



PARECER ABRAFIDEF Nº 04, DE 15 DE JULHO DE 2024

1

Escopo: Trata-se de parecer técnico-científico, acerca da competência e atuação do profissional Fisioterapeuta na prescrição e uso de técnicas relacionadas à prática de Harmonização Íntima Avançada em pacientes/clientes/usuários dos serviços de Fisioterapia, solicitado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) à Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional, por meio do Ofício GAPRE/COFFITO nº 135/2024.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Karcher (2016), o conceito de beleza passou por muitas mudanças na história, especificamente quanto aos padrões estéticos do corpo. A beleza foi padronizada desde o início do sistema patriarcal do passado, em todas as culturas, e se desenvolveu sob a bandeira de um paradigma estético bem definido.

Nesse sentido, vemos a estetização da saúde, no cotidiano de inúmeras pessoas, o que levou ao aumento de diversos tipos de atividades comerciais, relacionadas à indústria estética e cosmética, para atender um número crescente de consumidores, que necessitam de serviços, medicamentos,

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



equipamentos e de profissionalismo especializado. Assim, os procedimentos estéticos devem oferecer tratamentos específicos, que contribuem para a qualidade de vida dos pacientes e que aumentem a autoestima desses pacientes.

2

Dessa forma, percebemos que padrões de beleza predeterminados acabam por afetar, diretamente, a maneira como as mulheres se veem no espelho e essa maneira, muitas vezes, afeta sua autoestima. Esses mesmos padrões, atualmente, também têm afetado a visão do “ser belo” masculino. Em muitos aspectos, o culto ao corpo do gênero masculino difere do que era no passado, principalmente, na ênfase, pois, é notório que a beleza; sempre, foi importante.

Vários motivos explicam o fenômeno da globalização do culto à beleza padronizada: melhorias de técnicas em procedimentos estéticos; alimentos e equipamentos de fitness; o regresso de um número maior de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, terem renda para utilizar com procedimentos estéticos, em benefício próprio, entre outros motivos.

Diante dessa realidade, a harmonização íntima caracteriza-se como um conjunto de abordagens em Estética e Cosmetologia, as quais muitas mulheres, têm procurado, com a finalidade de aumentar sua qualidade de vida e de promover elevação em sua autoestima, bem como crescimento e qualidade nas relações sexuais dessas mulheres. Para os homens, a harmonização íntima apresenta possibilidades, que, por muitas vezes, eram alcançadas apenas de maneira cirúrgica.



1.1. HARMONIZAÇÃO ÍNTIMA AVANÇADA

3

A expressão Harmonização Íntima Avançada (HIA) refere-se à aplicação de modalidades e técnicas terapêuticas com finalidade estética e funcional nas regiões íntimas femininas e masculinas. Assim notamos que, historicamente, mais precisamente no início da década de 80, a estética íntima vem sendo abordada e estudada em todo o mundo e tem obtido significativo espaço nas mídias sociais, em relação à aparência da região genital. Neste sentido, a cirurgia estética da genitália externa feminina tornou-se muito popular, na última década.

De acordo com a Sociedade de Cirurgia Plástica Estética norte-americana, 8.745 procedimentos de labioplastia foram realizados em 2015, com um dramático aumento (mais de 15%) em relação ao ano anterior. Em encontros, congressos e publicações científicas o tema vem sendo cada vez mais abordado e posto em destaque, já que atualmente se contempla também a harmonização de face e corpo. Dentre as pioneiras na Fisioterapia, no tema, no Brasil, encontramos a Dra. Maura Porto (Lordêlo, 2018).

Ainda em relação à HIA: essa contempla procedimentos que abordam modificações na morfologia e alterações estruturais que surgem como efeitos do envelhecimento ou congênitas, que geram insatisfações aos indivíduos. Essas ocorrem, principalmente, na genitália externa feminina, modificando assim, espessura, coloração e volume de gordura na área. Além de lubrificação reduzida e hipotrofia das fibras musculares (Gazzola, 2016).



E, de acordo com (Zhang, Duan, 2018), esses procedimentos: “são resultado de uma combinação de fatores intrínsecos, principalmente relacionados à genética, reações metabólicas, estado hormonal e fatores extrínsecos relacionados ao ambiente, como exposição à radiação ultravioleta (UV), dieta e outros hábitos de vida”.

Já na perspectiva de Haddad, o processo de envelhecimento é caracterizado pela perda de volume dos tecidos moles, principalmente a atrofia da pele, devido ao encolhimento e redistribuição do tecido adiposo e à redução do colágeno produzido por fibroblastos. Portanto, prevenir a perda de gordura subcutânea ou a redução da espessura dérmica representa uma estratégia emergente para combater os efeitos do envelhecimento (Haddad et al, 2018).

Desta forma, mulheres estão buscando, ativamente, opções de tratamento para melhorar a aparência e a função de sua genitália. Melhorar a saúde vaginal ou promover o rejuvenescimento íntimo feminino representa uma ampla gama de procedimentos ambulatoriais estéticos e funcionais, para corrigir e restaurar a forma e a funcionalidade da vagina e dos tecidos circundantes. Esse cuidado estético da mulher para com a aparência de sua genitália requer atuação de especialistas com técnicas e procedimentos, usados em tratamentos, que sejam seguros e eficazes. Esse é um trabalho feito, que necessita ser feito com ética profissional e com uso de práticas que visam melhorar a autoestima das mulheres.

O fisioterapeuta dermatofuncional atua fortemente com esse público, atingindo resultados surpreendentes e resgatando a auto estima, qualidade



de vida e auto satisfação corporal destas queixas. A fisioterapia já atua nesse campo na saúde da mulher e mais recentemente na do homem.

5

Por isso, considerando que o rejuvenescimento dos grandes lábios é capaz de melhorar o aspecto estético da genitália externa, ao produzir aparência rejuvenescida, enquanto o aumento do monte pubiano pode melhorar o desconforto, durante a relação sexual, reduzindo traumas ao longo do osso púbico, os recursos, aqui descritos, abrangem a melhoria ou correção de várias irregularidades, que advém do envelhecimento da região íntima.

Dessa forma, já que a HIA é o conjunto de técnicas, para a restauração estética e funcional da região genital, ela permite remodelar a região genital, reduzir o relaxamento e clarear a área íntima. Esse tipo de procedimento proporciona maior elasticidade das paredes vaginais, lubrificação e sensibilidade, o que faz a mulher se sentir melhor.

Como exemplário: um dos conceitos de embelezamento genital feminino consiste em aumento dos grandes lábios vulvares por preenchimento subdérmico com ácido hialurônico, clareamento labial com peelings e microagulhamento, redução do monte da pube por intradermoterapia, além de retração de pele por bioestímulo de colágeno e fios de polidioxanona (PDO), se desejado (Cihantimur, 2013).

Por sua vez, o conceito de embelezamento masculino, ou rejuvenescimento íntimo masculino consistem em diminuir o enrugamento em saco escrotal; aumentar medidas no pênis flácido; controlar hiperidrose em região perianal, por meio do uso de toxina botulínica; aumentar calibre em corpo peniano



com injeções de ácido hialurônico reticulado; promover clareamento de área íntima através do uso de peelings, além do uso de fios de sustentação absorvíveis, para atuar na frouxidão do saco escrotal.

Além destes citados acima, podemos mencionar ainda outros recursos, tais como o uso de Preenchedores Dérmicos Injetáveis Temporários; Bioestimuladores de Colágeno Injetáveis; Mesoterapia/Intradermoterapia; uso da Toxina Botulínica, fios de PDO, peelings e as demais já consagradas técnicas eletro-termossonidoionto-fototerapêuticas da prática clínica rotineira do profissional fisioterapeuta, com finalidades, eminentemente, funcional e estética.

Dessa forma, estudos demonstram que, independentemente do sexo, é possível obter excelentes resultados no tratamento da flacidez cutânea leve a moderada e reduzir o excesso de gordura localizada e, ainda, se fizerem necessários, a remodelação e a retração da pele; o aumento de calibre e espessura de estruturas; clareamento de pele; aumento de densidade dérmica e coloração de pele, melhoria de aspecto de cicatrizes inestéticas; diminuição de sudorese e ptose excessivas.

1.2. PREENCHEDORES DÉRMICOS INJETÁVEIS TEMPORÁRIOS

Ressaltamos que, atualmente, os Preenchedores Dérmicos Injetáveis Temporários (PDIT), conforme lemos em Barbosa, são utilizados não apenas para repor, mas também, alguns deles, para induzir a produção de colágeno e para reestruturar a face e o corpo, além de substituir as camadas de gordura. Essas novas técnicas requerem um profundo conhecimento da anatomia humana,



fisiologia do envelhecimento, propriedades dos produtos injetáveis para evitar complicações ou mesmo a insatisfação do paciente (Barbosa et al, 2023).

7

Por isso, os artigos 3º e 4º da Resolução COFFITO nº 394 de 2011 abarcam o rol de conhecimentos, requeridos para utilização e manejo seguros da HIA. No mesmo sentido, o Fisioterapeuta Dermatofuncional tem sido cada vez mais exigido, ao acompanhar e ter que se aprimorar em suas 7 (sete) áreas de atuação e, em particular, na área V, prevista no art. 5º da Resolução COFFITO nº 394 de 2011, a denominada Fisioterapia Dermatofuncional em Estética e Cosmetologia.

Destacamos também que quanto à classe de preenchedores, Oh (2023) reitera que os géis de ácido hialurônico (AH) se destacam por suas propriedades: requerem técnica relativamente simples, apresentam baixo perfil de reações adversas, não são imunogênicos, proporcionam resultados previsíveis, reproduzíveis, duráveis e reversíveis. Além disso, esses produtos são largamente comercializados no Brasil, e identificamos 19 preenchedores de AH com registro ativo/válido na ANVISA. O número de injeções repetidas necessárias é muito reduzido devido à promoção da regeneração tecidual – e ao invés de simplesmente absorvível, ao mesmo tempo em que reduz o risco de complicações relacionadas à injeção. Idealmente, o biomaterial avançado proporciona um efeito de enchimento instantâneo e promove a regeneração do tecido para fornecer um efeito de preenchimento em longo prazo, enquanto o biomaterial se degrada ao longo do tempo (Oh, 2023).



Em relação aos bioestimuladores, Freitas (2021) e Cunha (2022) ressaltam que têm alcançado crescente aceitação, como alternativa não cirúrgica, para promover o rejuvenescimento facial e corporal, pois melhora a textura da pele, combate a flacidez, reduz a celulite e preenche áreas específicas. Esses bioestimuladores são compostos por substâncias biodegradáveis e bioabsorvíveis. São agentes fagocitados e apresentam uma durabilidade, que varia entre 18 meses e até 4 anos.

Desencadeiam uma resposta inflamatória controlada, estimulando os fibroblastos a sintetizar colágeno e outras proteínas da matriz, resultando em um rejuvenescimento tridimensional natural. Apesar dessa resposta inflamatória controlada, que é desejada e antecipada, é possível a ocorrência de alguns efeitos colaterais, como edema, eritema, calor e dor local controlada nos primeiros dias após a aplicação. Em casos isolados, a ruptura de pequenos vasos sanguíneos durante a aplicação pode causar hematomas. Esses efeitos tendem a desaparecer nos primeiros dias pós-procedimento.

Ainda na perspectiva desses autores, “alguns exemplos de substâncias que causam o bioestímulo são: a policaprolactona (PCL) e o ácido poli-L láctico (PLLA) que apresentam maior durabilidade. A hidroxiapatita de cálcio (CaHA) tem uma degradação um pouco mais rápida, embora atue de forma semelhante”. (De Lima, 2022; De Freitas, 2021; Da Cunha, 2020).

1.2.1. Preparação da Aplicação

A técnica adequada de injeção de preenchimentos de AH é importante para minimizar complicações e maximizar a eficácia. A pele deve ser



esterilizada (com clorexidina e álcool 70%). O injetor deve seguir a lavagem adequada das mãos. As complicações infecciosas, embora raras, podem causar significativa insatisfação ao paciente. Também existem preocupações de que biofilmes bacterianos causem infecção persistente no local da injeção. Para conforto do paciente, a anestesia é tópica ou injetável, rotineiramente: a lidocaína 2%, injetável, é frequentemente empregada.

Os produtos de preenchimento de AH mais recentes estão disponíveis pré-misturados com lidocaína. Considerando que a dor é uma queixa comum entre os pacientes, melhores técnicas de manejo da dor podem melhorar muito a satisfação do paciente. Assim, de acordo com Christen (2022) e Ypiranga (2019), existem quatro técnicas de injeção comumente empregadas. A técnica de punção seriada é eficaz para níveis mais superficiais da derme média e superior e é utilizada para correção de rugas finas. Como a técnica de punção seriada coloca substâncias de preenchimento mais superficialmente do que as outras técnicas, ela também é mais suscetível a complicações sob mãos inexperientes. A técnica de enfiamento linear envolve a deposição uniforme da substância de preenchimento enquanto a agulha avança lentamente ou é retirada do tecido. A técnica de leque e a técnica de hachura são, muitas vezes, eficazes para distribuir a substância de enchimento sobre uma superfície mais ampla. É importante notar que, embora os preenchimentos injetáveis de AH sejam descritos como preenchimentos dérmicos, eles são frequentemente injetados por via subcutânea no tecido subcutâneo. Curiosamente, os preenchimentos de AH podem durar mais tempo no tecido subcutâneo do que na derme e podem ter menos probabilidade de causar algumas das complicações conhecidas. Para minimizar o risco de complicações,



diversas técnicas são utilizadas: evitar injeções em bolus, injetar lentamente, observar áreas de comprometimento vascular, evitar injeção em áreas de possível infecção ou injeção anterior recente e aconselhar contra o uso de medicamentos conhecidos por causar hematomas/ sangramento e esteroides.

Apontamos que, como acontece com qualquer procedimento cosmético, o profissional deve estabelecer expectativas realistas e revisar quaisquer possíveis complicações. O tratamento de qualquer paciente que não demonstre compreensão suficiente deve ser evitado. Os pacientes tratados com CaHA devem ser avisados de que podem apresentar edema por 1 a 2 dias. Os pacientes tratados com PLLA devem ser informados sobre o início gradual dos efeitos, a possível necessidade de múltiplas sessões e a natureza duradoura dos resultados. Já o valor da fotografia padronizada não pode ser exagerado e deve ser usado tanto para orientar a abordagem do tratamento quanto para acompanhar os resultados e planejar tratamentos futuros.

No que se refere ao paciente, durante a avaliação, a região genital deve estar desnuda. Sugere-se que esse paciente fique em cima da escada de subida na maca, de frente para o avaliador e o mesmo, sentado, de frente para o paciente. Então, é iniciada a inspeção em relação ao abdome, monte de vênus e lábios externos vulvares. Caso o paciente seja portador de cicatriz, é necessária a palpação, para verificar se está aderida ou não.

De acordo com Lordelo (2018), uma vez na posição de litotomia, a inspeção volta a ser realizada; observa-se o tamanho do monte de vênus, do clitóris e do capuz clitoriano, os aspectos dos lábios internos e externos,



incluindo o turgor cutâneo. A coloração da genitália externa, da região perianal, e interna de coxas, a presença de foliculite, cicatrizes, lesões, também são inspecionados. Na posição de decúbito lateral, para a avaliação da região posterior, é possível visualizar foliculite ou hiperpigmentação nas nádegas, desenvolvida pelo atrito da roupa e da postura sentada.

A maioria dos pacientes, ao longo da idade, perde um pouco da integridade em múltiplas camadas estruturais (pele, gordura ou osso), mas alguns apresentam déficits focais em um tecido que superam os outros. A respeito dos procedimentos para anestesia, Christen (2022) e Ypiranga (2019) esclarecem que, como terapia anestésica mais frequente, tem-se a lidocaína 2%, 4,5 mg/kg, até um máximo de 300 mg (sem vasoconstritor) e 7 mg/kg, até um máximo de 500 mg (com vasoconstritor). A técnica antisséptica é imperativa: esfoliação com clorexidina seguida de álcool isopropílico imediatamente antes da injeção. As luvas estéreis devem ser trocadas caso haja suspeita de qualquer contaminação durante o procedimento. A diluição dos produtos deve ser feita de acordo com as recomendações do fabricante.

Em relação aos procedimentos percutâneos, o fisioterapeuta brasileiro já domina as referenciadas técnicas com segurança e sabe manejar, adequadamente, eventos adversos, há mais de uma década, por advento do Acórdão COFFITO nº 293 de 2012 (Carboxiterapia), o que amplia suas áreas de atuação e o auxilia a dominar novas técnicas e novos recursos tecnológicos, sempre, sob amparo e vigilância de Conselhos, que prezam pela qualificação profissional, pela ética, pela saúde e segurança da população. Como em todo



procedimento percutâneo, são necessárias medidas rígidas de biossegurança, garantindo ambiente estéril, bem como uso de material, igualmente estéril, prevenindo, assim, complicações como infecções.

1.2.2. Segurança

Para os autores (Kyriazidis et al, 2023); (Christen, 2022); (Oranges et al, 2021); e (Stojanovič & Majdič, 2019), as aplicações de preenchedores e bioestimuladores de colágeno são consideradas seguras. A esse respeito, (Oranges, 2021) reitera que “as complicações da injeção são relativamente raras – 0,67% em 2089 casos em estudo retrospectivo de Daines (2013) – e as que são observáveis são provavelmente relacionadas à ramificação complexa e densa do próprio sistema vascular”.

Em seu estudo com 167 participantes, Baumann et al (2015) encontraram e classificaram como “respostas comuns ao tratamento” ao AH: aumento da sensibilidade local (76,5% dos indivíduos), inchaço (67,9%), dureza na região (66,0%) e hematomas (62,3%). Eventos adversos considerados relacionados ao tratamento foram relatados em 14/167 indivíduos (8,4%) após repetição do tratamento e incluíram endurecimento no local da injeção (4,2% dos indivíduos), massa (caroços/inchaços) (4,2%), hematomas (1,2%), dor (0,6%), pápula (0,6%) e edema (0,6%).

Nessa perspectiva, DeLorenzi esclarece que complicações inesperadas podem ocorrer, sendo as complicações vasculares as mais indesejadas. Essas podem ocorrer no caso de injeção intravascular acidental, que envolve comprometimento vascular parcial ou completo resultante da injeção de



preenchimento no sistema arterial. Essa complicação pode resultar em necrose isquêmica local e/ou à distância. Estas complicações podem ser evitadas usando pequenas quantidades em áreas de alto risco e estando ciente de quaisquer alterações na pele durante a realização dos tratamentos. Uma parte determinante para minimizar o comprometimento vascular, além do conhecimento profundo da anatomia da região íntima, é reconhecer precocemente os sinais de oclusão iminente. A falta de oxigênio pode resultar em necrose da pele e morte do tecido, resultando em cicatrizes (DeLorenzi, 2014).

13

Em relação a esse processo, Kroumpouzou (2024) afirma que os efeitos da oclusão vascular podem ser revertidos ou minimamente mitigados com a identificação e intervenção precoce no local e aplicação de hialuronidase – uma endoglicosidase que tem a propriedade de despolimerizar o ácido hialurônico degradando-o. Por outro lado, quando aplicados por meio de cânulas – que têm a ponta romba – minimiza a possibilidade de aplicação direta em vaso com consequente oclusão vascular. Isso se aplica tanto para os géis à base de ácido hialurônico como para os bioestimuladores de colágeno nas substâncias de hidroxiapatita de cálcio e ácido poli-L-lático.

A despeito dos riscos de complicações, a revisão sistemática de Kyriasidis et al (2023), que analisou 48 ensaios clínicos aleatorizados e controlados, salienta que os preenchimentos são geralmente seguros e eficazes, sendo a maioria dos eventos adversos transitórios, autolimitados e de gravidade leve a moderada. Destaca o estudo que eventos adversos graves, embora raros, ocorrem e geralmente não estão relacionados ao tratamento. Segundo os autores,



o consentimento informado, a educação do paciente e o treinamento profissional são importantes para resultados seguros e bem-sucedidos.

14

De acordo com Ypiranga (2019), o fisioterapeuta injetor deve conhecer as propriedades dos diferentes produtos para escolher o preenchimento adequado. Em se tratando do ácido hialurônico, é imperioso que o gel tenha consistência semelhante ao tecido circundante, para se obter uma aparência natural. Além disso, o gel deve manter sua forma contra o esforço físico constante, garantindo durabilidade após a injeção. Para procedimentos mais complexos, como lifting ou volumização, são necessários géis mais densos para que se assegure que ele permaneça no local e não se desloque para outro tecido não desejado (YPIRANGA, 2019).

Desse modo, torna-se pertinente destacar que quando falamos em bioestimuladores de colágeno, sugere-se a diluição correta para cada objetivo, aplicação homogênea e em poucas quantidades em cada vetor traçado, nos planos e tecidos desejados, conforme terapêutica de cada paciente, para evitar nódulos aparentes e ou até mesmo evolução em granulomas.

Já em relação ao uso do fio de PDO, cabe esclarecer que é uma modalidade de tratamento bem estabelecida, para abordagem da flacidez da pele. A polidioxanona é um polímero absorvível, já utilizado para suturas cirúrgicas e, na última década, vem mostrando sua utilidade em tratamentos estéticos devido à sua capacidade de estimular a síntese de colágeno. O efeito mecânico proporcionado pelas espículas do fio de sustentação, atrelado ao



potencial de estímulo de colágeno, criam uma nova modalidade nas terapias corporais.

15

Os referidos fios de PDO são uma técnica inovadora e, minimamente, invasiva utilizada na harmonização corporal e facial com resultados impressionantes. Para Miranda (2023), essa técnica consiste na inserção de fios absorvíveis de PDO sob a pele, promovendo um efeito lifting imediato e estimulando a produção natural de colágeno ao longo do tempo. Esses fios são seguros e biocompatíveis, o que torna o procedimento uma excelente opção para quem busca melhorar a firmeza e sustentação da pele, além de reduzir rugas e linhas de expressão.

A respeito da aplicação desses fios, lemos em Goel & Rai (2022), que os fios de PDO podem ser aplicados em diversas áreas do rosto, como a região das maçãs do rosto, sobrancelhas, contorno mandibular e pescoço, oferecendo um aspecto rejuvenescido e natural, sem a necessidade de cirurgia. Os resultados são duradouros e gradualmente aprimorados à medida que o colágeno é estimulado, tornando-os uma alternativa confiável e eficaz para aqueles que desejam melhorar sua aparência facial de forma segura e com tempo de recuperação reduzido.

Em relação a esses procedimentos, Khan et al. (2021) salientam que os fios de PDO, ao serem inseridos sob a pele, criam uma reação inflamatória controlada, estimulando as células a produzirem novo colágeno e elastina ao redor dos fios. Esse processo de neocolagênese ajuda a restaurar a estrutura e firmeza da pele, melhorando a sustentação dos tecidos e suavizando



rugas e linhas de expressão. Ao contrário de procedimentos invasivos, a aplicação dos fios de PDO é minimamente invasiva, o que reduz o tempo de recuperação e os riscos associados a cirurgias mais extensas. Além disso, os resultados são progressivos e naturais, uma vez que a produção de colágeno ocorre gradualmente ao longo das semanas e meses após o procedimento. Essa abordagem com fios de PDO é uma opção atraente para pacientes que desejam rejuvenescer sua aparência facial e corporal, de forma segura e eficaz, com benefícios duradouros.

16

Apontamos também que, a inserção dos fios de PDO estimula a produção natural de colágeno, o que resulta em melhorias contínuas na firmeza e sustentação da pele, ao longo das semanas e meses seguintes ao procedimento. Outro benefício, de acordo com Silva et al. (2023), é a ausência de cortes ou incisões: com isso reduz-se o tempo de recuperação e os riscos associados a cirurgias mais invasivas.

Nesse sentido, Witmanowski & Blochowiak (2020) reiteram que as indicações para a utilização dos fios de PDO incluem pacientes que desejam rejuvenescer a aparência facial, corrigir flacidez e queda dos tecidos, melhorar a definição do contorno mandibular, levantar as sobrancelhas, elevar a região das maçãs do rosto e do pescoço, entre outros.

Em relação ao rejuvenescimento da genitália feminina, Cohen (2018) esclarece que, teoricamente, uma abordagem minimamente invasiva, que utiliza suturas de suspensão absorvíveis pode ser considerada para o tratamento da frouxidão escrotal. Fios elásticos de silicone têm sido usados com sucesso para proporcionar rejuvenescimento vaginal funcional. Atualmente,



suturas de suspensão auto ancorantes, bidirecionais, à base de cone e, totalmente, absorvíveis de ácido poli-L-láctico (PLLA)/poli-lactídeo-co-glicólido (PGLA) são usadas para levantar e reposicionar o tecido facial. A modificação não apenas do comprimento da sutura, mas também do tamanho, número e posicionamento do cone pode permitir que esta técnica seja aplicável para fornecer, também, a elevação escrotal.

Essa técnica é particularmente adequada para pacientes que buscam resultados naturais e desejam evitar procedimentos cirúrgicos mais invasivos. Vale destacarmos que, embora as técnicas de fios de PDO sejam geralmente seguras e minimamente invasivas, algumas reações adversas podem ocorrer. De acordo com Bhatnagar et al. (2022), é importante ressaltar que essas reações são relativamente raras, mas é essencial que os pacientes estejam cientes delas antes de realizar o procedimento. Alguns dos efeitos colaterais mais comuns incluem inchaço, vermelhidão e hematomas no local da aplicação. Essas reações são geralmente leves e temporárias, desaparecendo em poucos dias após o procedimento.

Porém, pacientes com histórico de alergias aos componentes dos fios ou infecções ativas na região a ser tratada devem evitar o procedimento com fios de PDO. Para Kim et al., (2020), da mesma forma, indivíduos com problemas de coagulação sanguínea, gestantes, lactantes e pessoas com doenças autoimunes não são candidatos adequados para essa técnica. A consulta prévia com um profissional especializado é essencial para avaliar a saúde geral do paciente



e determinar se a aplicação dos fios de PDO é apropriada para suas necessidades e objetivos estéticos específicos.

18

A solicitação, interpretação e realização de exames complementares é procedimento assegurado ao fisioterapeuta pela Resolução CNE/CES/MEC nº 04 de 2002 e também pela Resolução COFFITO nº 80 de 1987.

As técnicas e procedimentos relacionados aos cuidados com a pele, seja na funcionalidade ou na estética, avançam rapidamente. O fisioterapeuta dermatofuncional tem acompanhado de forma competente e criteriosa essa evolução por meio da formação profissional constante. Especificamente, na área dos preenchedores, temos literatura sólida sobre seus mecanismos, procedimentos, indicações e contra indicações e, principalmente, a segurança do uso dos preenchedores.

A esse respeito, retomamos a lição de Kyriasidis (2023), quando esse autor orienta que o consentimento informado, a educação do paciente e o treinamento profissional são importantes para resultados seguros e bem-sucedidos. A formação do fisioterapeuta – em especial do fisioterapeuta dermatofuncional – naturalmente contempla essa recomendação. O profissional fisioterapeuta possui em sua grade curricular grande carga horária na formação específica em anatomia, fisiologia, farmacologia, cinesiologia e biomecânica, necessárias para a base de sua capacitação.

Faz-se necessário destacarmos que, em conformidade com Lordêlo (2024), a importância da segurança na utilização de recursos, que



demandam esterilização, autoclavagem ou o uso de dispositivos descartáveis. As secreções da região perineal podem servir como via de transmissão de doenças por contágio horizontal, reforçando a necessidade de medidas rigorosas para prevenir possíveis complicações de saúde.

1.3. PEELINGS CLAREADORES

De acordo com Kede & Sabatovich (2004) e Pimentel (2014), os peelings químicos fazem uma esfoliação ou injúria na pele através de agentes químicos que promovem uma descamação nas camadas da derme e epiderme, seguido pela liberação de citocinas e mediadores da inflamação resultando no depósito de colágeno, reorganizando elementos estruturais e aumento do volume dérmico. A profundidade em que o ácido age depende da pele, do produto, da assepsia e da técnica de aplicação.

Já quanto à classificação dos peelings, Moser (2018) esclarece que esse procedimento ocorre nos níveis: superficial, médio e profundo. Cada um apresenta um alcance e um resultado na pele. As indicações mais comuns para realização do peeling são: rejuvenescimento, clareamento, melasma, reepitelização, hiperpigmentação pós-inflamatória, acne, cicatrizes de acne e seborréia. Em sua grande maioria, os peelings são procedimentos simples quando o profissional tem domínio do ácido utilizado e suas formulações, sua ação e eficácia, além de saber avaliar a pele do paciente para um resultado adequado.

A respeito dos peelings químicos superficiais, Small et al (2014) reitera que eles tratam o fotoenvelhecimento cutâneo e distúrbios dermatológicos comuns, podendo inclusive serem aplicados em peles sensíveis e



com hiperpigmentação. Os protocolos de tratamentos com peelings químicos, também chamados de quimio-esfoliação, removem as camadas mais externas da pele como forma de estimular sua renovação, ao regenerar a epiderme e a derme.

20

Já sobre a hiperpigmentação da região íntima feminina, Borges (2010), observa que esse processo decorre de vários fatores como por exemplo, a obesidade, gravidez, condição genética e o atrito na área. A pele desta área é fina e mesmo não sendo exposta ao sol, apresenta tendência a ficar escurecida com o passar do tempo. O clareamento íntimo é uma opção de tratamento, feito através de procedimentos, com o uso de ácidos clareadores, entre eles o kójico, láctico, fítico e o mandélico, que devem ser aplicados no tempo certo por se tratar de uma região sensível.

A respeito do peeling de ácido mandélico, Tassinary (2018) aponta que é uma das opções de tratamento bastante utilizadas para o clareamento da região íntima, pois esfolia e descama promovendo a regeneração da pele e melhora a elasticidade, hidratação, aumentando a produção de colágeno, e fornecendo um bom resultado no clareamento da área íntima, sendo possível de ser utilizado em todos os tipos de pele.

Muitos autores pesquisados recomendam o uso do ácido mandélico com concentração entre 15% a 30% com pH de 2,5 (pH normal da região íntima) e aplicação de no mínimo 2 minutos(min) ao máximo de 20 minutos, ou conforme relato de efeito que a paciente relatar, como prurido, ardência, queimação ou formação de efeito frost (como denominamos o esbranquiçamento indicativo do limite na aplicação de peeling para uma margem



segura de eficácia e eficiência no resultado final). Entre esses autores, citamos: Moser (2018); Estefano (2018); Moura (2017); Tassinari (2018); Pimentel (2012); Small (2014); Carvalho (2019).

1.4. TOXINA BOTULÍNICA

A literatura específica revela que as toxinas botulínicas (TBs) são agentes proteicos muito utilizados para o bloqueio neuromuscular, com o objetivo de reduzir ou cessar a contração muscular. A TB bloqueia a liberação de acetilcolina na junção mioneural, pela clivagem da proteína SNAP-25. O controle da contração muscular pode ser necessário em diversas condições de saúde de origem neurológica ou não, como blefaroespasmos, distonias faciais, rugas, espasticidade e distonias focais ou generalizadas. Conforme explicitam Ahn et al. (2000), Sposito (2004) e Choudhury et al. (2021).

Sobre a ação da TB, Gallagher e Ackerman (2017) destacam que esse processo é reversível, pois, após o bloqueio das sinapses colinérgicas, novas sinapses são construídas em um fenômeno chamado “brotamento”, o qual promove a recuperação funcional do músculo, em um período médio de três meses. Nos meses subsequentes, as sinapses originais se regeneram e reassumem suas funções no processo da contração muscular. Assim, a TB interrompe a transmissão sináptica, temporariamente e isso torna necessárias reavaliações periódicas para novas intervenções.

Existem duas formas de apresentação para uso clínico da toxina botulínica (tipos A e B). A Toxina Botulínica do tipo A (TBA) é a mais utilizada terapêuticamente, por ter maior afinidade com o sistema nervoso motor.



Segundo Lippmann (2023), após a primeira aprovação da TBA para uso clínico, pelo FDA dos EUA, em 1989, vários outros produtos de TBA tornaram-se disponíveis. Atualmente no Brasil, temos a marcas BOTOX (ANVISA 101470045), BOTULIFT (ANVISA 1064601800062), BOTULIM (ANVISA 1163701430028), DYSPORT (ANVISA 169770001), NABOTA (ANVISA 1642500060011), PROSIGNE (ANVISA 1029803170042) e XEOMIN (ANVISA 188020001).

Para Sposito (2004), o bloqueio produzido pela TBA permite acesso a músculos específicos, tem efeito sustentável e reversível no sistema nervoso motor e não apresenta ausência de efeitos sensoriais nociceptivos. Já em relação ao uso terapêutico da TBA, Odo e Chichierchio (2002) explicam que, no controle da contração muscular, é eficiente no tratamento de diversas condições de saúde, tais como espasmos palpebrais, espasmos faciais, espasticidades, distonias focais e generalizadas, hiperidrose axilar, hiperidrose palmar, distonia oromandibular, disfonia e torcicolo, além de indicações estéticas com as rugas glabulares e frontais, rugas palpebrais, rugas no dorso do nariz e sulco lábio geniano.

Díaz-Aristizabal, U et al (2023) afirmam, que a TBA aumenta a função muscular da face, melhora a qualidade de vida e reduz a sincinesia (movimentos involuntários deflagrados por contrações de outras musculaturas) ou em pacientes com sequelas de Paralisia Facial Periférica. Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) libera a TBA como medicação de alto custo para algumas condições de saúde.



Ressaltamos que, em 2015, um artigo de revisão sobre a aplicação da toxina, abordou sua aplicação na área da odontologia, cuja indicação para os distúrbios temporomandibulares: bruxismo; cefaleia; hipertrofia do masseter entre outros cometimentos de caráter odontológico, pode abranger o tratamento de rugas faciais. Nessa revisão, os autores consideram a técnica segura, com complicações mínimas e eficazes em função de ser minimamente invasiva.

A esse respeito, Klein (2001) e Mattos (2018) explicam que: A toxina botulínica é contraindicada em gestantes e lactantes, casos de doenças neuromusculares degenerativas, pacientes alérgicos aos componentes do produto, pacientes fazendo uso de aminoglicosídeos, anti-inflamatórios, anticoagulantes e drogas que atuam na junção neuromuscular, além de pacientes com expectativas irreais e instabilidade emocional.

De acordo com Silva (2009), no que se refere às reações adversas da toxina botulínica A, pode se dividir em dois grupos: as que provêm da injeção e as decorrentes do próprio produto, sendo edema, eritema, dificuldade de acomodação visual, ptose e dor ao elevar a pálpebra, agravamento das rugas, dores de cabeça, disfagia, hipersensibilidade, diplopia, prurido local, náusea, sensação de peso local, desvio da rima bucal, alteração facial e estado gripal. Ferreira (2004) corrobora e classifica essas complicações como complicações “leves”, incluindo nessa categoria as assimetrias, edema, cefaléia leve, dor, acentuação das bolsas gordurosas em pálpebras inferiores e leve queda da pálpebra inferior.

Guerrissi; Sarkissian (1997) esclarecem que outras complicações temporárias como pequeno sangramento, perda de expressão e



assimetria também são citadas, mas os riscos dessas reações ocorrerem são reduzidos, se forem respeitadas as recomendações preconizadas, técnica correta e conhecimento da anatomia funcional. Em relação à superdosagem, Silva (2009) esclarece que, a superdosagem de toxina botulínica pode causar reações sistêmicas, com risco de morte devido às complicações respiratórias, entretanto esses casos são raros e estão relacionados ao mau uso da toxina, quando os limites seguros de dosagem não são respeitados.

Lacordia et al (2011) afirmam que, em seus estudos, que não foram encontrados relatos de efeitos adversos permanentes com a utilização da toxina botulínica, devido, principalmente, ao seu caráter de efeito transitório, uma vez que a função muscular retorna em alguns meses. Relatam ainda que não foram encontradas complicações graves ou fatais. Porém, constatou-se um caso de estrabismo, relatado após aplicação de toxina botulínica, na região orbicular, além de relatos de diplopia, náusea e vômito.

Srivastava (2015) salienta que, além de treinamento específico e domínio da técnica, o profissional que irá aplicar a toxina botulínica deve, também, ter qualificação para manejo adequado dos efeitos adversos e/ou as complicações que, porventura, aconteçam após o procedimento. Já para Lacordia Januário e Pereira (2011), embora os riscos sejam baixos e os efeitos adversos sejam bem tolerados, as complicações do uso da toxina botulínica devem ser, devidamente, explicadas aos pacientes. Sua ampla utilização requer conhecimento da farmacologia e de seus efeitos, assim como treinamento e



habilidade para administração apropriada. O uso responsável da TBA pode trazer resultados seguros e eficientes.

Nesse sentido, Silva (2009) reforça, também, a importância do conhecimento anatômico para aplicação da toxina botulínica, afinal, os efeitos adversos ocorrem, principalmente, quando o local da aplicação é inadequado.

Ainda a respeito do uso da toxina botulínica, Cohen (2018) acrescenta que essa toxina também tem sido usada para tratar distúrbios associados a uma função aberrante dos músculos lisos. Se a contração do músculo dartos for um componente que contribui para a etiologia do enrugamento escrotal, uma intervenção direcionada à função desse músculo liso pode resultar em menos enrugamento do escroto. Portanto, a injeção de toxina botulínica no músculo dartos do escroto pode resultar em uma superfície da pele escrotal mais lisa. Além disso, o relaxamento do músculo dartos que recobre o pênis, através da injeção de toxina botulínica, provoca um efeito de aumento do corpo do pênis em estado flácido.

Nesse contexto, é importante reforçarmos que o profissional fisioterapeuta possui, em sua grade curricular, extensa carga horária na formação específica em anatomia, fisiologia e farmacologia, cinesiologia e biomecânica, que são, extremamente, necessárias para a base de sua capacitação como injetor de toxina botulínica. Essa prática, também, é respaldada pelo acórdão COFFITO nº 609 de 2023. A prescrição e escolha da via de administração por fisioterapeutas estão amparadas pelos textos do inciso II do art. 4º da Resolução CNE/CES/MEC nº 04 de 2002, inciso IX do art. 4º da Resolução COFFITO nº



394 de 2011, acórdão COFFITO nº 611 de 2017 e acórdão COFFITO nº 639 de 2023.

1.5 ANESTÉSICOS

Rahevskiy, et al. (2022) ressalta que a realização de procedimentos injetáveis é dolorosa e, nesse contexto, se pode utilizar anestésico tópico ou inalatório, para reduzir o desconforto do paciente. Cerca de 80% dos pacientes que foram submetidos a procedimentos com e sem lidocaína no pré-tratamento, preferiram o uso de anestésico antes da canulização.

Nessa perspectiva, Henry (2024) esclarece que a lidocaína é o anestésico intradérmico mais utilizado devido ao seu perfil seguro. Quando injetada, esse anestésico difunde-se na membrana celular e bloqueia os canais de sódio de alta voltagem, presentes nos nociceptores periféricos. A analgesia pode ocorrer, após 1 minuto e durar por cerca de 2 a 5 horas. A dose máxima em adultos é de 4mg/kg e 7mg/kg, quando associada à epinefrina. Para a aplicação, Fasola, Gazzola (2016) recomendam que a área selecionada para a entrada da agulha ou da cânula pode ser anestesiada com 1 a 2 ml de mepivacaína, 2% de epinefrina 1/100,000 em cada lado. A área é geralmente localizada na borda do vestíbulo vaginal de cada lábio maior.

Lemos em Butrick CW. (2009) sobre a importância do cuidado no uso de recursos dolorosos na região perineal, uma vez que esta área desempenha três funções importantes para o organismo: continência, sexual e sustentação. É fundamental considerar que a resposta dolorosa nessa região pode acarretar na perda da função de esvaziamento miccional e/ou defecatório, levando



a quadros de incontinências por transbordamento e/ou retenção urinária e fecal. Qualquer distúrbio de dor prolongado ou intenso pode resultar em estímulos nocivos para o corno dorsal e isso poderá resultar em regulação positiva e memória dolorosa, ocasionando alterações metabólicas, bioquímicas e eletrofisiológicas que resultam na sensibilização periférica e em sucessão uma sensibilização central levando a Desordem do Assoalho pélvico hiperativo com disfunções dolorosas ou sem dor.

2. ELEMENTOS DE INFORMAÇÃO

A atuação fisioterapêutica, na especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional, foi reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em 02 de Maio de 2009 (RESOLUÇÃO 362/2009), com sete áreas de atuação, insculpidas no art. 5º da Resolução COFFITO 394/2011: (I) Fisioterapia Dermatofuncional no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Plástica, (II) Fisioterapia Dermatofuncional no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica, (III) Fisioterapia Dermatofuncional em Angiologia e Linfologia, (IV) Fisioterapia Dermatofuncional em Dermatologia, (V) Fisioterapia Dermatofuncional em Estética e Cosmetologia, (VI) Fisioterapia Dermatofuncional em Endocrinologia e (VII) Fisioterapia Dermatofuncional em Queimados.



Destarte, trata-se de seara dominada e praticada pelo fisioterapeuta há muito tempo, e o primeiro livro sobre esse tema foi publicado, em 1996, com o título “Fisioterapia em Estética”, cujos autores são os professores doutores Elaine e Rinaldo Guirro. O professor doutor Rinaldo Guirro é o atual representante da área 21 na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Nos anos posteriores à publicação, houve crescimento significativo da área, com a criação da ABRAFIDEF – Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional, em 2005, e organização da especialidade (reconhecida em 2009), a qual passou a ser disciplina obrigatória nos cursos de graduação em Fisioterapia, a partir desse ano de 2009. Foram criados, também, diversos cursos de especialização (pós-graduação lato sensu) na área.

A criação do título de especialista profissional em Dermatofuncional, pelo COFFITO, ocorreu em 2011 (Resolução 394/2011). Esse título é adquirido por meio de certame público, o que exige do profissional maior qualificação, aprofundamento dos conhecimentos, vivência clínica especializada e maior aprendizado científico.

O COFFITO, desde então, acompanha, com proximidade, a trajetória das especialidades e orienta as Associações, quanto à importância de aquisição do título de especialista. Nos acórdãos que se seguiram, o COFFITO manifestou sua preocupação com a qualificação profissional e demonstrou sua linha de prioridade, com a atuação dos profissionais fisioterapeutas nas diversas especialidades, ao orientar a qualificação e, inclusive, cancelar cursos de formação de procedimentos percutâneos, como o já citado da Carboxiterapia (ACÓRDÃO



COFFITO nº 293 de 2012), o de toxina botulínica (ACÓRDÃO 609 de 11 de maio de 2023) e o de intradermoterapia/mesoterapia (ACÓRDÃO 636 de 07 de julho de 2023).

29

Assim, pudemos observar a relevância da formação profissional para a autarquia federal, ao solicitar que os ministrantes desses cursos apresentem toda programação dos referidos cursos e que atendam aos respectivos acórdãos, em termos de conteúdo programático, carga horária e qualificação dos ministrantes, inclusive com a recomendação de que os alunos desses cursos tenham título de especialista na área.

Acreditamos que para as técnicas dos preenchedores dérmicos injetáveis temporários aplicados à dermatofuncional, por se tratarem de procedimentos percutâneos, o COFFITO seguirá a mesma orientação de supervisionar e cancelar os cursos de formação nessas tecnologias.

Quanto à aplicação de preenchedores injetáveis e fios de PDO, constatamos que há necessidade do uso de anestésico de forma intradérmica e, de se usar técnicas, como de intradermoterapia ou mesoterapia, que são respaldadas pelo Acórdão COFFITO 636/2023, desde que se esclareça a abordagem fisioterapêutica dessas técnicas. Entretanto, requerem do profissional fisioterapeuta a qualificação e formação específicas, conforme item IX deste Acórdão e que esse profissional fisioterapeuta submete-se a sanções éticas, caso as normas sejam descumpridas: “IX - É recomendado que somente profissionais especialistas, com reconhecimento pelo COFFITO, utilizem-se da terapia aqui regulada, após a formação específica em cursos de capacitação, na forma deste



Acórdão. O uso da técnica por profissional não especialista poderá ser considerado como condição agravante em caso de imposição de sanção ético-disciplinar pelos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em processos vinculados ao uso da Intradermoterapia/Mesoterapia”.

30

Em tempos de crescentes evoluções científicas e tecnológicas, o uso do LASER de alta potência, aplicado de forma intradérmica, ou dos preenchedores dérmicos injetáveis temporários refletem, claramente, a evolução. Um profissional não pode ter sua carreira estagnada, por isso necessita de um Conselho forte e atuante, que se preocupa com a qualificação dos profissionais e com a qualidade do serviço prestado à população. Diante disso, podemos afirmar que o COFFITO tem executado, com excelência, esse papel nas últimas décadas.

Clinicamente, deparamo-nos com profissionais peritos e imperitos, prudentes e imprudentes, ciosos e omissos, comprometidos e negligentes. Isso ocorre em quaisquer campos de conhecimento aplicado à saúde humana e não é diferente na Fisioterapia. Entretanto, a presença de um Conselho forte atuante, no controle da qualificação profissional; na exigência de especialização, para execução de técnicas específicas de cada especialidade e na supervisão dos programas de ensino dos cursos ofertados nessas áreas, demonstra a preocupação com o serviço oferecido à população, de forma ética e segura.

Ao preservar a autonomia profissional, sob o ponto de vista jurisdicional; a prática fisioterapêutica clínica de primeiro contato, exclusivamente, exercida por fisioterapeutas em todos os seus aspectos de diagnose nosológica



fisioterapêutica, indicação de tratamento independente, livre de condutas a observar de outros profissionais e alta fisioterapêutica, encontram-se pacificadas na ação civil pública 1073317-96.2021.4.01.3400, com sentença de 11 de maio de 2022 e, mais recentemente ainda, na decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) em relação ao Recurso Especial nº 1.592.450/RS, com sentença em sede de embargos de declaração proferida aos 22 de novembro de 2022, ambas consolidando tais prerrogativas históricas.

3. ANÁLISE

Os procedimentos percutâneos vêm crescendo no Brasil, considerando as suas vantagens de menor custo e menor tempo necessário para recuperação, quando comparado à cirurgia plástica. Por esse motivo, faz-se necessária a regulamentação, por parte dos conselhos dos profissionais de saúde habilitados, nesse tipo de abordagem.

Ressaltamos que, para o caso dos PREENCHEDORES DÉRMICOS INJETÁVEIS TEMPORÁRIOS, a Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional já emitiu o parecer ABRAFIDEF nº 03/2022 e que embasa o uso dessas substâncias no âmbito fisioterapêutico, reconhecendo-as como próprias da Fisioterapia, em suas mais diversas aplicabilidades, desde a gluteoplastia não cirúrgica ou demais procedimentos corporais correlatos, até o



rejuvenescimento facial, obtido com bioestimuladores do colágeno e aplicação de ácido hialurônico.

À vista disso, a Lei do Ato Médico dispõe sobre o exercício da medicina e, de acordo com a norma, somente os médicos podem executar procedimentos invasivos. Para uma melhor compreensão do conceito de INVASIVO, é necessário interpretarmos seus sentidos e, nesse contexto, valem-nos de uma consulta à referida Lei, de nº 12.842, de 10 de julho de 2013 e o que está expresso em seu artigo 4º, inciso III. Vejamos:

Art. 4 São atividades do médico: III indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, que sejam diagnósticos terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias. Importante registrar que a Lei do Ato Médico, - princípio base das fundamentações judiciais, por parte dos Conselhos Regionais de Medicina, - teve diversos incisos vetados, justamente para não coibir a assistência à saúde em todos os seus níveis de atenção, por práticas já estabelecidas inclusive no Sistema Único de Saúde, por outros profissionais.

Quanto ao conceito legal de procedimento invasivo, encontra-se previsto no inciso III do §4º do mesmo artigo. Vejamos: §4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações: I - (vetado); II-(vetado); e, III- invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

Percebemos que na redação original do §4º havia outros dois incisos (I e II). Os referidos incisos ampliavam o conceito de procedimento



invasivo, para incluir a invasão de epiderme derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos (I), bem como a invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos.

Tais incisos foram vetados pelo poder executivo, pois foram apresentadas razões, as quais justificaram que procedimentos invasivos não podem ser meramente caracterizados de maneira ampla e imprecisa, ao atribuir, privativamente, ao profissional médico tão extenso rol de procedimentos, visto que alguns desses procedimentos já estão consagrados no Sistema Único de Saúde (SUS) e a lei apontada restringiria possibilidades de atenção à saúde, contrariando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

Por conseguinte, definidas por lei, as técnicas invasivas são aquelas que ao invadir os orifícios naturais do corpo, atingem os órgãos internos. Mesmo esses procedimentos, através de orifícios naturais, quando realizados, com o objetivo da recuperação físico-funcional, podem e devem ser realizados por fisioterapeutas (item IX do §5º do inciso XIV do art. 4º da Lei 12.842). São os casos de eletroestimulação endoanal e endovaginal amplamente realizadas por fisioterapeutas na reabilitação do assoalho pélvico de mulheres e homens com incontinência urinária, fecal e flatula e, outrossim, nas aspirações nasotraqueais conduzidas rotineiramente no contexto da Fisioterapia Intensiva em adultos, crianças e neonatos.

O acórdão COFFITO 919 de 2018 regulamenta “**que o fisioterapeuta, a seu critério, poderá utilizar recursos de fototerapia,**



LASER e outros, em qualquer potência, observando protocolos de segurança, desde que com a finalidade fisioterapêutica” (negrito e sublinhado nossos).

34

Destacamos que outro procedimento percutâneo, abrangido pela Fisioterapia Brasileira, é a Ozonioterapia, resolução COFFITO 380 de 2010, das Práticas Integrativas e Complementares, parágrafo segundo do art. 1º proferiu: “Considerar-se-á também autorizado ao fisioterapeuta à prática de todos os atos complementares que estiverem relacionados à saúde do ser humano e que vierem a ser regulamentados pelo Ministério da Saúde por meio de portaria específica”. O Ministério da Saúde, por meio da portaria Nº 702, de 21 de março de 2018, incluiu a Ozonioterapia como Prática Integrativa e Complementar. E essa Ozonioterapia é respaldada pela resolução COFFITO 380. A Ozonioterapia é uma prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica e já foi utilizada em vários países: como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas.

Mais tarde, em 2022, o COFFITO ratificou essa prerrogativa fisioterapêutica, por meio do acórdão COFFITO nº 561, que traz “que a Resolução nº 380/2010 autoriza a aquisição, a utilização de equipamentos, bem como a prescrição de Ozonioterapia por profissionais fisioterapeutas no âmbito de suas respectivas práticas profissionais”.



O acórdão CREFITO 2 nº 20/2020 de 19 de novembro de 2020, por unanimidade, reconheceu o uso racional de medicamentos e procedimentos injetáveis, respeitando as orientações de órgãos de saúde. No Art. 2º anexo I, ratificou a utilização dos seguintes recursos e técnicas como próprios da Fisioterapia: Intradermoterapia/Mesoterapia; Microagulhamento; Hidrolipoclasia Ultrassônica não Aspirativa; Preenchedores Semi Permanentes; Procedimento Injetável para Microvasos; Toxina Botulínica Fisioterapêutica; Terapia Neural; Ozonioterapia; Plasma Rico em Plaquetas e Terapia Fotodinâmica e Fotossensibilizadores Fisioterapêuticos.

Diante disso, apontamos que Eugênio Lopez Sanchez foi um grande defensor da fisioterapia, em suas origens, no Brasil. Sua participação na Fisioterapia Brasileira foi incontestável e decisiva para o crescimento e regulamentação da profissão, como prática clínica de primeiro contato. O referido fisioterapeuta fundou a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) em 19 de agosto de 1959, a qual, três anos depois, filiou-se à World Confederation for Physical Therapy (WCPT).

Já no Brasil, a Resolução COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013, que estabeleceu o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, instituiu: ‘Artigo 9º – Constituem-se deveres fundamentais do fisioterapeuta, segundo sua área e atribuição específica: III – utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano.’”



Quanto ao embasamento da necessidade de uso fisioterapêutico de fármacos anestésicos injetáveis prévios à aplicação dos PREENCHEDORES, trazemos mais alguns elementos relevantes a lume, os quais deixam patente a legitimidade dessa prerrogativa: O acórdão nº. 293, de 16 de junho 2012, trata da normatização das técnicas e recursos da Fisioterapia Dermatofuncional, dentre as quais a carboxiterapia: uma terapia injetável de fase gasosa, também enquadrada como técnica percutânea. A Fisioterapia Dermatofuncional utiliza, ainda, a cosmetologia (RDC/ANVISA 79/00) como recurso terapêutico e pode também, lançar mão das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Resolução COFFITO 380/10), de tecnologias assistivas, entre outras. O parecer que ensejou o acórdão COFFITO 293/12 tratou dos seguintes procedimentos utilizados pela Fisioterapia Dermatofuncional: LASER, Luz Intensa Pulsada, Radiofrequência, Carboxiterapia e Peelings, baseado no documento produzido pelo Grupo de Trabalho de Fisioterapia Dermatofuncional do COFFITO (2011).

Posto isso, a Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional enunciou o parecer ABRAFIDEF nº 03/2022 que trata do uso racional de substâncias e/ou medicamentos e procedimentos e injetáveis pelo fisioterapeuta, considerando os resultados obtidos na consulta pública aos fisioterapeutas, realizada pelo CREFFITO-2, no período de 26 de novembro a dezembro de 2019, a qual reflete a opinião dos profissionais do país, sobre a regulamentação de substâncias de livre prescrição. Essa consulta pública demonstrou que mais de 75% dos profissionais identificam os procedimentos como próprios do fisioterapeuta.



Assim, a Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional publicou um esclarecimento, em 09 de janeiro de 2023, sobre o uso dos injetáveis como adjuvante à prática fisioterapêutica, em que conclui: “há arcabouço normativo, histórico, consuetudinário e do direito internacional comparado suficientes, para que a ABRAFIDEF reconheça, como neste documento assertivamente o faz, a legalidade do uso de injetáveis por fisioterapeutas, em especial da especialidade Dermatofuncional, como recurso fisioterapêutico adjuvante à funcionalidade e de maneira a salvaguardar a prática clínica de primeiro contato”.

Na Resolução CNRMS N° 5, de 23 de dezembro de 2022, a Comissão Nacional de Residência Uni e Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação (CNRMS-MEC), nas competências por ano de treinamento no terceiro ano de treinamento em serviço em seu término, o residente R3 deverá ser capaz de: instituir, no âmbito da Fisioterapia Dermatofuncional, o que a literatura internacional denomina Prática Fisioterapêutica Avançada (PFA) ou Fisioterapia de Escopo Estendido (FEE), são: prescrição de fármacos; realização, solicitação e interpretação de exames complementares; uso de substâncias injetáveis de fases gasosa e líquida, como adjuvantes à função; Desbridamento Conservador Afiado de Úlceras (DCAU); aspiração de seromas, hematomas e sero-hematomas, com dispositivos de pressão negativa; curativos biológicos e não biológicos avançados; atendimento fisioterapêutico em situações intraoperatórias.

Acerca da Resolução COFFITO N° 60, de 22 de junho de 1985, que dispõe sobre a prática de acupuntura pelo fisioterapeuta e dá outras



providências, essa resolução estabelece, no artigo 1º que, no exercício de suas atividades profissionais, o fisioterapeuta poderá aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da acupuntura desde que apresente, ao respectivo CREFITO, título, diploma ou certificado de conclusão de curso específico, patrocinado por entidade de acupuntura de reconhecida idoneidade científica, ou por universidade. No inciso primeiro, delibera que a idoneidade científica da entidade de acupuntura será demonstrada pelo interessado, através de atos, fatos, documentos e outros elementos admitidos no meio científico e profissional.

Ressaltamos, em relação aos medicamentos, que foi revogada a resolução COFFITO nº 10 (antigo código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), na qual seu artigo 8º proibia ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas respectivas áreas de atuação, inciso IV, prescrever medicamentos. Em relação à Fisioterapia, esse texto foi substituído pela resolução COFFITO nº 424 de 2013.

No que diz respeito à Resolução 380/2010 que regulamenta as práticas integrativas e complementares da saúde, considerando nº 8 “que a lei Nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, o Decreto Nº 79.094, de 5 de Janeiro de 1977 e demais legislação e registros da ANVISA que versam sobre os Fitoterápicos e suas restrições de prescrição, nos termos da RDC 138 de 29 de maio de 2003, resolve: Artigo 1º autorizar a prática pelo Fisioterapeuta dos atos complementares ao seu exercício profissional regulamentado, nos termos desta resolução e da portaria MS número 971/2006.20”.



A Lei municipal nº 2988 de Maricá/RJ, 30 de novembro de 2020, dispõe sobre a criação do programa municipal de práticas integrativas e complementares em saúde (PMPICS) no âmbito do município de Maricá, sendo o primeiro município brasileiro a incluir a Terapia Neural, como prática integrativa, após ganhar o prêmio no SUS em 2019. Diante do exposto, fica evidenciada a preocupação dos CREFITOs e COFFITO, quanto a esse escopo estendido da atuação do fisioterapeuta, para que, no Brasil, ocorra com responsabilidade, ética e, sobretudo, que a prática da fisioterapia seja realizada por profissionais qualificados. Uma ampla frente de trabalho, com inúmeros Grupos de Trabalho (GTs) está a serviço do COFFITO, com a presença de expertises na área, esses referidos grupos elaboram pareceres técnico-científicos, que amparam a atuação do fisioterapeuta para a prática de diversas técnicas e uso de recursos disponíveis. Os injetáveis são a linha de frente da prática das diferentes técnicas, considerando a alta demanda, imposta pela sociedade.

Recentemente, o COFFITO publicou o Acórdão 609, de 11 de maio de 2023, a qual reconhece a habilitação dos profissionais fisioterapeutas, na utilização da toxina botulínica, o Acórdão 635, de 07 de julho de 2023, que reconhece a habilitação dos profissionais fisioterapeutas, para utilização da hidrolipoclasia ultrassônica e o Acórdão 636, de 07 de julho de 2023, que reconhece a habilitação dos profissionais fisioterapeutas para utilização da Intradermoterapia/Mesoterapia. Em todos esses acórdãos, o COFFITO esclarece a necessidade de se seguir critérios na formação e capacitação dos profissionais aptos. Dentre esses critérios, fica explícita a preocupação com a qualificação do ensino, dos docentes e dos profissionais, os quais buscam essa habilitação, bem



como a formação relacionada à biossegurança e, sobremaneira, relacionada à técnica de aplicação e base anatomofisiológica, preservando-se a segurança da população que será atendida pelo profissional fisioterapeuta.

Quanto à prerrogativa do fisioterapeuta em, além de aplicar, prescrever fármacos adjuvantes à sua prática clínica funcional, essa prerrogativa encontra-se, amplamente amparada pelos textos do acórdão COFFITO n° 611, de 2017, (com escopo bem explicado pelo Ofício ABRAFIDEF n° 44 de 2023) e o acórdão COFFITO n° 639 de 2023. Esse acórdão 639 ampara, além de indicar, também, a escolha da via de administração do fármaco. A competência e a habilidade geral do manejo de medicamentos, por fisioterapeutas, encontram-se definidas até mesmo em suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Vejamos a Resolução CNE/CES n° 04 de 2002: “**Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais; II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas**”. (sublinhado e negrito nossos).

Tais DCNs, vêm sendo, rigorosamente, seguidas por todos os cursos de graduação de Fisioterapia em território nacional. Como exemplo,



dentre inúmeros outros em território nacional, espalhados por todas as Unidades da Federação, traz-se a ementa do estágio de Fisioterapia Dermatofuncional da Universidade Federal de Uberlândia, com conteúdo ministrado e aprovado por seu Núcleo Docente Estruturante (NDE) e seguidas, desde a fundação do curso em 2009: Atendimento fisioterapêutico dermatofuncional a pacientes reais em todas as áreas previstas em legislação COFFITO, dentre as quais (1) pré e pós operatório de cirurgia plástica, (2) pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, (3) angiologia e linfologia, (4) dermatologia, (5) estética e cosmetologia, (6) endocrinologia e (7) queimados. Estabelecimento do Diagnóstico Fisioterapêutico de acordo com a CIF. Aplicação de condutas cinesioterapêuticas, mecanoterapêuticas, de Debridamento Conservador Afiado de Úlceras (DCAU), farmacológicas, terapia fotodinâmica, curativos biológicos, não biológicos e com uso de pressão negativa. Realização, dentre outros, de procedimentos injetáveis de fase líquida e gasosa adjuvantes na Prática Fisioterapêutica Avançada (PFA) e Fisioterapia de Escopo Estendido (FEE), conforme literatura atual e/ou legislação COFFITO. Emprego de recursos eletrotermossonidoionto-fototerapêuticos e das práticas integrativas e complementares. Exigência da estrita observância aos princípios da Ética Normativa Aplicada. Plano de tratamento embasado por semiologia, propedêutica e avaliação em Fisioterapia Dermatofuncional. Prática clínica fisioterapêutica dermatofuncional de primeiro contato. Solicitação de exames complementares, subsidiários ao atendimento fisioterapêutico dermatofuncional. Prescrições e elaboração de laudos, pareceres e atestados em Fisioterapia Dermatofuncional, no contexto do atendimento a paciente reais.



Isso posto, o tema da aplicação da Toxina Botulínica pelo fisioterapeuta é tão, cientificamente, respaldado e presente na rotina desse profissional, que os artigos científicos 1º e 3º colocados no 5º Congresso Brasileiro de Fisioterapia Dermatofuncional, ocorrido em 2021 em Fortaleza/CE: o qual contou com palestrantes europeus, norte-americanos e palestrantes da América Latina, discutiram, exatamente, essa temática, sob orientação da professora doutora Renata Bessa Pontes, da Universidade Federal do Ceará. (UFC). Os títulos das palestras foram, respectivamente: “APLICAÇÃO PELO FISIOTERAPEUTA DERMATOFUNCIONAL DA TOXINA BOTULÍNICA DO TIPO A PARA RUGAS” e “USO EXPERIMENTAL DA TOXINA BOTULÍNICA PELO FISIOTERAPEUTA DERMATOFUNCIONAL”. O material referente às palestras pode ser consultado nos anais do evento e encontra-se no seguinte endereço:

<http://periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/issue/download/1132/401>

Desses belíssimos estudos, derivou-se um protocolo, que está no repositório da UFC, e pode ser acessado em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/63861/1/2022_tcc_mrasantos.pdf.



4. CONCLUSÃO

43

Pelo exposto, depreendemos que o profissional fisioterapeuta é clínico de primeiro contato, com plenas prerrogativas cientificamente amparadas, internacionalmente reconhecidas, socialmente respaldadas e historicamente aceitas, que o habilitam à autônoma e independente prescrição e uso de técnicas relacionadas à prática de HARMONIZAÇÃO ÍNTIMA AVANÇADA, com ou sem a aplicação de anestésico, por via intradérmica, com modalidades farmacológicas; de Preenchedores Dérmicos Injetáveis Temporários; Bioestimuladores de Colágeno Injetáveis; Mesoterapia/Intradermoterapia; Toxina Botulínica; fios de PDO; peelings e as demais já consagradas técnicas eletro-termossonidoionto-fototerapêuticas da prática clínica rotineira do profissional fisioterapeuta em pacientes/clientes/usuários de serviços de Fisioterapia, seja em âmbito público ou privado. Esses procedimentos percutâneos têm finalidades eminentemente funcional e estética. A aplicação dessas técnicas deve ser realizada com segurança e responsabilidade, sendo indispensável que o profissional fisioterapeuta tenha formação sólida, lastreada em cargas teórica e prática supervisionada presencial (**não EAD**), para o manejo e tratamento dos eventuais eventos adversos ou complicações.



5. REFERÊNCIAS

1. APFELBERG, D. B., ROSENTHAL, S., HUNSTAD, J. P., ACHAUER, B., & BELA FODOR, P. (1994). Progress report on multicenter study of laser-assisted liposuction. *Aesthetic Plastic Surgery*, 18(3), 259–264.
2. BONÉ C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de Diodo. Estudio preliminar. *Rev Patol Vasc* 1999; V:35–46.
3. KARCHER C, Sadick N. Rejuvenescimento vaginal usando dispositivos baseados em energia. *Dermatol feminino Int J*.2016; 2:85-88.
4. BADIN A, MORAES L, GONDEK L, et al. Laser lipolysis: flaccidity under control. *Aesthetic Plast Surg*. 2002; 26:335–339.
5. PRADO A, ANDRADE P, DANNILA S, et al. A prospective, randomized, double blind, controlled clinical trial comparing laser-assisted lipoplasty with suction-assisted lipoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 118:1032–1045.
6. SCRIMALI L, LOMEIO G, DELL'AVANZATO R, CRIPPA A. Endolaser soft-lift: a new approach on body contouring. Perspective and suggestions. *Eur. J. Aesth. Medicine and Dermatology*. 2013;3(3):86-90.
7. NILFOROUSHZADEH, M. A., HEIDARI-KHARAJI, M., FAKHIM, T., BEHRANGI, E., SHAHVERDI, M., RAFIEE, S., & NOBARI, N. N.



- (2023). Efficacy of Endolift laser for arm and under abdomen fat reduction. *Journal of Cosmetic Dermatology*.
8. NILFOROUSHZADEH MA, FAKHIM T, HEIDARI-KHARAJI M, HANIFNIA AR, HEJAZI S, TORKAMANIHA E. (2021) Efficacy evaluation of Endolift-based Subcision on acne scar treatment. *J Cosmet Dermatol*. 20(8):2579-2582.
 9. DELL'AVANZATO, R. Endolift: Subcision laser-assistita per le cicatrici da acne. *L'Ambulatorio Medico*, n. 62 maggio - mayo 2021. Disponibile in: https://issuu.com/ambulatorio-medico/docs/am_maggio_21/s/12304685
 10. LI, K., NICOLI, F., XI, W. J., ZHANG, Z., CUI, C., AL-MOUSAWI, A. & ZHANG, Y. (2019). The 1470 nm diode laser with an intralesional fiber device: a proposed solution for the treatment of inflamed and infected keloids. *Burns & trauma*, 7.
 11. LOTFI, E., AHRAMIYANPOUR, N., KHOSRAVI, S., SALEHI, B., & GRÖNE, D. (2022). Endolift laser as new non-surgical technique for nose remodeling. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 21(11), 5704-5708.
 12. SIGOVA, J., KALITERNA, D., ABDELMAKSOD, A., & KAMALSKA, M. (2023). Progressive Lipodystrophy: topical laser treatment with Endolift® procedure using Eufoton® LASEmaR® 1500 1470-nm wavelength. *Journal of Applied Cosmetology*, 41(1), 53-57.



13. Brasil ACÓRDÃO N° 919, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018 – LASER [acesso 22 jan 2024]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/05/acordao_919.pdf.
14. DELL'AVANZATO, R. (2022). Endolift® the “lunch-time” laser lifting for the lower eyelids. *Laser Therapy*, 29(3).
15. KAMAMOTO, F., FERRARI NETO, O., REIS, J. O. G., SANTOS, C. E. C., & MILIOU, T. (2022). Técnica termoguiada de lipólise e retração da pele com laser diodo 980nm. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 36, 2-8.
16. MOTTA, R. P. (2023). Lipoaspiração laser-assistida de alta definição. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 33, 48-55.
17. WASSMER, B., ZEMMOURI, J., ROCHON, P., & MORDON, S. (2010). Comparative study of wavelengths for laser lipolysis. *Photomedicine and Laser Surgery*, 28(2), 185- 188.
18. LOTFI, E., DELLAVANZATO, R., AHRAMIYANPOUR, N., SHADMANYAZDI, F., & KHOSRAVI, S. (2023). Evaluation of eyebrow position and upper eyelid laxity after endolift laser treatment. *Skin Research and Technology*, 29(10), e13498.
19. NILFOROUSHZADEH, M. A., HEIDARI-KHARAJI, M., FAKHIM, T., HOSSEINI, S. T., RAFIEE, S., SHAHVERDI, M., & NAJAR NOBARI, N. (2023). Efficacy evaluation of endolift laser for treatment of nasolabial folds and marionette lines. *Skin Research and Technology*, 29(10), e13480.



20. SIGOVA, J., KALITERNA, D., ABDELMAKSOU, A., & KAMALSKA, M. (2023). Progressive Lipodystrophy: topical laser treatment with Endolift® procedure using Eufoton® LASEmaR® 1500 1470-nm wavelength. *Journal of Applied Cosmetology*, 41(1), 53-57.
21. YOUN, J. I., & HOLCOMB, J. D. (2013). Ablation efficiency and relative thermal confinement measurements using wavelengths 1,064, 1,320, and 1,444 nm for laser assisted lipolysis. *Lasers in medical science*, 28, 519-527.
22. DOS SANTOS BORGES, F., JAHARA, R. S., MEYER, P. F. DE ALMEIDA, A. C. T., ALMEIDA, M., & MENDONÇA, A. C. (2023). Complications from laser Endolift use: Case series and literature review. *World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences*, 16(3), 023-041.
23. GOLDMAN, A., SCHAVELZON, D., & BLUGERMAN, G. (2001). Laserlipólise: lipoaspiração com Nd-YAG laser. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 17(1), 17-26.
24. LONGO, L., DELL'AVANZATO, R., & LONGO, D. (2022). ENDOLIFT® and multi-wavelength laser photobiomodulation: a randomized controlled trial study on 96 subjects, treating skin laxity of the lower third of the face. *Laser Therapy*, 29(2), 115-120.
25. MORDON, S., WASSMER, B., ROCHON, P., DESMYTTERE, J., GRARD, C., STALNIKIEWICZ, G., & REYNAUD, J. P. (2009). Serum lipid changes following laser lipolysis. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy*, 11(2), 74-77.



26. NILFOROUSHZADEH, M. A., HEIDARI-KHARAJI, M., FAKHIM, T., HANIFNIA, A., NOURI, M., & ROOHANINASAB, M. (2022). Endolift laser for jowl fat reduction: clinical evaluation and biometric measurement. *Lasers in Medical Science*, 37(5), 2397-2401.
27. ZATTONI, L., & FORLIN, A. (2023). Real-life efficacy interstitial laser therapy treating laxity of the periorbital region. *Laser Therapy*, 30(1).
28. AHN, H.Y.; PARK, D.H.; HAN, C.G. Botulinum toxin A for the treatment of facial hyperkynetic wrinkles in Koreans. *Plast Reconstr Surg*, v.105, n.2, p. 778-84, 2000. Choudhury, S., Baker, M. R., Chatterjee, S. & Kumar, H. Botulinum toxin: An update on pharmacology and newer products in development. *Toxins (Basel)*. 13, 1–15 (2021).
29. SPOSITO, M.M.M. Toxina botulínica tipo A – propriedades farmacológicas e uso clínico. *Revista acta fisiátrica*, v.11, supl. 1, p.S7-S44, nov. 2004.
30. LIPPMANN E.R.L. As diversas marcas de toxina botulínica a disposição no Brasil. *Revista FT Ciências da Saúde*, Edição 124 JUL/23 SUMÁRIO / 04/07/2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/as-diversas-marcas-de-toxina-botulinica-a-disposicao-no-brasil%C2%B9/>.
31. KLEIN, A.W. Complications and adverse reactions with the use of botulinum toxin. *Semin Cutan Med Surg*, v.20, n.2, p. 109-120, 2001.
32. MATTOS A. Toxina botulínica tipo A recomendações, contraindicações e mais. *Int PUBMED*. 2018. [Acesso em 25 out 23]. Disponível em:



<https://pubmed.com.br/toxina-botulinica-tipo-a-recomendacoes-contraindicacoes-e-mais/>.

33. ODO, M.E.Y; CHICHERCHIO, A. Práticas em Cosmiatria e Medicina Estética: Procedimentos Cirúrgicos de Pequeno Porte. 3ª edição, Ed Tecnopress, 2002.
34. SRIVASTAVA, S. et al. Applications of botulinum toxin in dentistry: A comprehensive review. National Journal of Maxillofacial Surgery, v. 6, n.2, 2015.
35. SILVA, J.F.N. A aplicação da toxina botulínica e suas complicações: revisão bibliográfica. 2009. 134f. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.
36. FERREIRA MC, SALLES AG, Gimenez RP, Soares MFD. Complications with the use of botulinum toxin type A in facial rejuvenation: report of 8 cases. Aesth Plast Surg. 2004.
37. GUERRISSI J, SARKISSIAN P. Cosmetic denervation of the muscle of facial expression with botulinum toxin. A dose response study. Annals of Plastic Surgery 5:447- 453, 1997.
38. LACORDIA, M.H.F.A; JANUÁRIO, F.S.M.; PEREIRA, J.C.C. Estrabismo após toxina botulínica para fins estéticos. Rev Bras Oftalmol. V 70, n3; 2011.



39. GALLAGHER, C. J. & ACKERMAN, A. Botulinum Toxin: From Molecule to Medicine. *Botulinum Toxins* 37–51 (2017).
40. CARRUTHERS, A.; LOWE, J. N.; MENTER, M. A.; NORDQUIST M.G.J. MENTER I.; MORDAUNT, J. WALKER, P. EADIE, N. Julie Mordaunt, Patricia Walker, Nina Eadie. A multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of the efficacy and safety of botulinum toxin type A in the treatment of glabellar lines, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 51(2) 2004.
41. Borba, A., Matayoshi, S. & Rodrigues, M. Avoiding Complications on the Upper Face Treatment With Botulinum Toxin: A Practical Guide. *Aesthetic Plast. Surg.* 46, 385–394 (2022).
42. ZHANG, S., PENG, Y., FAN, H., ZHANG, Y., & MIN, P. (2022). Microneedle delivery of botulinum toxin type A combined with hyaluronic acid for the synergetic management of multiple sternal keloids with oily skin: A retrospective clinical investigation. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 21(11), 5601-5609.
43. TIAN, K., GAO, S., JIA, Z., XU, W., LI, K., & WU, L. (2022). A study of combination unilateral subcutaneous botulinum toxin a treatment for androgenetic alopecia. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 21(11), 5584-5590.



44. de VASCONCELLOS, J. B. SANTOS, I. O., & ANTELO, D. A. P. (2021). Uso da toxina botulínica para rosácea: estudo-piloto. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, 13.
45. SHIRSHAKOVA, M., MOROZOVA, E., SOKOLOVA, D., PERVYKH, S., & SMIRNOVA, L. (2021). The effectiveness of botulinum toxin type A (BTX-A) in the treatment of facial skin oily seborrhea, enlarged pores, and symptom complex of post- acne. *International Journal of Dermatology*. 03 May 2021.
46. ANDALÉCIO, M. M., DE ANDRADE, R. S., LIMA, L. C. S., DE AMORIM CARVALHO, T., & SILVA, I. A. P. S. (2021). A utilização da toxina botulínica no tratamento da paralisia facial periférica. *Research, Society and Development*, 10(9).
47. GORDON SMITH, SIMON MEADOWS, JAN MYERS, JULIE REYNOLDS & PAM WOODHEAD (2014) [internet]. Review of injection therapy clinics performed by physiotherapists working in primary care, *International Musculoskeletal Medicine*, 36:4, 150-153.
48. Morris J, Grimmer K, Ashman B, Gilmore L, Kyle G, Murphy K. Principles to guide sustainable implementation of extended-scope-of-practice physiotherapy workforce redesign initiatives in Australia: stakeholder perspectives, barriers, supports, and incentives. *J Multidiscip Healthc*. 2014; 7:249-258.



49. COSTA, V S Prescription medication by physiotherapists: a Brazilian view of the United Kingdom, Canada, Australia and New Zealand. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2017 v. 22, n. 7, pp. 2321-2328.
50. U Díaz-Aristizabal 1, M Valdés-Vilches 2, TR Fernández-Ferreras 2, E Calero-Muñoz 2, E Bienzobas-Allué 2, L Aguilera-Ballester 2, J Carnicer-Cáceres 2. Efeito da toxina botulínica tipo A na funcionalidade, sincinesia e qualidade de vida em sequelas de paralisia facial periférica. *Outubro de 2023*; 38(8):560-565. doi: 10.1016/j.nrleng.2023.07.003. Epub 2023, 10 de julho.
51. Marques, Amélia Pasqual. Eugênio Lopez Sanchez, o grande defensor da Fisioterapia no Brasil. *Fisioterapia e Pesquisa* [Internet]. 2017 [acesso 25 out 2023] v. 24, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/JfTWmpyvnhH9ZJXXdfmLQpn/?lang=pt>.
52. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 424, de 8 maio de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. [Internet]. *Diário Oficial da União* 01 ago de 2013 [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>.
53. Brasil. Acórdão nº 293, de 16 junho de 2012. Normatização das técnicas e recursos próprios da Fisioterapia Dermatofuncional [Internet]. *Diário Oficial da União* 03 jul 2012 [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=4664>.



54. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO n° 380, de 3 de novembro de 2010. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União 11 nov 2010 [acesso 03 jan 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1437>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Portaria n° 702, de 21 de março de 2018. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União 11 nov 2010. [acesso 25 out 2023] Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-702-de-21-de-marco-de-2018-7526446>.
56. Brasil. Acórdão n°020/2020, de 19 de novembro de 2020. Documento orientador para o uso racional de substâncias e/ou medicamentos e procedimentos injetáveis pelo fisioterapeuta e anexos, na jurisdição do crefito2. Acesso em [25 out 2023]. Disponível em: http://www.abrafidef.org.br/arqSite/ACORDAO_n_20_2020__INJETAVEIS_verse_o_08_12.pdf.
57. Brasil. Parecer Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional n° 03/2022. Acesso em: [23 out 2023]. Disponível em: <http://abrafidef.org.br/novo/abrafidef/wpcontent/uploads/sites/2/2023/01/Parecer-2022-03-ABRAFIDEF.pdf>.
58. Brasil. Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional. Esclarecimentos sobre o uso de injetáveis como adjuvantes à prática



- fisioterapêutica.09 Jan 2023. Acesso em: [25 out 2023]. Disponível em: https://abrafidef.org.br/novo/abrafidef/esclarecimentos_sobre-o-uso-de-injetaveis-como-adjuvantes-a-pratica-fisioterapeutica/.
59. Brasil. Resolução nº 5, de 23 de dezembro de 2022. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde. Diário Oficial da União 26 Dez 2022. Acesso em: [25 out 2023]. Acesso: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cnrm-n-5-de-23-de-dezembro-de-2022-453459685>.
60. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 60, de 22 de junho de 1985. Regulamentação do exercício de Acupuntura pelo Fisioterapeuta [Internet]. Diário Oficial da União 29 out 1985. [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1360>.
61. Brasil. Resolução Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 10, 3 de julho de 1978. Aprova o código de ética profissional e terapia ocupacional [internet]. Diário oficial da União 22 set 1978. [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2767#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83>.
62. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 380, de 3 de novembro de 2010. Regulamenta o uso pelo fisioterapeuta das práticas integrativas e complementares de saúde e dá



- outras providências [internet]. Diário oficial da União 11 nov 2010. [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1437>.
63. Brasil. Lei nº 2.988 de 30 novembro de 2020. Dispõe sobre a criação do programa municipal de práticas integrativas e complementares em saúde (PMPCIS) no âmbito do município de Maricá. Jornal Oficial de Maricá [acesso 25 out 2023]. Disponível em: https://www.marica.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/JOM_1106_02-12-2020.pdf.
64. Brasil ACÓRDÃO Nº 611, DE 1º DE ABRIL DE 2017. Normatização da utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta [internet]. Diário Oficial da União 25 abr 2017 [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6670>.
65. Robinson P. Why do physiotherapists wish to inject? British Journal of Therapy and Rehabilitation [internet]. Ago 1998;5(8):409-13. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjtr.1998.5.8.14177>. Acesso 25 out 2023. <https://www.csp.org.uk/publications/practice-guidance-physiotherapist-supplementary-andor-independent-prescribers-safe-use>.
66. Brasil ACÓRDÃO Nº 609, DE 11 DE MAIO DE 2023 – Toxina Botulínica [acesso 25 out 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/05/ACORDAO-No-609-DE-11-DE-MAIO-DE-2023.pdf>.



67. Brasil ACÓRDÃO N° 635, DE 7 DE JULHO DE 2023 - Hidrolipoclasia Ultrassônica.

Intradermoterapia/Mesoterapia <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/08/acordao-635.pdf>.

68. Brasil ACÓRDÃO N° 636, DE 7 DE JULHO DE 2023

Intradermoterapia/Mesoterapia Intradermoterapia/Mesoterapia: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/08/acordao-636.pdf>.

69. Brasil LEI N° 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013 Dispõe sobre o exercício da Medicina [acesso 25 out 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm#art8.

70. Santos BCB, Carvalho VH, Carvalho RM. Injetáveis de fases líquida e gasosa como recursos adjuvantes à prática clínica de primeiro contato do fisioterapeuta [trabalho de conclusão de curso]. Uberlândia: Faculdade de Educação Física e Fisioterapia; 2023. Disponível em <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/37413/1/Injet%0c3%a1veisDeFasespdf>.

71. Brismée, J. M., Pape, J. L., Woodhouse, L. J., Reid, D., Bellot, N., Matthijs, O. C., Reumont, F., & Sobczak, S. (2018). Reflections and Future Directions on Extending Physical Therapist Scope of Practice to Improve Quality of Care and Preserve Health Care Resources. Physical therapy,



- [internet] 98(10), 827–829. Published 2018 Oct 1 [acesso 10 fev 2023]
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29982663/>.
72. Chang AT, Gavaghan B, O’Leary S, McBride LJ, Raymer M. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy-led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev.* 2018; 42:334–339.
73. Weale AE, Bannister GC. Who should see orthopaedic outpatients—physiotherapists or surgeons? *Ann R Coll Surg Engl.* 1995; 77:71–73.
74. Frogner BK, Harwood K, Pines J, Andrilla H, Schwartz M. Does unrestricted direct access to physical therapy reduce utilization and health spending? *Health Policy and Management Issue Briefs.* 2016. Paper 41; https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_policy_briefs/41. Accessed April 4, 2018.
75. Tawiah AK, Borthwick A, Woodhouse L. Advanced Physiotherapy Practice: A qualitative study on the potential challenges and barriers to implementation in Ghana. 2018. *Physiotherapy Theory and Practice.* <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1484535>.
76. Griffiths D, Mullock A. Cosmetic surgery: regulatory challenges in a global beauty market. *Health Care Anal* 2018; 26:220–34.
77. American Society of Plastic Surgeons. www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2022/plastic-surgery-statistics-report-2022.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.



78. Barbosa AP, Espasandin I, Pinheiro de Lima L, de Souza Ribeiro C, Raquel Silva L, Faria Quintal T, Nascimento Lima E, Catarina Duarte Vieira L, Soares TR, Autran Colaço AR. Body Harmonization: The Definition of a New Concept. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023 Dec 29; 16:3753-3766.
79. Zhang S, Duan E. Fighting against skin aging. *Cell Transplant*. 2018;27(5):729–738.
80. Haddad A, Menezes A, Guarnieri C, Coimbra D, Ribeiro E, Sarubi J, Avelar LE, Del Nero MP, da Cunha MG, Mazzuco R, Kamamoto C, Cazerta C. Recommendations on the Use of Injectable Poly-L-Lactic Acid for Skin Laxity in Off-Face Areas. *J Drugs Dermatol*. 2019 Sep 1;18(9):929-935.
81. Li H, et al. Recent progress and clinical applications of advanced biomaterials in cosmetic surgery. *Regen Biomater*. 2023 Feb 7;10:rbad005. doi: 10.1093/rb/rbad005.
82. Bass LS. Injectable Filler Techniques for Facial Rejuvenation, Volumization, and Augmentation. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2015 Nov;23(4):479-88.
83. Oh S et al. Poly-D L-Lactic Acid Filler Increases Extracellular Matrix by Modulating Macrophages and Adipose-Derived Stem Cells in Aged Animal Skin. *Antioxidants (Basel)*. 2023 Jun 1;12(6):1204.
84. Kulichkova et al. Understanding the safety and tolerability of facial filling therapeutics. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13:1215–26.



85. Pierre S, Liew S, Bernardin A. Basics of dermal filler rheology. *Dermatol Surg.* 2015;41(Suppl 1):S120–6.
86. DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part I. *Aesthet Surg J.* 2013 May;33(4):561-75.
87. Ahmet Tezel & Glenn H. Fredrickson (2008) The science of hyaluronic acid dermal fillers, *Journal of Cosmetic and Laser Therapy*, 10:1, 35-42.
88. Artzi O, Loizides C, Verner I, Landau M. Resistant and recurrent late reaction to hyaluronic acid-based gel. *Dermatol Surg.* 2016; 42:31–7.
89. Christen MO. Collagen Stimulators in Body Applications: A Review Focused on Poly L-Lactic Acid (PLLA). *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022 Jun 21; 15:997-1019.
90. Ypiranga S, Fonseca R. Hyaluronic acid filler for skin booster on the face. In: M Issa, B Tamura, eds. *Botulinum Toxins, Fillers, and Related Substance. Clinical Approaches and Procedures in Cosmetic Dermatology* Springer Charm; 2019.
91. Fagien S, Bertucci V, von Grote E, Mashburn JH. Rheologic and Physicochemical Properties Used to Differentiate Injectable Hyaluronic Acid Filler Products. *Plast Reconstr Surg.* 2019 Apr;143(4):707e-720e.
92. American Society of Plastic Surgeons. American society of plastic surgeons 2020. Statistics report; 2020.



93. Borrell M, Dustin B, Leslie, and Ahmet Tezel. Lift capabilities of hyaluronic acid fillers. *J Cosmet Laser Ther.* 2011; 13:21–7.
94. De Freitas G. Bioestimuladores De Colágeno Injetáveis: Ácido Poli-I-lático, Hidroxiapatita de Cálcio e Policaprolactona. Faculdade Sete Lagoas. 2021.
95. De Lima LP, de Almeida F, de Barbosa AP. Bioestimuladores de colágeno: benefícios, indicações, contraindicações, diluição e métodos de aplicação. *J Appl Pharm Sci.* 2022; 7:140–162.
96. Da Cunha, Marisa; Engracia, Marcela; de Souza, Luciana; Filho, Carlos. *Surg. cosmet. dermatol. (Impr.);* 12(2): 109-117, abr.-jun. 2020.
97. Van Loghem J, Yutskovskaya YA, Werschler WMP. Calcium hydroxylapatite: over a decade of clinical experience. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2015;8(1):38.
98. Haddad A, Kadunc BV, Guarnieri C, Noviello JS, da Cunha MG, Parada MB. Current concepts in the use of poly-L-lactic acid for facial rejuvenation: literature review and practical aspects. *Surg Cosmet Dermatol.* 2017;9(1).
99. Kyriazidis, I., Spyropoulou, GA., Zambacos, G. et al. Adverse events associated with hyaluronic acid filler injection for non-surgical facial aesthetics: a systematic review of high-level evidence studies. *Aesth Plast Surg* (2023).



100. Christen MO. Collagen Stimulators in Body Applications: A Review Focused on Poly L-Lactic Acid (PLLA). *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022 Jun 21; 15:997-1019.
101. Oranges CM, Brucato D, Schaefer DJ, Kalbermatten DF, Harder Y. Complications of Nonpermanent Facial Fillers: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021 Oct 22;9(10):e3851.
102. Stojanovič L, Majdič N. Effectiveness and safety of hyaluronic acid fillers used to enhance overall lip fullness: A systematic review of clinical studies. *J Cosmet Dermatol*. 2019 Apr;18(2):436-443.
103. Daines SM, Williams EF. Complications associated with injectable soft-tissue fillers: a 5- year retrospective review. *JAMA Facial Plast Surg*. 2013 May;15(3):226-31.
104. Baumann L, Narins RS, Beer K, Swift A, Butterwick KJ, Few J, Drinkwater A, Murphy DK (2015) Volumizing hyaluronic acid filler for midface volume deficit: results after repeat treatment. *Dermatol Surg* 41(Suppl 1):S284–S292.
105. Claudio DeLorenzi, Complications of injectable fillers, Part 2: Vascular Complications, *Aesthetic Surgery Journal*, Volume 34, Issue 4, May 2014, Pages 584–600.
106. Kroumpouzou G, Treacy P. Hyaluronidase for Dermal Filler Complications: Review of Applications and Dosage Recommendations. *JMIR Dermatol*. 2024;7:e50403



6. EQUIPE DE PARECERISTAS DA ABRAFIDEF

62

Câmara composta pela ABRAFIDEF para elaboração do presente parecer:

Presidente:

[Dr^a. Érika Araújo Pinto](#)

Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional

Associada da ABRAFIDEF

Parecerista Titular:

[Dr^a. Emilse Cristina da Silva](#)

Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional

Associada da ABRAFIDEF

Parecerista Titular:

[Prof^a. Ma. Heloísa Lopes Borges](#)

Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional

Associada da ABRAFIDEF

Parecerista Titular:

[Prof. Dr. Marcus Vinícius de Mello Pinto](#)

CEO & Founder do Instituto Celulare

Associado Honorário da ABRAFIDEF

Parecerista *ad hoc*, convidada pela ABRAFIDEF:

[Prof^a. Dr^a. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini](#)

Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher

Associada da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher

Parecerista Titular e Revisor Final:

[Prof. Dr. Rogério Mendonça de Carvalho](#)

Fisioterapeuta CREFITO-4/57867-F

Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional TE n° 288

Presidente da ABRAFIDEF na gestão 2023-2026

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62