

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL.

Francielle Soares Silva*

Mayra Maria Coury França**

RESUMO

O câncer é uma das principais doenças que mais leva ao óbito, e atualmente é um problema mundial. A denominação de câncer bucal inclui o lábio e a cavidade oral (mucosa, gengiva, palato duro e assoalho de boca). O câncer na região de lábio tem como principal fator de risco os raios ultravioletas sendo que na cavidade oral já se destaca o consumo de tabaco, álcool excessivo e traumas (como próteses mal adaptadas), portanto a odontologia tem um papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce desta doença. O presente artigo apresentará uma abordagem quantitativa uma vez que tem como objetivo demonstrar os benefícios de se fazer um diagnóstico precoce do câncer bucal. Um levantamento bibliográfico foi necessário para relacionar os fatores mais relevantes sobre o tema abordado.

Palavras-chave: Câncer. Prevenção. Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

Cancer is a major disease that most often leads to death, so a big health problem in Brazil. The term oral cancer includes the lip and oral cavity (mucosa, gingiva, hard palate and floor of the mouth). Cancer in the lip region is a risk factor ultra violet rays of the sun being in the oral cavity that now stands the tobacco use and excessive alcohol and trauma (such as a poorly fitted dentures), so dentistry plays a key role in the prevention and early diagnosis of this disease. This paper presented a quantitative approach since that aims to demonstrate the benefits of making an early diagnosis of oral cancer through a literature review. A literature review was necessary to relate the most relevant factors about the topic.

Keywords: Cancer. Prevention. Early Diagnosis.

* Francielle Soares Silva – Cursos de Graduação da Faculdade Patos de Minas. Presidente Olegário/MG. ssfrancielle@hotmail.com

**Mayra Maria Coury França –Mestre em Odontologia Área de Concentração_ Estomatologia. Especialista em Radiologia odontológica ABO- Uberlândia/ MG. Especializanda em Odontopediatria – São Leopoldo Mondic.Patos de Minas/MG.mayra_fpm@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Silva (2005), a origem da palavra câncer vem do grego Karkinos e do latim Câncer, ambos significando caranguejo, pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo.

Segundo a organização mundial de saúde (OMS) o câncer é um processo de crescimento e disseminação descontrolado das células e é uma das principais doenças que mais leva ao óbito. (WHO, 2011).

O câncer é um importante problema na saúde pública no Brasil e em muitos outros países, pois a maioria dos casos é detectada em estágio avançado principalmente em indivíduos com pouco acesso aos serviços de saúde. (FALCÃO et al.,2010).

De acordo com Gouvea et. al.,(2010) o câncer bucal é a sétima neoplasia que mais acomete os brasileiros, com alta taxa de mortalidade, sendo que representa 3% das neoplasias.

O câncer de boca é uma denominação que inclui o de lábio e da cavidade oral (mucosa, gengiva, palato duro, e assoalho de boca). O câncer de lábio acomete mais as pessoas de pele branca e que se expõem mais ao sol, já em outras regiões da boca acomete principalmente indivíduos tabagistas e etilistas. (FREITAS et. al. 2010)

Para Jorge et. al.(2009) existem fatores predisponentes intrínsecos em que as células que eram normais podem sofrer alterações e adquirir malignidade. Os fatores extrínsecos podem potencializar este acontecimento. Estes, são subdivididos em gerais representados por radiação solar e locais classificados como tudo que atinge a mucosa de forma direta como álcool e tabaco.

Para Silveira et. al. (2009) as lesões potencialmente malignas são alterações teciduais que podem assumir caráter de tumor maligno ou podem permanecer estáveis durante um longo período de tempo.

O câncer na fase inicial geralmente não apresenta sintomatologia dolorosa, sendo assim aumenta o grau de dificuldade do diagnóstico precoce. E se o

profissional não possuir um alto grau de suspeita quando à natureza maligna da lesão, que está presente na cavidade bucal, várias semanas ou meses a mais serão perdidos para um tratamento. (NEVILLE et. al. 2009).

