangue autólogo; indutores percutâneos de colágeno (por microagulhamento); regulação hormonal; procedimentos biofotônicos e/ou terapia a laser; lipoplastia facial, por técnicas químicas, físicas ou mecânicas; bichectomia (técnica cirúrgica de retirada do corpo adiposo de Bichat); e técnicas cirúrgicas de correção labial (liplifting); fazem parte desta atuação [1,8-11].

No entanto, os cirurgiões-dentistas devem considerar e seguir os preceitos pertinentes à formação original, ou seja, a graduação. A Lei Magna da Odontologia no Brasil - Lei 5.081 de 24 de agosto de 1966 [12] - que regulamenta o exercício profissional, cita a utilização de especialidades farmacêuticas pelo cirurgião-dentista. A toxina botulínica é um fármaco de origem biológica que pode ser aplicado pelo cirurgião-dentista [1,8-11,13-15]. Em contraste e em particular, o ácido hialurônico é usado como preenchimento facial, sendo um cosmecêutico, e segundo a legislação brasileira, excluído de nossa área de especialização. Portanto, procedimentos que não são contemplados pela Lei, criam uma fragilidade e vulnerabilidade ético-legal e insegurança jurídica [1-5]. Tratando-se de um fármaco, a toxina botulínica seria a única modalidade dentre os procedimentos supracitados, cujo escopo pode também ser baseado em aplicações terapêuticas [1,8-11,13-15].

O propósito deste trabalho é estabelecer considerações sobre a situação da vítima da prática da Harmonização Facial pelo cirurgião-dentista e a problemática da responsabilização do profissional que protagoniza tais danos.

1. Complicações decorrentes das técnicas da Harmonização Orofacial

Diversas técnicas e procedimentos da Harmonização Orofacial podem ocasionar lesões ou injúrias como complicações. Deve-se considerar que estas complicações podem ser imediatas ou tardias, reversíveis ou irreversíveis. Adicionalmente, estas complicações são tratadas, na maioria das vezes, por meio cirúrgico e ou farmacológico, e dependendo de sua extensão, pela Cirurgia Plástica.

1.1 Toxina Botulínica

As indicações da aplicação da toxina botulínica em Odontologia incluem o sorriso gengival e assimetrias labiais que podem causar exposição irregular da gengiva; hábitos parafuncionais, como bruxismo e biquismo; hipertrofia massetérica e consequentes assimetrias faciais; cefaleia secundária aos hábitos parafuncionais; distúrbios temporomandibulares (DTM), no tratamento de anquilose e luxação da articulação temporomandibular (ATM), e coadjuvante em procedimentos como artrocentese; dor orofacial (agindo em conjunto com a Neurologia) para casos de DTM, neuralgia pós-herpética, neuralgia trigeminal, enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia crônica diária, síndrome da dor miofascial e fibromialgia; aplicações coadjuvantes em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial; trismo; prevenção de cicatrizes e queloides em cirurgia eletiva extrabucal; aplicações coadjuvantes em Implantodontia, na redução das forças de mastigação causadas pela contração muscular excessiva, prevenindo fraturas de implantes e próteses; paralisia facial; distonia orofacial ou oromandibular; e sialorreia [1,8-11,13-15].

As complicações decorrentes da aplicação de toxina botulínica são dose e técnica-dependentes. Há de se considerar ainda a curva de aprendizado do profissional prescritor. Contudo, as complicações são temporárias e se restringem a pele, tais como dor, edema ou eritema, equimose e hipoestesia de curta duração. Dessa forma, cuidados dermatológicos podem ser executados pelo paciente sob orientação profissional. No terço superior da face (região frontal e em glabella), as aplicações podem ocasionar a ptose palpebral, que pode ser evitada em aplicações mais distantes da pálpebra

superior. Em longo prazo, a principal complicação decorrente da aplicação de toxina botulínica é o desenvolvimento de anticorpos contra a toxina, que pode originar falta de eficácia da toxina, tornando o paciente não-responsivo secundário [8].

O cirurgião-dentista deve acompanhar o paciente, orientando-o e sobretudo, acalmando-o. Não há maiores gravidades nessa área de atuação pelo cirurgião-dentista [8].

1.2 Preenchimento orofacial com ácido hialurônico

Os procedimentos de preenchimento podem ser realizados em diversas áreas na face, incluindo lábios, mento, olheiras, região de malar, glabella e gengivas. Os materiais utilizados podem ser absorvíveis ou não absorvíveis. Atualmente, o ácido hialurônico é o preenchedor absorvível mais utilizado [2-4,16,17-19]. Naturalmente, o ácido hialurônico é um componente intercelular endógeno de nossos tecidos, sintetizado pelo próprio organismo humano. Sinteticamente, é usado na reabilitação e na medicina estética, ganhando, nesta última indicação, maior propriedade. Esteticamente, o ácido hialurônico é definido como um material de preenchimento temporário, que pode durar até 12 meses [16,18].

Segundo o Relatório de Estatísticas de Cirurgia Plástica da Sociedade Americana de Cirurgões Plásticos, em 2022, a aplicação de preenchimentos faciais encontra-se em 2º lugar, atrás apenas da aplicação da toxina botulínica, dentre os procedimentos cosméticos minimamente invasivos [20]. Preenchimentos faciais ganharam popularidade por serem uma opção não invasiva para o manejo das condições associadas ao envelhecimento facial e perda de volume [21,22].

As complicações decorrentes da aplicação do ácido hialurônico são variadas - imediatas ou retardadas - reações de hipersensibilidade; áreas eritematosas (prurido temporário pós-injeção, edema e equimoses da pele, caracterizando inflamação); alergia e reações anafiláticas; formação de granulomas (reações de corpo estranho); infecção; dor; necrose; oclusão da artéria oftálmica, levando a distúrbios visuais e cegueira; e isquemia cerebral, podendo evoluir para óbito [1-4,16-19,23-25]. Devem ser ainda consideradas as complicações tardias do preenchimento labial com ácido hialurônico, como a reabsorção óssea ou a movimentação dentária patológica [26,27].

Rayess et al. (2018) [21] apresentaram resultados muito oportunos em

cirurgia plástica facial, com o uso de preenchimentos. Os autores usaram a experiência do fabricante e do dispositivo do usuário (MAUDE), dados da FDA (Food and Drug Administration) e o Westlaw Next Database (Thomson Reuters), para busca de litígios por imperícia decorrente do uso de preenchimentos na face. De 1.748 eventos adversos analisados, entre 2014 e 2016, 751 casos (43%) ocorreram na bochecha e 524 casos (30%) nos lábios. Os principais eventos foram edema (755 casos, 43,2%) e infecção (725 casos, 41,5%), embora ainda houvesse condições mais graves, devido à comprometimento vascular e suprimento sanguíneo, como necrose dérmica e cegueira. Dos 9 casos identificados por negligência, 6 apresentaram consentimento informado inadequado. O valor médio de indenização em casos resolvidos foi de 262 mil dólares. Mais recentemente, outra excelente revisão de Beauvais e Ferneini (2020) [22] avaliou 2.813 eventos adversos resultantes do uso de preenchimentos faciais, utilizando dados coletados entre 2008 e 2017 do MAUDE e Westlaw Edge (Thomson Reuters). Os locais mais comuns foram bochechas (915 casos, 32,5%), lábios (503 casos, 17,9%) e sulco nasolabial (412 casos, 14,6%). Os eventos adversos relatados mais comuns foram edema (1.691 casos, 60,1%), nódulo (948 casos, 33,7%) e dor (636 casos, 22,6%). Complicações mais sérias incluíram injeções intra-arteriais, que resultaram em necrose e sintomas visuais (visão turva e cegueira). O valor mediano de casos resolvidos por veredictos a favor do autor (paciente) ou acordos, foi de 600 mil dólares. Este estudo ainda revelou que em 66,6% dos casos, foi apresentada a falta e falha da informação de consentimento (por escrito) no prontuário do paciente. Considerando a mediana dos valores dos prêmios dos dois artigos (262 mil dólares [14] e 600 mil dólares [15], respectivamente), pode-se observar um aumento de 229% no valor das indenizações, que onerará fortemente o profissional envolvido, além do seu desgaste emocional e estresse físico, psicológico, social e legal, pelo processo jurídico [1-6,16,24].

