

## **Aula 00 (Prof. Cássia Reginato)**

*Conhecimentos Específicos p/ SMS-BH  
(Cirurgião Dentista/Clínico Geral) -  
Pós-Edital*

Autor:

**Cássia Reginato, Mirela Sangoi  
Barreto, Tiago Mendonça Dias**

10 de Janeiro de 2021

## Sumário

1- Diagnóstico.....	2
1.1- Anamnese e exame clínico.....	2
1.2 - Temperatura.....	4
1.3 - Pulso 4	
1.4 - Pressão sanguínea/ arterial .....	5
1.5 - Frequência respiratória .....	5
1.6 - Exame físico.....	6
1.7- Como descrever as lesões.....	10
1.8 - Investigação complementar .....	11
6 - Referências bibliográficas .....	14



# 1- DIAGNÓSTICO

O **exame clínico é o primeiro e mais importante passo para o diagnóstico das lesões bucais**. Durante o diagnóstico são utilizados os sentidos da **inspeção, audição, tato** e eventualmente o **olfato**. Muitos editais têm apresentado em seu programa o conteúdo de diagnóstico. Não é um conteúdo difícil, mas precisamos entender alguns conceitos e a forma correta de fazê-lo. Vamos revisar?

## 1.1- Anamnese e exame clínico

De acordo com Scully (2009) o diagnóstico é feito através do **exame clínico**, que compreende a **anamnese**, o **exame físico** e **exames complementares** (ex: biópsia para confirmar o diagnóstico).

O exame físico é de simples execução, rápido e requer poucos materiais (você pode realizá-lo utilizando apenas gaze, espátula de madeira, espelho e iluminação). Ele é precedido pela anamnese, aquela conversinha que temos com os pacientes, e que na "estomato" costuma demorar um pouco mais!!

A **anamnese** deve conter Informações gerais do paciente como nome, data de nascimento, gênero, etnia, endereço residencial, ocupação. Além disso, deve ser questionada a queixa principal do paciente, ou seja, o motivo que o fez procurar a consulta. Geralmente o paciente nos procura por um motivo específico e devemos aprofundar a investigação através de perguntas como: data de início, duração, localização, fatores agravantes ou atenuantes, investigações realizadas anteriormente e tratamentos realizados na tentativa de resolução da condição.

### Vamos entender mais alguns termos:

**Sintoma:** são manifestações subjetivas relatadas pelo paciente. É tudo o que o paciente fala durante a anamnese. Ex: relato de dor.

**Sinal:** é aquilo que o dentista observa no paciente. É uma manifestação objetiva da doença percebida pelos sentidos humanos. Ex: mancha e elevação da mucosa. entre outros.

**Sinal patognomônico:** é um achado exclusivo de uma doença que indica sua existência. Ex: dentes de Hutchinson na sífilis congênita, bolhas hemorrágicas que surgem logo após o trauma características do pênfigo vulgar (sinal de Nikolsky).



Outros dados que devem ser anotados na ficha de anamnese são a **história médica progressa**, a **história odontológica**, a **história familiar** (ajuda a esclarecer possíveis problemas hereditários) e a **história cultural e social** (condição socioeconômica, informação sobre contato com animais de estimação, vida sexual e possíveis doenças infecciosas, dieta, ocupação, hábitos).



Agora mais um detalhe, em seu livro, Scully (2009) descreve os **tipos de diagnósticos** existentes:

- **Diagnóstico clínico:** é um somatório de dados colhidos na anamnese e no exame clínico;
- **Diagnóstico terapêutico:** obtido pela resposta ao tratamento.
- **Diagnóstico diferencial:** realizado através da comparação das similaridades e diferenças entre as patologias em questão;
- **Diagnóstico patológico:** obtido através da análise patológica;
- **Diagnóstico definitivo:** é aquele em que observamos a presença de um  **sinal patognomônico** (característica de uma patologia que a define) e pode ser confirmado pelos exames complementares (como o histopatológico);
- **Diagnóstico provisório:** **é o mais comum**, a partir da suspeita (diagnóstico inicial) o dentista procede a investigação para elucidação; tem como base para sua elaboração a evolução clínica e o quadro clínico (sinais e sintomas);
- **Diagnóstico dedutivo:** é feito com base em deduções (dados obtidos na anamnese e exame);
- **Diagnóstico por exclusão:** realizado através da exclusão de outras condições;
- **Diagnóstico induzido:** indução de uma condição para estabelecer um diagnóstico (utilizado para investigar reações a drogas ou alergias).