O problema levantado para a realização deste artigo foi a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. Sendo assim as hipóteses apresentadas para fazer a resolução do problema são: O câncer bucal é uma doença multifatorial, que acomete a cavidade oral, sendo um processo de disseminação e desenvolvimento sem controle das células. Alguns fatores etiológicos, tanto químicos quanto físicos estão relacionados com desenvolvimento do câncer, tais como consumo crônico de tabaco e álcool, exposição prolongada ao sol (raios ultravioleta). O diagnóstico é simples e deve ser precoce, pois em estágio avançado, pode não ser possível o seu tratamento, além disso, pode deixar seqüelas estéticas e funcionais no paciente oncológico.

O objetivo geral deste trabalho foi demonstrar os benefícios de se fazer um diagnóstico precoce do câncer de boca, especificando as características clínicas as causas e como prevenção da doença e mostrar a importância de um diagnóstico precoce bem executado.

A etiologia do câncer bucal é multifatorial. Não há um fator carcinogênico isolado, claramente aceito, mas tanto fatores externos ou internos podem estar associados. Os fatores externos incluem o tabaco, o álcool, ambos associados, dentre outros; e especificamente para o câncer no lábio inferior, os raios solares.

Os fatores internos incluem os estados sistêmicos, como a desnutrição geral. É importante ressaltar que a hereditariedade não é um fator etiológico no carcinoma de boca.

O câncer de boca é uma doença frequente e por isso seria importante que os cirurgiões dentistas possuíssem um maior cuidado em relação à necessidade de um exame clínico completo e o diálogo sobre como prevenir a doença com o paciente.

O esclarecimento em relação à prevenção e detecção precoce da doença é de grande importância para uma melhor qualidade de vida ao paciente.

A metodologia para a realização deste artigo apresentou uma revisão bibliográfica com o tema câncer bucal, por meio de uma pesquisa qualitativa e exploratória. As fontes utilizadas foram artigos e livros.

2 FATORES DE RISCO

2.1 Tabaco

O tabaco é considerado causa primária de muitas patologias e doenças bucais, nas quais se destacam, o câncer bucal, doença periodontal, perdas dentárias. (FREITAS et. al. 2010).

Os usuários de tabaco apresentam uma possibilidade de quatro a quinze vezes maior de desenvolver o câncer bucal do que os não tabagistas. (MARTINS et. al. 2008).

Segundo Santos et. al.(2010) existem muitos fatores relacionados com a etiologia, mas o etilismo e o tabagismo são mostrados como os maiores responsáveis pelo acometimento da doença câncer de boca.

Quando a mucosa sofre contato direto com o cigarro, os subprodutos liberados pelo tabaco, são cerca de cinco mil elementos químicos e quarenta e três elementos carcinogênicos, que facilitam o ressecamento da mucosa produzindo uma camada de queratina podendo levar a uma maior probabilidade do câncer de boca. (PRADO ; PASSARELLI 2009)

2.2 Álcool

O consumo de bebidas aumenta nove vezes mais a possibilidade do câncer de boca, e quando associado com o tabagismo este número aumenta para trinta e cinco vezes mais. (MARTINS et. al. 2008)

De forma crônica em contato com a mucosa, o álcool age como um solvente expondo a mucosa a vários fatores carcinogênicos, pois diminui a velocidade de reação da defesa do organismo e provoca injúrias celulares. (PRADO ; PASSARELLI 2009)

Para Carrard et. al. (2007) não existem ainda uma completa compreensão como o álcool pode modificar a mucosa bucal no sentido de desenvolver o câncer de boca.

A partir de análises realizadas compreende-se que os efeitos do consumo do álcool ocorrem devido a uma interferência de fatores locais e sistêmicos.

