



Avaliação da saúde bucal de fumantes por meio do OHIP-14

Oral health assessment of smokers using the OHIP-14

Evaluación de la salud bucal de fumadores mediante el OHIP-14

Djalma Antonio de Lima Júnior¹, Daniel Coêlho de Carvalho¹, Cassandra Fonseca Verde², Alan Araújo Gomes¹, Cayara Mattos Costa¹, Thalleyldson dos Santos Ramos¹, Vitória Elen Oliveira Chagas¹, Joana Albuquerque Bastos de Sousa¹, Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira¹, Liana Linhares Lima Serra¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autopercepção de impactos das condições bucais na qualidade de vida de pacientes fumantes, por meio do instrumento OHIP-14. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com 48 pacientes fumantes atendidos nas clínicas odontológicas da universidade entre 2015 e 2016. Os critérios clínicos incluíram índices periodontais como profundidade de sondagem, índice gengival, nível de inserção clínica e índice de placa visível. Foi aplicado o questionário OHIP-14 para mensurar os impactos na qualidade de vida relacionados à saúde bucal. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino e na faixa etária de 20 a 40 anos. A prevalência de periodontite foi alta, com maior frequência nos estágios I e II generalizados. A maioria dos pacientes apresentou nível médio de impacto no OHIP-14, sendo mais elevado entre aqueles com maior tempo de tabagismo. Mulheres relataram maior impacto forte em comparação aos homens. Além disso, o tempo e intensidade do hábito de fumar mostraram associação com pior condição periodontal e maior impacto na qualidade de vida. **Conclusão:** O tabagismo influencia negativamente a saúde periodontal e compromete a qualidade de vida dos pacientes, sendo mais evidente em fumantes de longa duração.

Palavras-chave: Tabagismo, Doença periodontal, Qualidade de vida, Saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the self-perception of the impacts of oral conditions on the quality of life of smoking patients using the OHIP-14 instrument. **Methods:** This is a cross-sectional study involving 48 smoking patients treated at the UFMA dental clinics between 2015 and 2016. Clinical criteria included periodontal indices such as probing depth, gingival index, clinical attachment level, and visible plaque index. The OHIP-14 questionnaire was applied to measure quality of life impacts related to oral health. **Results:** Most participants were male and aged between 20 and 40 years. The prevalence of periodontitis was high, with generalized stages I and II being the most frequent. Most patients reported a moderate OHIP-14 impact, which was higher among those with a longer smoking history. Female patients reported a stronger impact compared to males. Additionally, the duration and intensity of smoking were associated with worse periodontal conditions and greater quality of life impairment. **Conclusion:** Smoking negatively affects periodontal health and compromises patients' quality of life, especially among long-term smokers.

Keywords: Smoking, Periodontal disease, Quality of life, Oral health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la autopercepción de los impactos de las condiciones bucales en la calidad de vida de pacientes fumadores, mediante el instrumento OHIP-14. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal con 48 pacientes fumadores atendidos en las clínicas odontológicas de la UFMA entre 2015 y 2016. Los criterios clínicos incluyeron índices periodontales como profundidad de sondaje, índice gengival, nivel de inserción clínica e índice de placa visible. Se aplicó el cuestionario OHIP-14 para medir los impactos en la calidad de vida relacionados con la salud bucal. **Resultados:** La mayoría de los participantes eran del sexo masculino y

¹ Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís – MA.

² Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, São Luís – MA.

tenían entre 20 y 40 años de edad. La prevalencia de periodontitis fue alta, siendo más común en los estadios I y II generalizados. La mayoría de los pacientes presentó un nivel medio de impacto en el OHIP-14, siendo mayor entre aquellos con mayor tiempo de hábito tabáquico. Las mujeres informaron un mayor impacto fuerte en comparación con los hombres. Además, el tiempo e intensidad del hábito de fumar mostraron asociación con una peor condición periodontal y mayor impacto en la calidad de vida. **Conclusion:** El tabaquismo influye negativamente en la salud periodontal y compromete la calidad de vida, especialmente en fumadores de larga duración.

Palabras clave: Tabaquismo, Enfermedad periodontal, Calidad de vida, Salud bucal.

