REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

HARMONIZAÇÃO OROFACIAL E PLANEJAMENTO ESTÉTICO INTEGRADO: TENDÊNCIAS, EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E SEGURANÇA CLÍNICA NA ODONTOLOGIA MODERNA

OROFACIAL HARMONIZATION AND INTEGRATED ESTHETIC PLANNING: TRENDS, SCIENTIFIC EVIDENCE, AND CLINICAL SAFETY IN MODERN DENTISTRY

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 14/07/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/783481693

Francilena Maria Campos Santos Dias[1]

Eduardo Francisco de Souza Faco[2]

Idelmo Rangel Garcia Junior[3]

Marina Negreiros Soares Cruz[4]

Alice Pinheiro Macêdo Couto[5]

Luiza Santos Carvalho[6]

Igor Thiago Pinheiro Passos[7]

Juliana Carolina da Silva Soares[8]

Tatiana Elenice Cordeiro Soares[9]

RESUMO

A harmonização orofacial consolidou-se como uma importante área de atuação odontológica, ampliando as possibilidades terapêuticas voltadas à estética, ao equilíbrio funcional da face e à integração entre sorriso, tecidos periorais, proporções faciais e saúde do sistema estomatognático. Este estudo analisa as principais técnicas utilizadas na harmonização orofacial, enfatizando a importância do planejamento individualizado, da avaliação anatômica detalhada, da documentação clínica, da fundamentação científica das intervenções e da segurança do paciente. A pesquisa discute procedimentos como aplicação de toxina botulínica, preenchimentos com ácido hialurônico, bioestimuladores de colágeno, fios de sustentação, agregados plaquetários, laserterapia, tecnologias digitais, análise facial, planejamento do sorriso e integração com reabilitação oral. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e bibliográfico, fundamentado em literatura científica sobre odontologia estética, anatomia facial, estética orofacial, biomateriais, complicações vasculares, planejamento digital, ética profissional e segurança clínica. A análise demonstra que a previsibilidade dos resultados depende da integração entre diagnóstico facial, análise dentolabial, proporções individuais, envelhecimento, expectativa do paciente, domínio anatômico e seleção criteriosa das técnicas. Evidencia-se, ainda, que complicações como assimetrias, edema, infecção, nódulos, necrose tecidual, oclusão vascular e alterações funcionais exigem prevenção, diagnóstico precoce e protocolos de manejo adequados. Conclui-se que a harmonização orofacial deve ser compreendida como prática clínica interdisciplinar, baseada em evidências, ética e planejamento integrado, evitando excessos estéticos, padronização artificial da face e intervenções sem indicação. Resultados naturais, seguros e compatíveis com a saúde dependem de formação profissional

sólida, consentimento informado, documentação rigorosa, domínio técnico e centralidade no bem-estar do paciente.
Palavras-chave: harmonização orofacial; estética facial; odontologia estética; planejamento digital; segurança clínica; interdisciplinaridade; ácido hialurônico; toxina botulínica.

ABSTRACT

Orofacial harmonization has become an important field of dental practice, expanding therapeutic possibilities related to esthetics, functional balance of the face, and integration among the smile, perioral tissues, facial proportions, and health of the stomatognathic system. This study analyzes the main techniques used in orofacial harmonization, emphasizing the importance of individualized planning, detailed anatomical assessment, clinical documentation, scientific foundation of interventions, and patient safety. The research discusses procedures such as botulinum toxin application, hyaluronic acid fillers, collagen biostimulators, lifting threads, platelet concentrates, laser therapy, digital technologies, facial analysis, smile planning, and integration with oral rehabilitation. This is a qualitative, exploratory, and bibliographic study based on scientific literature on esthetic dentistry, facial anatomy, orofacial esthetics, biomaterials, vascular complications, digital planning, professional ethics, and clinical safety. The analysis demonstrates that predictable outcomes depend on the integration of facial diagnosis, dentolabial analysis, individual proportions, aging patterns, patient expectations, anatomical knowledge, and careful selection of techniques. It also shows that complications such as asymmetry, edema, infection, nodules, tissue necrosis, vascular occlusion, and functional changes require prevention, early diagnosis, and appropriate management protocols. The article concludes that orofacial harmonization should be understood as an

interdisciplinary clinical practice based on evidence, ethics, and integrated planning, avoiding esthetic excesses, artificial facial standardization, and interventions without indication. Natural, safe, and health-compatible outcomes depend on solid professional training, informed consent, rigorous documentation, technical mastery, and centrality in patient well-being.
Keywords: orofacial harmonization; facial esthetics; esthetic dentistry; digital planning; clinical safety; interdisciplinarity; hyaluronic acid; botulinum toxin.

1. INTRODUÇÃO

A harmonização orofacial tornou-se um dos temas mais discutidos da odontologia moderna, especialmente pela ampliação das possibilidades de integração entre estética facial, estética do sorriso, saúde bucal e equilíbrio funcional do sistema estomatognático. O crescimento da demanda por procedimentos minimamente invasivos, associado ao desenvolvimento de biomateriais, técnicas injetáveis, planejamento digital e novas tecnologias de imagem, transformou a face em campo de análise interdisciplinar no qual dentes, lábios, sorriso, pele, músculos, tecido adiposo, estruturas ósseas e expressões emocionais devem ser avaliados conjuntamente (MAGNE; BELSER, 2002; COACHMAN; CALAMITA, 2012; COTOFANA et al., 2019).

A estética orofacial contemporânea não pode ser reduzida ao aumento de volume, ao apagamento de rugas ou à reprodução de padrões padronizados de beleza. A face é uma unidade anatômica, funcional, expressiva e identitária. Qualquer intervenção estética precisa considerar idade, sexo, etnia, assimetrias naturais, padrão esquelético, dinâmica muscular, sorriso, oclusão, suporte labial,

proporções dentárias, envelhecimento facial, expectativas subjetivas e limites biológicos do paciente (RICKETTS, 1982; SARVER; ACKERMAN, 2003; SWIFT et al., 2021).

A odontologia possui relação histórica com a estética do sorriso, com a reabilitação oral, com a dimensão vertical, com a função mastigatória, com a oclusão e com os tecidos periorais. Nesse sentido, a harmonização orofacial amplia o olhar do cirurgião-dentista para além do dente isolado, favorecendo análise mais integrada entre sorriso, lábios, terço inferior da face e estruturas adjacentes (FRADÉANI, 2006; MAGNE; BELSER, 2002; COACHMAN; CALAMITA, 2012).

Contudo, a expansão da harmonização orofacial também trouxe desafios éticos, técnicos e científicos. O aumento da procura por procedimentos estéticos, muitas vezes impulsionado por redes sociais, filtros digitais e padrões faciais artificiais, pode estimular intervenções excessivas, desnecessárias ou mal planejadas. A literatura sobre estética médica e odontológica alerta que procedimentos minimamente invasivos não são isentos de riscos, especialmente quando envolvem preenchedores, toxina botulínica, bioestimuladores, fios e intervenções em regiões de complexidade vascular e nervosa (SIGNORINI et al., 2016; BELEZNAY et al., 2015; MURRAY et al., 2021).

A segurança clínica tornou-se eixo central da harmonização orofacial. Procedimentos injetáveis exigem conhecimento anatômico preciso, avaliação vascular, domínio das propriedades reológicas dos materiais, técnica adequada, planejamento conservador, documentação fotográfica, consentimento informado e preparo para manejo de intercorrências. Complicações como

edema, equimose, assimetria, infecção, nódulos, hipercorreção, migração de produto, necrose cutânea e oclusão vascular exigem prevenção e resposta rápida (DELORENZI, 2014; BELEZNAY et al., 2015; MURRAY et al., 2021).

No Brasil, a harmonização orofacial foi reconhecida como especialidade odontológica pelo Conselho Federal de Odontologia por meio da Resolução CFO nº 198/2019, sendo posteriormente complementada por atos normativos que buscam delimitar competências, requisitos formativos e segurança profissional. Essa regulamentação reforça que a atuação deve ocorrer no âmbito da odontologia, com finalidade estética e funcional, respeitando limites legais, éticos e científicos (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019; 2020; 2026).

Diante desse contexto, este artigo parte do seguinte problema de pesquisa: **quais são as tendências, evidências científicas e requisitos de segurança clínica que devem orientar a harmonização orofacial e o planejamento estético integrado na odontologia moderna?**

O objetivo geral é analisar a harmonização orofacial como prática odontológica integrada, discutindo técnicas, fundamentos anatômicos, planejamento estético, evidências científicas, segurança clínica, complicações, ética e interdisciplinaridade. Como objetivos específicos, busca-se: compreender a evolução da estética orofacial; discutir a importância da análise facial e dentolabial; examinar procedimentos como toxina botulínica, ácido hialurônico, bioestimuladores e tecnologias complementares; refletir sobre riscos e manejo de complicações; e propor diretrizes para planejamento

seguro e natural (CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004; SIGNORINI et al., 2016; SWIFT et al., 2021).