De acordo com Gigliotti et. al. (2008) o consumo crônico e excessivo de bebidas alcoólicas, ainda que não esteja associada com uso de tabaco, aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de boca, pois ele age diretamente na mucosa oral, irritando-a através de seus componentes químicos como substâncias aromáticas alcaloides, hidrocarbonatos policíclicos entre outros.

2.3 Exposição solar

A radiação solar está fortemente relacionada com o câncer de boca principalmente acometendo o lábio inferior. (MARTINS et. al. 2008).

Alguns fatores etiológicos, tanto químicos ou físicos estão relacionados ao aparecimento desta doença, tais como o consumo de tabaco e álcool e exposição solar prolongada. (DANIEL et. al. 2009).

Segundo Neville (2009) pessoas com exposição solar crônica aos raios solares e imunidade baixa, pode apresentar maior risco de desenvolvimento do câncer no lábio inferior.

3 LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

3.1 Eritroplasia

O assoalho de boca, a língua e o palato mole são as regiões mais comuns de aparecimento da lesão. (NEVILLE 2009).

Segundo Hosni et. al. (2009) é uma lesão bucal macular ou placa, cor vermelhada, para qual não pode ser estabelecido diagnóstico clínico específico, sendo uma lesão rara, mas é considerada a de maior potencial de transformação

maligna em relação às outras lesões, pois em mais de 90% dos casos já existe displasia severa.

Para Neville (2009) a região alterada apresenta-se como uma mácula ou placa eritematosa bem demarcada, com textura macia e aveludada e normalmente é assintomática.

Scully, C. Porter, S. (2000) o fumo apresenta um papel importante na patogênese da lesão.



Imagem 1: Eritroplasia

Fonte: Prof^o. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia

3.2 Leucoplasia

As lesões individuais podem ter uma aparência clinicamente variada e pode sofrer modificação. As lesões iniciais são brandas e apresentam como placas cinzas ou brancas-acinzentadas, levemente elevadas, podem parecer um pouco translúcidas, fissuradas ou enrugadas e normalmente apresentam bordas delimitadas.(NEVILLE 2009).

Para Silveira et. al.(2009) a leucoplasia é denominada como placa branca na mucosa, não podendo ser removida com raspagem e sua superfície pode apresentar como lisa, rugosa ou verrucosa, sendo a lesão mais precursora e mais frequente da cavidade oral.

Did (2002) descreveu que principalmente a mucosa jugal e as comissuras labiais, seguidas por mucosa alveolar, língua, lábio, palato duro, assoalho de boca e gengiva, são áreas mais acometidas.

Para Neville (2004) a leucoplasia que não apresenta nenhuma displasia frequentemente não é removida, mas é necessária uma avaliação clínica a cada seis meses.

Sugayal, N.n, Birman EG.(2001) destacaram que apesar de desconhecida a etiologia, os principais fatores relacionados com o aparecimento da lesão são o tabaco e o álcool sendo, fatores modificadores irritantes crônicos locais.



Imagem 2: Leucoplasia

Fonte: Profº. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia

3.3Línquen Plano

Apresenta em forma de placa brancas, dispostas de modo linear ou reticular, estrias rendilhadas principalmente na mucosa jugal (80%) e em menor escala na língua (65%), lábios (20%) e gengiva, assoalho, e palato (10%).(BERTOTTO et. al. 2002)

De acordo com Zanatta et. al. 2008 os sítios de acometimento são mucosa jugal, mucosa alveolar e língua, sendo que existe uma grande prevalência por lesões bilaterais.

As causas ainda não foram totalmente esclarecidas, mas o estresse, alimentos como frutas cítricas, procedimentos odontológicos, doenças sistêmicas, consumo exagerado de álcool e o uso de tabaco têm sido associado ao período de exacerbação da lesão. (SOUSA , ROSA 2008).

Para Franga et. al. (2011) a evolução da doença é muito variável sendo que os casos agudos regridem em semanas ou meses, já a forma crônica persistem por anos. Sendo diagnosticado, o tratamento deve ter o objetivo de aliviar a dor e os sintomas de inflamação e prurido.



