

Fatores da desigualdade social e a sua associação com a gravidez na adolescência: uma revisão integrativa

Factors of social inequality and their association with teenage pregnancy: an integrative review

Cláudia Margareth de Lira Nóbrega Vilar¹, Anierika Pereira dos Santos²,
Iraneide Nascimento dos Santos³, Fabiana de Godoy Bené Bezerra Laureano⁴,
Viviane Colares⁵, Valdenice Aparecida de Menezes⁶,
Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8464-6428>. Enfermeira. Especialização em Programa Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: claudialira2932@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6246-7090>. Enfermeira. Especialização em Atenção Básica/Saúde da Família(Residência). Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
E-mail: anierika.santos@upe.br
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8449-7840>. Enfermeira. Mestre em Patologia. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: iraneidenascimento@ipojuca.ifpe.edu.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1946-9605>. Odontóloga. Doutora em Odontologia. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: fabianagodoy10@gmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2912-2100>. Odontóloga. Pós-Doutorado em Odontologia (Odontopediatria). Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: viviane.colares@upe.br
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4183-3239>. Odontóloga. Doutora em Odontologia (Odontopediatria). Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: valdenice.menezes@upe.br
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7365-2806>. Odontóloga. Pós-Doutorado em Odontologia e Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: carolina.franca@upe.br

CONTATO: Autor correspondente: Cláudia Margareth de Lira Nóbrega Vilar |
Endereço: Avenida General Agamenon Magalhães, Santo Amaro, Recife,
Pernambuco. Telefone: (81) 99964-5240 E-mail: claudialira2932@gmail.com



RESUMO

Objetiva-se identificar quais fatores da desigualdade social estão associados à gravidez na adolescência. Como método, utilizou-se a revisão integrativa da literatura e a busca dos artigos foi realizada entre junho/2021 e abril/2022 nos bancos de dados Pubmed via Medline, Scopus e Embase. A amostra final totalizou 28 artigos e verificou-se que os fatores de proteção associados à gravidez na adolescência foram a renda familiar mais elevada e a maior escolaridade do adolescente e dos pais. Como fatores de risco, destacaram-se o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a atividade sexual precoce e o perfil socioeconômico e demográfico. Investimentos em setores como o da educação contribuiriam para a redução das taxas de gravidez precoce porque a escola estimula a criação de projetos de vida e incentiva comportamentos mais adequados. O conhecimento acerca dos fatores da desigualdade social que aumentam o risco da gravidez precoce podem auxiliar a formulação de políticas públicas que diminuam as desigualdades em saúde.

DESCRITORES: Adolescente. Epidemiologia. Fatores Socioeconômicos. Gravidez na Adolescência. Pobreza.

ABSTRACT

The objective was to identify which factors of social inequality are associated with teenage pregnancy. As a method, an integrative literature review was used by searching for articles between June/2021 and April/2022 on the Pubmed databases via Medline, Scopus, and Embase. The final sample consisted of 28 articles, and we found that the protective factors associated with teenage pregnancy were: higher family income, higher schooling of the adolescent and parents; as risk factors, the following stood out: the consumption of alcohol, tobacco, and other drugs, early sexual activity, and socioeconomic and demographic profile. Investments in sectors such as education would contribute to reducing early pregnancy rates because school encourages the creation of life projects and more appropriate behaviors. Knowledge about the factors of social inequality that increase the risk of early pregnancy contributes to creating public policies that reduce health inequalities.

DESCRIPTORS: Adolescent. Epidemiology. Socioeconomic Factors. Pregnancy in Adolescence. Poverty.

INTRODUÇÃO

A desigualdade social é costumeiramente avaliada pela renda. Contudo, várias questões que contribuem para uma boa qualidade de vida, como acesso à educação, à saúde, ao emprego e à previdência social, também são indicadores que evidenciam esse tipo de desigualdade. Ter uma baixa posição socioeconômica favorece a desvantagem em saúde porque as populações mais carentes apresentam maior vulnerabilidade para adoecer e morrer, uma vez que, na impossibilidade de terem seus direitos sociais garantidos em sua plenitude, têm condições frágeis para cuidar da sua saúde e dificuldade de acesso aos serviços¹.

