

O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes

The health belief model and the oral health-disease-care process

Tais R. FIGUEIRA¹, Efigênia FERREIRA², Virgínia SCHALL³, Celina Modena⁴.

1 - Mestre em Ciências da Saúde - Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ. Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

2 - Doutora em Ciência Animal - Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Odontologia Social e Preventiva/Faculdade de Odontologia/Universidade Federal de Minas Gerais.

3 - Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde/Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ.

4 - Doutora em Ciências pela Universidade Federal Rural de Rio de Janeiro. Curso de Gestão em Serviços de Saúde/Escola de Enfermagem/Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Objetivo: identificar as crenças de mulheres gestantes que influenciam na procura por atendimento odontológico e na adoção de cuidados relativos à saúde bucal. Material e Método: foi utilizado como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) numa perspectiva qualitativa. Entrevistou-se 20 gestantes usuárias de um Centro de Saúde do município de Belo Horizonte-MG. Os dados coletados

foram trabalhados por meio da técnica de análise de conteúdo. Resultados: observou-se relação entre as dimensões do MCS e o comportamento referente à saúde bucal na população estudada. Conclusão: o MCS constitui um instrumento útil para compreensão do comportamento em saúde bucal e para o planejamento de ações educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Saúde bucal; Modelo de crenças em saúde; Gestante.

INTRODUÇÃO

A realidade é, para efeitos de comportamento, como a gente crê que é, a qual não necessariamente coincide com a de outra pessoa ou com a realidade demonstrada cientificamente. Assim, o conhecimento das crenças sobre o processo saúde-doença e de como estas são capazes de influenciar a conduta humana são fundamentais para que, através de uma prática educativa dialógica, possamos co-construir novos saberes e promover transformações¹.

Modelos teóricos têm estabelecido relações entre crenças e condutas em saúde, dos quais se destaca o Modelo de Crenças em Saúde (MCS)². A relação entre o MCS e comportamentos referentes à saúde bucal na população adulta foi demonstrada por alguns autores³⁻⁶, o que ainda não havia sido aplicado à população brasileira, visto a inexistência de pesquisas odontológicas baseadas nesse referencial teórico no Brasil.

As gestantes constituem um público-alvo importante para pesquisas nessa área, uma vez que a atenção odontológica durante o período gestacional tem se apresentado envolta por crenças que determinam um afastamento dessas mulheres dos serviços odontológicos e uma menor adesão às medidas preventivas^{7,8}. Assim, perde-se a oportunidade da realização do controle das doenças bucais, o que poderia evitar complicações para a gestante como dor, perda de função e estética e para a própria gestação, visto a possível relação entre doença periodontal e parto prematuro e nascimento de bebês baixo peso⁹.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar as

crenças de gestantes que influenciam na procura por atendimento odontológico e na adoção de cuidados relativos à saúde bucal por meio da aplicação do Modelo de Crenças em Saúde.

MÉTODOS

O MCS^{2,10,11} é composto por seis dimensões, que se inter-relacionam. Assim, para que um indivíduo adote medidas preventivas, ele precisa acreditar que poderá ser afetado pela doença (Percepção de suscetibilidade), que a ocorrência da doença acarretará consequências físicas e/ou sociais sérias (Percepção de severidade), que a realização de uma ação é capaz de reduzir tanto a sua suscetibilidade quanto à severidade (Percepção de benefícios) e que as barreiras existentes para realizar a ação (Percepção de barreiras) são superadas pelos benefícios. As percepções de suscetibilidade e severidade da doença podem criar a intenção para a ação, contudo, a simples intenção não é garantia de execução, podendo ser necessária a presença de estímulos desencadeadores da ação (Estímulo para ação). Além disso, é importante que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar com sucesso um comportamento requerido e de superar as barreiras por ele percebidas (Autoeficácia)².

O MCS vem sendo incorporado aos estudos de natureza qualitativa, o que ainda não havia ocorrido no campo da odontologia. Esta foi a opção metodológica escolhida para a presente pesquisa, visto ser mais adequada à compreensão do universo dos significados, crenças e atitudes¹².