Imagem 3: Línquen Plano hiperkeratótico.

Fonte: Universidade Federal de Uberlândia.

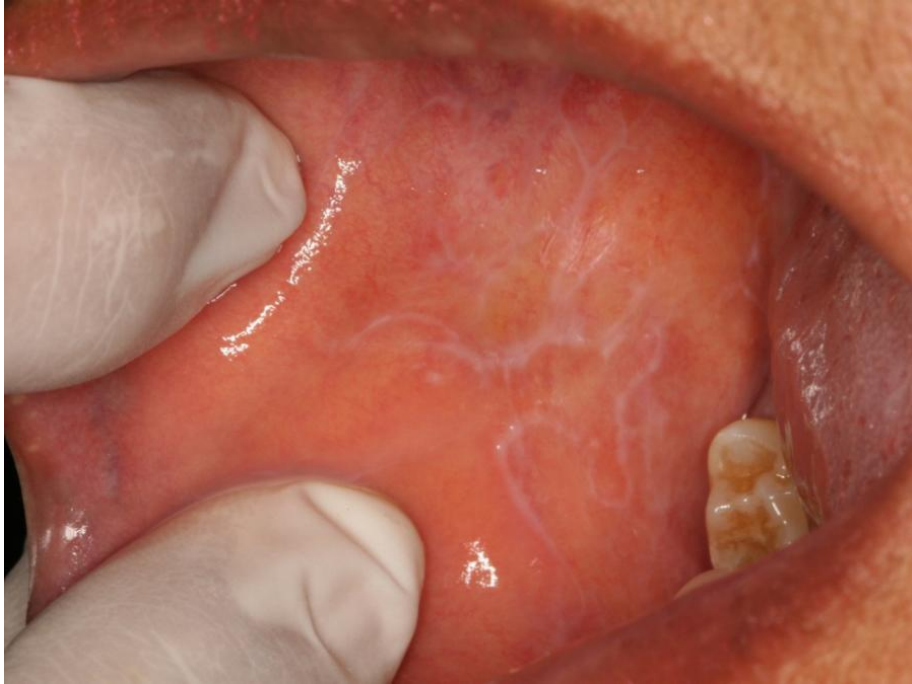


Imagem4: Línquen Plano rediculada.

Fonte: Profº. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia.

3.4 Queilite Actínica

Para Neville (2009) queilite actínica é uma alteração pré-maligna do lábio inferior, que resulta da exposição excessiva ao sol.

Para Silveira et. al.(2009) queilite actínica é uma lesão de origem inflamatória de potencial maligno, que acomete lábio inferior, causada por exposição prolongada ao sol, geralmente assintomática, podendo ser de cor branca, vermelha, branca com área vermelhas ou ulceradas.

É uma lesão de desenvolvimento lento, sendo que as primeiras mudanças clínicas iniciais incluem a atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, caracterizada por uma superfície lisa e áreas pálidas com erupções. O escurecimento da margem entre o vermelhão e a porção cutânea do lábio é tipicamente visualizado.

Scully, C. (1993) descreveu que está lesão acomete principalmente homens de pele clara, trabalhador rural pelo maior tempo de exposição aos raios ultravioletas sendo raro em pessoas negras e mulheres (devido ao uso de batons).



Imagem 5: Quelite Actínica aguda.

Fonte: Profº. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia.



Imagem 6: Quelite Actínica crônica.

Fonte: Profº. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia.

4 Tratamento de Lesões Potencialmente Malignas

De acordo com Hosni o tratamento estabelecido das lesões potencialmente malignas é de acompanhamento periódico dos paciente e suspensão dos fatores de risco.



Imagem7: Carcinoma.

Fonte: Prof^o. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia



Imagem7: Carcinoma.