A desigualdade de renda é um fator determinante da saúde, pois a desigualdade social aumenta a concentração de pobreza e influencia negativamente na saúde^{2,3}. Nesse sentido, condições socioeconômicas desfavoráveis implicam em um contexto social de vulnerabilidade, o que influencia negativamente nas atitudes reprodutivas e sexuais⁴, sendo o baixo nível socioeconômico e educacional associado à gravidez na adolescência⁵.

Nesse sentido, estudos afirmam que a ausência de recursos financeiros e materiais, o baixo nível de escolaridade, a pouca perspectiva de futuro e a vulnerabilidade emocional contribuem para a gestação se tornar um projeto de vida⁶. Foi evidenciado que a gravidez na adolescência acontece tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles desenvolvidos, porém é mais marcante em locais que apresentam maior desigualdade social e econômica⁷.

A Lei no. 13.798 de 2019 foi criada em alusão à Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, realizada na primeira semana de fevereiro, com o objetivo de fornecer informações sobre medidas preventivas e educativas para a redução das taxas de gestação entre essa população⁸. Anualmente, o Brasil totaliza 434,5 mil nascimentos de mães adolescentes, registrando uma das maiores taxas quando comparado aos países da América Latina e do Caribe e possuindo uma taxa de 68,4 nascimentos para cada mil adolescentes numa faixa etária entre 10 e 19 anos⁹.

A gestação deve ser evitada nesse período porque pode gerar riscos à saúde da mulher, como eclampsia, endometrite puerperal, infecções sistêmicas e parto prematuro¹⁰. Ademais, a gravidez precoce afeta negativamente a economia,

considerando a saída de mão de obra do mercado de trabalho, além do aumento nos gastos no setor de saúde⁷.

Somado a isso, estudos evidenciaram uma associação entre a desigualdade social e a gestação precoce por meio de variáveis como renda e educação^{11,12}. Nesse sentido, percebe-se a importância de considerar fatores individuais e sociais, motivo pelo qual esse estudo de revisão integrativa da literatura tem como objetivo identificar quais fatores da desigualdade social estão associados à gravidez na adolescência.

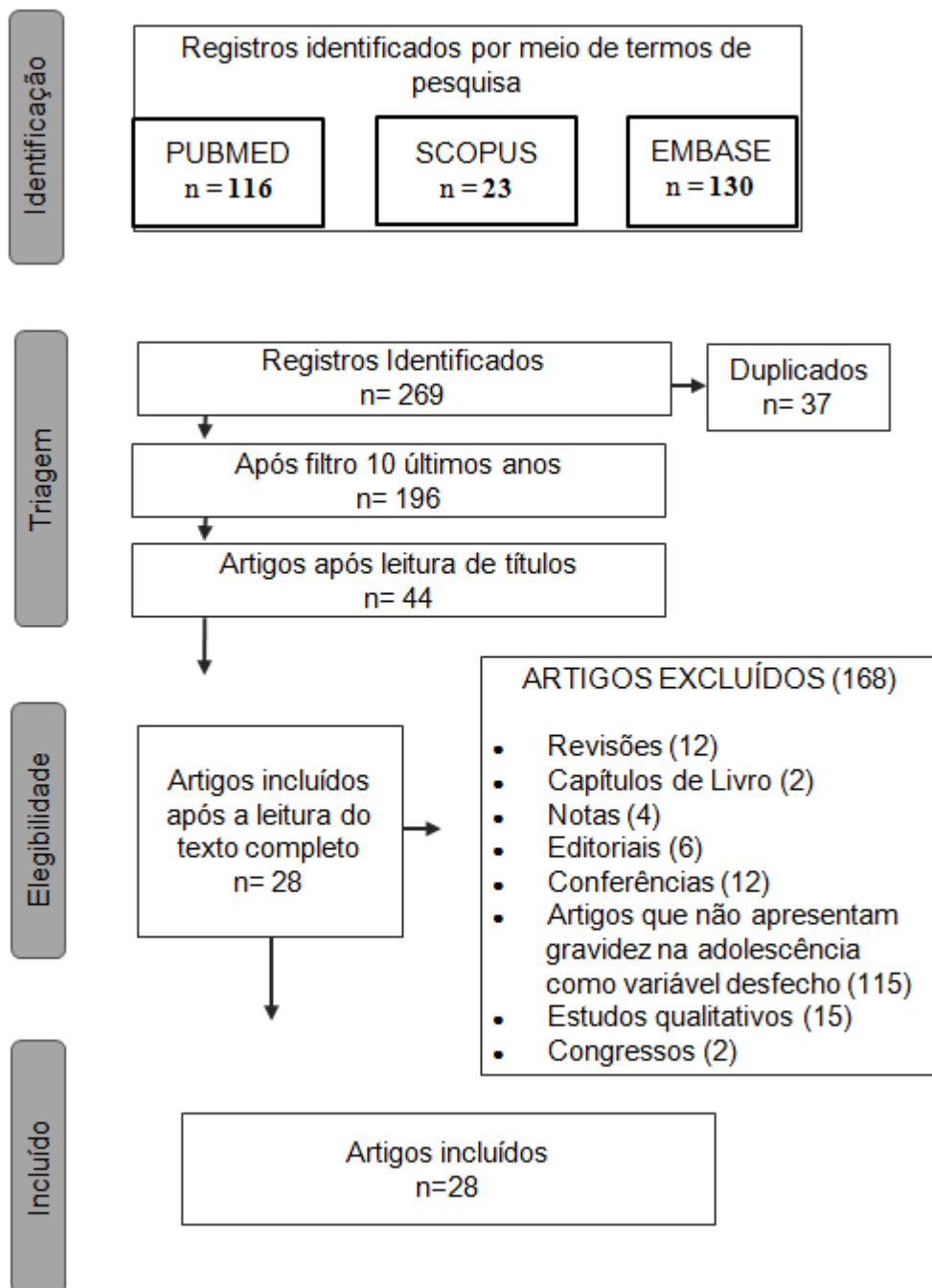
MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada através das seguintes etapas: estabelecimento da pergunta norteadora; estratégias de busca e seleção dos artigos; análise dos estudos; interpretação dos dados; e síntese dos resultados. A seleção dos artigos seguiu a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹³. Utilizou-se o acrônimo *Population, Variables and Outcomes* (PVO) para a elaboração da pergunta norteadora. Adotou-se como “P” (população) os adolescentes, como “V” (variáveis) os fatores da desigualdade social e como “O” (desfecho) a gravidez na adolescência. Assim, delineou-se a questão de pesquisa: Quais fatores da desigualdade social estão associados à gravidez na adolescência?