Defende-se como tese central que a harmonização orofacial somente alcança legitimidade clínica quando fundamentada em planejamento individualizado, evidência científica, domínio anatômico, ética profissional e integração com a saúde bucal, evitando a banalização estética, o excesso volumétrico e a padronização artificial da face.

2. METODOLOGIA

Este estudo adota abordagem qualitativa, exploratória e bibliográfica. A escolha por esse delineamento justifica-se pela necessidade de analisar criticamente a harmonização orofacial como campo interdisciplinar que envolve odontologia estética, anatomia facial, biomateriais, farmacologia, planejamento digital, segurança do paciente, ética profissional e regulamentação sanitária (CRESWELL, 2014; MINAYO, 2014).

A pesquisa foi estruturada como revisão narrativa integrativa, permitindo reunir contribuições de diferentes áreas do conhecimento, como dentística restauradora, prótese, ortodontia, cirurgia, dermatologia, cirurgia plástica, anatomia aplicada, medicina estética e saúde coletiva. Essa escolha é adequada porque a harmonização orofacial envolve técnicas heterogêneas e literatura dispersa em diferentes campos clínicos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; TORRACO, 2005).

A pergunta norteadora foi: **quais critérios clínicos, científicos e éticos devem orientar o planejamento estético integrado e a segurança em harmonização orofacial na odontologia moderna?**

Foram considerados como eixos de análise: estética facial; planejamento do sorriso; análise dentolabial; envelhecimento facial; toxina botulínica; ácido hialurônico; bioestimuladores; fios de sustentação; agregados plaquetários; planejamento digital; anatomia vascular; intercorrências; consentimento informado; ética profissional; interdisciplinaridade; e regulamentação odontológica (MAGNE; BELSER, 2002; SARVER; ACKERMAN, 2003; COTOFANA et al., 2019).

Entre os autores e documentos utilizados, destacam-se Carruthers e Carruthers (2004), Kane (2003), Jankovic (2004), De Maio (2004, 2018), Sundaram et al. (2016), Signorini et al. (2016), Beleznay et al. (2015), DeLorenzi (2014), Murray et al. (2021), Cotofana et al. (2019, 2020), Swift et al. (2021), Fagien et al. (2019), Goodman et al. (2020), Magne e Belser (2002), Fradéani (2006), Coachman e Calamita (2012), Sarver e Ackerman (2003), Beauchamp e Childress (2019), além de resoluções do Conselho Federal de Odontologia (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019; 2020; 2026).

Foram incluídas publicações relacionadas a harmonização orofacial, estética facial, preenchimento com ácido hialurônico, toxina botulínica, planejamento estético, complicações, segurança clínica, anatomia facial e odontologia estética. Foram excluídos textos sem autoria identificável, materiais publicitários, publicações com promessas de resultados garantidos, conteúdos não científicos e estudos sem relação direta com estética orofacial ou segurança clínica.

A análise foi organizada em categorias temáticas: fundamentos da harmonização orofacial; planejamento estético integrado; anatomia aplicada; toxina botulínica; preenchedores; bioestimuladores;

tecnologias complementares; complicações; ética; tendências digitais; interdisciplinaridade; e diretrizes clínicas.

Por se tratar de estudo bibliográfico, não houve coleta direta de dados com pacientes. Ainda assim, a discussão considera princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, consentimento informado, segurança do paciente, proporcionalidade estética e responsabilidade profissional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

3. HARMONIZAÇÃO OROFACIAL: CONCEITO, ESCOPO E EVOLUÇÃO NA ODONTOLOGIA

A harmonização orofacial pode ser compreendida como conjunto de procedimentos clínicos voltados ao equilíbrio estético e funcional da face, especialmente em sua relação com estruturas orais, periorais e do sistema estomatognático. Seu objetivo não deve ser modificar a identidade facial de forma artificial, mas restaurar proporções, suavizar sinais de envelhecimento, melhorar suporte tecidual, corrigir assimetrias selecionadas, otimizar a relação entre sorriso e face e favorecer bem-estar do paciente (DE MAIO, 2004; SWIFT et al., 2021).

O termo “harmonização” exige interpretação cuidadosa. Harmonia facial não significa simetria absoluta, padronização ou reprodução de um modelo universal de beleza. A face humana possui assimetrias naturais, variações étnicas, expressões individuais e características identitárias que devem ser preservadas. O excesso de intervenção pode produzir aparência artificial, descaracterização facial e prejuízo funcional (RICKETTS, 1982; SARVER; ACKERMAN, 2003; SWIFT et al., 2021).

A odontologia estética tradicional concentrou-se na proporção dentária, cor, textura, forma, alinhamento, linha média, exposição gengival, corredor bucal e relação dentolabial. Com o avanço da harmonização orofacial, o planejamento passou a incorporar suporte labial, projeção do mento, sulcos periorais, dinâmica do sorriso, exposição incisal, envelhecimento do terço inferior da face e equilíbrio entre dentes e tecidos moles (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006; COACHMAN; CALAMITA, 2012).

Essa ampliação é coerente com a compreensão de que o sorriso não é fenômeno exclusivamente dentário. O sorriso envolve músculos faciais, lábios, gengiva, dentes, arcadas, proporções faciais, tecido ósseo e expressão emocional. Sarver e Ackerman (2003) já defendiam que o planejamento ortodôntico e estético deveria considerar análise facial e sorriso dinâmico, e não apenas modelos dentários ou cefalometria estática.

A evolução dos procedimentos minimamente invasivos também contribuiu para a consolidação da harmonização orofacial. Toxina botulínica, ácido hialurônico, bioestimuladores, fios, tecnologias luminosas, agregados plaquetários e planejamento digital permitiram intervenções com menor tempo de recuperação e maior aceitação social, desde que corretamente indicadas (CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004; SIGNORINI et al., 2016; SUNDARAM et al., 2016).

Entretanto, a popularização desses procedimentos trouxe riscos. A banalização de técnicas injetáveis pode levar profissionais e pacientes a subestimar complicações. Procedimentos realizados sem avaliação anatômica, sem assepsia adequada, sem plano terapêutico, sem conhecimento vascular ou sem preparo para

intercorrências podem gerar danos relevantes (BELEZNAY et al., 2015; DELORENZI, 2014; MURRAY et al., 2021).

A harmonização orofacial deve, portanto, ser entendida como área clínica de alta responsabilidade. Seu escopo exige formação técnica, domínio anatômico, conhecimento farmacológico, compreensão estética, capacidade de diagnóstico e julgamento ético. A estética não pode ser dissociada da saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019).

4. PLANEJAMENTO ESTÉTICO INTEGRADO: FACE, SORRISO E SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

O planejamento estético integrado é o eixo central da harmonização orofacial segura. Nenhum procedimento deve ser indicado apenas porque o paciente solicita determinado produto ou porque uma técnica está em tendência. A decisão clínica deve partir de diagnóstico facial, análise dentária, avaliação funcional, expectativa do paciente, condição sistêmica, histórico de procedimentos prévios e limites anatômicos (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006; SWIFT et al., 2021).

A análise facial envolve proporções verticais e horizontais, simetria, perfil, projeção zigomática, suporte maxilar, projeção mandibular, mento, ângulo nasolabial, ângulo mentolabial, contorno mandibular, proporção dos terços faciais e qualidade dos tecidos moles. Contudo, esses parâmetros devem ser interpretados de forma individualizada, evitando aplicação rígida de medidas universais (RICKETTS, 1982; SARVER; ACKERMAN, 2003; COTOFANA et al., 2019).

A análise do sorriso inclui exposição dentária em repouso, linha do sorriso, corredor bucal, exposição gengival, linha média, plano incisal,

proporção dos dentes anteriores, textura, cor, forma, posição labial e dinâmica muscular. O sorriso deve ser avaliado em repouso, fala, sorriso social e sorriso espontâneo, pois fotografias estáticas podem subestimar alterações dinâmicas (SARVER; ACKERMAN, 2003; COACHMAN; CALAMITA, 2012).

A relação entre lábios e dentes é particularmente relevante. O preenchimento labial, por exemplo, não deve ser planejado isoladamente. Deve-se avaliar suporte dentário, posição dos incisivos, dimensão vertical, exposição incisal, oclusão, envelhecimento labial, assimetria, relação com filtro, arco do cupido e selamento labial. O aumento volumétrico sem diagnóstico pode prejudicar naturalidade e função (FRADÉANI, 2006; SWIFT et al., 2021).

O envelhecimento facial também deve orientar o planejamento. Com o tempo, ocorrem alterações ósseas, perda de compartimentos adiposos, flacidez ligamentar, alterações musculares, redução de colágeno, mudanças cutâneas e modificação do suporte perioral. O tratamento deve considerar essas camadas anatômicas, e não apenas rugas superficiais (MENDELSON; WONG, 2012; COTOFANA et al., 2019).

A integração com procedimentos odontológicos é indispensável. Em alguns casos, a queixa estética facial pode estar relacionada a perda de dimensão vertical, ausência dentária, colapso posterior, desgaste dentário, suporte labial insuficiente, sorriso gengival, maloclusão ou alterações periodontais. Nesses casos, procedimentos faciais isolados podem mascarar ou piorar o problema (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006; SARVER; ACKERMAN, 2003).