INTRODUÇÃO

O tabagismo consiste em um intenso problema de saúde pública, posto que ele tem relação com vários tipos de cânceres, sendo responsável por cerca de 90% dos óbitos de câncer de pulmão (MALLOL J, et al., 2021). Em países desenvolvidos, o fumo também consiste em um problema agravante, sendo responsável por 56% de todas as doenças respiratórias crônicas e 22% de doenças cardiovasculares (MUSTAPHA AD, et al., 2021). O hábito de fumar tem efeito deletério sobre a saúde bucal, sendo considerado o maior fator de risco para as doenças periodontais. Os principais efeitos nocivos do tabagismo ao periodonto são: diminuição da vascularização, alteração na resposta inflamatória e imunológica, bolsas periodontais profundas (acima de 6 mm), extensa perda de inserção periodontal e interferência em cicatrização pós-terapia (APATZIDOU DA, 2022).

Sendo assim, pacientes fumantes apresentam maior índice de placa (em comparação com não fumantes), bem como maior prevalência de cálculo dental, apresentando uma gengiva inflamada com sangramento espontâneo e/ou durante a escovação, podendo intensificar para reabsorção dos tecidos de sustentação, levando à mobilidade dental (SIM KY, et al., 2023). Em adição, o fumo afeta diretamente a saúde periodontal devido os produtos derivados da combustão do tabaco, que são capazes de modificar as características clínicas e a progressão da doença periodontal, agravando a condição periodontal do paciente (WADIA R, 2022). O fumo é capaz de modificar a resposta imunológica da pessoa, contra os micro-organismos periodonto patogênicos (MORE AB, et al., 2021), comprometendo o sistema de defesa, resultando em aumento da profundidade de sondagem, perda de inserção periodontal e reabsorção óssea alveolar, aumentando a probabilidade de perda dentária (SCZEPANIK FSC, et al., 2020).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida refere-se à maneira como cada pessoa percebe sua posição na sociedade, levando em conta a cultura, os valores, suas metas, aspirações, padrões e desafios pessoais. Abrange diversos aspectos do bem-estar, incluindo dimensões física, mental, emocional, psicológica e espiritual. Além disso, envolve a qualidade das relações interpessoais, como laços familiares e amizades, assim como fatores essenciais à vida, como saúde, educação, moradia, saneamento e outras condições que influenciam o cotidiano (WHOQOL GROUP, et al., 1995). Pessoas que apresentam doenças periodontais não tratadas ou até mesmo estáveis, podem ter sua qualidade de vida afetada, pois como relatado, a gengiva pode ficar muito inflamada e o dente com mobilidade (WONG LB, et al., 2021); afetando diretamente na condição de saúde bucal, interferindo na mastigação e às vezes, até em convívio social, podendo estar associado com transtornos físicos, psicológicos e/ou sociais (KWON T, et al., 2021).

É relevante que se tenham ações de saúde destinadas ao combate do fumo, com ênfase na própria autopercepção das pessoas fumantes, verificando quais são os seus impactos na saúde bucal e qualidade de vida. Dos estudos que se aproximam da temática do presente estudo, Wong LB, et al. (2021) realizaram uma revisão sistemática sobre doença periodontal e impacto na qualidade de vida das pessoas, apesar de citar os fumantes, ela não citou nada sobre a importância da autopercepção da condição bucal, pelo próprio paciente; o que também ocorreu com Fischer RG, et al. (2020) que focaram mais no tratamento periodontal. Hijryana M, et al. (2021) utilizaram o instrumento OHIP-14, mas analisaram somente a população idosa e não abordaram sobre autopercepção dos pacientes. O artigo tem como objetivo avaliar a autopercepção de impactos das condições bucais na qualidade de vida de pacientes fumantes, por meio do instrumento OHIP-14.

MÉTODOS

Desenho do estudo

É um estudo do tipo transversal, envolvendo pacientes atendidos nas clínicas odontológicas da UFMA. O artigo seguiu as diretrizes do STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (MALTA M, et al., 2010), e a extensão RECORD - Reporting of studies Conducted using Observational Routinely collected health Data (BENCHIMOL EI, et al., 2015).