No Brasil, houve um aumento de aproximadamente 390% na incidência de problemas relacionados a complicações decorrentes de cirurgias e procedimentos estéticos, considerando-se ainda um problema de saúde pública, mesmo que originalmente causado por atividades privadas [3].

A Figura 1 apresenta o caso de uma paciente com retração cicatricial decorrente de necrose de mais de 60% da cartilagem nasal após aplicação do ácido hialurônico em procedimento de rinoplastia, realizada por cirurgiã-dentista. A paciente é a coautora deste trabalho (RCC) e também cirurgiã-dentista, e já sofreu a 18ª cirurgia reparadora com médico cirurgião-plástico. Vale enaltecer que este caso foi realizado por cirurgião-dentista

regulamentado para esta prática. A priori, a cirurgiã-dentista falhou absolutamente na seguinte máxima da atuação profissional: *Obligatio ad diligentiam* (do latim, “obrigação em ser diligente”). Danos físicos (materiais e estéticos) e emocionais (psíquicos) foram reclamados e a profissional respondeu judicialmente. A cirurgiã-dentista pode ser enquadrada na esfera criminal, nas modalidades de culpa, como negligência, imprudência e imperícia, pelos crimes de lesão corporal culposa; omissão de socorro e ocultação de crime, entre outros, dependendo da conduta adotada após o procedimento. Além de danos morais, materiais, estéticos e psíquicos na esfera civil [1-6,16,23,24,28].



Figura 1: Paciente com necrose da cartilagem nasal causada pela aplicação do ácido hialurônico em procedimento de rinoplastia, realizada por cirurgiã-dentista (A). Pós-cirúrgico da curetagem e debridamento para a remoção de tecido necrótico (B). Resultado após a 5ª cirurgia plástica reparadora (C). Estado atual, após a 18ª cirurgia plástica reparadora, pela reconstrução total - pele e cartilagem integralmente transplantadas (D).

Vários procedimentos e técnicas podem ser realizados para interromper a formação do êmbolo de enchimento, como massagem, compressão a quente, pasta de nitroglicerina e oxigênio hiperbárico [19,31]. No entanto, uma das primeiras opções de tratamento para complicações resultantes do uso de ácido hialurônico é a aplicação de hialuronidase, uma enzima degradante responsável pela lise do ácido hialurônico. Infelizmente, existem poucas informações sobre seu uso, indicações e possíveis complicações resultantes do uso de hialuronidase [25].

1.2.1 Riscos da Hialuronidase

Frente as possíveis complicações decorrentes das aplicações de ácido hialurônico nos procedimentos de preenchimento facial, particularmente na formação de tecido de granulação (corpo estranho) e ao evitar a evolução do risco de necrose tecidual, é indicada a aplicação de hialuronidase. A hialuronidase é uma enzima que decompõe o ácido hialurônico por clivagem e desfragmentação do ácido hialurônico, estimulando a angiogênese. Sob a perspectiva terapêutica, tem sido utilizada em Oftalmologia, Odontologia, Cirurgia Plástica e particularmente na Anestesia, para melhorar a permeação dos anestésicos locais [17,18,25,29-34]. A hialuronidase apresenta uso off-label para correção de efeitos adversos e reações induzidas pelo ácido hialurônico, ou seja, não é homologado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para esse determinado fim [25].

Os compostos farmacológicos de hialuronidase podem conter várias substâncias contaminantes como proteases, imunoglobulinas e fatores vasoativos, tornando-se assim uma substância mais imunogênica. Reações alérgicas à hialuronidase foram relatadas, geralmente caracterizados por edema eritematoso [17,18,25,29,31,33-36]. A hialuronidase é uma preparação enzimática extraída de testículos de ovelha ou bovinos, ou de células de ovário de hamsters [18,34,35]. Tratando-se da origem biológica destes fármacos, deve-se considerar o risco da infecção priônica. O príon é uma partícula de proteína indetectável, inclusive por métodos de diagnóstico de biologia molecular, e agente etiológico da Encefalopatia Espongiforme Bovina (“doença da vaca louca”) no rebanho animal, e da doença de Creutzfeldt-Jakob na população humana [25,34,37].

Face aos inúmeros riscos já apresentados, testes cutâneos podem ser realizados, com o propósito de reduzir o risco de reações alérgicas à hialuronidase. Entretanto, esta competência é do médico alergologista. Em casos de urgência, como em oclusões vasculares, o teste cutâneo pode ser suprimido. Nessas situações, a disponibilidade de adrenalina na clínica odontológica é aconselhável, mas que raramente o cirurgião-dentista a dispõe em sua atividade clínica habitual [17,18,25,33,35].

A aplicação de hialuronidase tem sido feita indiscriminadamente na Odontologia. O cirurgião-dentista deve considerar as possíveis complicações e torná-la estritamente necessária, com seu uso racional [25].

1.3 Bichectomia (redução do corpo adiposo das bochechas)

A bichectomia objetiva a retirada da bola de Bichat (ou corpo adiposo das bochechas), cujo esvaziamento promove a remodelação e afinamento do terço inferomedial da face, que torna a aparência do rosto mais triangular e elegante, e supostamente o efeito de emagrecimento facial. A técnica é realizada por meio de acesso intraoral na região do fórnice da mucosa alveolar, na região do 1º molar superior, bilateralmente [38,39].

O corpo adiposo da bochecha é denominado bola de Bichat, descrita pela primeira vez em 1802 pela anatomista e bióloga francesa Marie-François Xavier Bichat (1771 - 1802). O corpo adiposo de Bichat apresenta-se fisiologicamente como almofada ou coxim, instalada entre a musculatura que compõe a bochecha, incluindo os músculos da mastigação [38].

No passado, a remoção parcial do corpo adiposo de Bichat, chamada lipectomia bucal, foi indicada para preencher defeitos decorrentes de comunicações e / ou ressecções maxilares. Recentemente, esta técnica tornou-se popular na estética facial porque fornece aos pacientes a sensação de um rosto mais delicado, no qual o osso zigomático torna-se mais proeminente devido à redução no volume das bochechas. Outra suposta indicação ocorre quando há trauma na mucosa bucal devido a mordida, causada pelo volume da bochecha. No entanto, a indicação da técnica tem sido banalizada e muitos profissionais não estabelecem o correto diagnóstico de alterações no volume facial. Além disso, há falha por parte dos profissionais na conduta pelas possíveis complicações trans e pós-cirúrgicas [38].

Lesões no ducto parotídeo ou na glândula parótida, e na região vestibular do ramo do nervo facial são as complicações mais comuns desta intervenção cirúrgica [39]. Lesões no parênquima glandular podem causar sialoceles ou fístulas salivares; e lesões no nervo facial podem gerar paralisia facial (temporária ou permanente); além de trismo; infecção; hematomas; equimoses; enfisema submucoso; assimetria facial ou depressões na bochecha. Vale a pena mencionar que todas essas complicações requerem terapêutica cirúrgica ou farmacológica [38,39].