O planejamento digital pode contribuir para essa integração. Fotografias padronizadas, vídeos, escaneamento intraoral, desenho digital do sorriso, análise facial, tomografia, cefalometria e softwares de simulação podem melhorar comunicação com o paciente e equipe. Entretanto, simulações não devem ser apresentadas como promessa de resultado, mas como ferramenta de planejamento (COACHMAN; CALAMITA, 2012; JODA et al., 2017).

A anamnese também é parte do planejamento. Deve-se investigar histórico médico, alergias, uso de anticoagulantes, doenças autoimunes, gestação, lactação, infecções ativas, procedimentos prévios, preenchimentos antigos, cirurgias faciais, uso de isotretinoína, distúrbios de coagulação, histórico de herpes, expectativas emocionais e sinais de transtorno dismórfico corporal (PHILLIPS, 2005; FAGIEN et al., 2019).

A seleção de pacientes é tão importante quanto a técnica. Pacientes com expectativas irreais, busca de transformações extremas, insatisfação persistente com a própria imagem ou pressão externa intensa podem demandar abordagem cautelosa e, em alguns casos, encaminhamento psicológico ou recusa ética do procedimento (PHILLIPS, 2005; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

5. ANATOMIA FACIAL APLICADA À SEGURANÇA CLÍNICA

O domínio da anatomia facial é requisito inegociável para harmonização orofacial. A face possui complexa rede vascular, nervosa, muscular, ligamentar e compartimental. Procedimentos injetáveis realizados sem conhecimento anatômico aumentam o risco de lesão vascular, necrose, embolização, alterações funcionais,

assimetrias e danos neurossensoriais (COTOFANA et al., 2019; DELORENZI, 2014).

As artérias facial, angular, labial superior, labial inferior, infraorbital, supratroclear, supraorbital, temporal superficial e nasal dorsal são especialmente relevantes em procedimentos estéticos. A variação anatômica individual torna perigosa qualquer técnica baseada em mapas fixos e simplificados. Cotofana et al. (2019) destacam que conhecimento de planos anatômicos, profundidade, trajetos vasculares e zonas de risco é indispensável para reduzir complicações.

O preenchimento com ácido hialurônico, embora amplamente utilizado, pode causar oclusão vascular quando o material é injetado inadvertidamente em vaso ou quando comprime estruturas vasculares. A oclusão pode levar a isquemia, necrose cutânea e, em casos raros e graves, comprometimento visual quando há embolização retrógrada para circulação oftálmica (BELEZNAY et al., 2015; DELORENZI, 2014; MURRAY et al., 2021).

A região glabelar, nasal, sulco nasolabial, lábios, região infraorbital e fronte são descritas na literatura como áreas de maior atenção por sua vascularização e conexões anatômicas. Isso não significa proibição absoluta de tratamento nessas áreas, mas necessidade de técnica adequada, produto apropriado, baixa pressão de injeção, conhecimento anatômico, aspiração quando aplicável, cânulas em situações selecionadas e disponibilidade de manejo de intercorrências (BELEZNAY et al., 2015; SIGNORINI et al., 2016; MURRAY et al., 2021).

A anatomia muscular também é essencial para aplicação de toxina botulínica. Músculos como masseter, temporal, orbicular da boca, depressor do ângulo da boca, mentual, levantador do lábio superior e asa do nariz, zigomáticos, frontal, corrugador, prócero e orbicular dos olhos possuem funções específicas e interdependentes. Aplicações inadequadas podem gerar sorriso assimétrico, ptose, alteração da fala, dificuldade mastigatória, incompetência labial ou mudança indesejada da expressão facial (CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004; KANE, 2003).

O conhecimento dos compartimentos de gordura facial também orienta o uso de preenchedores e bioestimuladores. O envelhecimento não ocorre de forma uniforme; há alterações em compartimentos superficiais e profundos, remodelação óssea e deslocamento tecidual. Intervenções superficiais para problemas profundos podem produzir resultados artificiais, enquanto correções profundas mal indicadas podem gerar excesso volumétrico (MENDELSON; WONG, 2012; SWIFT et al., 2021).

A ultrassonografia tem sido discutida como ferramenta auxiliar em procedimentos estéticos, especialmente para identificação de vasos, produtos previamente aplicados, nódulos e complicações. Embora não substitua conhecimento anatômico, pode aumentar segurança em casos complexos, pacientes com histórico de preenchimentos prévios ou manejo de intercorrências (SCHELKE et al., 2018; GOODMAN et al., 2020).

Portanto, a anatomia aplicada à harmonização orofacial deve ser entendida como anatomia viva, variável e funcional. O profissional precisa conhecer não apenas estruturas, mas planos de aplicação,

dinâmica muscular, envelhecimento, riscos vasculares e resposta tecidual individual (COTOFANA et al., 2019; SWIFT et al., 2021).

6. TOXINA BOTULÍNICA: INDICAÇÕES, EVIDÊNCIAS E LIMITES CLÍNICOS

A toxina botulínica tipo A é uma neurotoxina utilizada em diferentes áreas da medicina e da odontologia por sua capacidade de bloquear temporariamente a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, reduzindo contração muscular. Na estética orofacial, é empregada para suavização de linhas dinâmicas, controle de sorriso gengival em casos selecionados, assimetrias musculares, hiperatividade do músculo mentual, elevação do canto oral e manejo de hipertrofia massetérica (JANKOVIC, 2004; CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004; KANE, 2003).

Na odontologia, a toxina botulínica também tem sido estudada em contextos funcionais, como dor miofascial, disfunção temporomandibular, bruxismo do sono e hipertrofia de músculos mastigatórios. Revisões sistemáticas sugerem potencial benefício em dor e redução de atividade muscular em casos selecionados, embora a literatura destaque heterogeneidade metodológica, necessidade de melhores ensaios clínicos e cautela quanto às indicações (DE LA TORRE CANALES et al., 2017; CHEN et al., 2023; BUZATU et al., 2024).

O uso estético da toxina exige planejamento dinâmico. Diferentemente do preenchimento, que atua na volumização ou suporte, a toxina modula força muscular. Por isso, a avaliação deve incluir expressões faciais, sorriso, fala, contração voluntária e equilíbrio muscular. Aplicações padronizadas sem análise individual

podem produzir congelamento facial, assimetria, queda de estruturas ou perda de naturalidade (CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004; KANE, 2003).

No sorriso gengival, por exemplo, a toxina pode ser indicada quando há hiperatividade muscular do elevador do lábio superior, mas não corrige causas dentoesqueléticas, excesso vertical de maxila, erupção passiva alterada ou desproporção dentogengival. Portanto, o diagnóstico diferencial é indispensável. Em muitos casos, o tratamento pode exigir periodontia, ortodontia, cirurgia ortognática, reabilitação ou combinação terapêutica (SARVER; ACKERMAN, 2003; ROBBINS, 1999).

Na hipertrofia massetérica, a toxina pode reduzir volume muscular e força de contração, melhorando contorno facial em pacientes selecionados. Contudo, seu uso exige atenção à função mastigatória, dose, assimetria, expectativa estética, risco de fraqueza mastigatória e possíveis alterações em longo prazo. A repetição indiscriminada pode levantar discussões sobre efeitos musculares e ósseos, especialmente em pacientes jovens (KANE, 2003; CHEN et al., 2023).

A segurança da toxina depende de dose adequada, diluição, pontos anatômicos, profundidade, intervalo entre sessões, conhecimento de contraindicações e acompanhamento. Efeitos adversos podem incluir dor local, equimose, cefaleia, assimetria, ptose, alteração do sorriso, dificuldade de fala ou mastigação e difusão para músculos adjacentes (JANKOVIC, 2004; CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004).

A toxina botulínica não deve ser usada como substituto de diagnóstico. Dor orofacial, bruxismo e disfunção temporomandibular exigem avaliação ampla, incluindo fatores

psicossociais, sono, oclusão, hábitos, dor crônica, ansiedade e comorbidades. A toxina pode ser recurso adjuvante em casos selecionados, mas não deve ser apresentada como tratamento universal (OKESON, 2013; DE LA TORRE CANALES et al., 2017).

Assim, a toxina botulínica é ferramenta útil e relevante na harmonização orofacial e na odontologia funcional, mas sua indicação deve ser individualizada, conservadora, baseada em diagnóstico e acompanhada de consentimento informado (JANKOVIC, 2004; CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004).

7. PREENCHEDORES COM ÁCIDO HIALURÔNICO: BIOMATERIAL, PLANEJAMENTO E RISCO

O ácido hialurônico é um dos preenchedores mais utilizados na estética facial por sua biocompatibilidade, reversibilidade relativa com hialuronidase, propriedades reológicas variadas e capacidade de hidratação, volumização, suporte e contorno. Sua aplicação em harmonização orofacial inclui lábios, sulcos, mento, mandíbula, região malar, olheiras selecionadas, suporte perioral e correção de assimetrias (SUNDARAM et al., 2016; SIGNORINI et al., 2016; FUNT; PAVICIC, 2013).