A busca dos artigos foi realizada entre junho/2021 e abril/2022 nas bases de dados Pubmed via Medline, Scopus e Embase utilizando a seguinte estratégia: “*health status disparities*” OR “*poverty*” AND “*pregnancy in adolescence*” AND “*social inequity*”, “*socioeconomic factors*” OR “*poverty*” AND “*pregnancy in adolescence*” AND “*social inequity*”.

Os artigos foram selecionados através da busca avançada nas bases de dados. Foi utilizado o filtro do tempo de publicação (últimos 10 anos) e, em seguida, foi realizada a análise dos títulos e dos resumos com base na pergunta norteadora. Foram incluídas as publicações com os títulos nos idiomas inglês, espanhol e português, com abordagem quantitativa e com desfecho de gravidez na adolescência, sendo excluídos os estudos de abordagem qualitativa, os artigos de revisão, os anais de congresso, as notas, os editoriais, os capítulos de livros e as conferências. Os duplicados foram contabilizados apenas uma vez. O processo de seleção dos estudos está descrito no fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos para a revisão integrativa



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

RESULTADOS

Foram identificados 28 artigos para comporem essa revisão após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Com relação aos estudos selecionados para a amostra final, 24 artigos (85,7%) eram compostos por população proveniente de países de baixa e média renda da América Latina e Central, da África e da Ásia e 04

(14,2%) advieram de países de alta renda, como Inglaterra e Estados Unidos da América (EUA). Com relação ao desenho do estudo, eram 22 transversais, 05 casos controle e 01 coorte.

As variáveis mais evidenciadas para avaliar a associação com a gravidez na adolescência considerando a desigualdade social foram o perfil socioeconômico e demográfico (nível de escolaridade do adolescente e dos pais, residência, raça/etnia e renda familiar) e os comportamentos de risco para a saúde, a exemplo da atividade sexual precoce e do consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Assim, os resultados são apresentados em três etapas: Escolaridade; Perfil socioeconômico e demográfico; e Comportamentos de risco para a saúde.