Outro fator importante a ser considerado é que, durante o curso da idade, há remodelação óssea e de tecidos moles causados pelo envelhecimento. Nesta perspectiva, o volume facial é considerado quando realizada em uma idade mais tenra. Entretanto, no decorrer da vida, com o processo de envelhecimento, a área facial em que o corpo adiposo foi removido, pode

apresentar aspecto caquético e cadavérico, e no futuro, pode exigir a aplicação de preenchimentos faciais (ácido hialurônico). Devido à região e quantidade, os preenchimentos faciais nem sempre alcançam resultados satisfatórios. É importante enfatizar que os riscos do uso de preenchimentos faciais ainda são incorridos pelo paciente [6], incluindo problemas jurídicos e de litígio [2-6,23].

A escassez de pesquisas sobre o acompanhamento longitudinal dos pacientes e possíveis complicações deste procedimento sustentam ainda mais a controvérsia da bichectomia para a melhora estética da face. Outras pesquisas sobre o acompanhamento pós-cirúrgico longitudinal de pacientes, incluindo as taxas de satisfação e o incentivo para relatar complicações pós-cirúrgicas são justificadas. Enfatizamos ainda necessidade do cirurgião-dentista de acautelar-se e bem refletir sobre a adequação, antes de oferecer este procedimento em sua prática, o que na maioria das vezes é subestimado [38].

1.4 Fios de polidioxanona (PDO)

Utilizado desde 1998, o uso de fios para suspensão e rejuvenescimento facial foi aprimorado, com diversas técnicas e procedimentos. Originalmente, alguns pacientes não aceitavam a inserção de fios não absorvíveis e permanentes em permeio ao tecido mole facial, como é o caso dos fios de ouro. Essa condição inicial gerou a necessidade do desenvolvimento de fios absorvíveis, como os fios de polidioxanona (PDO) [40,41].

O procedimento consiste em uma pequena incisão na pele próximo ao couro cabeludo, pela passagem com fios subcutâneos na face e pescoço, para compensar a flacidez dos tecidos e a ptose facial, evitando grandes incisões e reduzindo o tempo de recuperação, em comparação aos procedimentos de cirurgia plástica. Existem vários tipos de fios e suas respectivas funções: lisos, que estimulam o colágeno, mas não promovem o facelift; espiculados, cônicos ou parafusos, com garras, que promovem a suspensão do tecido e consequentemente o efeito rejuvenescedor [40-42].

Embora muito especulado pela mídia leiga, há pouca informação na literatura médica sobre segurança, eficácia, longevidade, técnicas e possíveis complicações. Apesar de ser considerado um procedimento minimamente invasivo, podem ocorrer complicações como eritema e edema; sangramento e hematoma; distúrbios neuropáticos com dor, formigamento e coceira; endurecimento do tecido ao redor do fio; formação de pápulas; saída da ponta

do fio na pele (conforme observado na Figura 2); infecções; irregularidades, retrações, assimetrias faciais temporárias e cicatrizes. O fato comum a todas as técnicas e tipos de fios é a resposta inflamatória e a produção de fibrose ao seu redor, causando o endurecimento adjacente [40-42].



Figura 2: Local de inserção de fios PDO espiculados (A). Extrusão dos fios PDO após 15 dias da instalação (B).

Estudos futuros são necessários sobre as reações biomecânicas e bioquímicas dos fios, mesmo que sejam absorvíveis e estimulem a produção de colágeno, bem como sobre as técnicas e reprodutibilidade mais adequadas, independente do executor. Resultados de longa duração e efeitos colaterais também devem ser relatados. E principalmente, qual a natureza e comportamento biológico dos fios adjacentes frente aos músculos mímicos e seus movimentos repetitivos. Além disso, se a presença dos fios, mesmo absorvíveis, pode interferir em procedimentos estéticos ou reconstrutivos no futuro (40).

1.5 Rinoplastia e Alectomia

Na busca pela mudança e expectativa de resultado estético, o nariz destaca-se como uma das principais requisições faciais. O nariz é influenciado por características sociais e culturais, embora seja definido pela hereditariedade e etnia [43,44].

O nariz sempre teve sua correção tratada pela cirurgia plástica, exceto pela ação terapêutica do cirurgião bucomaxilofacial, em casos de

fraturas. Deve-se considerar também a curva de aprendizado do cirurgião bucomaxilofacial, na qual são necessários 2 a 3 anos de estudo e atividades clínico-cirúrgicas [43].

O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas reparadoras sempre foi alvo da cirurgia plástica, individualizando o procedimento para cada necessidade e paciente [45-47]. Recentemente, o cirurgião-dentista tem trabalhado em nível nasal com fins estéticos. No passado, as abordagens estéticas da cirurgia nasal eram baseadas na filosofia reducionista, sendo realizadas ressecções de cartilagem e estreitamento da base óssea. Os resultados, tanto funcionais como estéticos, a longo prazo foram limitados e de difícil resolução. A lei de Poiseuille - lei física que analisa o fluxo laminar no interior de condutores tubulares, como é o caso das fossas nasais - determina que o fluxo seja proporcional à quarta potência do raio. Portanto, mesmo mudanças exponencialmente pequenas no diâmetro das narinas podem reduzir o fluxo de ar. Para evitar esses problemas, com o passar do tempo, a rinoplastia redutora não vem sendo mais empregada. A rinoplastia estruturada passou a ser empregada, cujo princípio básico é a manutenção e estabilização das estruturas de sustentação do nariz [48]. A alectomia (redução da asa nasal) tem se apresentado como uma proposta mais conservadora em relação à rinoplastia estruturada [43,44,49]. O escopo deste procedimento é reduzir as asas nasais para promover o afinamento do nariz. A técnica proposta parece simples. Sob anestesia local, é realizada a remoção bilateral da porção distal das asas nasais. No entanto, nesta remoção de tecido, as cartilagens que sustentam o nariz para permitir a passagem do ar também podem ser removidas. A obstrução nasal é uma das queixas mais prevalentes nos pacientes [43,47]. Considerando a retirada bilateral de parte da asa do nariz em sua porção distal, há o efeito de retração do tecido cicatricial, reduzindo posteriormente o óstio do fluxo aéreo. A Figura 3 ilustra o resultado estético parcial após a alectomia, com enfraquecimento das paredes laterais das asas nasais, colapso da válvula nasal e redução e fechamento da passagem de ar durante a respiração [43]. A paciente requer novo procedimento cirúrgico reparador para aumentar o fluxo de ar durante a inspiração.



Figura 3: Resultado parcial (pós-cirúrgico de 7 dias) após a alectomia realizada por cirurgião-dentista.

Outras áreas como ápice nasal, dorso e columela também são abordadas por alguns profissionais, comprometendo ainda mais os resultados. Dependendo do dano causado, é possível reparar o nariz por meio de cirurgia plástica reconstrutiva. Há casos em que várias intervenções são necessárias para recuperar a estrutura. Em casos mais complicados, os cirurgiões plásticos usam enxertos de outras partes do corpo, como cartilagem de costela ou orelha para estruturar o nariz e enxertos de pele para recuperar o tecido de pele perdido da asa do nariz, como foi observado no caso da Figura 1. Cicatrizes e perda de função devem ser consideradas. Infelizmente, em algumas vezes, a aparência original é inatingível [43].

No Brasil, a Resolução 230 de 14 de agosto de 2020 do Conselho Federal de Odontologia proibiu expressamente a realização de alectomia por cirurgião-dentista [50]. Mesmo assim, ainda existem profissionais maliciosos e inescrupulosos realizando a técnica.

1.6 Ritidoplastia e Blefaroplastia

A ritidoplastia, também conhecida como lifting facial, é um procedimento cirúrgico plástico realizado com o objetivo de diminuir as marcas causadas pelo envelhecimento facial, como rugas, vincos ou linhas de expressão mais profundas. Esses procedimentos podem ser realizados em conjunto com outros, como a blefaroplastia. A blefaroplastia é uma cirurgia plástica realizada com o objetivo de rejuvenescer as pálpebras e a região

dos olhos. A associação desses procedimentos estéticos é bastante comum, visando melhores resultados para a face como um todo [51,52].