As propriedades reológicas do produto influenciam sua indicação. G prime, coesividade, elasticidade, viscosidade, grau de reticulação e capacidade de integração tecidual determinam se o produto é mais adequado para suporte profundo, contorno, hidratação superficial ou áreas dinâmicas. A escolha inadequada do produto pode produzir nódulos, irregularidades, migração, efeito Tyndall ou resultados artificiais (SUNDARAM et al., 2016; FUNT; PAVICIC, 2013).

O planejamento com ácido hialurônico deve considerar camadas anatômicas. Preencher uma região sem compreender se o problema decorre de perda óssea, deficiência de suporte profundo, flacidez ligamentar, perda de gordura, alteração muscular ou envelhecimento cutâneo pode gerar resultados limitados. Swift et al. (2021) defendem abordagem baseada em anatomia e envelhecimento tridimensional da face.

Nos lábios, a indicação deve ser especialmente criteriosa. A estética labial envolve proporção entre lábio superior e inferior, arco do cupido, filtro, contorno, volume, projeção, hidratação, sorriso, suporte dentário, função e naturalidade. Excesso de produto pode gerar aparência artificial, incompetência labial, alteração fonética, migração e desequilíbrio com o restante da face (SWIFT et al., 2021; SIGNORINI et al., 2016).

A região perioral também exige integração odontológica. Perda de suporte labial pode decorrer de edentulismo, desgaste dentário, colapso oclusal, reabsorção óssea ou próteses inadequadas. Nesses casos, preencher sem reabilitar pode produzir resultado instável e artificial. A estética facial depende da arquitetura intraoral (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006).

A segurança nos preenchimentos depende de técnica. Recomenda-se avaliar histórico de preenchimentos prévios, fotografar, higienizar adequadamente, usar material regularizado, escolher plano anatômico correto, injetar lentamente, evitar grandes volumes em bolus em áreas de risco, monitorar dor, coloração e perfusão tecidual, além de manter protocolo de intercorrências disponível (BELEZNAY et al., 2015; DELORENZI, 2014; MURRAY et al., 2021).

Complicações vasculares são raras, porém graves. Beleznay et al. (2015) revisaram casos de perda visual associada a preenchedores e destacaram a gravidade da injeção intra-arterial em regiões conectadas à circulação oftálmica. DeLorenzi (2014) descreveu mecanismos e manejo de lesões vasculares induzidas por preenchedores, enfatizando prevenção e reconhecimento precoce.

A hialuronidase é considerada recurso essencial para manejo de complicações relacionadas a ácido hialurônico, especialmente oclusão vascular, embora seu uso deva seguir protocolos clínicos, avaliação do caso e disponibilidade imediata em serviços que realizam preenchimentos. Murray et al. (2021) propuseram diretrizes para identificação e manejo de oclusão vascular por preenchedor de ácido hialurônico, ressaltando a importância da intervenção precoce.

Portanto, o ácido hialurônico é biomaterial versátil e valioso, mas exige planejamento anatômico, técnica refinada e postura conservadora. A reversibilidade relativa não deve ser usada como justificativa para imprudência (SIGNORINI et al., 2016; MURRAY et al., 2021).

8. BIOESTIMULADORES, FIOS, AGREGADOS PLAQUETÁRIOS E TECNOLOGIAS COMPLEMENTARES

Os bioestimuladores de colágeno ganharam espaço na estética facial por sua proposta de melhorar qualidade tecidual, firmeza e sustentação por estímulo neocolagênico. Produtos como ácido poli-L-lático, hidroxiapatita de cálcio e policaprolactona possuem mecanismos, indicações, planos de aplicação e perfis de segurança distintos. Seu uso exige compreensão de que o resultado é gradual e

depende de resposta biológica individual (ALESSI; BASSICHIS, 2009; LORENC et al., 2018).

A hidroxiapatita de cálcio pode atuar como preenchedor e bioestimulador, dependendo da diluição, plano e indicação. O ácido poli-L-lático é classicamente associado à bioestimulação progressiva, exigindo preparo, técnica e acompanhamento para reduzir risco de nódulos. A policaprolactona apresenta efeito volumizador e bioestimulador, mas também demanda indicação criteriosa (LORENC et al., 2018; GOLDIE et al., 2018).

Bioestimuladores não substituem preenchedores em todas as situações. Quando há necessidade de definição precisa, contorno ou correção volumétrica imediata, o ácido hialurônico pode ser mais indicado. Quando há flacidez, perda de qualidade dérmica e necessidade de estímulo tecidual gradual, bioestimuladores podem ser úteis. O erro ocorre quando se utiliza o mesmo produto para todos os pacientes e regiões (SUNDARAM et al., 2016; LORENC et al., 2018).

Os fios de sustentação são utilizados com objetivo de reposicionamento tecidual e estímulo colagênico, mas sua previsibilidade depende de indicação, tipo de fio, plano de inserção, grau de flacidez, idade, espessura da pele e expectativa do paciente. A literatura aponta benefícios em casos selecionados, porém também relata riscos como irregularidades, extrusão, infecção, dor, assimetria e resultados de curta duração quando mal indicados (SUH et al., 2015; WONG, 2017).

Agregados plaquetários autólogos, como PRP e PRF, têm sido estudados por seu potencial biológico relacionado a fatores de

crescimento, cicatrização e qualidade tecidual. Na odontologia, possuem aplicações em cirurgia, periodontia, implantodontia e tecidos moles. Em estética orofacial, seu uso deve ser analisado com cautela, pois a qualidade das evidências varia conforme protocolo, preparo, indicação e desfechos avaliados (DOHAN EHRENFEST et al., 2014; MIRANDA et al., 2019).

Tecnologias complementares, como laserterapia, fotobiomodulação, radiofrequência, ultrassom microfocado e tecnologias de energia, são frequentemente associadas a protocolos de estética facial. Seus efeitos variam conforme equipamento, parâmetros, profundidade, indicação e resposta tecidual. A incorporação deve ser baseada em evidência, capacitação e segurança, evitando promessas exageradas (AVCI et al., 2013; FABI et al., 2017).

Na harmonização orofacial, o uso combinado de técnicas pode ser benéfico, mas também aumenta complexidade e risco. A combinação de toxina, preenchedores, bioestimuladores, fios e tecnologias deve seguir hierarquia terapêutica. Em geral, recomenda-se diagnosticar primeiro, tratar função e suporte quando necessário, corrigir volumes de forma conservadora, modular músculos quando indicado e acompanhar evolução (DE MAIO, 2018; SWIFT et al., 2021).

O princípio da prudência é indispensável. Quanto maior o número de técnicas combinadas, maior a necessidade de documentação, consentimento, planejamento em fases e controle de expectativas. O resultado natural costuma depender mais de diagnóstico e moderação do que de quantidade de procedimentos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; SWIFT et al., 2021).

9. PLANEJAMENTO DIGITAL, FOTOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

A documentação clínica é componente essencial da harmonização orofacial. Fotografias padronizadas, vídeos, anamnese, fichas de produto, lote, validade, plano de aplicação, dose, volume, pontos tratados, intercorrências, consentimento informado e evolução devem compor prontuário completo. Em procedimentos estéticos, a documentação protege paciente e profissional, além de permitir avaliação objetiva do resultado (COACHMAN; CALAMITA, 2012; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A fotografia clínica deve incluir repouso, sorriso, perfil, três quartos, vista frontal, close perioral e expressões dinâmicas quando necessário. Fotografias não padronizadas podem distorcer resultados por diferenças de iluminação, ângulo, distância, maquiagem, posição da cabeça e expressão facial. A padronização é requisito para comparação antes e depois (FRADÉANI, 2006; COACHMAN; CALAMITA, 2012).

O vídeo tornou-se recurso importante porque a face é dinâmica. Algumas assimetrias aparecem apenas na fala ou no sorriso espontâneo. A toxina botulínica e os preenchedores podem modificar dinâmica facial, e a avaliação exclusivamente estática pode ser insuficiente. Sarver e Ackerman (2003) já defendiam a relevância da avaliação dinâmica do sorriso para planejamento estético.

O planejamento digital do sorriso, popularizado por Coachman e Calamita (2012), permite integrar fotografias, proporções dentárias, linha do sorriso e comunicação com paciente e laboratório. Na

harmonização orofacial, esse raciocínio pode ser expandido para o planejamento facial, desde que simulações sejam usadas com ética. O paciente deve entender que simulação digital é referência, não garantia de resultado (COACHMAN; CALAMITA, 2012; JODA et al., 2017).

Escaneamento intraoral, tomografia, fotografias faciais e softwares de análise podem ajudar a entender suporte dentário, dimensão vertical, relação maxilomandibular, próteses, perdas dentárias e planejamento reabilitador. Em pacientes com colapso oclusal, edentulismo ou desgaste severo, a reabilitação oral pode ser mais importante para harmonia facial do que preenchimentos isolados (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006).