Você verá ao longo do material o seguinte termo: prognóstico. Ele está associado ao tipo de tratamento e pode ser favorável, desfavorável ou incerto.

Entendidos esses conceitos prossigamos!

Na consulta inicial, o paciente pode nos trazer uma série de informações e exames anteriores para analisarmos. Algumas questões trazem esses detalhes e faremos uma breve revisão!

De acordo com Little et al. ( ) são sinais vitais:



- Pressão arterial (aferido diretamente no paciente);
- Pulso (aferido diretamente no paciente);
- Frequência respiratória (observação do paciente);
- Temperatura (aferida em casos de infecção ou de envolvimento sistêmico);
- Altura (informado pelo paciente); e
- Peso (informado pelo paciente).

## 1.2 - Temperatura

A temperatura é mensurada através de termômetros. Veja abaixo alguns dados:

- Temperatura corporal normal: bucal 36,60°C; retal ou do ouvido (membrana timpânica) 37,40°C e axilar 36,50°C. De acordo com Little et al. ( ) a temperatura retal é cerca de 0,5°C maior que a bucal; a temperatura axilar é cerca de 0,5°C menor que a bucal.
- Nos adultos considera-se febre a presença de temperatura bucal acima de 37,80°C; temperaturas retal/ouvido acima de 38,30°C.
- Nas crianças constata-se febre quando a temperatura do ouvido é superior a 38,0°C.

## 1.3 - Pulso

Quando falamos em "medir o pulso" estamos nos referindo à aferição dos batimentos cardíacos. A frequência cardíaca pode sofrer alterações durante a prática de exercício físico, situações de ansiedade ou medo (muito comum no consultório odontológico), estados febris, desordens cardíacas e no hipertireoidismo.

### São locais de aferição:

=> a artéria radial, junto ao dedo polegar do lado da superfície flexora do punho

=> a artéria carótida, anterior ao terço médio do músculo esternocleidomastóideo.

=> a artéria temporal superficial, exatamente a frente da orelha.



Veja no quadro abaixo os parâmetros da frequência cardíaca (FC), em repouso, de acordo com a idade.

Bpm (Andrade, 2014)		Bpm (Scully, 2009)
Bebês	100-170	Crianças 140
Crianças de 2-10 anos	70-120	
Crianças > 10 anos	60 -100	Adultos 60-80
Adultos	60-100	

A frequência acima de 100bpm é chamada de taquicardia e a menor que 60 bpm é a bradicardia.

## 1.4 - Pressão sanguínea/ arterial

Andrade (2014) define a pressão arterial como sendo a força exercida pelo sangue contra as paredes arteriais. Dentro dessa definição, cabe esclarecer que a **pressão arterial sistólica (máxima)** é caracterizada pela fase de contração do coração e, respectivamente, pelo bombeamento de sangue. Já a **pressão arterial diastólica (mínima)** é a fase de relaxamento que permite a entrada do sangue no coração.

CATEGORIA	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120 - 139	80 – 89
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	140 – 159	90 – 99
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	≥ 160	≥ 100

## 1.5 - Frequência respiratória

A frequência respiratória ou ritmo respiratório é a designação dada ao número de ciclos respiratórios completados em um determinado tempo (adota-se como parâmetro respirações por minuto). Considera-se um ciclo respiratório o conjunto de um movimento inspiratório com o subsequente movimento expiratório.

Frequência respiratória (FR), em repouso, de acordo com a idade (Fonte: Andrade, 2014):

Idade	FR/min
Bebês	30-40
1-2 anos	25-30
2-8 anos	20-25
8-12 anos	18-20
Adultos	14-18



No exame clínico as estruturas devem ser **visualizadas e palpadas**, a fim de investigar alterações de contorno, textura, consistência, sensibilidade e coloração. Sabemos que o exame físico do paciente inclui a avaliação geral e regional do paciente. Dentro da avaliação regional realizamos os exames extraoral e intraoral.