Escolaridade

A relação entre a escolaridade do adolescente e dos pais e a gravidez na adolescência está descrita no Quadro 1. A maioria dos estudos revelou que a escolaridade superior dos adolescentes foi um fator de proteção^{6,14-26}, enquanto os níveis mais baixos representaram maior chance de gravidez e não frequentar a escola foi um fator de risco. A baixa escolaridade dos pais aumentou as chances de gravidez na adolescência, porém essa relação foi evidenciada apenas no estudo de Garfield *et al.*¹⁸. O resultado da escolaridade de nível superior da mãe não mostrou associação.

Quadro 1. Relação entre a Escolaridade do Adolescente e dos Pais e a Gravidez na adolescência.

Autor/ano	Variável Independente	Risco Relativo (IC 95%)
Habito <i>et al.</i> , 2019 ⁶	Nível de escolaridade superior vs primário ou inferior	OR 0, 223 (0, 125 - 0, 396)
	Nível de escolaridade secundário** vs primário* ou inferior	OR 0, 627 (0, 375 - 1, 047)
Brhane <i>et al.</i> , 2018 ²⁷	Nível educacional nenhum grau 4 vs grau 11 acima	OR 20,24 (0,80 - 512,07)
	Nível educacional grau 4 - grau 8 vs grau 11 e acima	OR 9,08 (0,39 - 212,13)
	Nível educacional grau 9 - grau 10 vs grau 11 e acima	OR 2,59 (0,10 - 64,74)
Ochen <i>et al.</i> , 2019 ¹⁵	Não frequenta escola vs frequenta escola	OR 47,7 (7,61- 299,63)
A Moran <i>et al.</i> , 2012 ¹⁴	Sem educação vs nível de educação pós secundário***	OR 0,97 (0,13 - 5,71)
	Nível de educação primário* vs pós secundário	OR 9,07 (2,58 - 33,07)
	Nível de educação secundário** vs pós secundário	OR 3,85 (1,57 - 9,73)

Amoo <i>et al.</i> , 2018 ¹⁷	Ensino superior vs sem educação Educação secundária** vs sem educação Educação primária* vs sem educação	OR 0, 313 OR 0, 357 OR 0, 379
Garfield <i>et al.</i> , 2016 ¹⁸	Educação própria superior vs baixa	OR 0,62 (0,54 – 0,71)
Acosta-Varela <i>et al.</i> , 2012 ²⁶	Escolaridade nível primário* ou menos vs nível médio ou mais	OR 2,66 (0,97 – 7,29)
Exavery <i>et al.</i> , 2016 ¹⁹	Educação primária vs sem educação Educação secundária**/superior vs sem educação	OR 0,73 (0,63 – 0,84) OR 0,17 (0,12 – 0,23)
Panova <i>et al.</i> , 2015 ²⁰	Nível acadêmico baixo vs média e acima	OR 1,31 (0,61 – 2,86)
Espinel-Flores <i>et al.</i> , 2020 ²²	Sem escolaridade ou fundamental incompleto vs secundário** ou posterior Ensino fundamental completo vs secundário ou posterior	RP 2,7 (2,1 – 3,5) RP 2,1 (1,6 – 2,8)
Izugbara <i>et al.</i> , 2015 ²¹	Educação primária vs sem educação Educação secundária**/superior vs sem educação	OR 0,82 (0, 604 – 1, 139) OR 0,38 (0, 262 – 0, 565)
Maness <i>et al.</i> , 2016 ²⁴	Matrícula ensino superior vs sem matrícula ensino superior	OR 0,43 (0,30 – 0,63)
Okigbo <i>et al.</i> , 2015 ²³	Educação superior vs primária ou menor Educação secundária** vs primária ou menor*	RR 0,3 (0,1 – 0,7) RR 0,4 (0,2 – 0,6)
Mezmur <i>et al.</i> , 2021 ²⁸	Não frequentar escola vs frequentar Não ter educação formal vs ter educação formal	PR 2,83 (1,93 – 4,16) PR 1,11 (1,03 – 1,19)
Ochen <i>et al.</i> , 2019 ¹⁵	Educação secundária** do pai vs educação pós secundária*** Educação primária do pai vs educação pós secundária** Pai sem educação vs educação pós secundária*** Educação secundária** da mãe vs educação pós secundária*** Educação primária* da mãe vs pós secundária Mãe sem educação vs educação pós secundária***	OR 1,3 (0,19 – 8,66) OR 3,7 (0,3 – 40,42) OR 2,7 (0,27- 26,78) OR 2,0 (0,38 – 10,63) OR 0,7 (0,14 – 3,25) OR 1,6 (0,19 – 13,64)
Garfield <i>et al.</i> , 2016 ¹⁸	Educação da mãe superior vs baixa educação da mãe	OR 0,82 (0,68 – 1,00)
Panova <i>et al.</i> ,	Educação materna desconhecida	OR 9,42 (1,41 – 189,34)