Este estudo foi desenvolvido com 20 gestantes em acompa-

nhamento pré-natal num Centro de Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, que aceitaram participar da pesquisa. As gestantes foram contatadas na sala de espera do centro de saúde e convidadas a participar da pesquisa independente de cor, idade, escolaridade e renda mensal.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada¹², cujo roteiro foi construído com base nas dimensões do MCS, envolvendo questões relativas ao processo saúde-doença-cuidado bucal. O número de entrevistas foi definido a partir do critério de saturação¹². As entrevistas foram gravadas, transcritas e tiveram duração média de 45 minutos.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo¹². As categorias de análise foram pré-definidas e correspondem às seis dimensões do MCS. Após a leitura fluente das entrevistas, procurou-se organizar o material a partir da identificação das unidades de registro e de contexto. As unidades identificadas foram inseridas na categoria de análise a qual se relacionavam. Então, procedeu-se a interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que fora manifesto¹².

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e conduzido dentro dos padrões da Declaração de Helsinque.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil da população de estudo

Do total de gestantes entrevistadas, 70% eram multigestas, 45% estavam no terceiro, 40% no segundo e 15% no primeiro trimestre de gestação. A faixa etária variou de 18 a 37 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 40% possuíam ensino médio, 10% ensino fundamental e 50% ensino fundamental incompleto. A ocupação principal englobava os afazeres do lar (65%), comércio (15%) e prestação de serviços (20%).

1ª Dimensão - Percepção de suscetibilidade

Cárie dentária

As gestantes entrevistadas entendiam a cárie como um “bichinho” ou “lagarta” que “come” ou “corroia” o dente na presença de doces e restos de alimentos. O bichinho era citado sempre no singular, não existindo a concepção de placa bacteriana, de forma que o fundamental para ocorrência da lesão era a presença e não sua quantidade. Existia uma sensação de impotência em relação à presença desse “bichinho”, com a suscetibilidade sendo determinada pela preferência por guloseimas aliada à negligência com a escovação dentária, a qual permitiria a permanência dos doces na cavidade bucal. Essa percepção contribuiu para a realização de escovação dental periódica pelas gestantes.

“Às vezes você come o doce, não escova, aí aquela carinha, essa lagartinha que tem dentro do dente acaba furando o dente e aparecendo a cárie”. (E17)

“Eu escovo o dente todo dia, três vezes, até porque eu como chiclete toda hora, aí eu vou lá e escovo”. (E13)

As entrevistadas não se sentiram mais suscetíveis à cárie por estarem no período gestacional. A crença de que a gravidez enfraquece os dentes apareceu em um relato associada à perda das

restaurações e não como um fator propiciador de cárie, o que difere de outros estudos^{8,13}. Este tipo de crença não tem fundamento científico, não existe mecanismo fisiológico para a retirada do cálcio dos dentes da mãe em função da calcificação do feto em desenvolvimento. O aumento da atividade cariogênica está associado à infreqüência da higienização bucal por razões como enjojo e falta de tempo aliado a um aumento da freqüência de refeições¹⁴, questões não evidenciadas nos relatos do presente estudo.

“...porque muitas das vezes quando você tá grávida cai até as obturações, suga muito o cálcio né, então você fica com as pernas fracas, os dentes principalmente.” (E16)

“Eu acho que a gravidez não traz problema pros dentes, porque eu nunca ouvi falar disso... Não diminuí a freqüência de escovação, as três vezes no dia eu tô escovando, mas toda vez é o enjojo” (E2)

O conhecimento sobre a etiologia das doenças periodontais apareceu em apenas três relatos, dentro de um contexto de fatalidade e associado à genética, deficiências imunológicas, presença de tártaro e bactéria e, para uma das entrevistadas, ao período gravídico. A concepção de que o estabelecimento dessas patologias seria uma fatalidade pode interferir de forma negativa sobre a crença nos benefícios das medidas de controle da doença e, portanto, na adoção das mesmas. O pouco conhecimento demonstrado pelas gestantes favorece este tipo de interpretação e contribuiu para a quase total inexistência de percepção de suscetibilidade às doenças periodontais entre as entrevistadas. A falta de percepção persiste num momento em que as alterações hormonais provocadas pela gestação tornam os tecidos gengivais mais suscetíveis à inflamação. De acordo com Figuero-Ruiz¹⁵ et al. (2006) a prevalência de gengivite gravídica varia de 35 a 100% entre as gestantes com gengivite prévia. É necessário ampliar o acesso da população a informações sobre as doenças periodontais, ampliando seu espaço dentro da agenda da educação em saúde bucal.