## 1.6 - Exame físico

O exame físico deve ser realizado de forma **extraoral e intraoral**. O exame extraoral inicia quando o paciente entra em nosso consultório. Avaliamos o paciente em busca de assimetrias, observamos a coloração da pele (ex: palidez) e aparência dos olhos (ex: exoftalmia, icterícia) e das mãos (ex: hábitos como a onicofagia ou sucção digital). A articulação temporomandibular (ATM) e os músculos mastigatórios também são avaliados no exame extraoral. Ambos podem ser palpados e a ATM auscultada para avaliar a presença de ruídos articulares.

Vamos ir mais fundo!! Falei em auscultar, palpar... que tal entendermos algumas manobras semiotécnicas utilizadas no exame físico? ??(Essa parte não faz parte do Scully, foi acrescentada apenas para compreensão das manobras que podem ser utilizadas e citadas em algumas explicações ao longo do nosso curso).

**1. Inspeção** — **é a primeira manobra a ser realizada**, resumindo é **olhar o paciente**. Pode ser realizada de forma direta (olho nu) ou indireta (através de lentes ou espelhos). Ela precede a palpação.

**2. Palpação** — sensibilidade tátil utilizada direta ou indiretamente  
É o ato **tocar** com a polpa dos dedos, utiliza o sentido do tato e a compressão das estruturas para avaliação de sua consistência. Pode ser direta e indireta (dentista usa instrumentos como, por exemplo, a sonda exploradora). A **palpação direta** pode ser **digital, bidigital e digitopalmar**. Outra forma de palpação é a "**ordenha**", muito empregada no **exame de glândulas salivares**.

**3. Percussão** — é o exame feito através do **ato de bater ou percutir em uma estrutura**. Pela interpretação das vibrações ou sons produzidos é possível deduzir o estado físico do conteúdo da estrutura examinada: líquido, semissólido, sólido ou vazio. A percussão pode ser direta (com os dedos ou mãos) ou indireta (com o espelho e um exemplo é a avaliação de um dente anquilosado).

**4. Auscultação** — é o exame realizado através da audição, pelo **ato de ouvir sons e ruídos** produzidos. Pode ser feito de forma direta ou indireta (estetoscópio). É muito utilizado na avaliação da articulação temporomandibular.



**5. Olfacção** — é a percepção de odores. Um exemplo bem simples é aquele paciente portador de GUN, você percebe o odor de longe não é verdade? Outro caso clássico em que o sentido do olfato é importante é a detecção do odor cetônico no hálito do diabético.

Outras manobras utilizadas são:

**Punção** — remoção de líquido do interior da lesão. Da mesma forma que a punção pode demonstrar a presença de sangue, saliva, líquido cístico, pus ou conteúdo semissólido, após a punção pode ocorrer pressão negativa e não aparecer líquido ou semissólido (nesses casos a lesão tem conteúdo sólido ou não tem conteúdo algum).

**Diascopia** — manobra também chamada de **vitropressão** consiste na visualização de uma lesão pigmentada através de uma lâmina de vidro. Mas você deve estar se perguntando: como é feita essa avaliação? Uma lâmina de vidro é pressionada contra uma lesão pigmentada, caso a coloração escura desapareça com a pressão da lâmina na região e ocorra isquemia, reaparecendo a coloração com a retirada da compressão, dizemos que se trata de uma lesão vascular (exemplo de utilização da técnica é na investigação de hemangioma). Caso a coloração da lesão permaneça, conclui-se que é uma lesão pigmentada.

Outro exame muito realizado é a **palpação dos linfonodos** (barreiras de defesa do nosso corpo).

Sabemos que algumas condições causam aumento nos linfonodos, mas é preciso saber diferenciar um linfonodo normal de um inflamado ou neoplásico.

LINFONODOS NORMAIS	LINFONODOS INFLAMATÓRIOS (Linfadenite)	LINFONODOS NEOPLÁSICOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Do tamanho de um grão de lentilha</li><li>• Geralmente não são palpáveis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doloridos à palpação</li><li>• Macios e fibroelásticos (pouco consistente)</li><li>• Superfície lisa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indolor</li><li>• Superfície irregular</li><li>• Duros e fixos</li><li>• Consistentes</li></ul>

A linfa proveniente dos tecidos da cabeça e pescoço é drenada primeiro para os linfonodos mais superficiais e, posteriormente, para os linfonodos cervicais profundos.

Como deve ser feito o exame dos linfonodos?