Sob anestesia local, ou preferencialmente geral, o excesso de pele que causa a flacidez facial é removido. Consequentemente, as marcas de expressão, vincos e rugas existentes na face são minimizadas. Teoricamente, as cicatrizes resultantes dos procedimentos associados são discretas. No entanto, muitos desses procedimentos têm sido realizados por cirurgiões-dentistas e, devido a questões técnicas e científicas, muitas complicações graves têm sido observadas [51,52].

A idade para iniciar esses procedimentos é a partir dos 50 anos [52]. Nessa perspectiva, qualquer procedimento antes dessa idade, parece tornar-se uma agressão à paciente, mesmo que pretendida por ela. O profissional é responsável pela informação, orientação e educação do paciente, mesmo que ele decline e recuse o procedimento e perca o caso [51].

Entre as principais complicações decorrentes da ritidoplastia e da blefaroplastia estão hematoma pós-cirúrgico, com sintomatologia dolorosa aguda, edema, equimose, pele tensa, trismo e ansiedade; seroma (formação de conteúdo seroso próximo à cicatriz da cirurgia); lesão do nervo facial, com fraqueza facial temporária; lesão do nervo auricular, com parestesia, dormência e dor na região pré-auricular; congestão vascular ou comprometimento arterial e posterior necrose do retalho cutâneo; formação de cicatrizes hipo ou hiperpigmentadas e hipertróficas (quelóides); alterações morfológicas da orelha, por deslocamento tragal e deformidade do lóbulo da orelha ou sua aderência direta à bochecha (“orelha de duende”); lesão do ducto parotídeo, sialoceles; perda de cabelo; e pobres resultados estéticos [51-55]. Secundariamente e com menor frequência, outras complicações como infecção e trombose venosa profunda podem ser observadas. A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar são potencialmente devastadoras e podem levar a complicações fatais dos procedimentos de lifting facial [52,53]. Atenção deve ser dada ao tabagismo. Fumar aumenta o risco de necrose do retalho cutâneo em 12 a 20 vezes. Os sintomas agudos do tabagismo incluem vasoconstrição e alterações degenerativas na microvasculatura, como endarterite obliterativa, aumento da probabilidade de trombogênese, má cicatrização de feridas e hipóxia tecidual [52]. Campanhas antitabagismo por parte do cirurgião-dentista, que às vezes não são abordadas, devem fazer parte de nossa conduta preventiva e educativa [51].

Brilhantemente, Nahai (2019) [55] citou que, embora complicações

possam se dar e de fato ocorram, concordamos que pode haver algum ceticismo e descrença sobre a responsabilidade profissional de quem realiza o procedimento. O autor citou ainda que quando um novo procedimento ou técnica é lançado por "inovadores", existem os chamados "early adopters" (profissionais que seguirão mais rápido, sem muita consistência científica, concorrendo ao maior risco). Então lá são a "maioria inicial", a "maioria tardia" e, finalmente, "os retardatários". Estes últimos têm menos motivos para se arrepender. No Brasil, observamos essa postura entusiástica por parte dos cirurgiões-dentistas, principalmente os mais jovens, na Harmonização Orofacial, considerando apenas ganhos financeiros e econômicos por parte dos profissionais. Muitas vezes, os pacientes não necessitam ou não desejam tais procedimentos. No entanto, é importante ressaltar que o profissional arcará pela via da Responsabilidade Civil, sob os preceitos de negligência, imprudência e imperícia, respondendo por danos materiais, morais, estéticos e psíquicos em ações judiciais [1-6,23,24,28]. Além disso, vale destacar que existe legislação brasileira que proíbe a realização desses procedimentos por cirurgiões-dentistas [50].

1.7 Síndrome de Nicolau

A Síndrome de Nicolau, também chamada de Síndrome de Freudenthal-Nicolau ou embolia cutânea medicamentosa, é uma doença rara determinada por extensa necrose tecidual na área de aplicação intramuscular de certos medicamentos, incluindo antibióticos (penicilinas), corticosteróides, anti-inflamatórios não esteróides, antipsicóticos, antiepilépticos, anti-histamínicos, imunomoduladores, preenchimentos faciais e gordura autóloga [56-61].

A Síndrome de Nicolau é caracterizada por livedo reticular ou dermatite livedoide, uma das primeiras manifestações de obstrução vascular e subsequente necrose tecidual [56-61]. Foi originalmente descrito por Freudenthal em 1924 e por Nicolau em 1925, que observaram livedo reticular após aplicação intra-arterial de sal oleoso de bismuto na era pré-penicilina para o tratamento da sífilis [56-59,61].

A diferença entre os casos de Síndrome de Nicolau e a obstrução causada por preenchimentos faciais em gel (geralmente ácido hialurônico) é que o primeiro geralmente envolve vias do processo inflamatório ativado pelo material injetado, enquanto no segundo caso, obstrução vascular é observada mecanicamente. No entanto, as duas manifestações são clinicamente semelhantes, evoluindo igualmente. Observa-se clareamento

inicial seguido de livedo reticular eritromelalgia ulceração ou infarto dérmico [16,23,24,56-61]. Livedo (do latim lividus, azulado ou chumbo) e reticular (do latim reticularis, raiz, rede), manifesta-se como uma mácula violácea, com descoloração da pele semelhante a uma rede, que geralmente é um efeito benigno associado à exposição ao frio. Nos casos de Síndrome de Nicolau, o livedo reticular está relacionado à diminuição do fluxo sanguíneo decorrente do tromboembolismo cutâneo. Isso é também visto na borda de áreas necróticas. A evolução clínica deste evento pode incluir dor e desconforto desproporcional, exceto quando são administrados anestésicos locais [56-61]. Há também risco de cegueira quando há obstrução da artéria oftálmica ou acidente vascular cerebral isquêmico [16,59-61]. Alguns autores estabeleceram a relação entre a má técnica e a Síndrome de Nicolau [16,23-25,59,61].

A Síndrome de Nicolau pode ocorrer em decorrência de procedimentos estéticos como a aplicação de ácido hialurônico, utilizado no preenchimento facial, alectomia e rinoplastia. Esse último procedimentos pode modificar a vasculatura da ponta do nariz, tornando-se um fator de risco para o acometimento da Síndrome de Nicolau. O ácido hialurônico possui excelentes propriedades hidrofílicas e pode facilmente comprimir e bloquear o fluxo no lúmen vascular e causar embolização retrógrada. Comercialmente, os produtos mais recentes são misturados com lidocaína para fins anestésicos. Contudo, a lidocaína é um agente vasodilatador e pode aumentar o risco de embolização, ainda associada à capacidade hidrofílica do ácido hialurônico [56,59].

Quando causada pela aplicação de ácido hialurônico, a Síndrome de Nicolau pode ser tratada pela injeção de hialuronidase [25,69-61]. Entretanto, seu emprego deve ser considerado frente aos possíveis riscos, como já foi abordado anteriormente.

Frente ao provável curso de ações ético-judiciais contra o profissional, estabelecendo a necessidade de indenização por danos, materiais, morais, estéticos e psíquicos [2-6,28], o cirurgião-dentista deve transmitir informações verdadeiras ao paciente sobre a técnica e possíveis riscos. Diante da persistência do paciente, o cirurgião-dentista deve recusar o procedimento e encaminhá-lo para um cirurgião plástico.