Amostra

Pacientes fumantes, adultos, com idade entre 20 e 70 anos, não portadores de alterações sistêmicas, que procuraram atendimento odontológico nas clínicas escola (Clínica II - Periodontia II e Dentística Restauradora, com alunos do 4º período) do curso de Odontologia da UFMA no período de setembro de 2015 a junho de 2016. A amostra da pesquisa foi constituída por 48 pacientes, sendo amostragem por conveniência.

Crítérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram as seguintes condições: não fumantes; mulheres na fase da menopausa; alcoolismo; respiradores bucais; pacientes que fizeram uso crônico de antibióticos ou anti-inflamatórios não-esteroidais ou esteroidais nos 6 meses que antecederam a pesquisa; presença de qualquer condição sistêmica (artrite reumatoide, doença renal crônica, diabetes e doenças cardiovasculares) que possa influenciar na resposta dos tecidos periodontais à presença do biofilme dental; lactentes; pessoas que usam medicamentos anti-hipertensivos, anticonvulsivantes ou contra rejeição de transplantes ou quaisquer outros medicamentos que reconhecidamente apresentam a possibilidade de resultar em hiperplasia do tecido gengival. Dos participantes excluídos foram 9, após realização dos exames clínicos extra e intraorais, eles haviam esquecido de relatar que faziam uso crônico de antibióticos ou anti-inflamatórios não-esteroidais ou esteroidais no momento do estudo.

Variáveis

Quadro 1 - Descrição das variáveis com suas categorias de resposta.

Descrição da variável	Categorias de resposta	
Idade (faixa etária)	20-40 anos	
	41-79 anos	
Sexo	Masculino	
	Feminino	
Tempo de hábito de fumar	Curta duração	
	Longa duração	
Diagnóstico periodontal	Gengivite induzida por biofilme	
	Periodontite Estágio I, Grau A ou B (localizada)	
	Periodontite Estágio I, Grau A ou B (generalizada)	
	Periodontite Estágio II, Grau A ou B (localizada)	
	Periodontite Estágio II, Grau A ou B (generalizada)	
	Periodontite Estágio III ou IV, Grau B ou C (localizada)	
	Periodontite Estágio III ou IV, Grau B ou C (generalizada)	
Parâmetros clínicos periodontais.	NIC	Face livre
		Face proximal
	NG	Face livre
		Face proximal
	PS	Face livre
		Face proximal
Classificação de fumante	Fumantes leves	
	Fumantes pesados	
Tipo de impacto na qualidade de vida – OHIP 14	Fraco	
	Médio	
	Forte	

Fonte: Carvalho DC, et al., 2025.

Avaliação periodontal

Os pacientes foram periodontalmente examinados por um único avaliador, previamente treinado, segundo os seguintes parâmetros:

Profundidade de sondagem (PS)

Medida com a sonda periodontal milimetrada do tipo Willians, determinada como distância da margem gengival ao fundo do sulco ou bolsa periodontal. As medidas foram obtidas em seis sítios (mésio-vestibular; médio-vestibular; disto-vestibular; mésio-lingual; médio-lingual e disto-lingual) de cada dente presente na cavidade bucal, exceto os terceiros molares (ABROL N, et al., 2022).

Índice de Placa Visível (IPV)

A presença ou ausência de placa será determinada por meio da proposta de O'Leary TJ, et al. (1972). Foram examinados, após aplicação de um evidenciador de biofilme (Fucsina básica) sobre as superfícies dentais, as faces vestibular, mesial, distal e lingual de cada elemento dental, exceto os terceiros molares. Cada superfície recebeu um escore de 0 ou 1. Este escore foi obtido de acordo com os seguintes critérios: 0 = Ausência de placa na região gengival e 1 = Presença de placa dentro do sulco gengival e/ou no dente e margem gengival. O escore 1 foi somado em cada ficha e dividido pelo total de dentes presentes vezes 4 (número de faces consideradas), multiplicado em seguida por 100, obtendo-se a porcentagem do índice de placa (DINIZ MLP, et al., 2018).