- Linfonodos parotídeos, mastoídeos e occipitais: com as duas mãos e de forma simultânea;



- Linfonodos cervicais superficiais: com os dedos, de forma suave, podem ser comprimidos contra o músculo esternocleidomastoídeo;
- Linfonodos submentonianos: o paciente deve inclinar a cabeça para frente, o dentista deve deslizar os dedos contra a parte interna da mandíbula;
- Linfonodos submandibulares: o paciente deve inclinar a cabeça para o lado a ser examinado;
- Linfonodos parafaríngeos e traqueais: são examinados pressionando-os contra a traqueia (de forma suave).



O linfonodo jugulodigástrico é o linfonodo mais envolvido em infecções amigdalianas e câncer bucal

ÁREA	LINFONODO DRENADO
Escalpe, região temporal	Parótida superficial (auricular anterior)
Escalpe, região posterior	Occipital
Escalpe, região parietal	Mastoide
Orelha, externa	Parte superior sobre cervical superficial do músculo esternocleidomastoideo
Orelha, centro	Parotídeo
Acima do ângulo da mandíbula	Parte superior sobre cervical superficial do músculo esternocleidomastoideo
Parte medial da região frontal, pálpebras medial, pele do nariz	Submandibular
Parte lateral da região frontal, parte lateral das pálpebras	Parotídeo
Bochecha	Submandibular
Lábio superior	Submandibular
Lábio inferior	Submentoniano
Lábio inferior, parte lateral	Submandibular
Gengiva inferior	Submandibular
Dentes superior	Cervical profundo
Gengiva superiores	Cervical profundo
Ponta da língua	Submentoniano
Língua, dois terços anteriores	Submandibular, alguns atravessam a linha média da drenagem linfática



<b>Língua, terço posterior</b>	Cervical profundo
<b>Ventre da língua</b>	Cervical profundo
<b>Soalho de boca</b>	Submandibular
<b>Palato duro</b>	Cervical profundo
<b>Palato mole</b>	Retrofaringeano e cervical profundo
<b>Tonsila</b>	Jugulodigástrico

Tabela extraída de Scully (2009)

Vamos adotar um resumo fornecido pelo livro de Scully (2009) sobre as principais áreas de drenagem linfática de interesse odontológico (acredito que facilite o estudo e memorização):

- **Submandibular:** Bochecha, lábio superior, parte lateral do lábio inferior, soalho bucal, 2/3 anteriores da língua e gengiva inferior
- **Submentoniano:** Lábio inferior e ponta da língua
- **Cervical profundo:** Dentes superiores, gengiva superior, 1/3 posterior da língua, ventre lingual, palato duro e palato mole



## 1.7- Como descrever as lesões

Antes de iniciarmos o estudo das patologias é fundamental revisar a forma correta de descrever as lesões evidenciadas durante o exame clínico. Abaixo estão listados os termos mais comumente utilizados na descrição de lesões, eles foram extraídos (em sua maioria) do livro de Medicina Oral e Maxilofacial (Scully,2009).