A inteligência artificial e a análise facial automatizada representam tendências emergentes, mas exigem cautela. Algoritmos podem reproduzir padrões estéticos enviesados, ignorar diversidade étnica e estimular padronização facial. A tecnologia deve apoiar o julgamento clínico, não substituir a avaliação humana (O'NEIL, 2016; RUDIN, 2019).

A documentação também deve registrar negativa ou contraindicação. Quando o profissional recusa procedimento por risco, expectativa irreal ou falta de indicação, essa decisão faz parte da ética clínica. A não intervenção pode ser a melhor conduta em determinados casos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; PHILLIPS, 2005).

Assim, planejamento digital e documentação não são instrumentos meramente administrativos. Eles são parte da segurança,

previsibilidade e responsabilidade clínica na harmonização orofacial (COACHMAN; CALAMITA, 2012; SWIFT et al., 2021).

10. SEGURANÇA CLÍNICA, COMPLICAÇÕES E MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS

A segurança clínica é eixo estruturante da harmonização orofacial. Procedimentos estéticos minimamente invasivos podem gerar complicações leves, moderadas ou graves. A falsa percepção de simplicidade aumenta risco, especialmente quando técnicas são ensinadas de forma rápida, reproduzidas por protocolos padronizados ou executadas sem domínio anatômico (DELORENZI, 2014; BELEZNAY et al., 2015; MURRAY et al., 2021).

As complicações imediatas comuns incluem dor, edema, eritema, equimose, assimetria e desconforto local. Embora frequentemente autolimitadas, devem ser prevenidas por técnica adequada, assepsia, escolha correta de produto, comunicação ao paciente e acompanhamento (SIGNORINI et al., 2016; SUNDARAM et al., 2016).

Complicações tardias podem incluir nódulos, granulomas, biofilme, infecção, migração de produto, hipercorreção, irregularidades, efeito Tyndall e insatisfação estética. A ocorrência dessas complicações pode estar relacionada a produto inadequado, técnica incorreta, plano errado, contaminação, excesso de volume, histórico de preenchimentos prévios ou resposta individual (FUNT; PAVICIC, 2013; SIGNORINI et al., 2016).

A oclusão vascular é uma das intercorrências mais graves associadas a preenchedores. Sinais como dor intensa, palidez, livedo, alteração de perfusão, mudança de coloração, bolhas, necrose inicial ou queixas visuais exigem atenção imediata. Murray et al. (2021)

enfatizam que reconhecimento precoce e manejo adequado são fundamentais para reduzir dano tecidual.

A perda visual associada a preenchedores é rara, porém devastadora. Beleznay et al. (2015) revisaram casos e destacaram que regiões com conexões vasculares com circulação oftálmica demandam extrema cautela. A prevenção continua sendo a estratégia mais importante, pois o tratamento de eventos oculares possui prognóstico limitado quando a embolização já ocorreu (BELEZNAY et al., 2015; DELORENZI, 2014).

A disponibilidade de hialuronidase é requisito de segurança para profissionais que utilizam ácido hialurônico. Seu uso deve ser acompanhado de treinamento, protocolos de emergência, conhecimento de contraindicações, avaliação clínica e encaminhamento quando necessário. Não basta possuir o produto; é necessário saber reconhecer a intercorrência e agir de forma organizada (MURRAY et al., 2021; DELORENZI, 2014).

Infecções devem ser prevenidas por biossegurança rigorosa. Antissepsia da pele, ambiente adequado, material estéril, técnica limpa, manipulação correta do produto e orientação pós-procedimento são indispensáveis. Procedimentos em áreas com infecção ativa, lesões herpéticas ou inflamação devem ser adiados (SIGNORINI et al., 2016; GOODMAN et al., 2020).

A gestão de complicações exige responsabilidade longitudinal. O profissional deve acompanhar o paciente, registrar evolução, orientar sinais de alerta, encaminhar quando necessário e evitar abandono terapêutico. A segurança não termina no momento da aplicação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; MURRAY et al., 2021).

Portanto, a harmonização orofacial segura exige cultura de prevenção, preparo para emergência, documentação completa e conduta ética diante de intercorrências. A ausência de complicações não pode depender da sorte, mas de planejamento e competência (BELEZNAY et al., 2015; MURRAY et al., 2021).

11. ÉTICA, EXPECTATIVAS DO PACIENTE E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

A estética facial envolve dimensões subjetivas profundas. A face é elemento de identidade, expressão emocional, reconhecimento social e autoestima. Por isso, procedimentos de harmonização orofacial exigem abordagem ética cuidadosa, que vá além da técnica. O profissional precisa avaliar expectativas, motivação, compreensão dos riscos, maturidade da decisão e proporcionalidade do tratamento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; PHILLIPS, 2005).

Os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são aplicáveis à harmonização orofacial. A autonomia exige consentimento informado real, não apenas assinatura de termo. O paciente deve compreender benefícios esperados, limitações, riscos, alternativas, necessidade de manutenção e possibilidade de resultado diferente do idealizado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A beneficência exige que o procedimento tenha finalidade razoável para aquele paciente, e não apenas atenda a desejo momentâneo ou tendência de mercado. A não maleficência impõe evitar procedimentos com risco desproporcional, excesso volumétrico, indicações frágeis ou incompatibilidade anatômica. A justiça envolve acesso responsável, publicidade ética e não exploração de

vulnerabilidades emocionais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019).

A avaliação de transtorno dismórfico corporal merece atenção. Phillips (2005) descreve que pessoas com dismorfia corporal podem apresentar preocupação intensa e persistente com defeitos percebidos na aparência, buscando procedimentos repetidos sem satisfação duradoura. Nesses casos, intervenções estéticas podem piorar sofrimento, e o encaminhamento para avaliação psicológica ou psiquiátrica pode ser mais adequado (PHILLIPS, 2005).

A influência das redes sociais tornou-se desafio ético. Filtros, imagens editadas e padrões de beleza viralizados podem criar expectativas irreais. O profissional não deve atuar como executor automático de demandas estéticas digitalmente induzidas. Deve educar o paciente, preservar naturalidade e recusar procedimentos que comprometam saúde ou identidade facial (HOLLANDS, 2008; O'NEIL, 2016).

A publicidade em harmonização orofacial exige especial responsabilidade. Imagens de antes e depois, promessas de rejuvenescimento, linguagem sensacionalista e banalização de procedimentos podem induzir pacientes a decisões impulsivas. A ética profissional exige comunicação verdadeira, moderada e compatível com normas do conselho profissional (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019; 2020).

A relação profissional-paciente deve ser baseada em confiança, prudência e transparência. O paciente precisa ser informado de que procedimentos estéticos têm duração variável, exigem manutenção, podem demandar ajustes e não substituem saúde bucal,

reabilitação oral ou cuidados sistêmicos quando necessários (SIGNORINI et al., 2016; SWIFT et al., 2021).

A recusa ética de procedimento é parte da boa prática. Quando há contraindicação, risco elevado, expectativa irreal ou pedido de excesso, o profissional deve recusar de forma fundamentada. Fazer menos, ou não fazer, pode ser a conduta mais segura e ética (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

12. INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRAÇÃO COM A ODONTOLOGIA ESTÉTICA E REABILITADORA

A harmonização orofacial atinge melhores resultados quando integrada à odontologia estética, reabilitadora, ortodontia, periodontia, implantodontia, cirurgia, fonoaudiologia, dermatologia e medicina, conforme necessidade do caso. A face não deve ser tratada em compartimentos isolados. O sorriso, os lábios, a oclusão, os tecidos periodontais e o suporte ósseo compõem um sistema funcional e estético interdependente (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006; SARVER; ACKERMAN, 2003).

Em reabilitação oral, perdas dentárias, desgaste severo, alteração da dimensão vertical e colapso posterior podem modificar terço inferior da face, suporte labial e sulcos periorais. Nesses casos, a reabilitação protética pode produzir rejuvenescimento funcional e estético mais estável do que preenchimentos isolados (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006).

Na ortodontia, o posicionamento dentário influencia suporte labial, exposição incisal, corredor bucal e harmonia do sorriso. Planejamentos ortodônticos modernos consideram estética facial e sorriso dinâmico, indo além da oclusão estática. A harmonização

orofacial pode complementar, mas não substituir, correções ortodônticas quando estas são necessárias (SARVER; ACKERMAN, 2003).

Na periodontia, alterações como sorriso gengival, erupção passiva alterada, recessões, assimetrias gengivais e proporção coroa-raiz influenciam estética. Toxina botulínica pode ser útil em alguns casos de hiperatividade muscular, mas não resolve causas periodontais ou esqueléticas. O diagnóstico diferencial evita tratamentos incompletos (ROBBINS, 1999; SARVER; ACKERMAN, 2003).

Na implantodontia, o posicionamento tridimensional de implantes e a arquitetura peri-implantar influenciam estética labial e gengival. Procedimentos faciais não compensam implantes mal posicionados, perdas ósseas ou falhas de suporte protético. A integração entre cirurgia, prótese e estética facial é indispensável (BELSER et al., 2004; JODA et al., 2017).