Índice gengival (IG)

Foram determinadas as seguintes faces dentais: mésio-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, mésio-palatino/lingual, médio-palatino/lingual e disto-palatino/lingual de cada dente presente na cavidade bucal, exceto os terceiros molares. As faces foram classificadas de acordo com o índice gengival, considerando os seguintes critérios: 0 = Ausência de inflamação/sangramento (gengiva normal) e 1 = Presença de sangramento à sondagem/inflamação severa - vermelhidão acentuada e hipertrofia; além de sangramento espontâneo; e ulceração.

A porcentagem determinada para cada paciente foi obtida através do somatório do total de escore 1 dividido pelo número de dentes presentes vezes 6 (número de faces consideradas), e o valor foi multiplicado por 100 (AINAMO J e BAY I, 1975; DINIZ, et al., 2018).

Nível de inserção clínica (NIC)

Foi determinado a partir das medidas de profundidade de sondagem mais recessão/hiperplasia gengival, para determinação da distância entre a junção cimento-esmalte e o fundo do sulco ou bolsa periodontal (ANTONACCI A, et al., 2024).

Questionário de qualidade de vida

Foi aplicado o índice subjetivo OHIP-14 (Oral Health Impact Profile), que consiste em 14 perguntas para avaliar limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade (CAMPOS LA, et al., 2021).

Selecionou-se o método ponderado padronizado (weighted-standardized method), que leva em conta o peso de cada questão (total 14) e multiplica pela codificação da pergunta, conforme a escala do tipo Likert (Nunca= 0, Quase nunca = 1, Ocasionalmente= 2, Pouco frequente= 3, Muito frequente= 4).

O peso de cada item foi gerado pelo método de comparação pareada de Thurstone derivada do estudo de Slade GD (1997). O somatório de todas as perguntas para cada indivíduo variou entre 0 e 28. O impacto para cada um dos pacientes foi classificado em fraco (0 a 9), médio (10 a 18) e forte (19 a 28).

Como as respostas poderiam ser fracionadas, considerou-se valores menores que 9,33 como pertencentes ao grupo fraco; valores entre 9,33 e menores que 18,66 pertencentes ao grupo médio; e entre 18,66 e 28 como grupo forte (BASTOS JL, 2009).

Quadro 2 – Organização do questionário OHIP-14.

Domínio	Perguntas	Impactos investigados
Limitação funcional	1-2	Pronúncia de palavras/ Diminuição do paladar
Dor física	3-4	Dor/ Incômodo na mastigação
Desconforto psicológico	5-6	Desconforto pessoal/ Estresse
Limitação física	7-8	Incômodo na alimentação/ interrupção das refeições
Limitação psicológica	9-10	Dificuldade para relaxar / Inibição
Limitação social	11-12	Irritação com pessoas/ Dificuldade para fazer obrigações
Incapacidade	13-14	Bem-estar/ Incapacidade de exercer atividades
Questões/valor		
Pergunta 1: peso = 0,51		Pergunta8: peso = 0,48
Pergunta 2: peso = 0,49		Pergunta 9 : peso = 0,60
Pergunta 3 : peso = 0,34		Pergunta 10 : peso = 0,40
Pergunta 4 : peso = 0,66		Pergunta 11 : peso = 0,62
Pergunta 5 : peso = 0,45		Pergunta 12 : peso = 0,38
Pergunta 6 : peso = 0,55		Pergunta 13 : peso = 0,59
Pergunta 7 : peso = 0,52		Pergunta : peso = 0,41

Fonte: Carvalho DC, et al., 2025. Fundamentado em: Coelho MP, et al., 2008.

Classificação dos pacientes fumantes

Os fumantes foram classificados de acordo com a quantidade de cigarros fumados por dia e ao tempo de hábito (HABER J e KENT D, 1992)

Tabela 1 – Classificação dos pacientes fumantes.

Quantidade de cigarros/dia	Período do hábito de fumar
Leve (< 10 cigarros/dia)	Curta duração (< 10 anos de hábito)
Pesado (> 10 cigarros/dia)	Longa duração (>10 anos de hábito)

Fonte: Carvalho DC, et al., 2025. Fundamentado em: Haber J e Kent D, 1992.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados e sistematizados em planilhas no Microsoft Office Excel (2019, Washington - USA), para análise dos dados coletados, objetivando verificar a associação da autopercepção dos pacientes fumantes quanto à saúde periodontal e avaliar seu impacto na qualidade de vida. A análise descritiva foi realizada para dados relacionados à distribuição geral da amostra estudada, quantidade de cigarros consumidos por dia, duração do hábito e associação do OHIP 14 com a condição periodontal. Os resultados foram analisados e apresentados em tabelas.