2015 ²⁰	vs colegial Educação materna ensino médio vs colegial	OR 4,59 (2,09 -10,70)
Uwizeye <i>et al.</i> , 2020 ²⁵	Chefe de família com nível secundário** vs escola primária* e abaixo Chefe de família com nível pós-secundário** vs escola primária e abaixo*	OR 0,92 (0,54 – 1,58) OR 0,28 (0,08 – 0,96)

Legenda: *Educação primária corresponde ao ensino fundamental; **Educação secundária corresponde ao ensino médio; ***Educação pós-secundária corresponde ao ensino superior.
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Perfil socioeconômico e demográfico

A relação do perfil socioeconômico e demográfico com a gravidez na adolescência está descrita no Quadro 2, no qual foi evidenciado que o local de moradia é um fator que aumenta a chance de gravidez na adolescência e que ser morador de área rural é um fator de risco. No entanto, no estudo de Exavery *et al.*¹⁹, ser morador de área rural/semiurbana não apresentou associação.

Outras variáveis do perfil socioeconômico e demográfico se mostraram um fator de risco para a gestação precoce, como ser da raça negra^{2,31}. No entanto, algumas demonstraram um fator de proteção para evitar a gravidez, como a renda familiar alta e o adolescente possuir trabalho remunerado^{14,17,19,30}. Ainda, destaca-se um estudo que evidenciou que a falta de acesso aos serviços de saúde dobrou as chances de gravidez na adolescência³¹.

Quadro 2. Relação do Perfil Socioeconômico e Demográfico com a Gravidez na adolescência.

Autor/Ano	Variável independente	Risco Relativo (IC 95%)
Amoo <i>et al.</i> , 2018 ¹⁷	Status de riqueza alto vs status de riqueza insuficiente	OR 0,175
	Status riqueza médio vs status de riqueza insuficiente	OR 0,168
Exavery <i>et al.</i> , 2016 ¹⁹	Quartil* de riqueza Q5 (menos pobre) vs Q1 (mais pobre)	OR 0,70 (0,57- 0,86)
	Quartil* de riqueza Q3 vs Q1	OR 0,97 (0,80 - 1,17)
	Quartil* de riqueza Q2 vs Q1	OR 0,86 (0,71 - 1,04)
Habito <i>et al.</i> , 2019 ⁶	Quartil* de riqueza altíssima vs mais baixa	OR 0,336 (0,193 - 0,669)
	Quartil* de riqueza quarto vs mais baixa	OR 0,517 (0,294 - 0,909)
	Quartil* de riqueza meio vs mais baixa	OR 0,549 (0,326 - 0,922)