A fonoaudiologia pode ser relevante em casos de função labial, deglutição, fala, respiração oral, equilíbrio muscular e motricidade orofacial. Alterações funcionais devem ser avaliadas antes de intervenções estéticas que possam modificar mobilidade labial ou muscular (MARCHESAN, 2004; OKESON, 2013).

A interdisciplinaridade também se aplica ao manejo de complicações. Eventos vasculares, infecções, reações inflamatórias, alterações visuais ou complicações sistêmicas podem exigir encaminhamento médico urgente. A segurança clínica depende de rede de suporte, e não apenas de atuação isolada (BELEZNAY et al., 2015; MURRAY et al., 2021).

Assim, a harmonização orofacial deve ser compreendida como parte de um planejamento orofacial integrado. Quando isolada da odontologia reabilitadora e da saúde geral, corre risco de transformar-se em procedimento estético superficial; quando integrada, pode contribuir para função, estética e bem-estar (MAGNE; BELSER, 2002; SWIFT et al., 2021).

13. TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

A primeira tendência contemporânea é a busca por naturalidade. Após anos de valorização de grandes volumes, lábios excessivamente projetados e contornos artificiais, cresce a demanda por resultados discretos, individualizados e compatíveis com identidade facial. Swift et al. (2021) defendem abordagem anatômica e personalizada, evitando padronização estética.

A segunda tendência é o planejamento em camadas. Em vez de tratar rugas isoladas, o profissional avalia suporte ósseo, compartimentos adiposos, ligamentos, músculos e pele. Essa abordagem permite combinar técnicas com menor volume e maior precisão, respeitando envelhecimento tridimensional (MENDELSON; WONG, 2012; COTOFANA et al., 2019).

A terceira tendência é a integração entre estética dental e facial. Procedimentos como facetas, clareamento, reabilitação, ortodontia, toxina e preenchimento podem ser planejados em sequência, considerando sorriso e face. O risco está em realizar tudo ao mesmo tempo sem diagnóstico; a tendência responsável é o tratamento faseado e interdisciplinar (COACHMAN; CALAMITA, 2012; FRADÉANI, 2006).

A quarta tendência é o uso de tecnologias digitais, como fotografia padronizada, escaneamento intraoral, simulação, análise facial, inteligência artificial e prontuários digitais. Essas ferramentas melhoram comunicação e planejamento, mas exigem crítica para evitar artificialização e promessas irreais (JODA et al., 2017; RUDIN, 2019).

A quinta tendência é a utilização de ultrassonografia como recurso de segurança e diagnóstico em estética injetável. A ultrassonografia pode auxiliar na localização de vasos, avaliação de preenchimentos prévios, identificação de produto e manejo de intercorrências. Seu uso tende a crescer entre profissionais especializados (SCHELKE et al., 2018; GOODMAN et al., 2020).

A sexta tendência é a ênfase em prevenção de complicações e protocolos de segurança. A literatura recente tem valorizado diretrizes para oclusão vascular, uso de hialuronidase, documentação, escolha de produtos e anatomia aplicada. Essa tendência indica amadurecimento científico da área (MURRAY et al., 2021; SIGNORINI et al., 2016).

A sétima tendência é a ética da moderação. Em vez de transformar a face, busca-se melhorar pontos específicos, preservar identidade e respeitar limites anatômicos. A estética contemporânea responsável valoriza menos a quantidade de produto e mais a qualidade do diagnóstico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; SWIFT et al., 2021).

A oitava tendência é o fortalecimento da formação profissional. A harmonização orofacial exige cursos sólidos, treinamento anatômico, atualização científica e conhecimento de emergências. A regulamentação profissional brasileira reforça a necessidade de

delimitação de competências e especialização adequada (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019; 2026).

Essas tendências mostram que a harmonização orofacial caminha para uma prática mais técnica, anatômica, integrada, segura e natural. O futuro da área dependerá menos de modismos e mais de evidência, ética e interdisciplinaridade (COTOFANA et al., 2019; SWIFT et al., 2021).

14. RESULTADOS DA ANÁLISE

A análise da literatura permite identificar oito resultados principais. O primeiro resultado é que a harmonização orofacial se consolidou como campo relevante da odontologia estética moderna, mas sua legitimidade depende de integração com saúde bucal, função e planejamento facial individualizado (MAGNE; BELSER, 2002; COACHMAN; CALAMITA, 2012).

O segundo resultado é que procedimentos como toxina botulínica, preenchimentos com ácido hialurônico, bioestimuladores e tecnologias complementares apresentam utilidade clínica quando bem indicados, mas não devem ser aplicados de forma padronizada ou meramente comercial (CARRUTHERS; CARRUTHERS, 2004; SIGNORINI et al., 2016).

O terceiro resultado é que o domínio anatômico é o principal fator de segurança. A face possui variações vasculares e musculares que tornam arriscadas técnicas simplificadas ou baseadas apenas em pontos fixos de aplicação (COTOFANA et al., 2019; DELORENZI, 2014).

O quarto resultado é que complicações vasculares por preenchedores, embora raras, são potencialmente graves e exigem

prevenção, diagnóstico precoce e disponibilidade de protocolos de manejo, incluindo hialuronidase quando se utiliza ácido hialurônico (BELEZNAY et al., 2015; MURRAY et al., 2021).

O quinto resultado é que o planejamento digital melhora comunicação e previsibilidade, mas deve ser interpretado como ferramenta auxiliar, não como garantia de resultado. Simulações podem educar o paciente, mas também gerar expectativas irreais se utilizadas de modo inadequado (COACHMAN; CALAMITA, 2012; JODA et al., 2017).

O sexto resultado é que a ética profissional é elemento estruturante. A busca por estética não autoriza excessos, promessas, padronização artificial ou negligência de riscos. Consentimento informado e recusa ética são partes da boa prática (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; PHILLIPS, 2005).

O sétimo resultado é que a interdisciplinaridade é indispensável. Muitas queixas faciais têm origem dentária, periodontal, ortodôntica, funcional ou reabilitadora. A harmonização isolada pode ser insuficiente ou inadequada (SARVER; ACKERMAN, 2003; FRADÉANI, 2006).

O oitavo resultado é que a tendência contemporânea aponta para naturalidade, moderação, segurança, evidência científica, documentação rigorosa e respeito à identidade facial do paciente (SWIFT et al., 2021; COTOFANA et al., 2019).

15. DISCUSSÃO

A discussão central deste artigo é que a harmonização orofacial deve ser compreendida como prática clínica complexa, interdisciplinar e

de alta responsabilidade, e não como simples execução de procedimentos estéticos. A face é um território anatômico sensível, funcionalmente integrado e subjetivamente relevante. Qualquer intervenção que modifique volume, contração muscular, contorno ou expressão facial precisa ser precedida de diagnóstico e planejamento (COTOFANA et al., 2019; SWIFT et al., 2021).

O primeiro ponto de discussão refere-se à diferença entre estética e padronização. A harmonização orofacial nasceu com a proposta de melhorar equilíbrio facial, mas parte do mercado estético transformou o conceito em sinônimo de aumento volumétrico e reprodução de padrões. Essa distorção pode gerar faces artificiais, perda de individualidade e insatisfação crônica. A literatura contemporânea defende resultados naturais, proporcionais e individualizados (SWIFT et al., 2021; SARVER; ACKERMAN, 2003).

O segundo ponto é que a odontologia possui contribuição específica para a estética facial. O cirurgião-dentista compreende sorriso, oclusão, dimensão vertical, suporte labial, tecidos periodontais e função estomatognática. Essa competência permite integrar procedimentos faciais a reabilitação oral, ortodontia, periodontia e dentística. Contudo, essa integração exige respeitar limites profissionais e formação adequada (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019).

O terceiro ponto refere-se à centralidade da anatomia. O conhecimento anatômico não pode ser superficial. A face apresenta variações vasculares importantes, e regiões consideradas comuns para preenchimento podem ser áreas de risco. A prevenção de eventos vasculares depende de conhecimento de planos, volumes,

pressão, técnica, produto e sinais de alerta (BELEZNAY et al., 2015; DELORENZI, 2014; MURRAY et al., 2021).

O quarto ponto envolve a evidência científica. Nem todas as técnicas populares possuem o mesmo nível de evidência. Toxina botulínica e ácido hialurônico possuem literatura mais ampla, embora ainda existam lacunas para algumas indicações. Bioestimuladores, fios e tecnologias complementares exigem avaliação crítica de estudos, protocolos e duração dos resultados. A adoção de procedimentos deve ser guiada por evidência e não apenas por tendência comercial (SIGNORINI et al., 2016; LORENC et al., 2018).

O quinto ponto é a segurança do paciente. Procedimentos estéticos eletivos devem ter tolerância mínima a riscos evitáveis. Isso exige ambiente adequado, biossegurança, produtos regularizados, documentação, treinamento, protocolos de emergência e acompanhamento. A intercorrência não é apenas problema técnico; é também teste ético da responsabilidade profissional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; MURRAY et al., 2021).

