



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



RAFAEL CARLOS BRAGA

**PLANEJAMENTO REVERSO APLICADO A
REABILITAÇÕES TOTAIS SUPERIORES
IMPLANTADAS: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

RAFAEL CARLOS BRAGA

**PLANEJAMENTO REVERSO APLICADO A
REABILITAÇÕES TOTAIS SUPERIORES
IMPLANTADAS: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Faculdade de
Odontologia da UFU, como requisito
parcial para obtenção do título de
Graduado em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Flávio Domingues
Das Neves

Co-orientador: Ms. Caio César Dias
Resende

UBERLÂNDIA

2018

SUMÁRIO

Agradecimentos	04
Resumo	05
Abstract	06
Introdução	07
Relato de caso clínico	08
Discussão	15
Conclusão	17
Referências	18
Anexo	20

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pelo dom da vida, às pessoas que me orientaram e co-orientaram durante todo meu processo de formação, especialmente ao Prof. Flávio Neves, Caio César e Lucas Tavares, que sempre se mostraram dispostos, interessados e pacientes em partilhar seus conhecimentos, assim como o técnico em prótese dentária Takeo, que sem dúvida alguma foi essencial no processo de finalização do caso. Agradeço ao projeto de extensão de Próteses sobre implantes (Atendimento a pacientes portadores de implantes - Dificuldades e insucessos em próteses implantadas), coordenado pelo Prof. Flávio Neves, local onde frequentei 3 anos e 6 meses da minha graduação, adquirindo conhecimentos que levarei por toda a vida profissional e, local este, que me proporcionou a execução do caso apresentado neste trabalho. Agradeço também ao meu parceiro Igor Leão, por todo o auxílio, companheirismo e crescimento que adquirimos juntos durante toda essa caminhada. A todos os familiares, amigos e conhecidos que sempre me apoiaram e foram essenciais para que esta vitória fosse alcançada, o meu muito obrigado.

RESUMO

O planejamento reverso aplicado a reabilitações implantadas totais superiores é indispensável para direcionar a correta escolha do tipo de prótese que será confeccionada. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar clinicamente as etapas desse planejamento, reabilitando o caso de acordo com suas particularidades, da forma mais indicada e consentida pelo paciente. Paciente do sexo masculino, desdentado total superior, sob uso de prótese total superior removível e prótese tipo protocolo inferior (em boas condições clínicas e radiográficas) procurou atendimento para reabilitar a arcada superior com implantes dentais. Antes do procedimento cirurgico, o planejamento reverso foi realizado e constatou que o paciente não necessitaria de compensação na prótese para suporte labial, sendo indicada então a confecção de prótese tipo protocolo superior. Confeccionado o guia cirúrgico, foi realizada a cirurgia, onde foram instalados 6 implantes na maxila, e, 6 meses após a cirurgia, após exame radiográfico e clínico iniciou-se a fase de confecção da prótese escolhida durante o planejamento. Paciente está sendo proservado anualmente para acompanhamento da situação dos implantes e da prótese. Pode-se concluir que o planejamento reverso é a melhor forma de se evitar resultados indesejados e criar falsas expectativas no paciente, guiando o profissional para que ele possa reabilitar cada caso da forma mais indicada e com prognóstico mais favorável possível para o paciente, tanto funcionalmente, quanto esteticamente.

Descritores: Planejamento reverso, Implante dental, prótese sobre implante.

ABSTRACT

Reverse planning applied to higher total implanted rehabilitations is indispensable to guide the correct choice of the type of prosthesis to be made. The present study aims to demonstrate clinically the stages of this planning, rehabilitating the case according to its particularities, in the most indicated way and allowed by the patient. Upper - tooth edentulous male patient, under total removable upper prosthesis and lower protocol type prosthesis (in good clinical and radiographic conditions) sought care to rehabilitate the upper arch with dental implants. Before the surgical procedure, the reverse planning was performed and found that the patient would not need compensation in the prosthesis for lip support, and then the preparation of prosthesis type superior protocol. Once the surgical guide was made, the surgery was performed, where 6 implants were installed in the maxilla, and 6 months after surgery, after the radiographic and clinical examination, the prosthesis chosen during the planning phase was started. Patient is being treated annually to monitor the situation of implants and prostheses. It can be concluded that reverse planning is the best way to avoid unwanted outcomes and create false expectations in the patient, guiding the professional so that he can rehabilitate each case in the most appropriate way and with a more favorable prognosis possible for the patient, both functionally , as well as aesthetically.