“... muitas pessoas que têm o organismo muito fraco, então tão mais, há tendência de pegar essas coisas (doenças da gengiva).” (E15)

“Após a gravidez, notei sangramento na gengiva, pra mim é normal, dar isso na gravidez é normal”. (E12)

2ª Dimensão - Percepção de Severidade

A severidade das doenças bucais foi restrita ao prejuízo estético visual ou olfativo, não sendo apontadas questões relativas à mastigação e pronúncia. Os dentes constituem critério de beleza para esta comunidade e a possibilidade de exclusão desse padrão estimulou sentimentos de inferioridade, vergonha e insegurança e percepções de prejuízo à convivência social. Situações semelhantes foram observadas em outros estudos^{7,16,17}.

“Igual esse tratamento de canal, porque os meus quatro dentes quebraram. Aí tive que procurar dentista, senão vou ficar banguela. Eu acho feio gente banguela, nossa! Chegar dar um sorrisinho, até os do canto a gente tem que tampar...escovo sempre após as refeições porque eu trabalho em padaria, então tenho que ter um dente bonito, uma boca bonita pra atender clientes. Eu não posso ter mau hálito, já pensou eu chego com um bafo pro cliente.” (E9)

A percepção das gestantes sobre a severidade das doenças bucais mostrou-se relacionada com a adoção de cuidados caseiros e com a busca por atendimento odontológico, contudo, este último, somente para resolução do problema instalado. Resulta-

dos semelhantes foram obtidos em outras pesquisas³⁻⁵.

3ª Dimensão- Percepção dos Benefícios

Segundo as entrevistadas, os cuidados necessários à obtenção de saúde bucal englobam visitas regulares ao dentista, higienização adequada, controle da ingestão de doces, uso de antisséptico e flúor.

A consulta odontológica é vista como oportunidade para aprender sobre os cuidados com a saúde bucal e para a realização de tratamentos preventivos e curativos. Entre algumas gestantes, é possível perceber uma valorização da limpeza profissional em detrimento à higienização bucal realizada em casa. Este fato pode gerar um desestímulo para o cuidado caseiro, concentrando a responsabilidade pela saúde sobre o profissional.

“Aí o acompanhamento médico entra, porque sozinho não tem jeito, em casa a gente pode escovar, da maneira certa igual o médico explica, seguindo o alinhamento dos dentes, mas eu acho que o dentista é o canal.” (E14)

Apesar das gestantes considerarem importantes as visitas regulares ao dentista, nem todas procuram assistência odontológica com frequência, visto que outros fatores, além de seus benefícios, influenciam esse comportamento. Durante a gestação, a procura é ainda menor, pois além de não considerarem esse período como favorável à visita ao dentista, não percebem benefícios como evitar complicações odontológicas na gravidez e aprender sobre os cuidados com a saúde bucal do bebê.

A desorganização periódica da placa bacteriana, através do uso da escova e fio dentais, tem sido recomendada como medida efetiva para redução do número de microrganismos em níveis compatíveis com a saúde bucal¹⁸. Essa concepção não existe entre as gestantes, os benefícios percebidos em relação à realização de tais medidas consistiram em evitar o indesejável mau hálito e em remover os restos alimentares, o que está de acordo com os resultados de outros estudos^{4,7}.

“(Fio dental) De vez em quando, só quando gruda carne no dente.” (E13)

“...sempre que comer, escovar os dentes logo pra poder tirar.” (E18)

A percepção sobre os benefícios do flúor apresentou-se pouco difundida entre as gestantes, não existindo o entendimento de que a escovação é importante veículo para obtenção de níveis constantes de flúor no meio bucal. Os relatos sobre antissépticos foram mais frequentes, o que chama atenção pelo fato do efeito do flúor sobre a cárie ser reconhecido há anos e ser amplamente divulgado tanto pelas campanhas educativas em saúde bucal quanto pelas de marketing de dentifrícios. Uma explicação para este fato poderia recair na maior atenção dada por esta população à prevenção da halitose em relação à cárie.