- **Atrofia** - perda de tecido com translucência aumentada, a menos que esclerose esteja associada
- **Bolhas** - acúmulo de fluido dentro ou abaixo do epitélio com mais de 5mm (0,5cm) em diâmetro (Neville et al., 2016 afirmam que é uma vesícula grande)
- **Cicatriz** - substituição pelo tecido fibroso de qualquer tecido que tenha sido destruído por agressão ou doença. uma **cicatriz atrófica** é fina e enrugada; uma **cicatriz hipertrófica** é elevada; com crescimento excessivo de tecido fibroso; uma **cicatriz cribriforme** é perfurada com múltiplas pequenas depressões
- **Cisto** - cavidade patológica revestida por tecido epitelial preenchida por líquido ou semissólido
- **Erosão** - lesão superficial, geralmente causada pela perda de epitélio pela ruptura de uma bolha ou vesícula. Geralmente cura sem cicatriz.
- **Equimose** - área de hemorragia não elevada e maior que uma petéquia
- **Eritema** - vermelhidão da mucosa produzida pela atrofia, inflamação, congestão vascular ou perfusão aumentada
- **Esclerose** - endurecimento difusa ou circunscrita da submucosa e/ou do tecido subcutâneo
- **Esfoliação** - descamação da ceratina epitelial em camadas finas ou películas
- **Fibrose** - formação de excessivo tecido fibroso
- **Fissura** - ulceração estreita semelhante a uma abertura ou fenda linear na pele ou mucosa
- ➤ **Gangrena** - morte de tecido, geralmente devido à perda de suprimento sanguíneo
- **Hematoma** - uma coleção de sangue localizada e elevada
- **Quelóide** - cicatriz elevada e endurecida que cresce acima da superfície da pele, de formato irregular e tende a aumentar progressivamente
- **Mancha**: modificação da coloração normal da mucosa, sem elevação ou depressão.
- **Mácula** - uma alteração circunscrita na coloração ou textura da mucosa, não é elevada ou deprimida em relação aos tecidos circunjacentes
- **Nódulo** - lesão sólida e elevada, na mucosa ou pele, com mais de 5 mm (0,5cm) em diâmetro
- **Papilar** - tumor ou crescimento que exhibe numerosas projeções de superfície
- **Pápula** - lesão sólida e elevada, circunscrita, com menos de 5 mm (ou 0,5 cm) em diâmetro
- **Pediculado** - tumor ou crescimento em que a base é mais estreita que a parte mais larga da lesão
- **Petéquia** - área de hemorragia pontual e circular com, aproximadamente, 1-2 mm em diâmetro
- **Placa** - uma área elevada de mucosa, de superfície plana, com mais de 0,5cm em diâmetro
- **Pústula** - um acúmulo visível de pus livre (outra definição seria vesícula ou bolha preenchida por exsudato purulento)
- **Telangiectasia**: Lesão vascular causada pela dilatação de pequenos vasos sanguíneos superficiais.
- **Tumor** - é um aumento de volume dos tecidos, normal ou patológico, por material ou células que formam uma massa.
- **Úlcera** - lesão caracterizada por perda de epitélio com exposição do tecido conjuntivo, produzida por desprendimento do tecido necrótico. Geralmente assume aparência deprimida.
- **Vegetação** - um crescimento de tecido patológico consistindo de múltiplas massas papilares aglomeradas



- **Vesícula** - bolha superficial, com 5mm ou menos de diâmetro, frequentemente preenchida por um líquido claro. Scully define como pequeno (<0,5cm) acúmulo de fluido dentro ou abaixo do epitélio
- **Vergão** - uma área transitória de edema na mucosa ou pele, branca, compressível e, geralmente, efêmera
- **Verrucoso** - tumor ou crescimento que exibe uma superfície rugosa e verrucosa

## 1.8 - Investigação complementar

Você avalia diversos pacientes todos os dias e conhece os aspectos de normalidade do sistema estomatognático. Porém ao avaliar um paciente percebeu uma aparência diferente em sua mucosa. E agora, o que fazer? Vamos entender um pouco sobre alguns recursos utilizados na estomatologia para avaliação de possíveis lesões orais?

### 1.8.1 - Citologia esfoliativa

A citologia esfoliativa, também conhecida como exame de Papanicolau, é um exame complementar e como o próprio nome diz: **avalia células que esfoliaram naturalmente do epitélio da mucosa bucal** (as células colhidas são depositadas em uma lâmina de vidro, coradas e analisadas em microscópio). A citologia esfoliativa tem sido muito utilizada para avaliação de lesões **ulceradas e de placas brancas hiperqueratóticas** (confira abaixo outras indicações).

- Infecções fúngicas (candidose, paracoccidioidomicose)
- Doenças auto-imunes (pênfigo)
- Infecções virais (herpes primária, herpes recorrente)

Possui como vantagens a facilidade de realização, não necessitar de incisão, não ser invasiva ou traumática e não apresentar complicações após o procedimento. Além disso, permite escolher o melhor local para realização da biópsia. Cabe destacar que esse **exame não substitui a biópsia** mas pode dispensar a realização da biópsia se demonstrar que a lesão apresenta caráter benigno (nos casos de confirmação de malignidade é necessário realizar a biópsia pois ela permite avaliar o grau de diferenciação, o tipo histológico, a infiltração, o comprometimento regional e a margem de segurança a ser adotada no tratamento).

### 1.8.2 - Biópsia

A biópsia (palavra tão temida por muitos pacientes) é um **exame complementar** que consiste na **remoção de tecido para avaliação e confirmação diagnóstica** (sabemos que muitas lesões se parecem e que apenas o anatomopatológico é capaz de estabelecer o diagnóstico). Agora entenda a diferença: a citologia esfoliativa estuda as células e a biópsia estuda os tecidos!