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas e com seus intervalos de confiança a 95% (IC95%); as variáveis quantitativas são apresentadas pela média, mediana, desvio padrão e desvio interquantílico. A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi analisada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para comparar médias ou medianas das variáveis numéricas entre os grupos foram usados testes paramétricos (análise de variância, teste Tukey ou teste t de Student) e/ou testes não-paramétricos (como o Mann-Whitney e/ou Kruskal Wallis). Estas análises foram executadas no software Stata®, versão 17 (College Station, Texas, EUA).

Aspectos éticos

Os participantes da pesquisa foram pacientes fumantes atendidos nas clínicas odontológicas da UFMA, somente participaram da pesquisa aqueles que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo esta pesquisa submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), CAAE 07397512.8.0000.5086, sob o parecer 275.507, versão 3.

RESULTADOS

43.75% dos participantes são do sexo feminino e 56.25% do sexo masculino. 77.08% das pessoas estão na faixa etária de 20-40 anos e 22.92% na faixa de 41-79 anos. 47.92% das pessoas não possuem o hábito de fumar, 52.08% apresentam o hábito. A maioria das pessoas foram diagnosticadas com periodontite estágio I, A ou B generalizada (25.00%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Prevalência de doença periodontal.

Diagnóstico periodontal	n	%
Gengivite induzida por biofilme	5	10.42%
Periodontite Estágio I, Grau A ou B (localizada)	8	16.67%
Periodontite Estágio I, Grau A ou B (generalizada)	12	25.00%
Periodontite Estágio II, Grau A ou B (localizada)	6	12.50%
Periodontite Estágio II, Grau A ou B (generalizada)	8	16.67%
Periodontite Estágio III ou IV, Grau B ou C (localizada)	1	2.08%
Periodontite Estágio III ou IV, Grau B ou C (generalizada)	8	16.67%

Fonte: Carvalho DC, et al., 2025.

Sobre o IPV e IG, a maior parte das pessoas apresentam abundante acúmulo de biofilme ou cálculo (64.58%); e inflamação moderada (45.83%), respectivamente (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Parâmetros periodontais: IPV e IG.

IPV	n	%
Sem biofilme dental visível (ou na sonda)	2	4.17%
Superfície visual limpa, biofilme na sonda	3	6.25%
Acúmulo moderado de biofilme, visível a olho nu	12	25.00%
Abundante acúmulo de biofilme/cálculo	31	64.58%
IG	n	%
Saudável	3	6.25%
Inflamação leve	6	12.50%
Inflamação moderada	22	45.83%
Inflamação severa	17	35.42%

Fonte: Carvalho DC, et al., 2025.

Sobre a classificação dos fumantes, 52.08% são considerados fumantes leves e 47.92% são fumantes pesados. Sobre os níveis de OHIP-14, a maioria apresenta o nível médio (58.33%), seguido do nível fraco (25.00%) e forte (16.67%). Em relação ao tempo do hábito de fumar, 68.75% fumam em longa duração e 31.25% fumam em curta duração. Pessoas na faixa etária de 20-40 anos de idade, costumam fumar cigarro (67.57%), pessoas entre 41-79 anos de idade diminuem a frequência do uso de cigarro (52.17%). Grande parte das mulheres não possuem o hábito de fumar (91.30%), em contrapartida, a maioria dos homens fumam cigarro (92.59%). As mulheres (61.90%) e os homens (55.56%) apresentam predominantemente o OHIP-14 no nível médio (**Tabela 4**). Em adição, as pessoas que possuem o hábito de fumar, 52.00% apresentava o OHIP-14 nível médio e 48.00% o nível fraco.

Tabela 4 – Nível do OHIP-14 de acordo com o sexo.

Sexo	OHIP-14		
	Fraco	Médio	Forte
Masculino	44.44%	55.56%	0
Feminino	0	61.90%	38.10%

Fonte: Carvalho DC, et al., 2025.