2. Fragilidades e Vulnerabilidade da Harmonização Orofacial

A priori, o termo “harmonização orofacial” parece mal empregado,

haja vista que harmonizar significa “estabelecer harmonia entre, fazer concordar, congraçar, pôr em harmonia, combinar” [62], ou seja, apresentar conformidade entre duas partes, aqui em questão, a oris (boca ou cavidade oral) e a face. Entretanto, é observado e perceptível, particularmente nas mídias sociais ou em aulas expositivas, que o cirurgião-dentista focou única e exclusivamente na atuação em face [4,6]. Infelizmente, a nova especialidade odontológica é na atualidade, a área de atuação em que há maior propagação profissional e social. A maioria dos casos divulgados em mídias sociais, por exemplo, apresentam apenas os benefícios estéticos oriundos destas técnicas, descaracterizando a terapêutica como finalidade importante da Odontologia. A Harmonização Orofacial é uma especialidade recém-criada e muito atrativa aos novos cirurgiões-dentistas e recém-egressos da academia. Esta nova classe odontológica não executa a profissão Odontologia como antes, focando suas atividades em procedimentos estéticos [4,6]. Adicionalmente, considerando o termo “Harmonização Orofacial” e o conceito amplo de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de afecções e doenças", conjectura-se que todas as outras 22 especialidades odontológicas reconhecidas já o admitem, e que o cirurgião-dentista atue com diligência. Considerá-lo (o termo) é uma afronta às demais especialidades, ou, ao menos, um pleonasmo vicioso. Exemplificando, considera-se que faça parte da Odontologia, por finalidades estéticas ou terapêuticas, o conceito de “harmonização”.

A área de atuação anatômica do cirurgião-dentista compreende a área delimitada superiormente pelo ponto náseo e inferiormente pelo osso hióide (no sentido crânio-caudal), e lateralmente entre os tragus (no sentido látero-lateral), compreendendo todas as estruturas anexas e afins. Estas últimas incluem pele (epiderme e derme), e as normativas odontológicas geralmente reportam este fato, considerando que o cirurgião-dentista sempre atuou nesta seara, realizando procedimentos de drenagens de abscessos, incisões, remoções de lesões e suturas extrabuciais. Entretanto, cabe mais particularmente ao cirurgião bucomaxilofacial (cirurgião-dentista especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial), a execução destes procedimentos, na maioria das vezes, em âmbito hospitalar. Infelizmente, a escassez de normativas sobre a área de atuação e atividade de cirurgiões-dentistas favoreça esta polêmica. Mas é fato que o cirurgião-dentista atue no sistema estomatognático e em estruturas anexas e afins, contribuindo às funções como mastigação, deglutição, digestão, fonação e à estética do sorriso [63].

Quando há o acidente ou complicação trans ou pós-procedimento, sejam elas imediatas ou tardias, reversíveis ou irreversíveis, a competência para o tratamento é, quase sempre do médico cirurgião-plástico, principalmente se for irreversível, quando há a necessidade ou indicação de procedimentos cirúrgicos reparadores. Nesta perspectiva, por que realizar procedimentos estéticos com outros profissionais não médicos? Acreditamos que a maioria da população que procura este tipo de procedimento, busca o consultório odontológico por um único fim: economia. Esta procura se deve também ao fato de que, possivelmente, tais procedimentos, outrora realizados pelos médicos, fossem mais dispendiosos quando realizados pela classe médica, favorecendo o fluxo à cadeira odontológica [2-6].

Em agosto de 2020, o Conselho Federal de Odontologia publicou a Resolução CFO 230 [50], proibindo alguns procedimentos pelo cirurgião-dentista, dentre eles alectomia, blefaroplastia, lifting de sobrancelhas, otoplastia, rinoplastia e ritidoplastia (lifting facial). Tal resolução cita as interpretações equivocadas da expressão “áreas afins” do sistema estomatognático. Acreditamos que este declínio do Conselho Federal de Odontologia seja uma medida restritiva diligenciando esta inequívoca “abertura de mercado”.

3. Considerações sobre as cicatrizes das vítimas

A busca por padrões de beleza elevados pode conduzir à ansiedade e impactar negativamente a qualidade de vida, particularmente em mulheres jovens. A facilidade do acesso a informações, o culto ao corpo e a saúde tem trazido cada vez mais à tona a insatisfação e a não aceitação de marcas impostas por outros ao corpo [1,64].

Como foi observado nos casos anteriormente apresentados, pode ocorrer perda tecidual, infecção, retrações, quelóides ou pigmentações teciduais. Entretanto, deve ser considerada ainda a influência psicológica das cicatrizes em vítimas de agressões, que afetam a autoestima, a imagem corporal e o bem-estar emocional das vítimas. Adicionalmente, as cicatrizes podem resultar em estigmatização social, isolamento e dificuldades nos relacionamentos pessoais e profissionais. O estigma da cicatriz se correlaciona com sua aparência, localização, sequelas e oportunidade de ocultação, quando possível. Entretanto, em áreas que não podem ser ocultadas, principalmente na face, as lesões estão intimamente relacionadas a ansiedade e baixa autoestima. Ansiedade e a depressão decorrentes de

cicatrizes podem ocorrer mais comumente em mulheres com menos de 50 anos [64].

O tratamento necessário para esses pacientes é complexo e pode demandar diversos procedimentos até o resultado definitivo. O acompanhamento psicológico deve iniciar antes das intervenções cirúrgicas e seguir após a conclusão. O uso de maquiagem pode melhorar a percepção da autoimagem ao reduzir situações sociais de desconforto para as vítimas [64].

4. Judicialização das complicações decorrentes da Harmonização Facial pelo cirurgião-dentista

A priori, é importante destacar, que o princípio da dignidade da pessoa humana, considerado o núcleo axiológico dos demais princípios, representa a base hermenêutica e de aplicação dos princípios fundamentais oriundos da Constituição Federal do Brasil, bem como dos direitos fundamentais. Dentre estes, o direito à inviolabilidade da honra, da imagem e da integridade física, moral e psíquica das pessoas [65].

Na perspectiva do Direito, cabe a interpretação da promessa de resultado e presunção de sucesso. Em sua ausência, aplicam-se os conceitos da responsabilidade civil, concorrendo o profissional aos danos materiais, morais, estéticos e psíquicos, baseados na premissa de negligência, imperícia e imprudência, pelos artigos 948 ao 951 [66]. Além do risco da aplicação do Código Penal, “Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” [67]. Em relação ao Direito Consumerista [68], a Harmonização Orofacial pode ser avaliada sob o aspecto da obrigação de resultado, e não de meio, como pode ser observado em poucas especialidades odontológicas, como a Endodontia, Periodontia, Implantodontia ou Cirurgia [2-6].

Infelizmente, esta prática - agora reconhecida como especialidade odontológica - vem apresentando diversas complicações trans e pós-cirúrgicas, que incluem edema, formação de nódulos, sintomatologia dolorosa, necrose tecidual, assimetrias, visão turva, cegueira e até morte [1-6,69-71]. O desconhecimento por parte do cirurgião-dentista também enseja possíveis riscos no tratamento destas complicações, como por exemplo a injeção de hialuronidase no tratamento das complicações decorrentes da aplicação de ácido hialurônico, supracitado [25].

Nesta perspectiva, baseadas na banalização desses procedimentos

ofertados pelo cirurgião-dentista, as ações judiciais contra esses profissionais têm como característica, na seara cível, a responsabilidade civil, quando se apura a culpa por negligência, imprudência ou imperícia do agente causador do dano. Tal apuração pode culminar numa reparação por danos morais, psíquicos, materiais e estéticos. Noutra senda, na seara penal, serão apurados se o agente causador do dano agiu de forma culposa ou dolosa (na modalidade dolo direto ou eventual). Assim, é possível a condenação por lesão corporal, homicídio culposo ou até homicídio doloso [1-6,28].

Na problemática do dano, considera-se ainda, atualmente, o dano psíquico, caracterizado pelo dano à saúde e suas consequências, no âmbito jurídico penal e da tutela da saúde. De acordo com Leite dos Santos e Araújo (2019) [28], o dano psíquico deve ser equiparado às lesões corporais graves ou gravíssimas, de acordo com o disposto no artigo 129, do Código Penal [28].