Descriptors: Reverse planning, Dental implant, implant prosthesis.

Introdução

O avanço da odontologia reabilitadora, implica em um planejamento adequado e previsível, de forma que o dentista e o paciente estejam cientes da expectativa gerada no aspecto final do caso. As opções de reabilitações com implante dental na maxila são diversas e dependem de alguns fatores, como a quantidade e qualidade óssea alveolar remanescente, suporte de labio e espaço protético disponível¹. Assim, é possível planejar diferentes tipos de reabilitações implantadas, fixas ou removíveis, variando de casos onde o paciente apresenta osso alveolar por toda a maxila, para casos com atrofia óssea severa^{2,3,4}. Existem maneiras de resolver estas alterações, utilizando próteses com compensação, e, em alguns casos, realizar cirurgias de enxertos ósseos.

Os implantes são a base do suporte protético, devendo estes serem posicionados de forma favorável para a confecção da prótese, sendo necessária uma avaliação protética inicial para guiar a cirurgia de instalação dos implantes na melhor posição possível, procedimento este conhecido como planejamento reverso⁵. Este planejamento reabilitador, demanda uma série de etapas e exames complementares, tais como: anamnese e exame clínico, modelos de estudo montados em articulador semi-ajustável (ASA) para encerramento diagnóstico, confecção de guia cirúrgico, radiografias e tomografia de alta qualidade para planejamento cirúrgico.

O objetivo deste trabalho foi demonstrar as etapas clínicas e laboratoriais do planejamento reverso, descrevendo um caso clínico reabilitado a partir deste planejamento.

Relato de caso clínico

Paciente 70 anos, compareceu à clínica de extensão (Atendimento a pacientes portadores de implantes - Dificuldades e insucessos em próteses implantadas) na faculdade de odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, apresentando ao exame clínico, prótese do tipo protocolo inferior e prótese total removível superior, ambas em condições favoráveis, estética e funcionalmente. O guia para planejamento e ato cirúrgico foi confeccionado, duplicando a PT superior, utilizando resina acrílica incolor (VIPIFLASH), obtendo-se assim uma cópia da prótese que estava em uso. (FIGURA 1).



(FIGURA 1). Guia confeccionado em resina acrílica.

A região de papilas do guia foi pintado com caneta de cor preta com o objetivo de avaliar a linha de sorriso do paciente e verificar a possibilidade de confeccionar uma prótese sem compensação gengival, ou seja, avaliar se é possível confeccionar uma prótese apenas com os dentes ou se tem a necessidade de acrescentar gengiva. (FIGURA 2)



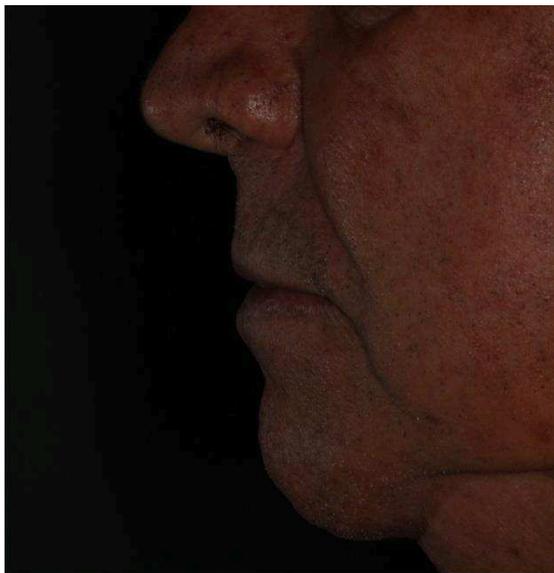
(FIGURA 2). Papilas pintadas para avaliação do sorriso.