As pessoas que possuem o hábito de fumar, relacionado com o IPV, a maioria apresentava acúmulo moderado de biofilme, visível a olho nu (48.00%), seguido de abundante acúmulo de biofilme/cálculo (36.00%), superfície visual limpa, biofilme na sonda (12.00%) e sem biofilme dental visível (ou na sonda) (4.00%). Sobre o hábito de fumar associado com IG, grande parte das pessoas apresentam inflamação

moderada (68.00 %), seguido de inflamação leve (24.00%) e saudável (8.00%). O IPV e IG são estatisticamente relevantes ($p=0.0001$) para influenciar no diagnóstico periodontal dos pacientes.

O impacto do diagnóstico periodontal no nível do OHIP-14 foi analisado, todas pessoas com gengivite induzida por biofilme possuem o OHIP-14 fraco; todas as pessoas com periodontite estágio I, grau A ou B (localizada) possuem o OHIP-14 fraco; dos indivíduos com periodontite estágio I, grau A ou B (generalizada), 58.33 % apresenta o OHIP-14 fraco e 41.67% o OHIP-14 médio; todos os pacientes com periodontite estágio II, grau A ou B (localizada) e com periodontite Estágio II, Grau A ou B (generalizada) apresentam o OHIP-14 médio; todos os pacientes com periodontite estágio III ou IV, grau B ou C (localizada) apresentam o OHIP-14 forte; e sobre os pacientes que apresentam periodontite estágio III ou IV, grau B ou C (generalizada), 87.50% apresentam o OHIP-14 forte e 12.50% o médio.

DISCUSSÃO

Foi utilizado o índice OHIP-14 que é um dos mais amplamente utilizados em estudos de diferentes culturas e perfis sociodemográfico (IZZETTI R, et al., 2024). Esse instrumento é considerado válido e confiável para captar percepções do impacto das desordens bucais nos aspectos físico, psicológico e social (LOCKER D e QUINONEZ C, 2011). Estudos que compararam os scores OHIP-14 antes e após tratamento periodontal em paciente com doenças periodontais, relatam ao final não encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as duas avaliações, nem para as pontuações totais nem para nenhum dos itens separados do OHIP-14 (ÖHRN K e JONSSON B, 2012).

Enquanto, um estudo comparou pacientes com periodontite crônica grave e moderada, apresentando 1,63 (IC 95%: 1,41 a 1,98) e 1,42 vezes (IC 95%: 1,29 a 1,63) mais chances de ter as pontuações do OHIP-14 acima da mediana, em comparação com os participantes sem periodontite crônica; os participantes com periodontite leve não tiveram pontuações acima da mediana (HE S, et al., 2018). Em adição, Ustaoglu G, et al. (2019) indicam que diferentes formas de doença periodontal têm efeitos diferentes na qualidade de vida dos pacientes quando medidos pelo OHIP-14. A maior diferença em relação ao diagnóstico de fumantes leves e pesados se dá no diagnóstico da periodontite crônica severa, uma vez que a prevalência da forma localizada é duas vezes maior em fumantes pesados e sua forma generalizada só foi encontrada nesse grupo de pacientes.

Um estudo realizado para avaliar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida em diabéticos, concluiu que as periodontites moderadas e severas estavam negativamente relacionadas à qualidade de vida quando comparados com indivíduos saudáveis periodontalmente (SANTANA TD, et al., 2007). No entanto, o estudo avaliou somente pessoas com diabetes mellitus e apresentou uma amostra pequena, podendo não ser representativa para uma população. Pacientes do sexo feminino apresentaram neste estudo maior impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida, porém um estudo realizado por Fonseca NP et al. (2024) concluiu que não há diferença no impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre homens e mulheres, corroborando com o estudo de Locker D e Quinonez C. (2011) que não obteve diferença estatística ao analisar a variável gênero.