“Eu uso sempre antisséptico. Eu uso porque fico com medo de mau hálito, não tem coisa pior do que mau hálito.” (E1)

O controle da dieta para a população estudada consistiu em tentar diminuir a quantidade de certos alimentos considerados prejudiciais – as balas, os chicletes e o chocolate, o que muitas vezes não é realizado devido à dificuldade em resistir aos mesmos. Não existe a percepção sobre outros alimentos cariogênicos, sobre alimentos protetores, nem sobre o benefício em se diminuir a frequência da ingestão de sacarose, este último, o ponto mais crítico na relação da dieta com a cárie¹⁹.

“comer menos bala, chiclete, que eu gosto muito de chiclete, menos

chiclete, menos bala, menos doce, que isso faz mal pros dentes”. (E5)

4ª Dimensão - Percepção das Barreiras

O medo apareceu nas falas das entrevistadas tanto em sua forma objetiva, quanto subjetiva, interferindo na busca por tratamento. Observou-se que o medo decorrente de uma experiência traumatizante se constituiu numa potente barreira.

“... a dentista me aplicou uma anestesia e essa anestesia me causou vômito, tonteira, dormência, sensação de desmaio... eu falei, não vou mais, pra mim ficou uma barreira e eu ainda não consegui superar.” (E14)

Durante a gestação, o medo provocado pelo atendimento odontológico aumentou em decorrência da crença de que a hemorragia consequente a uma extração dentária e o uso de medicamentos poderia trazer algum prejuízo ao feto ou à gravidez. Essa percepção contribuiu para a não procura por atendimento odontológico ou para interrupção do mesmo quando da descoberta da gravidez, à semelhança do que foi encontrado por Bernd⁷ et al. (1998) e Scavuzzi⁸ et al. (2008).

“...porque eu estava tratando, até agora eu parei né, aí eu descobri que estava grávida e parei... Além da anestesia, arrancar os dentes também eu já ouvi falar que não é bom, porque a grávida arranca o dente sai muito sangue e acaba prejudicando”. (E17)

A contra-indicação do tratamento odontológico durante a gestação não é percebida pelas entrevistadas como total. Procedimentos menos invasivos, como o exame clínico e os relativos à prevenção, são considerados adequados. Contudo, essa percepção não alterou os padrões de busca por atendimento odontológico, a qual se estabeleceu somente na presença de algum problema.

A ausência de recursos financeiros é percebida como um obstáculo em relação à aquisição de informações sobre saúde bucal, à realização de cuidados caseiros e ao acesso ao tratamento. Esse tipo de barreira tem sido identificada por várias pesquisas^{5,7,16,20}.

Apesar da oferta de atendimento odontológico pelo Centro de Saúde, este, nem sempre, é uma referência para a busca por tratamento, devido à dificuldade em conseguir uma consulta, à impossibilidade de conciliar o horário da consulta com o trabalho e à inexistência da realização de procedimentos mais complexos. Poucas entrevistadas relataram utilizar exclusivamente a assistência odontológica pública, as demais, sempre que possível, recorrem ao setor privado por considerá-lo de melhor qualidade ou pela comodidade do pronto atendimento. Resultados semelhantes foram encontrados por Bernd⁷ et al. (1992) e Albuquerque²⁰ et al. (2004).

Essa concepção pode reforçar o adiamento da busca por atendimento odontológico até a obtenção do recurso necessário ao pagamento do tratamento ou até o momento em que a doença passa à condição de problema e o posto de saúde se torna a opção existente para a resolução da emergência.

“Ir ao dentista só mesmo se sentir uma dor, é muito caro o tratamento ou então, se for uma emergência, você vem no posto de saúde”. (E16)

Outro obstáculo apontado para a prática de uma higienização bucal adequada e procura por assistência odontológica se referiu à necessidade de cumprir múltiplas tarefas, fazendo com que, muitas vezes, os cuidados pessoais fossem deixados em segundo plano.

“Aí o dentista passa a recomendação e eu sigo por uns dois meses e depois paro também e fico só na escova. Tem hora que é tanta correria, tudo é correria na vida sabe, que a gente acaba esquecendo, a gente vai deixando pra lá”. (E9)

5ª Dimensão - Estímulo para ação

Embora a oferta de assistência odontológica pública seja importante na superação das restrições que a barreira econômica determina, os relatos das gestantes demonstram que é a satisfação com o atendimento que estimula o seu retorno periódico. Quando isso não ocorre, verificamos a procura em casos de emergência e o desejo pelo serviço privado. Este fato reforça a necessidade da formação de vínculo entre profissionais e usuários por meio de um atendimento humanizado.

“agora, já montou um centro aqui de odontologia muito bom, aí tem vários dentistas, várias enfermeiras que pode te atender, agendar, as consultas têm saído mais rápido, então fiquei por conta mais daqui”. (E15)

A população do estudo demonstrou possuir bastante confiança no conhecimento e nas recomendações dos profissionais de saúde, sendo estes capazes de influenciar em suas tomadas de decisões. Foi possível perceber que a interação entre médico/dentista e paciente é capaz de promover a resignificação da crença de que o tratamento odontológico é contraindicado durante a gravidez, estimulando a sua busca. Essa interação também mostrou ter efeitos sobre a responsabilização individual nos cuidados com a saúde bucal.

“Foi o dentista que tirou a cisma. Que eu ficava muito, eu falei não, não vou fazer tratamento de canal porque eu tô grávida, mas isso foi na segunda gravidez”. (E9)

A patologia já instalada, gerando dor, incômodo, prejuízo funcional ou estético foi o fator determinante na busca por atendimento odontológico, sendo capaz de superar todas as barreiras existentes. Estudos^{7,16,17,21} têm verificado que a dor é identificada pelas classes populares como o limiar entre a saúde e a doença bucal, seja porque impedem o exercício das atividades laborais ou porque promovem um intenso desconforto e, assim, assinalam a necessidade de busca por tratamento.

“Se eu te falar que é sempre, eu vou tá mentindo. Porque tinha muito tempo que eu não procurava um dentista, procurei por necessidade. Porque estava me incomodando muito, eu estava com dor”. (E1)

O sangramento gengival gerou no máximo a intenção para a ação. Uma possível explicação para este fato pode estar no pequeno conhecimento desta população sobre as doenças periodontais, o que determinou uma falta de percepção de suscetibilidade, severidade e benefícios.

6ª Dimensão - Autoeficácia

Alguns estudos têm comprovado^{3,5,6,19,22} que a autoeficácia está diretamente relacionada com a adoção de cuidados com a saúde bucal e que indivíduos com maior autoeficácia possuem melhores níveis de placa bacteriana e sangramento gengival, menos superfícies cariadas e buscam assistência odontológica de forma mais frequente. Apesar das evidências apontadas, é preciso ter cautela ao se trabalhar essa dimensão, principalmente com populações em que o direito à saúde se configura apenas em teoria e as opções saudáveis são inexistentes ou as mais difíceis de serem adotadas. Ao se desconsiderar o contexto

socioeconômico-cultural na qual as comunidades estão inseridas, corre-se o risco de culpabilização dos indivíduos pelas suas condições de saúde, o que poderá resultar em diminuição da autoestima e em consequência numa menor autoeficácia.

Na população estudada, a Autoeficácia relativa aos cuidados com a saúde bucal apresentou-se baixa. As gestantes possuem a percepção de que a única medida que são capazes de realizar de forma rotineira é a escovação dentária. No caso do fio dental, além da percepção restrita sobre o seu benefício, há a concepção de que seu emprego é difícil e chato e o seu uso incorreto acaba gerando ferimento, sangramento e dor. Em relação ao consumo de sacarose, a preferência por alimentos doces determina uma grande dificuldade em controlar o seu consumo, sendo considerados irresistíveis. Elas se sentem ainda incapazes de romper as barreiras que dificultam a busca por atendimento odontológico, o que, geralmente, se inverte na presença do problema instalado.