	Quartil* de riqueza segundo vs mais baixa	OR 0,593 (0,361- 0,973)
Christofides <i>et al.</i> , 2014 ³⁰	Status socioeconômico elevado vs baixo	OR 0,69 (0,58 - 0,83)
Kaphagawani <i>et al.</i> , 2016 ³	Status socioeconômico baixo vs alto	OR 0,68 (0,51- 0,91)
Okigbo <i>et al.</i> , 2015 ²³	Quartil* de riqueza pobre vs mais pobre	RR 1,1 (0,7 - 1,8)
	Quartil* de riqueza meio vs mais pobre	RR 0,9 (0,5 - 1,7)
	Quartil* de riqueza rico vs mais pobre	RR 0,6 (0,3 - 1,2)
	Quartil* de riqueza mais rico vs mais pobre	RR 0,7 (0,4 - 1,1)
Amoo <i>et al.</i> , 2018 ¹⁷	Emprego manual qualificado vs desempregado	OR 0, 294
	Agricultor/não qualificado vs desempregado	OR 0, 251
	Escriturário/serviços/vendas vs desempregado	OR 0, 510
	Profissional vs desempregado	OR 0, 389
Brhane <i>et al.</i> , 2018 ²⁷	Renda mensal abaixo ~US\$ 25 vs acima ~US\$ 150	OR 23,96 (4,89 - 117,29)
	Renda mensal ~US\$ 25-50 vs acima de ~US\$ 150	OR 4,91 (1,64 - 14,66)
	Renda mensal ~US\$ 50-100 vs acima de ~US\$ 150	OR 2,52 (0,90 - 7,06)
	Renda mensal ~US\$ 100-150 vs acima de ~US\$ 150	OR 1,39 (0,46 - 4,15)
Garfield <i>et al.</i> , 2016 ¹⁸	Renda alta vs baixa renda	OR 0,97 (0,73 – 1,29)
	Empregado vs desempregado	OR 0, 021 (0,70 - 1,18)
Amoran <i>et al.</i> , 2012 ¹⁴	Trabalho de escritório vs desempregado	OR 0,09 (0,01- 0,81)
	Traders vs desempregado	OR 0,65 (0,21 - 2,00)
	Estudante vs desempregado	OR 3,27 (1,02 - 10,46)
	Aprendizes vs desempregado	OR 2,01 (0,7 - 5,81)
Zhou <i>et al.</i> , 2016 ²	SES** do 2º quintil* vs 1º quintil	OR 1,02 (0,71 - 1,44)
	SES** do 3º quintil* vs 1º quintil	OR 1,19 (0,83 - 1,68)
	SES** do 4º quintil* vs 1º quintil	OR 1,88 (1,34 - 2,64)
	SES** do 5º quintil* vs 1º quintil	OR 2,15 (1,51 - 3,05)
Zhou <i>et al.</i> , 2016 ²	Etnia preta vs branca	OR 1,24 (0,79 - 1,93)
	Etnia asiática vs branca	OR 0,40 (0,23 - 0,68)
	Etnia misturada vs branca	OR 0,99 (0,63 - 1,56)
	Outras etnias vs branca	OR 0,89 (0,45 - 1,78)
Jonas <i>et al.</i> , 2016 ³¹	Raça branca vs raça negra africana	OR 0,374 (0,203 - 0, 691)
Acosta-Varela <i>et al.</i> , 2012 ²⁶	Sem acesso a serviços de saúde vs com acesso	OR 2,23 (0,96 - 5,18)
Amoo <i>et al.</i> , 2018 ¹⁷	Residência rural vs residência urbana	OR 0, 184

Izugbara <i>et al.</i> , 2015 ²¹	Residência rural vs residência urbana	OR 1,1 (0,73 - 1,35)
Habitu <i>et al.</i> , 2017 ²⁹	Residência rural vs residência urbana	OR 2,10 (1,55 - 2,88)
Exavery <i>et al.</i> , 2016 ¹⁹	Residência rural vs semiurbana/município	OR 0,89 (0,77 - 1,04)

*O termo quintil corresponde ao intervalo de uma amostra dividida em cinco partes iguais, no caso corresponde a cinco partes iguais da renda; **SES: status socioeconômico
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Comportamentos de risco para a saúde

No Quadro 3, pode-se verificar os estudos que evidenciaram a associação de comportamentos de risco à gravidez na adolescência, identificando que usar tabaco e outras drogas e ingerir bebida alcoólica, inclusive em *binge* (consumo de grande quantidade de uma só vez, correspondendo a quatro doses ou mais para mulheres) aumentaram as chances de gestação nessa faixa etária^{2,6,15,20,29,31,33-39}. Estudos afirmam que a vulnerabilidade social de adolescentes com baixa renda antecipa a iniciação de atividade sexual, sendo essa variável entendida como um fator de risco para a gravidez^{6,16,17,37,38,40}.

Quadro 3. Relação dos Comportamentos de risco: atividade sexual precoce e consumo de álcool, tabaco e outras drogas com a gravidez na adolescência.