Na figura 2, quando o paciente está sorrindo, é possível visualizar as regiões de papilas, coloridas em caneta preta. Assim, o melhor caminho será optar para a reabilitação com próteses com a presença de gengiva, pois na ausência desta, o paciente terá espaços vazios entre os dentes, conhecidos como “black spaces”, podendo comprometer na estética final.

Após esta análise, foi retirada a flange anterior do guia (responsável pelo suporte labial) - FIGURA 3, para planejar qual prótese seria confeccionada: prótese tipo protocolo (sem compensação) ou prótese tipo overdenture (prótese com compensação). Com o guia em posição foi constatado que o paciente não necessitaria de suporte labial, sendo planejada então, após consentimento do paciente, confecção da prótese tipo protocolo (FIGURA 4).



(FOTO 3). Guia sem flange anterior.



(FIGURA 4). Guia em posição sem a preseça da flange vestibular.

Finalizado o planejamento do tipo de prótese, neste caso prótese fixa do tipo protocolo, planejou-se a instalação de 6 implantes (Titamax Ex, 3,75x13mm, Neodent), sendo necessário levantamento de seio maxilar bilateral para instalação dos implantes mais posteriores. Seis meses após a cirurgia, foi realizado exame radiográfico e constatou-se que os implantes se encontravam em bom estado de osseointegração, sendo liberada então, a fase de confecção da prótese. Foi realizada abertura dos implantes e instalação de cicatrizadores. Após 21 dias, foram instalados os mini pilares (4.1x2mm, Neodent) (FIGURA 5), e a prótese total removível que estava em uso foi capturada (FIGURA 6), sendo transformada em prótese fixa provisória, após corte com broca das áreas de palato e flanges vestibulares (FIGURA 7).



(FIGURA 5). Mini pilares instalados com torque de 32 N.cm, como recomendado pelo fabricante.



(FIGURA 6). Captura da prótese total que estava em uso, mantendo a oclusão do paciente.

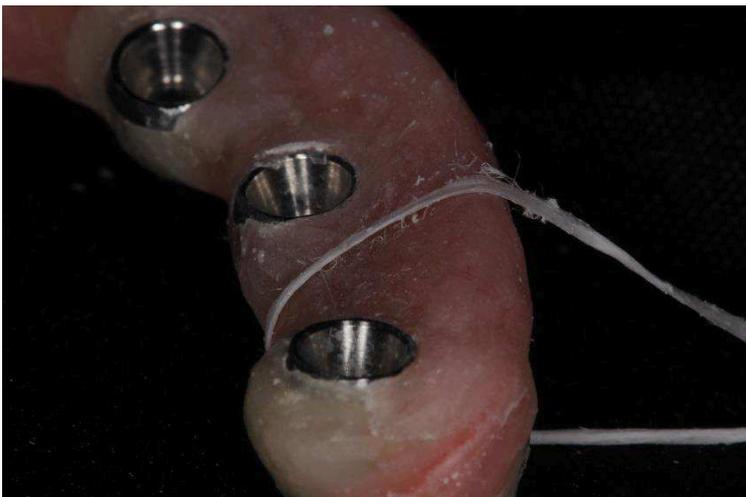


(FIGURA 7). Corte com broca e discos dos excessos palatino e vestibulares.

Realizou-se o reembasamento e condicionamento gengival com a prótese provisória, permitindo o uso do fio dental, evitando áreas que apresentassem sela e ângulos pontiagudos na porção em contato com a gengiva (FIGURAS 8,9).



(FIGURA 8). Reembasamento para condicionamento gengival após corte da prótese.



(FIGURA 9). Acabamento após reembasamento permitindo correto uso do fio dental.

Foi realizada moldagem de transferência dos mini pilares (Neodent) na arcada superior (FIGURA 10) e moldagem com alginato do antagonista. Os moldes foram enviados para o laboratório de prótese dentária (ESTES-UFU).



(FIGURA 10). União dos transferentes para moldagem.