“O doce. Não consegui largar”. (E1)

“Escovo três vezes ao dia e só”. (E4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dimensões do MCS mostraram relação com o comportamento em saúde bucal na população estudada. A adesão aos cuidados caseiros foi influenciada pelas percepções de suscetibilidade, severidade, benefícios e pela autoeficácia, o que resultou na prática da escovação dentária como única medida realizada periodicamente. Para as demais medidas, foram encontradas barreiras, pequena percepção sobre seus benefícios e baixa autoeficácia, as quais contribuíram para a pequena adesão. Em relação à busca por atendimento odontológico, a percepção das barreiras foi a dimensão que mais influenciou nesse processo, existindo uma baixa autoeficácia para sua superação. O padrão de busca por tratamento caracterizou-se pela resolução de problemas, como dor e manutenção/reestabelecimento da estética bucal. O período gestacional não modificou a percepção das gestantes sobre o processo saúde-doença-cuidado, exceto em relação à percepção de barreiras.

O MCS, apesar de apenas tangenciar alguns determinantes sociais da doença, mostrou-se uma ferramenta útil para a compreensão dos comportamentos em saúde da população estudada, fornecendo informações importantes para o planejamento de práticas educativas, as quais deverão considerar a necessidade de promover a resignificação de algumas crenças, de ampliar o conhecimento sobre saúde bucal e, principalmente, de estimular o debate sobre formas de transpor as barreiras que dificultam ou impedem a ação.

REFERÊNCIAS

01. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cad Saúde Pública. 1996;12(1):7-30.
02. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editores. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 45-66.
03. Anagnostopoulos F, Buchanan H, Frousiounioti S, Niakas D, Potamianos G. Self-efficacy and oral hygiene beliefs about toothbrushing in dental patients: a model-guided study. Behav Med. 2011;37(4):132-9.

04. Barker T. Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 1994;22(5 pt.1):327-330.
05. Flaer PJ, Younis MZ, Benjamin PL, Al Hajeri M. A psychosocial approach to dentistry for the underserved: incorporating theory into practice. *J Health Care Finance*. 2010;37(1):101-8.
06. Pine CM, Curnow MM, Chesters RK, Nicholson J, Huntington E. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *Int Dent J*. 2000;50(6):312-323.
07. Bernd, B, Souza CB, Lopes CB, Filho FMP, Lisboa IC, Curra LCD et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*. 1992;34:33-39.
08. Scavuzz AIF, Nogueira PM, Laporte ME, Alvesiv AC. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas no setor público e privado, em Feira de Santana. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008;8(1):39-45.
09. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lief S, McKaig RG et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;107(1):29-36.
10. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study. PHS publication nº 72. Washington, D.C.: Government Printing office; 1958.
11. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*. 1988;15(2):175-183.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. *Revista ABO nacional*. 2002;10(5):278-284.
14. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MGS. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(1):269-276.
15. Figuero-Ruiz E, Prieto Prieto I, Bascones-Martínez A. Cambios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivo-periodontal. *Avances en Periodoncia e Implantologia*. 2006;18(2):101-113.
16. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):245-259.
17. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):211-218.
18. Weyne SC, Harari SG. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: Baratieri LN, editor. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2004. p.1-30.
19. Syrjälä AMH, Kneckt MC, Knuuttila MLE. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behavior, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol*. 1999;26(9):616-621.
20. Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do programa saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):789-796.
21. Bedos C, Brodeur JM, Levine A, Richard L, Boucheron L, Mereus W. Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. *Am J Public Health*. 2005;95(8):1340-1344.
22. Kneckt MC, Syrjälä AMH, Laukkanen, Knuuttila MLE. Self-efficacy as a common variable in oral health behavior and diabetes adherence. *Eur J Oral Sci*. 1999;107(2):89-96.

ABSTRACT

Objective: to understand the beliefs that influence pregnant women's behaviors towards prevention methods against oral diseases. Methods: this qualitative research was based on the theoretical Health Belief Model (HBM). Twenty pregnant women from Belo Horizonte city, Brazil, were interviewed. The data was analyzed

using content analysis technique. Results: data analysis showed a correlation between HBM and dental care behavior. Conclusion: the HBM could come in usefull to understand oral health behavior and for the development of oral health education programs.

KEYWORDS: Health education; Oral health; Health belief model; Pregnant woman.