Fonte: Profº. Durighetto da Universidade Federal de Uberlândia

5 DIAGNÓSTICO PRECOCE

5.1 Auto Exame

De acordo com Prado e Passarelli (2009) a visita ao dentista a cada seis meses e o auto-exame aumenta a possibilidade de diagnóstico precoce da doença.

De acordo com Santos et. al. (2010) a cavidade oral é um local de fácil acesso para examinar, permitindo que os dentistas ou o próprio paciente, através do auto-exame, possam visualizar diretamente alterações suspeitas, principalmente em estágio inicial.

Algumas pessoas podem ser consideradas de risco: pessoas com idade superior a quarenta anos de idade, sexo masculino tabagista, indivíduos com consumo crônico de álcool, má higienização da cavidade oral, portadores de

próteses mal adaptadas, consumidores de chimarrão e os que ficam expostos ao sol sem proteção adequada. (OLIVEIRA 2009)

Deve-se realizar o auto-exame a cada três meses e caso encontre qualquer alteração, deve-se procurar um dentista obrigatoriamente para avaliação. (AUGUSTO 2007)

.

.

5.2 Exame em consultório

O dentista deverá fazer parte na prevenção proporcionando informações ao paciente sobre os efeitos perniciosos do tabaco e álcool, exposição solar excessiva e orientar a uma alimentação saudável, para que o paciente fique menos susceptível a todos estes fatores de risco. (AUGUSTO 2007)

Para Martins et. al. (2008) as principais iniciativas do dentista para obter um diagnóstico precoce do câncer bucal são as realização dos exames intra e extra oral e a conscientização do paciente em fazer o auto-exame.

Os indivíduos portadores de câncer bucal por apresentar lesão indolor, não procuram ajuda do profissional da saúde, portanto, deve-se uma preocupação maior em relação à doença para que se tenha uma forma de prevenção e um bom exame clínico todas as vezes que o paciente for ao dentista. (NEVILLE et al 2009).

“A prevenção e o diagnóstico oportuno são as medidas mais eficazes de que se dispõe para melhorar o prognóstico do câncer.”(CIMARDI E FERNANDES,2009).

De acordo com Soares et. al. (2002) o diagnóstico é simples e deve acontecer precocemente, pois em estágio avançado o tratamento se torna mais complexo, podendo levar o paciente a óbito.

Segundo Falcão et al.(2006) o câncer é de fácil diagnóstico pois requer apenas uma avaliação minuciosa da cavidade oral e reconhecimento das alterações encontradas.

De acordo com Prado e Passarelli (2009) a prevenção, o diagnóstico precoce e o encaminhamento a um médico oncologista de cabeça e pescoço favorecem uma melhor qualidade de vida ao paciente e um melhor prognóstico, dependendo do estágio em que for diagnosticado.

A língua é o local preferencial para o desenvolvimento do câncer, seguido pelo lábio inferior e o assoalho de boca. (CARLI et.al. 2009).

Segundo Neville (2009) o câncer pode apresentar de várias formas clínicas sendo elas: exofítica (aumento volumétrico), eritroleucoplásico (área vermelha e branca), eritroplásica (mancha /placa vermelha), leucoplásiaca (mancha /placa branca), endofítica (ulcerada).

De acordo com kujan et.al. (2006) para realizar a prevenção do câncer bucal, o dentista deve sempre orientar, discutir e incentivar o paciente o quanto é importante cessar o hábito de fumar e de consumir bebidas alcoólicas, possuir uma higiene bucal satisfatória e o cuidado com o excesso à exposição solar, além de diagnosticar e tratar precocemente as lesões potencialmente malignas.

Nem sempre o diagnóstico é evidente, devendo ser completo e detalhado, pois a detecção precoce da doença exige que alterações mínimas e sutis sejam visualizadas no início. (PEREIRA et. al.)

Além disto, são de responsabilidade do profissional a orientação em relação à diminuição e possível suspensão dos fatores de risco, incluindo o tabaco, álcool e radiação solar.