O sexto ponto refere-se ao consentimento informado. Muitos pacientes desconhecem riscos reais de procedimentos injetáveis. Cabe ao profissional explicar duração, necessidade de manutenção, possibilidade de assimetria, edema, intercorrências, dissolução, limites do resultado e alternativas. Consentimento não é formalidade burocrática, mas processo comunicativo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

O sétimo ponto envolve as redes sociais. A estética facial tornou-se altamente visual e comparativa. Pacientes chegam ao consultório com referências de influenciadores, filtros e imagens editadas. O

profissional precisa diferenciar desejo legítimo de expectativa irreal. A ética clínica exige educar, orientar e, quando necessário, recusar (PHILLIPS, 2005; O'NEIL, 2016).

O oitavo ponto é a interdisciplinaridade. A harmonização orofacial não deve competir com outras áreas, mas dialogar com elas. O caso pode exigir reabilitação, ortodontia, periodontia, dermatologia, cirurgia, fonoaudiologia ou psicologia. O resultado seguro e estável depende da soma de saberes (SARVER; ACKERMAN, 2003; MAGNE; BELSER, 2002).

O nono ponto é a necessidade de formação continuada. A velocidade de surgimento de produtos e técnicas exige atualização constante. Entretanto, capacitação não pode ser reduzida a cursos rápidos. É necessário treinamento anatômico, acompanhamento supervisionado, estudo de complicações, leitura crítica de artigos e domínio de emergências (COTOFANA et al., 2019; GOODMAN et al., 2020).

O décimo ponto é a moderação. Em estética facial, muitas vezes o melhor resultado é aquele que não parece procedimento. A naturalidade exige respeito aos tecidos, volumes pequenos, tratamento em etapas e preservação da expressão. O excesso pode comprometer não apenas estética, mas função e identidade (SWIFT et al., 2021; SIGNORINI et al., 2016).

Assim, a harmonização orofacial moderna deve avançar de uma lógica de intervenção para uma lógica de planejamento. O procedimento é apenas a etapa final de um processo que começa com diagnóstico, escuta, análise facial, documentação,

consentimento, escolha técnica e avaliação de riscos (COACHMAN; CALAMITA, 2012; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Conclui-se, portanto, que a harmonização orofacial é uma área legítima e relevante quando praticada com ciência, ética e segurança. Seu futuro dependerá da capacidade de produzir resultados naturais, respeitar limites anatômicos, reconhecer riscos e integrar estética à saúde (COTOFANA et al., 2019; SWIFT et al., 2021).

16. DIRETRIZES PARA UMA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL SEGURA E BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A partir da análise realizada, propõem-se diretrizes para a prática segura da harmonização orofacial.

Primeiro, realizar anamnese completa, incluindo histórico médico, medicamentos, alergias, doenças autoimunes, gestação, lactação, infecções ativas, procedimentos prévios e expectativas estéticas (FAGIEN et al., 2019).

Segundo, avaliar a face de forma estática e dinâmica, considerando proporções, envelhecimento, sorriso, fala, função muscular, suporte labial e assimetrias naturais (SARVER; ACKERMAN, 2003; SWIFT et al., 2021).

Terceiro, integrar planejamento facial ao planejamento odontológico, investigando perdas dentárias, dimensão vertical, suporte protético, maloclusões, periodonto e estética do sorriso (MAGNE; BELSER, 2002; FRADÉANI, 2006).

Quarto, utilizar documentação fotográfica e, quando possível, vídeos padronizados antes e depois dos procedimentos (COACHMAN;

CALAMITA, 2012).

Quinto, selecionar produtos conforme propriedades, indicação, plano anatômico, região tratada e perfil do paciente (SUNDARAM et al., 2016).

Sexto, dominar anatomia vascular, muscular, nervosa e compartimental da face, considerando variações individuais e áreas de risco (COTOFANA et al., 2019).

Sétimo, realizar procedimentos em ambiente adequado, com biossegurança, materiais regularizados e registro de lote, validade e produto utilizado (SIGNORINI et al., 2016).

Oitavo, manter protocolos de manejo de intercorrências, incluindo disponibilidade de hialuronidase quando se utiliza ácido hialurônico (MURRAY et al., 2021).

Nono, evitar excesso volumétrico, padronização artificial e procedimentos sem indicação clínica (SWIFT et al., 2021).

Décimo, explicar riscos, limites, alternativas, duração e necessidade de manutenção por meio de consentimento informado claro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Décimo primeiro, avaliar sinais de expectativa irreal ou transtorno dismórfico corporal e considerar encaminhamento quando necessário (PHILLIPS, 2005).

Décimo segundo, planejar tratamentos em etapas, especialmente em casos complexos ou pacientes com procedimentos prévios (GOODMAN et al., 2020).

Décimo terceiro, acompanhar o paciente após o procedimento, orientando sinais de alerta e registrando evolução (MURRAY et al., 2021).

Décimo quarto, respeitar limites normativos e área de atuação profissional conforme legislação e resoluções vigentes (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019; 2020; 2026).

Décimo quinto, compreender que segurança, naturalidade e saúde devem prevalecer sobre modismos, pressão comercial ou expectativas irreais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; SWIFT et al., 2021).

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A harmonização orofacial consolidou-se como área relevante da odontologia moderna ao ampliar a integração entre estética facial, estética do sorriso, função orofacial e bem-estar do paciente. Seu desenvolvimento reflete avanços em biomateriais, toxina botulínica, preenchedores, planejamento digital, anatomia aplicada e procedimentos minimamente invasivos. No entanto, sua expansão também exige responsabilidade científica, ética e clínica.

O estudo demonstrou que a harmonização orofacial não deve ser reduzida a técnicas isoladas. O bom resultado depende de diagnóstico facial, análise dentolabial, compreensão do envelhecimento, avaliação funcional, integração com a saúde bucal, domínio anatômico, seleção de materiais e planejamento individualizado. O procedimento deve ser consequência do diagnóstico, e não ponto de partida.

As principais técnicas, como toxina botulínica, preenchimento com ácido hialurônico, bioestimuladores, fios e tecnologias complementares, apresentam potencial clínico quando bem indicadas. Contudo, também possuem limites e riscos. Complicações vasculares, assimetrias, infecções, nódulos, migração de produto e insatisfação estética exigem prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado.

A segurança clínica é o eixo estruturante da área. Procedimentos estéticos eletivos devem ser realizados com biossegurança, produtos regularizados, documentação, consentimento informado, protocolos de emergência e acompanhamento. A disponibilidade de hialuronidase para procedimentos com ácido hialurônico, o conhecimento de sinais de oclusão vascular e a capacidade de encaminhamento são elementos indispensáveis.

A ética profissional também é fundamental. A crescente demanda por estética, impulsionada por redes sociais e padrões artificiais, pode favorecer excessos. O profissional deve educar, orientar e, quando necessário, recusar procedimentos. Naturalidade, proporcionalidade e preservação da identidade facial devem orientar a prática.

Conclui-se que a harmonização orofacial, quando baseada em evidências, planejamento integrado, anatomia, ética e segurança, pode contribuir para resultados naturais, funcionais e compatíveis com as expectativas realistas dos pacientes. A odontologia moderna deve assumir essa área com responsabilidade, evitando banalização estética e afirmando uma prática centrada na saúde, na segurança e na dignidade do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSI, D. M.; BASSICHIS, B. A. Facial rejuvenation and volumization using injectable poly-L-lactic acid. **Facial Plastic Surgery,** v. 25, n. 2, p. 127-132, 2009.

ASCHER, Benjamin; TALARICO, Sergio; CASSUTO, Daniel; et al. International consensus recommendations on the aesthetic usage of botulinum toxin type A. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology,** v. 24, n. 11, p. 1278-1284, 2010.

AVCI, Pinar; GUPTA, Anupam; SADASIVAM, Mohan; et al. Low-level laser therapy in skin: stimulating, healing, restoring. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery,** v. 32, n. 1, p. 41-52, 2013.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics.** 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BELEZNAY, Kathleen; CARRUTHERS, Jean D. A.; HUMPHREY, Shannon; JONES, Derek. Avoiding and treating blindness from fillers: a review of the world literature. **Dermatologic Surgery,** v. 41, n. 10, p. 1097-1117, 2015.

BELSER, Urs C.; SCHMID, Bernard; HIGGINBOTTOM, Frederick; BUSER, Daniel. Outcome analysis of implant restorations located in the anterior maxilla: a review of the recent literature. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants,** v. 19, supl., p. 30-42, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 751, de 15 de setembro de 2022.** Dispõe sobre a classificação de risco, regimes de notificação e registro e requisitos de rotulagem e instruções de uso de dispositivos médicos. Brasília: ANVISA, 2022.

BUZATU, Radu et al. Efficacy and safety of botulinum toxin in the management of sleep bruxism: a systematic review. **Dentistry Journal,** v. 12, n. 6, p. 156, 2024.

CARRUTHERS, Jean; CARRUTHERS, Alastair. Botulinum toxin type A in the treatment of glabellar frown lines. **Dermatologic Surgery,** v. 29, n. 5, p. 463-468, 2003.