O dano psíquico é representado pela deterioração, disfunção, distúrbio ou transtorno, ou desenvolvimento psicogênico ou psicorgânico que, afetando suas esferas afetiva, intelectual ou volitiva, limita sua capacidade de gozo individual, familiar, atividade laborativa, social e recreativa. Compreende-se este como a manifestação de uma disfunção da conduta, psicológica ou biológica do indivíduo, seja qual for a sua causa de origem. Por dano psíquico entende-se a lesão às faculdades mentais - parcial ou globais de um indivíduo. O dano à psique do indivíduo é decorrente no seu estado emocional de tal forma que ela sofra, indubitavelmente, em razão do fato que originou a lesão [28]. As autoras ainda exemplificaram que essa modalidade de dano é observada em vítimas de lesões deformantes, que sofreram alterações psicológicas.

Juridicamente, o dano psíquico é suportado pela lesão objetiva ao direito subjetivo de não ser submetido ao tratamento desumano ou degradante (art. 5º, inciso III, da Constituição Federal), ao direito à honra e a imagem das pessoas, assegurados o direito a indenização por danos material, moral e à imagem, decorrentes de sua violação (art. 5º, incisos V e X, da Constituição Federal) [65].

Sob o aspecto processual, a proposta de Justiça Restaurativa por Leite dos Santos (2023) [72] é logicamente plausível. Definido pelo processo restaurativo humanizado e colaborativo, focado na vítima, na reparação do dano, na reintegração, na equidade, em sua recuperação e superação, aproxima a vítima do ofensor. O princípio da dignidade da pessoa humana

é amplamente revisitado. A Justiça Restaurativa entrelaça vítimas e suas necessidades e o agressor, implicando a esse último, responsabilidades e obrigações. A Justiça Restaurativa apresenta-se como uma ferramenta possivelmente aplicável e oportuna em casos de ações decorrentes de complicações da Harmonização Orofacial.

A Justiça Restaurativa é suportada pela vitimologia, explorando a características biológicas, psicológicas, morais, sociais e culturais da vítima da sua relação com o agressor, e da vitimização, como fenômeno social [72].

5. Normas Diversas para a Proteção das Vítimas

Além do conteúdo previsto na Constituição Federal e nos Códigos Civil, Penal e Consumerista, há outras normativas específicas à proteção das vítimas.

A Resolução nº 40/34 adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1985 [73], versa sobre os Princípios Básicos de Justiça de Vítimas de Criminalidade e Abuso de Poder às Vítimas. A Resolução garante o acesso à justiça e tratamento justo, no qual as vítimas devem ser tratadas com compaixão e respeito pela sua dignidade. Têm direito de acesso aos mecanismos da justiça e a uma pronta reparação do dano que tenham sofrido, nos termos previstos pela legislação nacional em vigor.

O parágrafo 8 estabelece que os autores de crimes devem reparar de forma equitativa o prejuízo causado às vítimas. Tal reparação deve incluir a restituição de bens, indenização pelo dano ou prejuízo sofrido, reembolso das despesas realizadas em consequência da vitimização, a prestação de serviços e o restabelecimento de direitos. O parágrafo 12 determina que caso não seja possível obter do agressor a indenização completa, o Estado deve procurar assegurar a indenização financeira à vítima que tenha sofrido um dano corporal ou um atentado importante à sua integridade física ou mental, em resultado de ato criminoso grave. “As vítimas devem receber a assistência material, médica, psicológica e social de que necessitem através de meios governamentais, voluntários, comunitários e autóctones” (parágrafo 14). “As vítimas devem ser informadas da existência de serviços de saúde, de serviços sociais e de outras formas de assistência que lhes possam ser úteis, e devem ter fácil acesso aos mesmos” (parágrafo 15) [73].

Outra proposta foi a Lei Nº 6.928/2021 no Distrito Federal, que dispõe o Programa de Acolhimento de Vítimas, Análise e Resolução de Conflitos

(AVARC), que versa sobre estratégias preventivas à vitimização e sobre grupos de práticas restaurativas, nos casos de violência física, psíquica, patrimonial ou social. O art. 5º, inciso I, define a vítima decorrente de erro médico, dentre outras, em particular situação de vulnerabilidade [74].

6. Perspectivas Futuras

Grandes avanços têm sido dados em nossa legislação. Buscando o reconhecimento da dignidade das vítimas, tramita na Câmara dos Deputados o profícuo Projeto de Lei 3890/2020 de autoria da Promotora de Justiça de São Paulo, Celeste Leite dos Santos (coautora desse artigo), e acolhido pelo Deputado Federal Rui Falcão, que cria o Estatuto da Vítima (72). O PL versa sobre medidas de assistência e atendimento às vítimas de violência e dá outras providências, inclusive assistenciais.

Nessa perspectiva, no escopo em promover a divulgação de informações e propagar orientações às vítimas da Harmonização Orofacial, a página do Instagram @esteticaderisco (<https://www.instagram.com/esteticaderisco/?hl=pt>) vem desempenhando imensa importância social, na qual uma de nossas coautoras (RRC) é partícipe e mentora. A página se intitula como orientadora e alerta às vítimas de complicações decorrentes de procedimentos estéticos por duas vítimas de necrose após procedimentos estéticos (@prillaguiar e @rafinhacavalcanti80).

A violação do direito à saúde, decorrente da própria atuação do profissional da área da saúde é inconcebível. Esses profissionais devem ser responsabilizados e arcar com as custas dos danos gerados pela prática inadequada. A falta da responsabilização aumenta a sensação de isenção e imunidade e desperta a cultura da impunidade. Se são observadas as falhas ético-legais, técnico-profissionais ou institucionais, elas devem ser sanadas, corrigidas ou evitadas.

Deixamos aqui registrado que, em abril de 2016, o autor (IGP) solicitou e conduziu reunião (na época denominada Comissão de Biomateriais) no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, pontuando aspectos negativos da atuação do cirurgião-dentista na área estética, particularmente com o emprego do ácido hialurônico como preenchimento. Foi sugerida a expressa vedação desta atuação pelo cirurgião-dentista, com perspectivas aos prováveis processos éticos e judiciais previstos no futuro. A solicitação foi negada e alegado o direito adquirido. Apesar de “voto vencido”, o autor (IGP) vem divulgando, desde 2012, em artigos científicos e aulas expositivas,

os possíveis riscos e complicações, bem como seus efeitos jurídicos oriundos desta atuação deletéria.

Considerações Finais

A Harmonização Orofacial, especialidade recém-reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia, agrada a maioria dos profissionais pelo aspecto financeiro, e também é contemplada por boa parte da população consumidora. Apesar da procura pelo paciente, e pela insegurança jurídica frente às possíveis ações ético-judiciais, o cirurgião-dentista deveria declinar dessa prática perigosa. Nós, cirurgiões-dentistas, autores desse trabalho, tornamo-nos contrários à esta prática. Nossa intenção não é depreciar a Odontologia. Pelo contrário, valorizar a nossa profissão, acima de tudo respeitando os nossos pacientes e colegas. Subsequentemente, os cirurgiões-dentistas podem beneficiar seus pacientes e a sociedade, oferecendo melhores opções terapêuticas ou, orientando o paciente para o melhor tratamento, talvez com outros profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Pedron IG. **Orofacial harmonization and botulinum toxin application in the context of Dentistry**. Scientific Archives of Dental Sciences 2019;2(9):10-11.
2. Pedron IG. **Reflection: A Web of Repentance**. Scientific Archives of Dental Sciences 2019;2(8):31-33.
3. Cavalcanti RR, Pedron IG. **Dentistry and Litigation**. Scientific Archives of Dental Sciences 2020;3(8):1-2.
4. Pedron IG, Cavalcanti RR. **The importance of scientific divulgation**. Scientific Archives of Dental Sciences 2020;3(7):01-02.
5. Pedron IG. **A Reflection on Orofacial Harmonization performed by the Dental Surgeon**. ActaScientificDentalSciences2023;7(12):11-12. doi:10.31080/ASDS.2023.07.1743
6. Pedron IG. **The Liquid Dentist**. SVOA Dentistry 2023;4(6):252-253. doi: 10.58624/SVOADE.2023.04.0158
7. Ferreira DS. **Traumas em filhos de pais narcisistas**. Revista Internacional de Vitimologia e Justiça Restaurativa 2023;1(2):293-311. doi: 10.58725/rivjr.v1i2.30
8. Pedron IG. **Toxina botulínica** - Aplicações em Odontologia. Florianópolis: Ed. Ponto, 2016, 195 págs.