Quanto a variável tempo de hábito, os pacientes que tinham o hábito a mais de 10 anos relataram maior impacto forte que pode ser explicado pela associação entre a doença periodontal e o tabagismo se tornar mais evidente após 10 anos de hábito (CALSINA G, et al., 2002). Além disso, Lima et al. (2017) afirmam que a carga tabágica apresenta correlação com piores índices de qualidade de vida. Indivíduos que fumam maior quantidade de cigarros/dia e há um tempo igual ou superior a 10 anos, apresentam maior impacto negativo em alguns domínios como vitalidade e estado geral de saúde. Outros aspectos a serem salientados que influem de forma negativa na qualidade de vida dos fumantes em domínios como mastigação, deglutição, retenção de próteses totais e convívio social é a diminuição do fluxo salivar a qual é extremamente importante na proteção bucal (DA SILVA SA, 2012) e a presença de halitose que pode ser produto da associação do cigarro, má higiene bucal, doença periodontal e diminuição do fluxo salivar tornando o hálito extremamente desagradável (BELAY AS, et al., 2022).

Dos pacientes fumantes examinados, nenhum apresentava saúde periodontal satisfatória; sendo que, as formas mais agressivas da doença foram observadas no grupo dos pacientes que fumavam a mais tempo e em maior quantidade, corroborando com outros estudos (TUK JG, et al., 2021; ARRUDA CV, et al., 2024), impactando de forma negativa na condição bucal dos fumantes e eventualmente, na sua qualidade de vida. Sugere-se que mais estudos sobre a temática sejam realizados, posto que o presente estudo apresenta uma amostra não muito considerável, foi realizado nos anos de 2015 e 2016, ou seja, necessita-se de estudos atuais sobre a temática, e com um maior espaço de tempo, como no caso de estudos do tipo corte.

CONCLUSÃO

O hábito de fumar influi diretamente na saúde periodontal de homens e mulheres, os diagnósticos de periodontite leve localizada e periodontite crônica moderada localizada foram os mais prevalentes em pacientes fumantes leves e pesados. A doença periodontal influi de maneira negativa na qualidade de vida de fumantes, assim como outras manifestações deletérias na saúde bucal (câncer bucal, candidíase bucal, insucesso de implantes dentais, manchamento intrínseco nos dentes e halitose) provocadas pelo hábito de fumar. Os pacientes que mantinham maior tempo de hábito de fumar relataram maior impacto (médio e forte) da saúde bucal na qualidade de vida e as pacientes do sexo feminino relataram maior impacto (forte) que os pacientes do sexo masculino.

REFERÊNCIAS

1. ABROL N, et al. Inflammatory bowel disease and periodontitis: a retrospective chart analysis. *Clin. Exp. Dent. Res*, 2022; 8(5): 1028–1034.
2. AHN DG, et al. Current status of epidemiology, diagnosis, therapeutics, and vaccines for novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J. Microbiol. Biotechnol*, 2020; 30(3): 313–324.
3. AINAMO J e BAY I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int. Dent. J*, 1975; 25(4): 229–235.
4. ANTONACCI A, et al. Evaluation of periodontitis and *Fusobacterium nucleatum* among colorectal cancer patients: an observational cross-sectional study. *Healthcare (Basel)*, 2024; 12(21): 2189.
5. APATZIDOU DA. The role of cigarette smoking in periodontal disease and treatment outcomes of dental implant therapy. *Periodontol*, 2000. 2022; 90(1): 45–61.
6. ARRUDA CV, et al. Oral health-related quality of life and periodontal status according to smoking status. *Int. J. Dent. Hyg*, 2024; 22(2): 368–375.
7. BASTOS JL. Inequalities in oral health and oral health services among adolescents in a Brazilian city. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(3): 389–398.
8. BELAY AS e ACHIMANO AA. Prevalence and risk factors for periodontal disease among women attending antenatal care in public hospitals, Southwest Ethiopia, 2022: a multicenter cross-sectional study. *Clin. Cosmet Investing Dent*, 2022; 14: 153–170.
9. BENCHIMOL EI, et al. The REporting of studies conducted using observational routinely-collected health data (RECORD) statement. *PLoS Med*, 2015; 12(10): 1–22.
10. CALSINA G, et al. Effects of smoking on periodontal tissues. *J. Clin. Periodontol*, 2002; 29(8): 771–776.
11. CAMPOS LA, et al. Use of oral health impact profile-14 (OHIP-14) in different contexts. What is being measured? *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021; 18(24): 1–15.
12. COELHO MP, et al. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP-14. *UFES Rev. Odontol*, 2008; 10(3): 4–9.
13. DINIZ MLP, et al. Hábitos de higiene e saúde bucal de gestantes atendidas em um hospital universitário. *Rev. Pesq. Saúde*, 2018; 19(2): 61–65.
14. FISCHER RG, et al. Periodontal therapy in smokers with chronic periodontitis: a 12-month randomized controlled trial. *Journal of Clinical Periodontology*, 2020; 47(4): 441–449.
15. FONSECA NP, et al. The relationship between dental anxiety and oral health-related quality of life in patients with periodontitis. *Diagnostics (Basel)*, 2024; 14(23): 2624.
16. GUERRA MJC, et al. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciênc. Saúde Colet*, 2014; 19: 4777–4786.
17. HABER J e KENT D. The relationship of cigarette smoking to health status among older adults. *Gerontologist*, 1992; 32(6): 759–765.
18. HE S, et al. Chronic periodontitis and oral health-related quality of life in Chinese adults: a population-based, cross-sectional study. *J. Periodontol*, 2018; 89(3): 275–284.