CARRUTHERS, Jean; CARRUTHERS, Alastair. The effect of full-face botulinum toxin on facial expression. **Dermatologic Surgery,** v. 30, n. 5, p. 684-689, 2004.

CHEN, Yun et al. Effectiveness of botulinum toxin injection on bruxism: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Aesthetic Plastic Surgery,** v. 47, n. 2, p. 775-790, 2023.

COACHMAN, Christian; CALAMITA, Marcelo. Digital Smile Design: a tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. **Quintessence of Dental Technology,** v. 35, p. 103-111, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº 198, de 29 de janeiro de 2019.** Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica. Brasília: CFO, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº 230, de 14 de agosto de 2020.** Regulamenta o artigo 3º da Resolução CFO nº 198/2019. Brasília: CFO, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº 285, de 19 de março de 2026.** Altera o artigo 1º e revoga o artigo 3º da Resolução CFO nº 230/2020. Brasília: CFO, 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº 286, de 20 de março de 2026.** Reconhece a Cirurgia Estética Orofacial como especialidade odontológica. Brasília: CFO, 2026.

COTOFANA, Sebastian; FRATILA, Alexandru A.; SCHENCK, Thomas L.; et al. The anatomy of the facial fat compartments: a review. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 145, n. 6, p. 1075e-1085e, 2020.

COTOFANA, Sebastian; LACHMAN, Nirusha; FRANK, Konstantin; et al. The anatomy of the aging face: a review. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America,** v. 27, n. 3, p. 377-385, 2019.

CRESWELL, John W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.** 4. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2014.

DE LA TORRE CANALES, Giancarlo et al. Is there enough evidence to use botulinum toxin injections for bruxism management? A systematic literature review. **Clinical Oral Investigations,** v. 21, n. 3, p. 727-734, 2017.

DE MAIO, Mauricio. Botulinum toxin in facial palsy: an effective treatment for contralateral hyperkinesis. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 114, n. 4, p. 917-921, 2004.

DE MAIO, Mauricio. MD Codes: a methodological approach to facial aesthetic treatment with injectable hyaluronic acid fillers. **Aesthetic Plastic Surgery,** v. 42, n. 3, p. 798-814, 2018.

DELORENZI, Claudio. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. **Aesthetic Surgery Journal,** v. 34, n. 4, p. 584-600, 2014.

DOHAN EHRENFEST, David M.; RASMUSSON, Lars; ALBREKTSSON, Tomas. Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma to leucocyte- and platelet-rich fibrin. **Trends in Biotechnology,** v. 27, n. 3, p. 158-167, 2009.

FABI, Sabrina G.; MASSAKI, Adam; GOLDMAN, Mitchel P. A review of noninvasive skin tightening devices: radiofrequency, ultrasound, and laser therapies. **Dermatologic Surgery,** v. 43, n. 11, p. 1329-1338, 2017.

FAGIEN, Steven; BERTUCCI, Vince; VISTA, Anthony; et al. Rheologic and physicochemical properties used to differentiate injectable hyaluronic acid filler products. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 143, n. 4, p. 707e-720e, 2019.

FRADÉANI, Mauro. **Esthetic rehabilitation in fixed prosthodontics: esthetic analysis.** Chicago: Quintessence, 2006.

FUNT, David; PAVICIC, Tatjana. Dermal fillers in aesthetics: an overview of adverse events and treatment approaches. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology,** v. 6, p. 295-316, 2013.

GOLDIE, Kate et al. Global consensus guidelines for the injection of diluted and hyperdiluted calcium hydroxylapatite for skin tightening. **Dermatologic Surgery,** v. 44, supl. 1, p. S32-S41, 2018.

GOODMAN, Greg J.; MAGNUSSON, Mark R.; CALLAN, Peter; et al. A consensus on minimizing the risk of hyaluronic acid embolic visual loss and suggestions for immediate bedside management. **Aesthetic Surgery Journal,** v. 40, n. 9, p. 1006-1016, 2020.

GOODMAN, Greg J.; ROBERTS, Susan; CALLAN, Peter. Experience and management of intravascular injection with facial fillers: results

of a multinational survey of experienced injectors. **Aesthetic Plastic Surgery,** v. 40, n. 4, p. 549-555, 2016.

HOLLANDS, Robert G. Will the real smart city please stand up? Intelligent, progressive or entrepreneurial? **City,** v. 12, n. 3, p. 303-320, 2008.

JANKOVIC, Joseph. Botulinum toxin in clinical practice. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry,** v. 75, n. 7, p. 951-957, 2004.

JODA, Tim; FERRARI, Marco; GALLUCCI, German O.; WITTKNECHT, Julia G.; BRÄGGER, Urs. Digital technology in fixed implant prosthodontics. **Periodontology 2000,** v. 73, n. 1, p. 178-192, 2017.

KANE, Michael A. Classification of crow's feet patterns among Caucasian women: the key to individualizing treatment. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 112, n. 5, p. 33S-39S, 2003.

LORENC, Z. Paul; GREEN, Jennifer B.; GOTKIN, Robert H.; et al. Calcium hydroxylapatite for facial rejuvenation: a review. **Journal of Drugs in Dermatology,** v. 17, n. 1, p. 17-22, 2018.

MAGNE, Pascal; BELSER, Urs. **Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: a biomimetic approach.** Chicago: Quintessence, 2002.

MARCHESAN, Irene Queiroz. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MENDELSON, Bryan; WONG, Chin-Ho. Changes in the facial skeleton with aging: implications and clinical applications in facial

rejuvenation. **Aesthetic Plastic Surgery,** v. 36, n. 4, p. 753-760, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L. A. et al. Platelet-rich fibrin and soft tissue regeneration: current perspectives. **Journal of Oral Biology and Craniofacial Research,** v. 9, n. 4, p. 1-7, 2019.

MURRAY, Gillian; CONVERY, Catherine; WALKER, Lauren; DAVIES, Emma. Guideline for the management of hyaluronic acid filler-induced vascular occlusion. **Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology,** v. 14, n. 5, p. E61-E69, 2021.

O'NEIL, Cathy. **Weapons of math destruction: how big data increases inequality and threatens democracy.** New York: Crown, 2016.

OKESON, Jeffrey P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion.** 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2013.

PHILLIPS, Katharine A. **The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder.** New York: Oxford University Press, 2005.

RICKETTS, Robert M. The biologic significance of the divine proportion and Fibonacci series. **American Journal of Orthodontics,** v. 81, n. 5, p. 351-370, 1982.

ROBBINS, J. William. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. **Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry,** v. 11, n. 2, p. 265-272, 1999.

RUDIN, Cynthia. Stop explaining black box machine learning models for high stakes decisions and use interpretable models instead. **Nature Machine Intelligence,** v. 1, p. 206-215, 2019.

SARVER, David M.; ACKERMAN, Marc B. Dynamic smile visualization and quantification: part 1. Evolution of the concept and dynamic records for smile capture. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics,** v. 124, n. 1, p. 4-12, 2003.

SCHELKE, Leonie W.; DECATES, T. S.; VELTHUIS, Peter J. Ultrasound to improve the safety of hyaluronic acid filler treatments. **Journal of Cosmetic Dermatology,** v. 17, n. 6, p. 1019-1024, 2018.

SIGNORINI, Massimo; LIEW, Steven; SUNDARAM, Hema; et al. Global Aesthetics Consensus: avoidance and management of complications from hyaluronic acid fillers. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 137, n. 6, p. 961e-971e, 2016.

SUH, Dong H.; JANG, Hye W.; LEE, Sun J.; LEE, Won S.; RYU, Hyun J. Outcomes of polydioxanone knotless thread lifting for facial rejuvenation. **Dermatologic Surgery,** v. 41, n. 6, p. 720-725, 2015.

SUNDARAM, Hema; CASSUTO, Daniel; CARRUTHERS, Jean; et al. Global Aesthetics Consensus: hyaluronic acid fillers and botulinum toxin type A recommendations for combined treatment and optimizing outcomes. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 137, n. 5, p. 1410-1423, 2016.

SWIFT, Arthur; REMINGTON, Kenton; COTOFANA, Sebastian; et al. The facial aging process from the “inside out”. **Aesthetic Surgery Journal,** v. 41, n. 10, p. 1107-1119, 2021.

TORRACO, Richard J. Writing integrative literature reviews. **Human Resource Development Review,** v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONG, Victor. The science of absorbable poly(L-lactide-co-ε-caprolactone) threads for soft tissue repositioning of the face. **Journal of Cosmetic Dermatology,** v. 16, n. 2, p. 1-7, 2017.

---

[1] Doutora em Ciências Odontológicas pelo Centro Universitário Florence. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Doutor pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP - Araçatuba). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Doutor pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP - Araçatuba). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Especialista em Harmonização Orofacial pela Universidade Ceuma. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Especialista em Harmonização Orofacial pelo Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Mestra em Harmonização Facial pelo Centro Universitário de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). E-mail: acesse o artigo original

para visualizar o e-mail

[7] Especialista em Harmonização Facial pelo Centro Universitário de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Mestra em Biologia Parasitária pela Universidade Ceuma (Uniceuma). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail