

Opinião especializada

João Malta Barbosa

Especialista em Prostodontia nos EUA
e membro da direção da Sociedade
Portuguesa de Prostodontia e Estética

“A transferência de recursos universitários para o ensino pós-graduado especializado pode ser uma solução sustentável



“Mais importante do que a escolha de um ‘sistema ou ferramenta’ o fator-chave para garantir o melhor resultado de qualquer tratamento é ainda o elemento humano”. Quem o afirma é João Malta Barbosa, autor de um trabalho de investigação que resultou na primeira restauração cerâmica morfolologicamente fiel à dentina e ao esmalte do dente original que veio a substituir. Este especialista em Prostodontia nos Estados Unidos da América (EUA) faz à Maxillaris uma reflexão sobre a constante inovação dos materiais e técnicas “capazes de proporcionar excelentes resultados estéticos”. O também membro da direção da Sociedade Portuguesa de Prostodontia e Estética Dentária ressalva que a estética é, por definição, subjetiva e por isso “é importante compreender em primeiro lugar se o que o paciente pretende é tecnicamente possível e eticamente razoável”.

A inovação no domínio da Medicina Dentária é um processo em constante evolução, como é do seu conhecimento e experiência própria, uma vez que já deu o seu particular contributo no domínio da restauração cerâmica. De que forma tem evoluído esta sua criação em termos de aplicação/utilização prática?

Não posso iniciar esta entrevista sem começar por agradecer o honroso convite que a Maxillaris e o seu corpo editorial me endereçaram! Relativamente à questão que me é colocada, devo dizer que entendo a investigação, publicação e partilha científica como uma componente incontornável da Medicina Dentária já que sem elas não seria possível à profissão evoluir. A contribuição a que se refere - “Scanlayered reconstructions: A pilot study of a non-destructive dental histoanatomical analysis method and digital workflow to create restorations driven by natural dentin and enamel morphology” - foi um trabalho de investigação publicado no Journal of Esthetic and Restorative Dentistry em 2017, que desenvolvi enquanto realizava a minha especialização em Prostodontia na Universidade de Nova Iorque (NYU). Tratou-se de um exercício bastante complexo em que consegui conjugar a necessidade concreta de uma paciente com o acesso privilegiado que tinha ao Departamento de Biomateriais e Biometética enquanto investigador voluntário. De uma forma sucinta, fomos capa-

zes de replicar digitalmente, com um elevadíssimo nível de detalhe, a morfologia externa e interna de um incisivo central superior extraído por doença periodontal para produzir aquela que à data foi, tanto quanto tenho conhecimento, a primeira restauração cerâmica morfolologicamente fiel à dentina e ao esmalte do dente original que veio a substituir. Gostaria de sublinhar que se tratou de um trabalho colectivo, em que todos os elementos da equipa de investigação aportaram ideias, conhecimentos e contributos determinantes para que se pudesse tornar realidade. Assim é a investigação científica e a minha forma de estar na Medicina Dentária. Apesar da sua aplicabilidade clínica específica (e que também descrevemos no artigo), os objetivos da publicação passaram, acima de tudo, pela descrição e partilha detalhada do método que desenvolvemos para que outros investigadores o pudessem conhecer, replicar e melhorar. Demos ainda continuidade a esta linha de investigação através de um segundo trabalho - “Comparison of a non-destructive technique using three-dimensional imaging and histoanatomical chemical dissolution for dental morphology analysis” - publicado desta vez no The International Journal of Esthetic Dentis-

try em 2019, em que confirmámos a precisão do método digital que tínhamos desenvolvido anteriormente. Estas publicações contribuíram para suportar cientificamente a importância que a estratificação anatómica tem nas bases de dados digitais, melhorando a estética e a naturalidade associada a processos de produção CAD-CAM. Decidi não seguir o caminho comercial que teria passado pelo registo de uma (ou mais) patente(s), apesar de me ter sido sugerido, por considerar que não seria fiel ao propósito com que a ideia surgiu e foi desenvolvida. Ao longo destes anos, tem sido com muita satisfação que, por um lado, tenho visto estes trabalhos citados em novas publicações e conferências científicas e, por outro, pela observação na minha prática clínica da enorme evolução que as bases de dados digitais têm apresentado, incorporando cada vez mais informação morfológica de interesse para a naturalidade da restauração cerâmica final.

Que outros conceitos ou soluções antevê, a curto ou médio prazo, no contexto da prostodontia?

Ante vejo uma enorme evolução na prostodontia, na Medicina Dentária e na saúde, impulsionada pelo bom uso que se poderá dar à (sempre controversa) In-

“Ante vejo uma enorme evolução na prostodontia, na Medicina Dentária e na saúde, impulsionada pelo bom uso que se poderá dar à (sempre controversa) Inteligência Artificial”

Opinião especializada |



Além da formação de especialidade, reconhecida pela American Dental Association e European Prosthodontic Association, João Malta Barbosa foi investigador voluntário no Departamento de Biomateriais e Biomimética da Universidade de Nova Iorque. O seu currículo revela vínculos com a Columbia University College of Dental Medicine (formação contínua em Implantologia), a Universidade de Granada (residência clínica em Medicina Dentária) e a Egas Moniz School of Health & Science (pós-graduação em Dentisteria Estética).

teligência Artificial. A capacidade e velocidade de pesquisa e processamento de informação científica válida deixará de estar limitada pelas capacidades de um investigador ou grupo de investigação, o que acelerará muito significativamente o tempo associado ao método científico. A consequência positiva passará pelo mais rápido desenvolvimento, validação e disponibilização de novos conhecimentos, materiais e técnicas. É certo que nem todas as aplicações que esta “inteligência” trará à sociedade serão positivas, no entanto, quero acreditar que na área da saúde poderá ser muito bem empregue e ter como principal e maior beneficiário o paciente.

Perante esta crescente panóplia, que critérios devem ditar a escolha do sistema ou ferramenta a adotar pelo clínico, sem perder de vista o propósito de garantir o melhor resultado estético?

Apesar das constantes inovações, que quase diariamente são colocadas no

mercado, os princípios fundamentais de diagnóstico e tratamento não mudam. Estão disponíveis atualmente diversos materiais e técnicas capazes de proporcionar excelentes resultados estéticos. No entanto, na minha opinião, mais importante do que a escolha de um “sistema ou ferramenta” o fator-chave para garantir o melhor resultado de qualquer tratamento é ainda o elemento humano: o conhecimento teórico do clínico; a sua capacidade de execução; a sua ética profissional; e a sua capacidade de comunicação com o paciente. Não acredito num sistema/ferramenta/material/método superior com aplicabilidade em todas as situações clínicas ou em todos os pacientes. Por essa razão, caberá sempre ao clínico escutar o paciente e as suas expectativas, realizar um exame clínico e diagnóstico precisos e, finalmente, determinar se as expectativas e as necessidades de tratamento são não só técnica mas também eticamente compatíveis.

Do seu ponto de vista, quais são os “prós e contras” da nova tecnologia digital na prática clínica com fins estéticos?

Sinto que as novas tecnologias digitais são muitas vezes promovidas como “solução para todos os problemas” e utilizadas excessivamente como ferramenta de marketing/venda. Apesar de serem verdadeiramente revolucionárias, a sua utilização coordenada e integração no fluxo de trabalho quotidiano requer estudo e prática. Existe atualmente todo um universo de conhecimento associado a estas tecnologias que é tão importante entender e dominar como qualquer outra área de diferenciação da Medicina Dentária.

Apesar disso, e como já referi, são ferramentas que vieram revolucionar a profissão em todas as fases do tratamento. A possibilidade de planificar digitalmente procedimentos clínicos com um nível cada vez maior de precisão parece-me, de momento, a maior vantagem na área da prostodontia, particularmente em reabilitações com implantes e/ou associadas a tratamento ortodôntico, já que permitem tornar as intervenções mais previsíveis, menos invasivas e, consequentemente, otimizando resultados.

Que reflexão costuma fazer antes da tomada de decisão sobre um determinado tipo de restauração (adesiva, retentiva...)?

A reflexão passa por uma análise objetiva de três fatores principais: 1º) qual ou quais o(s) objetivo(s) do tratamento; 2º) qual a abordagem menos invasiva para atingir esses objetivos; e 3º) qual o substrato sobre o qual o tratamento será executado. Na presença de esmalte em quantidade e qualidade adequadas só me faz sentido considerar materiais restauradores que permitam viabilizar técnicas adesivas. Há, no entanto, situações clínicas em que a tomada de decisão não é tão prag-

mática. Por exemplo, dentes com alterações de coloração significativas podem requerer preparações mais profundas para proporcionar ao técnico de prótese dentária o espaço necessário para ocultar o substrato escurecido e obter uma cor final coerente com os dentes adjacentes. Após a preparação, caso a qualidade e/ou quantidade do substrato não sejam as mais favoráveis para a realização de uma técnica adesiva, a combinação de princípios clássicos de retenção pode e deve ser considerada.

E que orientações recomenda perante um tratamento reabilitador completo de alta exigência estética?

Em primeiro lugar nunca esquecer que o nível de exigência estética, o tipo e a duração do tratamento dependem não só de fatores técnicos e objetivos mas também de fatores subjetivos como são as expectativas do paciente. Tecnicamente todos (ou quase todos) os casos clínicos terão uma ou mais opções de tratamento, no entanto, nem sempre me é possível estar em sintonia com as expectativas de alguns pacientes. Infelizmente, são cada vez mais frequentes os casos de sobretratamento “estético” com consequências irreversíveis e muito negativas para a saúde e qualidade de vida. Os “Turkey Teeth” talvez sejam disso o exemplo mais gritante e mediático na Europa, mas não são caso único no mundo. Estou certo de que poucos colegas (espero mesmo que nenhum) em Portugal se identifiquem com esse tipo de prática, contudo, os pacientes estão expostos (através das redes sociais e internet) a muita publicidade internacional sobre tratamentos dentários e não entendem que algumas abordagens clínicas são iatrogénicas e irreversíveis, chegando aos nossos consultórios à procura de soluções como se dentes, unhas e cabelos fossem sinónimos. Por esta ser uma nova realidade, valori-

“Infelizmente, são cada vez mais frequentes os casos de sobretratamento “estético” com consequências irreversíveis e muito negativas para a saúde e qualidade de vida”

zo muito a consulta de diagnóstico e apresentação das opções de tratamento em casos cuja principal motivação é estética. Se houver acordo sobre o tratamento a realizar e caso tenha uma componente prostodôntica, passo à planificação através da realização de um encerramento de diagnóstico seguido de prova estética e funcional não invasiva (mock-up), o que me permite explicar ao paciente de forma objetiva aspetos concretos relacionados com o seu tratamento para que possa tomar decisões verdadeiramente informadas.

Que peso tem o perfil do paciente no processo de decisão do tratamento, designadamente quanto à respetiva duração, manutenção e gestão de expectativas?

Sempre que o objetivo principal do tratamento é estético o perfil do paciente e as suas expectativas são, para mim, o fator mais importante. A estética é, por definição, subjetiva e por isso é importante compreender em primeiro lugar se o que o paciente pretende é tecnicamente possível e eticamente razoável. Não podemos colocar em segundo plano o conhecimento privilegiado que temos da saúde oral, particularmente das limitações e/ou implicações futuras de determinados tratamentos restauradores.

Recordo-me de uma paciente de 16 anos que, na presença e com o consentimento da mãe, pretendia realizar uma reabilitação estética total com facetas cerâmicas sobre dentes naturais que, apesar de desalinhados, nunca tinham sido submetidos a qualquer tratamento restaurador. A sua expectativa era realizar um tratamento “mais rápido” e mos-

trou-me algumas fotografias que tinha visto no Instagram. Expliquei-lhe que a necessidade de proceder a um desgaste dentário muito considerável dos dentes mais desalinhados poderia facilmente ser evitada com tratamento ortodôntico. Não tendo sido possível chegar a um acordo optei por não realizar procedimentos que acreditava não servirem o melhor interesse da paciente.

Qual é a margem que o paciente tem para “impor” um tratamento minimamente invasivo?

Tenho sentimentos contraditórios relativamente ao termo “minimamente in-



João Malta Barbosa valoriza muito a consulta de diagnóstico e apresentação das opções de tratamento em casos cuja principal motivação é estética.

Opinião especializada |



O médico dentista destaca a existência de critérios de admissão à especialidade já definidos na Europa pela European Prosthodontic Association (EPA).

vasivo” porque sinto que serve muitas vezes de escudo para justificar tratamentos restauradores que poderiam ter alternativas não restauradoras muito mais conservadoras. Uma reabilitação com facetas é um tratamento minimamente invasivo se um tratamento ortodôntico conjugado com um branqueamento dentário for uma alternativa que permita atingir o mesmo objetivo?

Por outro lado, não acredito que uma relação médico/doente que tenha por base “imposições” seja saudável. Deve existir uma boa comunicação e entendimento recíproco.

Numa fase em que o fator estético assume cada vez maior relevância na consulta, como se deve adaptar a prostodontia às diferentes disciplinas: implantologia, ortodontia, endodontia...?

Costumo dizer com humor que não existe uma Medicina Dentária Estética e, por oposição, uma Medicina Dentária Inestética. Todos, ou quase todos, os tratamentos médico-dentários que rea-

lizamos podem ter implicações estéticas que devemos ter presentes e partilhar antecipadamente com o paciente. Um importante objectivo de qualquer tratamento passa por tentar minimizar as consequências negativas e otimizar as positivas. Por exemplo, técnicas cirúrgicas de regeneração de volume ósseo e gengival podem frequentemente ser conjugadas com outros procedimentos cirúrgicos (ex. extrações dentárias ou colocação de implantes) em que os processos naturais de cicatrização levariam a uma expectável perda de volume. Desta forma, na mesma intervenção podemos realizar o tratamento e prevenir/minimizar consequências estéticas indesejadas.

Pela minha formação, a prostodontia deve estar em controlo de todo o plano de tratamento que contemple necessidades restauradoras. A sua intervenção, acontecendo frequentemente na fase final do tratamento, obriga a um entendimento razoável das restantes áreas de intervenção/especialidade (ortodontia, implantologia, endodontia, entre outras), coordenando procedimentos com o objetivo de melhorar o resultado final.

Tendo em vista a sua vivência além-fronteiras, nomeadamente nos EUA, como classifica a prática clínica em Portugal no campo da prostodontia? Estamos ao nível do (melhor) que se faz lá fora?

Já passou o tempo de “o que vem de fora é melhor” na sociedade em geral e também na saúde. Na prostodontia, como noutras áreas da Medicina Dentária, temos muitos colegas comprometidos com um exercício profissional responsável e qualificado, alguns dando a conhecer o seu trabalho de forma mais ativa, outros optando por exercer a profissão de uma forma mais discreta. Tenho vindo ao longo dos últimos anos a identificar-me cada vez mais com os segundos.

Onde sinto que há ainda um caminho muito importante a percorrer em Portugal é na implementação e afirmação da prostodontia como especialidade da Medicina Dentária. Nos EUA, por exemplo, é reconhecida pela American Dental Association (ADA) desde 1948! Se pensarmos que a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), entidade responsável por reconhecer esta especialidade em Portugal, foi fundada em 1998, é muito difícil compreender como é que uma especialidade estabelecida 50 anos antes num país de referência científica como são os Estados Unidos continua sem o devido reconhecimento no nosso país. São também vários os países europeus que reconhecem a especialidade: Suíça, Suécia, Finlândia, Reino Unido, entre outros. Existe inclusivamente uma associação europeia - a European Prosthodontic Association (EPA) - que trabalha há vários anos promovendo a importância do reconhecimento da especialidade a nível europeu e que inclusivamente define critérios de admissão que poderiam ser facilmente adaptados a Portugal. Na minha opinião, deveriam tomar-se como exemplo estes modelos internacionais e fundar-se um Colégio Português de Prostodontia.

Posteriormente caberia ao Colégio contribuir para a definição de critérios/requisitos para a acreditação de programas de educação universitária especializada capazes de formar um número de colegas especialistas adequado às necessidades do país. A profissão não deveria desperdiçar esta importante oportunidade de se revalorizar perante a sociedade, especialmente num momento em que o enfoque mediático tem destacado diversos exemplos negativos dados por grupos de clínicas e indivíduos que não honram o bom-nome que a Medicina Dentária portuguesa tem vindo a construir aos longo dos anos.

Que balanço faz do ensino superior e da formação pós-graduada em protodontia? Há lacunas neste domínio?

A maior lacuna que identifico é não existirem regras definidas a nível nacional para o ensino especializado da protodontia, o que é mais um dos problemas resultantes da ausência de reconhecimento desta área de especialidade por parte da OMD.

Na prática, este “vazio” leva a que qualquer formação que tenha lugar após os cinco anos do curso de Medicina Dentária possa ser definida como “pós-graduação”. Tanto um curso de fim de semana promovido por uma casa comercial como um programa universitário de três anos a tempo inteiro cabem na definição médico-dentária portuguesa de “pós-graduação”. Esta ausência de regras só favorece a indiferenciação profissional.

As universidades portuguesas têm feito um esforço para desenvolver oferta formativa bem estruturada e de acordo com o que acreditam vir a ser os critérios que confirmam o grau de especialista aos formandos que as frequentem. Mas com que opções se debate um jovem médico dentista português caso se queira diferenciar numa área específica da Medicina Dentária? Abdicar de três anos de trabalho para realizar formação universitária especializada, sabendo que não será reconhecido como “especialista” apesar do seu mérito e esforço para adquirir conhecimento numa instituição oficial de ensino superior? Ou realizar ações de formação dispersas que, apesar do valor inquestionável nalguns casos, noutros tantos se aproveitam de títulos sensacionalistas como “Master”, “Expert”, “Diploma” (ou outros que têm como único limite a imaginação) para venderem a oportunidade de embelezar currículos e com isso atrair pacientes em busca de profissionais diferenciados? Espero

que a OMD esteja consciente de que só de si depende a resposta a estas perguntas.

Em termos globais, como perspetiva o futuro da profissão em Portugal?

Pensando nos novos e futuros colegas, considerando que o número de médicos dentistas (a exercer e em formação) em Portugal continua muito superior às necessidades do país, perspetivo a continuação da emigração como uma triste inevitabilidade. É um tema muito debatido dentro da classe mas de difícil solução política. Na minha opinião só a diferenciação profissional, por via das especialidades, poderá contrariar um pouco esta tendência através da transferência de recursos universitários do ensino pré-graduado para o ensino pós-graduado especializado.

No que diz respeito ao acesso da população a cuidados de saúde oral, vejo os passos dados na integração da Medicina Dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS) como positivos, apesar de

tardios. Espero que traga à população mais desfavorecida uma melhoria significativa na sua qualidade de vida.

Por outro lado, as clínicas e grupos que se têm aproveitado desta lacuna, com modelos de negócio alicerçados em cartões de desconto, promoções e ofertas, poderão vir a ter que repensar a sua atuação se a resposta do SNS for, como se deseja, adequada. Ambas serão positivas.

Quanto ao ensino, como já referi anteriormente, vejo as universidades a procurar aumentar a sua oferta formativa especializada o que, em associação com um aumento da sua produção científica, espero vir a ser cada vez mais determinante na sua atividade e muito valorizador da Medicina Dentária portuguesa.

Precisamos hoje, mais do que nunca, de uma profissão coesa e representada por uma Ordem que, unida, seja capaz de tomar e pressionar as decisões políticas que se impõem para que os próximos anos sejam melhores. É o que desejo.



▲ João Malta Barbosa vê o aumento da oferta formativa especializada e da produção científica universitária como evoluções muito positivas na Medicina Dentária nacional.