9. Pedron IG. **Therapeutic indications of the botulinum toxin type A in Dentistry.** Scientific Archives of Dental Sciences 2020;3(2):13-14.
10. Mendonça FF, Silva TCF, Risemberg RIS, Shitsuka C, Pedron IG. **Applications of botulinum toxin in Dentistry:** considerations about indications and contraindications. SVOA Dentistry 2021;2(5):197-202.
11. Raimundo NS, Martins JL, Sant'Ana Neto AL, Shitsuka C, Pedron IG. **Indications, contraindications and care in the botulinum toxin type A applications in Dentistry.** Scientific Archives of Dental Sciences 2021;4(6):38-43.
12. BRASIL. **Lei Nº 5.081**, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm
13. Pedron IG. **Comments on “The clinical approach to botulinum toxin in dermatology: A literature review”.** CosmoDerma 2023;3(84). doi: 10.25259/CSDM_90_2023
14. Santos EL, Francesco ERS, Maltarollo TH, Risemberg RIS, Shitsuka C, Pedron IG. **Management of stomatological signs and symptoms due to stress during the COVID-19 pandemic:** Case Report. SVOA Dentistry 2022;3(4):172-177.
15. Luna LN, Francesco ERS, Risemberg RIS, Shitsuka C, Pedron IG. **The application of botulinum toxin in times of COVID-19:** highlighting the upper third of the face. Scientific Archives of Dental Sciences 2022;5(9):01-05.
16. Pedron IG, Cavalcanti RR, Menezes VCL, Menezes JE, Silva LPN, Shitsuka C. **Facial fillers:** risk factor for non-medical health professions. Scientific Archives of Dental Sciences 2020;3(5):17-19.
17. Landau M. **Hyaluronidase caveats in treating filler complications.** Dermatologic Surgery 2015;41(1):S347-S353. doi: 10.1097/DSS.0000000000000555
18. Rzany B, Becker-Wegerich P, Bachmann F, Erdmann R, Wollina U. **Hyaluronidase in the correction of hyaluronic acid-based fillers:** a review and a recommendation for use. Journal of Cosmetic Dermatology 2009;8(4):317-323. doi: 10.1111/j.1473-2165.2009.00462.x
19. Wang M, Li W, Zhang Y, Tian W, Wang H. **Comparison of intraarterial and subcutaneous testicular hyaluronidase injection treatments and the vascular complications of hyaluronic acid filler.** Dermatologic Surgery 2017;43(2):246-254. doi: 10.1097/DSS.0000000000000955
20. American Society of Plastic Surgeons, 2022 **Plastic Surgery Statistics Report** (2022). Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics>
21. Rayess HM, Svider PF, Hanba C, Patel VS, DeJoseph LM, Carron M, Zuliani GF. **A cross-sectional analysis of adverse events and litigation for injectables fillers.** JAMA Facial Plastic Surgery 2018;20(3):207-214. doi: 10.1001/jamafacial.2017.1888

22. Beauvais D, Ferneini EM. **Complications and litigation associated with injectable facial fillers**: a cross-sectional study. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2020;78(1):133-140. doi: 10.1016/j.joms.2019.08.003
23. Pedron IG, Cavalcanti RR, Gaujac C, Shinohara EH. **Comments on Bouaoud and Belloc, 2020**: “Use of injectables in rhinoplasty retouching: towards and Evolution of surgical strategy? Literature review”. *Journal of Stomatology and Oral Maxillofacial Surgery* 2020;121(6):751-752. doi: 10.1016/j.jormas.2020.09.004
24. Pedron IG, Cavalcanti RR. **Complications of orofacial harmonization**. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* 2023;38(1):e0753. doi: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0753-PT
25. Pedron IG, Cavalcanti RR, Nucci da Silva LP, Shitsuka C. **Possible risks of using hyaluronidase in complications caused by hyaluronic acid in Dentistry**. *Scientific Archives of Dental Sciences* 2020;3(6):16-18.
26. Pedron IG. **Bone resorption as a possible late complication of labial fillers**. *Scientific Archives of Dental Sciences* 2022;5(7):29-30.
27. Lourenço D, Pedron IG. **Possible late complications due to lip filling**: tooth movement. *Scientific Archives of Dental Sciences* 2022;5(11):19-21.
28. Leite dos Santos MCC, Araújo M. **Aspectos críticos e jurídicos do dano psíquico e a Neurociência**. *Fronteiras Interdisciplinares do Direito* 2020;1(2):67. doi: 10.23925/2596-3333.2019v2i2a2
29. Park S, Lim LT. **Orbital inflammation secondary to a delayed hypersensitivity reaction to sub-Tenon’s hyaluronidase**. *Seminars in Ophthalmology* 2014;29(2):57-58. doi: 10.3109/08820538.2012.760616
30. Feighery C, McCoy EP, Johnston PB, Armstrong DK. **Delayed hypersensitivity to hyaluronidase (Hyalase) used during cataract surgery**. *Contact Dermatitis* 2007;57(5):343. doi: 10.1111/j.1600-0536.2007.01038.x
31. Rajalakshmi AR, Kumar MA. **Hyaluronidase hypersensitivity: a rare complication of peribulbar block**. *Indian Journal of Ophthalmology* 2016;64(2):160-162. doi: 10.4103/0301-4738.179717
32. Zamora-Alejo K, Moore S, Leatherbarrow B, Norris JH, Lake DB, Malhotra R, Selva D, Goggin M. **Hyaluronidase toxicity**: a possible cause of postoperative periorbital inflammation. *Clinical & Experimental Ophthalmology* 2013;41(2):122-126. doi: 10.1111/j.1442-9071.2012.02834.x
33. Wu L, Liu X, Jian X, Wu X, Xu N, Dou X, Yu B. **Delayed allergic hypersensitivity to hyaluronidase during the treatment of granulomatous hyaluronic acid reactions**. *Journal of Cosmetic Dermatology* 2018;17(6):991-995. doi: 10.1111/jocd.12461