### Indicações para biópsia:

- Lesões que têm características neoplásicas ou cancerizáveis
- Lesões que estão aumentando de tamanho ou que apresentam crescimento rápido.
- Lesões persistentes que não possuem uma causa e persistem por mais de 10 a 14 dias.
- Lesões persistentes que fracassam na resposta ao tratamento (lembrando que as lesões devem ser acompanhadas por um período de 7 a 14 dias).
- Lesões desconhecidas em áreas de alto risco para o desenvolvimento do câncer.
- Lesão firmemente aderida ou fixa em estruturas adjacentes
- Confirmação do diagnóstico clínico.
- Lesões que estão causando ao paciente extrema preocupação.

Obs: Silvio Boraks (2013) afirma que a biópsia pode ser indicada para a **pesquisa de câncer e de doenças sistêmicas**.

São consideradas por Hupp et al. (2009) áreas de alto risco e que devem ser monitoradas: assoalho da boca, as superfícies lateral e ventral da língua e as mucosas vestibular e do lábio inferior. Além dessas, eritroplasias (áreas avermelhadas) ou áreas ásperas dentro de uma leucoplasia também merecem atenção durante o exame do paciente.

O teste de Shedde utiliza o azul de toluidina e cora o local mais indicado para realizar a biópsia em uma lesão com suspeita de câncer.

### Tipos de biópsia (em relação a quantidade de material retirado):

- **Biópsia incisional:** é o procedimento que **remove fragmento para análise**. É indicada em casos de lesões grandes, lesões que apresentam características diferentes em diferentes sítios ou em locais de risco, e lesões com suspeita de malignidade. A incisão é realizada em formato de cunha e deve incluir tecidos com características de normalidade e alterados pela lesão (em lesões ulceradas as informações são removidas do tecido perilesional que contém características de normalidade).
- **Biópsia excisional:** é o procedimento que realiza a **remoção completa da lesão**. É indicada para lesões pequenas e, muitas vezes, é por retirar toda a lesão acaba sendo o próprio o tratamento.

A biópsia pode ser realizada com bisturi, por agulha ou por escova (brush). A biópsia com a utilização de bisturi pode ser incisional ou excisional. A biópsia por agulha pode ser realizada com agulha de grosso calibre (14G), com agulha de fina (PAAF) ou com agulha "cortante" (BAC). Na PAAF a agulha é introduzida e retirada de forma repetida para coletar material de lesões em locais de difícil acesso ou próximas a estruturas importantes (para evitar lesão). Você também pode encontrar o termo "punch" em alguma questão, vamos entender o que é? O punch é um instrumento cilíndrico cortante para biópsia que penetra até a profundidade necessária para remoção de tecido.



Agora alguns cuidados no procedimento de biópsia: para a anestesia da região a ser biopsiada é preferível o bloqueio anestésico pois a anestesia infiltrativa pode resultar em incorporação do anestésico no espécime cirúrgico (pode resultar em distorção da arquitetura celular do espécime). Quando for realizada a anestesia do tipo infiltrativa, o anestésico deve ser injetado a pelo menos 1 cm do perímetro da lesão (de forma periférica). Outro cuidado a ser tomado é a forma de apreensão do espécime após a sua remoção: a peça não deve ser comprimida com a pinça. Após o procedimento, a peça deve ser armazenada em **formol a 10%** (considerado fixador universal), o volume no frasco deve ser de 10 a 20 vezes maior que o volume da peça. Saiba que o importante é a peça ficar totalmente imersa. Silvio Boraks (2013) acrescenta que cuidados devem ser tomados em pacientes com suspeita de **melanoma** (tende a proliferar quando traumatizado e, por isso, em lesões de dimensões reduzidas, o autor aconselha a biópsia excisional com margem de segurança) e **hemangioma** (risco de sangramento de difícil hemostasia).



## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Patologia Oral e Maxilofacial. NEVILLE, Brad W. et al., 4a ed., Elsevier, 2016.

Patologia oral: correlações clinicopatológicas. REGEZZI, J.A; SCIUBBA, J.J.; JORDAN, R.C.K. Elsevier, 2012.

Medicina Oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento. SCULLY, C. Elsevier, 2009.



# ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



**1** Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



**2** Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



**3** Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



**4** Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



**5** Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



**6** Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



**7** Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



**8** O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.