Estimular hábitos e práticas de vida saudáveis como abolição do uso do tabaco e álcool, prática de higiene bucal e visitas regulares aos dentistas contribuem para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. (FREITAS et. al. 2010).

Grande número de pessoas não assume o etilismo ao dentista, portanto uma anamnese correta e um diálogo com o paciente devem ser realizados para expor o risco do álcool e orientar o paciente a diminuir ou acabar com o uso (PRADO ; PASSARELLI 2009)

De acordo com Oliveira (2009) a ciência ainda não conseguiu instrumentos e técnicas que sejam capazes de fazer a prevenção do câncer, sendo assim seu combate deve ser feito no enfrentamento das condições gerais que ocasiona a presença deste mal. Fazer o diagnóstico precoce possibilita um tratamento mais rápido e um melhor prognóstico.

Para Augusto (2007) o exame físico deve ser realizado pelo dentista, visando observar a saúde geral do paciente, explorando toda a região de cabeça e pescoço. No exame deve ser observada alteração de cor e brilho, textura, forma, tamanho, mobilidade, limites entre outras alterações.

5 CONCLUSÃO

O cirurgião dentista tem um papel fundamental na prevenção e principalmente no diagnóstico precoce do câncer bucal.

Os principais fatores associados são o tabaco, trauma, álcool e radiação solar. Geralmente o câncer bucal advém de lesões denominadas potencialmente malignas sendo elas eritroplasia, leucoplasia, línquen plano e queilite actínica. Estas lesões de potencial de malignidade são consideradas os primeiros sinais apresentados no câncer de boca. Geralmente as lesões iniciais que aparecem são indolores, o que dificulta o diagnóstico sendo necessário, portanto um bom conhecimento e exames clínicos minuciosos no dia-dia das consultas odontológicas.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Thaís de Aguiar. Medidas Preventiva do Câncer Bucal- Revisão de Literatura. **Revista Colate**, Campinas, n. , p.1-6, 26 fev. 2007.

BERTOTTO et al. Línquen Plano: estudo analíticode 95 casos na região nordeste do Rio Grande Sul. **Revista Stomatos**, Rio Grande do Sul, n. , p.27-34, 29 dez. 2002.

CARLI et. al. Características clinicas, epidemiológicas e microscopia do câncer bucal diagnóstico na Univercidade de Alfenas. **Revista Brasileira de cancerologia**. 2009. 205-211p.

CARRARD et al. Álcool e Câncer Bucal: Conciderações sobre os Mecanismos Relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Porto Alegre, n. , p.49-56, 29 maio 2007.

CIMARDI, Ana Claudia B. S.; FERNANDES, Ana Paula S.. **Câncer bucal- a prática e a realidade dos cirurgiões dentistas de Santa Catarina**. Disponível em: <ACBS Cimard. 2009 - files.bvs.br>. Acesso em: 03 abr. 2012.

DANIEL et al. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. **J. Bras. Pat. Med. Lab**, São Paulo, p. 279-283. 10 nov. 2009.

DID,LL.; KOWASLKI LP.; CURI, M.M. **Lesões cancerizáveis da boca.** In: Kowalski PL, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 2ª Ed. São Paul: Âmbito Editores; 2002. P. 406-10.

FALCÃO, M. et al. **Conhecimento dos cirurgiões dentistas em relação ao câncer bucal.** RGO, Porto Alegre, 2010.27-33.p

FRANGA et al. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. **J Health Sci Inst.**, Salvador, n. , p.27-30, 05 jan. 2011.

GIGLIOTTI et al. Principais Mecanismos de atuação do álcoolno desenvolvimento do câncer oral. **Revista Odontologia Clinica Ciente**, Recife, n. , p.107-112, 10 jun. 2008.

GOUVEA, Simone Alves et al. Aspecto clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncologico: predomínio de doença localmente avançada. Disponível em: <SA Gouvea, MX Nogueira.**Rev:Brasileira cir.**2010. sbccp.netpoint.com.br>. Acesso em: 23 mar. 20012.