19. HIJRYANA M, et al. Periodontal disease and oral health-related quality of life in the older population in Indonesia. *Int. Assoc. Dent. Res*, 2021; 7(3): 277–288.
20. IZZETTI R, et al. OHIP-14 scores in patients with Sjögren's Syndrome compared to Sicca Syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Int. J. Dent*, 2024; 2024: 9277636.
21. KWON T, et al. Current concepts in the management of periodontitis. *Int. Dent. J*, 2021; 71(6): 462–475.
22. LIMA DP, et al. Influência do tabagismo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2017; 30(2): 1-9.
23. LOCKER D e QUIÑONEZ C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent. Oral Epidemiol*, 2011; 39(1): 3–11.
24. MALLOL J, et al. Prevalence and determinants of tobacco smoking among low-income urban adolescents. *Pediatr. Allergy Immunol. Pulmonol*, 2021; 34(2): 60–67.
25. MALTA M, et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44(3): 559–565.
26. MORE AB, et al. Effects of smoking on oral health: awareness among dental patients and their attitude towards its cessation. *Indian J. Dent. Res*, 2021; 32(1): 23–26.
27. MUSTAPHA AD, et al. Smoking and dental implants: a systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*, 2021; 58(1): 39.
28. O'LEARY TJ, et al. The plaque control record. *J. Periodontol*, 1972; 43(1): 38.
29. ÖHRN K e JÖNSSON B. A comparison of two questionnaires measuring oral health-related quality of life before and after dental hygiene treatment in patients with periodontal disease. *Int. J. Dent. Hyg*, 2012; 10(1): 9–14.
30. PAŠNIK-CHWALIK B e KONOPKA T. Impact of periodontitis on the Oral Health Impact Profile: a systematic review and meta-analysis. *Dent. Med. Probl*, 2020; 57(4): 423–431.
31. SANTANA TD, et al. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(3): 637–644.
32. SCZEPANIK FSC, et al. Periodontitis is an inflammatory disease of oxidative stress: we should treat it that way. *Periodontol*, 2000. 2020; 84(1): 45–68.
33. SILVA SA. Malefícios causados pelo tabaco na cavidade bucal. *Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – UFMG. Campos Gerais*, 2012.
34. SIM KY, et al. Association between smoking and periodontal disease in South Korean adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2023; 20(5): 4423–4432.
35. SLADE GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1997; 25(4): 284–290.
36. TUK JG, et al. Effect of periapical surgery on oral health-related quality of life in the first postoperative week using the Dutch version of OHIP-14. *Oral Maxillofac. Surg*, 2021; 25(4): 549–559.
37. USTAOĞLU G, et al. Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: a cross-sectional study. *Int. J. Dent. Hyg*, 2019; 17(4): 343–349.
38. WADIA R. Smoking and periodontal therapy. *Br. Dent. J*, 2022; 233(12): 1020.
39. WHOQOL GROUP, et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*, 1995; 41(10): 1403–1409.
40. WONG LB, et al. Periodontal disease and quality of life: umbrella review of systematic reviews. *J. Periodontal Res*, 2021; 56(1): 1–17.