Confecção de modelos, registro intermaxilar, mantendo a DVO da prótese anterior, após ser constatado que a mesma se encontrava correta. Realizada então a montagem dos dentes e posterior

confeção da barra metálica, seguindo como referência a montagem dos dentes. Paciente se encontra em tratamento, sendo que nas próximas etapas clínicas serão realizadas avaliação funcional da barra (no modelo: teste de passividade, retenção friccional, presença de báscula; na boca: teste de passividade, retenção friccional, presença de báscula e radiografias periapicais com apenas 2 parafusos em posição sem torque para checar adaptação e avaliação da passividade de instalação dos parafusos). Posteriormente será realizada avaliação funcional e estética de dentes sobre a barra, e então, será realizada a instalação final da prótese, apertando os parafusos em 10 N.cm, como recomendado pelo fabricante, proteção dos parafusos com Teflon e fechamento dos orifícios com resina fotopolimerizável.

Discussão

Os implantes são a base do suporte protético, portanto, as considerações protéticas pré-operatórias são uma fase de extrema importância para o resultado final do caso¹. Antes da instalação dos implantes, o paciente deve receber o preparo protético prévio e, com base no mesmo, os implantes são instalados e a prótese definitiva é confeccionada. Essa filosofia de trabalho recebe o nome de Planejamento Reverso^{4,5}. Atualmente, o que mais se busca é a satisfação do paciente, com procedimentos menos traumáticos, menor tempo cirúrgico, melhor pós-operatório, função imediata, longevidade e baixo custo.

A instalação de implantes deve sempre ser precedida pela reabilitação protética provisória que guiará o planejamento dos implantes. Assim, desde a fase inicial de tratamento os casos devem ser abordados dentro de uma visão multidisciplinar^{6,7}. Ao término do preparo prévio, o paciente estará reabilitado provisoriamente, o que possibilitará o planejamento da localização dos implantes relacionado à posição dentária.

Em casos de reabilitações totais, a posição de escolha para a execução do trabalho deve ser sempre a posição de relação de oclusão cêntrica. Nessa posição o maior número de contatos dentários acontecerá com os côndilos posicionados em relação cêntrica^{7,8}. Na maxila regiões anatômicas como o seio maxilar e a cavidade nasal oferecem limitações para a realização de implantes dentários. Com isso em uma reabilitação de maxila em arco total edêntulo a prótese a ser oferecida dependerá também do tipo de suporte labial a ser compensado.

Para reabilitações totais em maxila, existem alguns tipos de prótese que podem ser confeccionadas: próteses fixas individuais e ferulizadas, prótese tipo protocolo e prótese tipo overdenture.

As próteses sem compensação, como por exemplo a prótese do tipo protocolo, são indicadas para casos onde o perfil facial não se encontra alterado na ausência da prótese, diferentemente da indicação da prótese tipo overdenture, que apresenta uma compensação, sendo utilizada então, em casos que necessitam de preenchimento e suporte labial, harmonizando o perfil facial e trazendo como consequência, uma estética mais refinada ao caso.

Conclusão

Conclui-se que, o planejamento reverso é indispensável em reabilitações protéticas, pois traz uma pré visualização do resultado protético final, trazendo mais segurança tanto ao paciente quanto ao dentista, melhorando os resultados e diminuindo possíveis erros na escolha e execução do tratamento.