HOSNI et al. Eritroplasia e Leucoeritroplasia Oral: Análise Retrospectiva de 13 casos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio Grande do Sul, n. , p.101-104, 29 mar. 2009.

JORGE, Waldyr A. et al. **Odontologia hospitalar/ bucomaxilofacial. urgência.** Rio de Janeiro: Medbook, 2009. 75-87 p.

MARTINS, Marcos Antonio et al. Avaliação do Conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço**, São Paulo, n. , p.191-197, 15 dez. 2008.

NEVILLE, Bard W. et al. **Patologia oral e maxilofacial.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

OLIVEIRA et al. A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL COMO FACTOR DE RISCO NO CÂNCER DA CAVIDADE ORAL NO ESTADO DE Góiais. **Ver. Bras. Cir. Cabeça E Pescoço**, Góiais, n. , p.82-87, 05 jan. 2008.

PEREIRA et. al. **Manual de orientação para prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca**. Disponível <HTML//www.crope.org.br/asp/HTML/combate_manual.pdf>. Acessado em 17 mar.2012

PRADO, Bruno N.; PASSARELLI, Dulce H. Cabelho. **Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico**. Disponível em: <BN Prado... Odontologia da Universidade Cidade, 2009 - files.bvs.br>. Acesso em: 23 mar. 2012.

KUJAN et. al. **Opinion and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening**. *Oral*.2006 Mar;;: 194-99p.

SANTOS et.al. Characterization of oral cancer diagnostic delay im the state of Alagoas. **Brazilian Journal of otorhinolaryngology**.2010. 416-422p.

SANTOS, Gildeon Lima et al. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontologia Clinica Ciente**, Recife, n. , p.131-133, 10 jun. 2010.

SCULLY C, Porter S. **Oral câncer**. *BMJ*. 2000; (7253): 97-100.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo. 2005.

SIVEIRA,E. et. al. Lesões orais com potencial de malignização análise clínica e morfológica de 205 casos. **J. Bras Med lab**. 2009. 233-238p.

SOARES, C. et al. Presença de papilomavirus humano em lesões malignas da mucosa oral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2002. 439-444.p

SOUSA, Fernando Augusto Cervantes Garcia de and ROSA, Luiz Eduardo Blumer. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. 2008, vol.74, n.2, pp. 284-292. ISSN 0034-7299..

SUGAYA, NN; BRIRMAN EG. Diagnóstico deferencial e tratamento das lesões cancerizáveis da boca. *In: Carvalho MB. Tratamento de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia*. São Paulo: Atheneu: 2001. P. 249-63.

WHO- **World Health Organization home peg.** Disponível <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em 01abril.2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro à Deus e Nossa Senhora, que me guiou nessa longa caminhada, me iluminando, me dando força e sabedoria.

Agradeço aos meu pais Ivaldo e Rosiuda, fonte incondicional de amor, pelo exemplo de coragem e pelas orações, que foram fundamentais para eu pudesse vencer mais este desafio.

Ao meu marido Valmir, pelo incentivo, amor e companheirismo.

Ao meu irmão Gean, que esteve sempre ao meu lado nas minhas decisões.

Agradeço a professora Mayra Maria, por ter sido minha orientadora pois se tornou uma grande amiga. Obrigada pela paciência, carinho e incentivo no meu tema escolhido no qual me passou muito conhecimento em relação a ele e por ser uma excelente professora e profissional, a qual me espelho.

A professora Nayara agradeço pelo conhecimento transmitido, pela paciência e dedicação.

Aos professores da banca examinadora por fazer parte da minha realização.

Aos demais professores agradeço com força total pela amizade e os conhecimentos científicos transmitidos a mim.

Aos amigos e familiares que me incentivaram meu muito obrigada.

Data de entrega do artigo: 13/11/2012