34. Borchard K, Puy R, Nixon R. **Hyaluronidase allergy**: a rare cause of periorbital inflammation. *The Australasian Journal of Dermatology* 2010;51(1):49-51. doi: 10.1111/j.1440-0960.2009.00593.x
35. Kim MS, Youn S, Na CH, Shin BS. **Allergic reaction to hyaluronidase use after hyaluronic acid filler injection**. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy* 2015;17(5):283-285. doi: 10.3109/14764172.2015.1007069
36. Halliday L, Sia PI, Durkin S, Selva D. **Atypical case of hyaluronidase allergy with orbital compartment syndrome and visual loss**. *Clinical & Experimental Ophthalmology* 2018;46(5):563-564. doi: 10.1111/ceo.13128
37. Pedron IG, Pedron BG, Shinohara EH. **Infecções por príons e suas implicações na Odontologia**. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas* 2009;63(5):395.
38. Cavalcanti RR, Pedron IG. **Bichectomy** (buccal fat pad reduction) and your implications. *Scientific Archives of Dental Sciences* 2020;3(9):43-44.
39. Vieira GM, Jorge FD, Franco EJ, Dias LC, Guimarães MCM, Oliveira LA. **Lesions of the parotid gland and buccal artery after buccal fat pad reduction**. *The Journal of Craniofacial Surgery* 2019;30(3):790-792. doi: 10.1097/SCS.0000000000004880
40. Cavalcanti RR, Pedron IG. **Complications caused by facial lifting with PDO threads**. *Scientific Archives of Dental Sciences* 2021;4(4):24-25.
41. Ahn SK, Choi HJ. **Complication after PDO Threads lift**. *The Journal of Craniofacial Surgery* 2019;30(5):e467-e469. doi: 10.1097/SCS.0000000000005644
42. Rachel JD, Lack EB, Larson B. **Incidence of complications and early recurrence in 29 patients after facial rejuvenation with barbed suture lifting**. *Dermatologic Surgery* 2010;36(3):348-354. doi: 10.1111/j.1524-4725.2009.01442.x
43. Cavalcanti RR, Pedron IG. **Rhinoplasty and Alectomy** (nasal wing reduction) performed by the dental surgeon: another mistake! *Scientific Archives of Dental Sciences* 2021;4(8):22-24.
44. Adamson PA, Galli S. **Rhinoplasty approach**: Current State of the Art. *Archives of Facial Plastic Surgery* 2005;7(1):32-37. doi: 10.1001/archfaci.7.1.32
45. Daniel RK. **Mastering Rhinoplasty**. Berlin: Springer-Verlag, 2010:449.
46. Daniel RK. **Rhinoplasty: dorsal grafts and the designer dorsum**. *Clinics in Plastic Surgery* 2010;37(2):293-300. doi: 10.1016/j.cps.2009.12.009
47. Dolci EL, Dolci JE. **Algorithm for the treatment of external nasal valve insufficiency**. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2020;86(5):579586. doi: 10.1016/j.bjorl.2019.02.008

48. Brandon BM, Austin GK, Fleischman G, Basu S, Kimbell JS, Shokley WW, Clark JM. **Comparison of airflow between spreader grafts and butterfly grafts using computational flow dynamics in a cadaveric model.** JAMA Facial Plastic Surgery 2018;20(3):215-221. doi: 10.1001/jamafacial.2017.1994
49. Constantinides M, Liu ES, Miller PJ, Adamson PA. **Vertical lobule division in rhinoplasty:** maintaining an intact strip. Archives of Facial Plastic Surgery 2001;3(4):258-263. doi: 10.1001/archfaci.3.4.258
50. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO-230**, de 14 de agosto de 2020. Regulamenta o artigo 3º, da Resolução CFO-198/2019. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/230>
51. Cavalcanti RR, Pedron IG. **Rhytidoplasty and blepharoplasty performed by dental surgeons:** imminent risks. Scientific Archives of Dental Sciences 2021;4(7):21-22.
52. Cristel RC, Irvine LE. **Common complications in rhytidectomy.** Facial Plastic Surgery Clinics of North America 2019;27(4):519-527. doi: 10.1016/j.fsc.2019.07.008
53. Jacono AA, Alemi AS, Russell JL. **A meta-analysis of complication rates among different SMAS facelift techniques.** Aesthetic Surgery Journal 2019;39(9):927-942. doi: 10.1093/asj/sjz045
54. Truswell WH. **Complications in lower face rejuvenation: avoiding, minimizing, recognizing, dealing with them, and helping the patient through the process of fixing the problems.** Facial Plastic Surgery 2020;36(4):462-477. doi: 10.1055/s-0040-1713823
55. Nahai F. **Complications in Aesthetic Surgery:** evaluating the data. Aesthetic Surgery Journal 2019;39(9):1035-1036. doi: 10.1093/asj/sjz092
56. Pedron IG. **Nicolau Syndrome as complication of aesthetic procedures.** Scientific Archives of Dental Sciences 2022;5(8):19-20.
57. DeLorenzi C. **Complications of injectable fillers, part 2:** vascular complications. Aesthetic Surgery Journal 2014;34(4):584-600. doi: 10.1177/1090820X14525035
58. Eshraghi B, Shaygan P, Lajevardi N, Fazel M. **Nicolau syndrome, a rare though important complication of hyaluronic acid injection.** International Journal of Dermatology 2021;60(7):e285-e286. doi: 10.1111/ijd.15487
59. Andre P, Haneke E. **Nicolau syndrome due to hyaluronic acid injections.** Journal of Cosmetic and Laser Therapy 2016;18(4):239-244. doi: 10.3109/14764172.2016.1157260
60. Vargas-Laguna E, García-Gavín J, Bárcena-Ruiz E. **Safety in Dermatologic Procedures:** Vascular Occlusion by Filling Materials. Actas Dermo-sifilograficas (Engl Ed). 2021;10:S0001- 7310(21)00177-0. doi: 10.1016/j.ad.2021.04.00

61. Khan TT, Colon-Acevedo B, Mettu P, DeLorenzi C, Woodward JA. **An anatomical analysis of the supratroclear artery**: considerations in facial filler injections and preventing vision loss. *Aesthetic Surgery Journal* 2017;37(2):203-208. doi: 10.1093/asj/sjw132
62. Associação Brasileira de Ética e Odontologia Legal. **Nota Técnica Nº 3/2019**. Considerações sobre a Resolução CFO 198/2019. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/1adae6_776ced14459c439683693084821b85e1.pdf
63. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO 198**, de 29 de janeiro de 2019. Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica, e dá outras providências. Disponível em: <https://website.cfo.org.br>
64. Alves DG, Fedrizzi GZ. **Cicatrizes e seus efeitos psicológicos nas vítimas de agressões**. *Revista Internacional de Vitimologia e Justiça Restaurativa* 2023;1(2):313-328. doi: 10.58725/rivjr.v1i2.47
65. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
66. BRASIL. **Lei Nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm
67. BRASIL. **Decreto-Lei Nº 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
68. BRASIL. **Lei Nº 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm
69. Turner L. **News media reports of patient deaths following 'medical tourism' for cosmetic surgery and bariatric surgery**. *Developing World Bioethics* 2012;12(1):21-34. doi: 10.1111/j.1471-8847.2012.00320.x
70. Raggio BS, Brody-Camp AS, Jawad BA, Winters RD, Aslam R. **Complications associated with medical tourism for facial rejuvenation**: A systematic review. *Aesthetic Plastic Surgery* 2020;44(3):1058-1065. doi: 10.1007/s00266-020-01638-w
71. De Brauwier F, Bertolus C, Goudot P, Chaine A. **Causes for litigation and risk management in facial surgery**: A review of 136 cases. *Journal of Stomatology and Oral Maxillofacial Surgery* 2019;120(3):211-215. doi: 10.1016/j.jormas.2018.12.003
72. Leite dos Santos MCC. **Justiça Restaurativa** - Uma Justiça para o século XXI. *Revista Internacional de Vitimologia e Justiça Restaurativa* 2023;1(1):141-157. doi: 10.58725/rivjr.v1i1.8
73. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução nº 40/34**, de 29 de novembro

de 1985. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pfdc/temas/legislacao/internacional/declaracao-dos-principios-basicos-de-justica-relativos-as-vitimas-da-criminalidade-e-de-abuso-de-poder>

74. BRASIL. Distrito Federal. **Lei Nº 6.928**, de 02 de agosto de 2021. Institui o Programa de Acolhimento de Vítimas, Análise e Resolução de Conflitos - Avarc, que versa sobre estratégias preventivas à vitimização e sobre grupos de práticas restaurativas e dá outras providências. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/8d18ce5bb5d8402bb4213f2b4dec541e/Lei_6928_02_08_2021.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%206.928%2C%20DE%2002%20DE%20AGOSTO%20DE%202021&text=Institui%20o%20Programa%20de%20Acolhimento,restaurativas%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.