Referências

1. Mish CE, Implantes Dentários Contemporâneos. 2ed. São Paulo:Santos;2006. Modelos Diagnósticos, próteses de tratamento e guias cirúrgicas;p.135-50.
2. Fundamentos da prótese e implantes. Neves, FD; Barbosa, GAS; Bernardes, SR. Elsevier. 1º edição. 2016
3. Sartori IAM, Nary PE. Seleção de pacientes: aspectos protéticos na abordagem das maxilas atróficas. In: Nary Filho H, Padovan LEM Fixação zigomática, uma alternativa para reabilitação em maxilas atróficas. São Paulo: Santos 2008. p.67-99.
4. Neves, Flávio Domingues das; Fernandes Neto, Alfredo Júlio; Badaró Filho, Cândido dos Reis; Mendonça, Gustavo; Prado, Célio Jesus do. Protocolo de análise da influência da linha e suporte labial na estética e seleção do tipo de prótese para desdentados totais superiores. RBP. Revista Brasileira de Implantodontia & Prótese sobre Implantes, Curitiba - PR, v. 10, n.37, p. 9-17, 2003.
5. Reabilitação protética com componentes dinâmicos: Relato de caso clínico. Resende CCD, Tavares LN, Pereira LM, Justino LC, Neves FD. Prosthesis Laboratory in Science. Vol. 6 – Número 21 – 2016.
6. Francischone CE, Nary Filho H, Matos DAD, Lira HG, Neves JB, Peredo-Paz LG et al. Osseointegração e o Tratamento Multidisciplinar. São Paulo: Quintessence:2006. Restaurações Provisórias em Osseointegração; p7-33
7. Desjardins RP. Prosthesis design for osseointegrated implants in the edentulous maxilla. Wilson DJ. Ridge mapping for determination of alveolar ridge width. Int J Oral Maxillofac Implants. 1989;4(1):41-3.

8. Miranda ME. Considerações Oclusais em prótese sobre implante. *Implantnews*.2006;3(3):220-31.

Anexo

Plscience: Normas de publicação

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS - PROSTHESIS LABORATORY IN SCIENCE

A Revista Prosthesis Laboratory in Science tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade protética, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, artigos de interesse da classe protética e laboratorial, comunicações breves e atualidades.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda
Rua Janiópolis, 245 – Cidade Jardim - CEP: 83035-100 – São José dos Pinhais/PR
Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao1@editoraplena.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. A **Revista Prosthesis Laboratory in Science** reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. A **Prosthesis Laboratory in**

Science ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

O autor principal receberá um fascículo do número no qual seu trabalho for publicado. Exemplares adicionais, se solicitados, serão fornecidos, sendo os custos repassados de acordo com valores vigentes.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A **Revista Prosthesis Laboratory in Science** utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Para enviar artigos, acesse o site: www.editoraplena.com.br;
- Selecione a **Revista Prosthesis Laboratory in Science**, em seguida clique em “submissão online”;
- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão;
- Devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;
- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras;
- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- O envio das figuras deve ser feito em arquivos separados (ver tópico 4);
- Também inserir as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 DPIs de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo;
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema;
- Todas as figuras devem ser citadas no texto;
- Número máximo de 60 imagens por artigo;
- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto;
- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos.

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto.
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu

conteúdo.

- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original.
- Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável).
- Os traçados devem ser feitos digitalmente;
- Os gráficos devem ser enviados em formato de imagem e em alta resolução.

6. Comitês de Ética

- O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.

- A **Prosthesis Laboratory in Science** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como “qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde. Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc.”

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. Alfanumérica:

- Um autor: Silva²³ (2010)
- Dois autores: Silva;Carvalho²⁵ (2010)
- Três autores ou mais: Silva et al.²⁸ (2010)

7.2. Exemplos de citação:

1. - Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: “Nóbrega⁸ (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada”

2. - Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobrescrita:

Exemplo: “Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação¹”

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas;
- Todas as referências bibliográficas devem constar no texto;
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas conforme as referências bibliográficas ao fim do artigo, que deverão ser organizadas em ordem alfabética;
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental

Literature”.

- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;
- As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Não deve ser ultrapassado o limite de 35 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Simplício AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthod. Sci. Pract. 2013; 6 (22):164-169

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer.1996;73:1006-1012.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin.In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p. 95-152.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

ARAGÃO, HDN, Solubilidade dos Ionômeros de Vidro Vidrion. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, SP; 1995 70p.

Formato eletrônico

Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de iniciação científica e X mostra de pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em:

<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PIBIC2008?dd1=2306&dd99=vi>
ew

9. Provas digitais

- A prova digital será enviada ao autor correspondente do artigo por meio e-mail em formato PDF para aprovação final;
- O autor analisará todo o conteúdo, tais como: texto, tabelas, figuras e legendas, dispondo de um prazo de até 72 horas para a devolução do material devidamente corrigido, se necessário;
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor-Chefe considerará a presente versão como a final;
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.