Autor/ano	Variável independente	Risco Relativo (IC 95%)
Brahmbhalt <i>et al.</i> , 2015 ³⁴	<5 doses de álcool nos últimos 30 dias vs sem bebida há 30 dias	OR 2,7 (1,68 - 4,26)
	5 doses de álcool nos últimos 30 dias vs sem bebida há 30 dias	OR 4,6 (2,38 - 9,09)
Nava <i>et al.</i> , 2014 ³³	Namoradas que não bebem álcool vs namoradas que bebem	OR 1,71(1,09 - 2,66)
Zhou <i>et al.</i> , 2016 ²	Consome álcool quase todos os dias vs nunca consumiu álcool	OR 3,46 (1,74 - 6,87)
	Consome álcool uma ou duas vezes por semana vs nunca consome	OR 1,61 (1,03 - 2,51)
	Consome álcool duas ou três vezes por mês vs nunca consome	OR 1,56 (1,03 - 2,35)
	Consome álcool 1 vez por mês vs nunca consome	OR 1,98 (1,27 - 3,09)
	Consome álcool 1 vez a cada 2 meses vs nunca consome	OR 1,72 (1,15 - 2,59)
	Consome álcool menos de uma vez a cada 2 meses vs não consome	OR 1,30 (0,86 - 1,96)
Jonas <i>et al.</i> , 2016 ³¹	Nunca usou álcool antes do sexo vs já usou antes do sexo	OR 1,373 (1,004 - 1,878)
	Usa álcool vs não usa álcool	OR 0,871(0,718 - 1,057)

Panova <i>et al.</i> , 2015 ²⁰	Frequência consumo baixo teor alcoólico vs sem consumo Frequência consumo bebidas alcoólicas fortes vs sem consumo	OR 0,06 (0,01 - 0,20) OR 0,38 (0,09 - 1,29)
Nava <i>et al.</i> , 2014 ³³	Não fumar vs tabagismo ativo Namoradas que não fumam vs namoradas que fumam	OR 1,70 (1,03 - 2,79) OR 0,81 (0,52 - 1,26)
Jonas <i>et al.</i> , 2016 ³¹	Fuma cigarros vs não fuma cigarros	OR 0,641 (0, 497- 0, 825)
Zhou <i>et al.</i> , 2016 ²	Já consumiu cannabis vs não consumiu	OR 2,00 (1,54 - 2,61)
Jonas <i>et al.</i> , 2016 ³¹	Usa maconha vs não usa maconha Cheira cola vs não cheira cola Usa mandrax vs não usa mandrax Usa cocaína vs não usa cocaína Usa heroína vs não usa heroína Usa outras drogas ilegais vs não usa	OR 1,315 (0,970 - 1,782) OR 0,971 (0,711 - 1,348) OR 1,968 (1,243 - 3,117) OR 1,549 (0,935 - 2,566) OR 1,021 (0,696 - 1,499) OR 0,839 (0,510 - 1,380)
Ochen <i>et al.</i> , 2019 ¹⁵	Idade no primeiro sexo 13-14 anos vs 15-19 anos	OR 6,3 (0,46 - 86,18)
Móron-Duarte <i>et al.</i> , 2014 ³⁴	1ª relação sexual com idade ≤12 anos vs ≥16 anos 1ª relação sexual com idade entre 13 e 15 anos vs ≥16 anos	OR 2,32 (0,94 - 5,72) OR 0,83 (0,57- 1,22)
Jonas <i>et al.</i> , 2016 ³¹	1ª relação sexual com idade ≤13 anos vs >13 anos	OR 1,299 (0,812 - 2,078)
Muchunu <i>et al.</i> , 2012 ¹⁶	Sexo precoce (<15 anos) vs >15 anos	OR 1,68 (0,46 - 6,09)
Panova <i>et al.</i> , 2015 ²⁰	Início sexual antes dos 15 anos vs 15 anos ou mais	OR 5,66 (2,27 - 15,81)
Habito <i>et al.</i> , 2019 ⁶	Início sexual antes da primeira união vs após ou na primeira união	OR 0,611 (0,347 - 1,076)
Brahmbhalt <i>et al.</i> , 2015 ³²	1ª relação sexual <15 anos vs 15 anos ou mais	OR 7,4 (3,39 - 15,93)

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos analisados aborda populações pertencentes a países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais as taxas de nascimentos oriundos de mães adolescentes são elevadas. O perfil socioeconômico e demográfico foi fortemente associado à gravidez na adolescência, conforme observado nos estudos revisados, porque o contexto de maior vulnerabilidade social aumenta as chances de a adolescente adotar comportamentos de risco para a saúde e que podem culminar em gravidez^{3,23,27,31}.

Morar em áreas distantes de grandes centros urbanos aumenta as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uma vez que, nessas regiões, geralmente se tem uma ausência de infraestrutura, de escolas e de unidades de saúde, favorecendo o baixo conhecimento sobre métodos contraceptivos³⁵.

Ser da raça/etnia negra aumenta as chances de gestação precoce, pois a disparidade econômica entre as classes sociais muitas vezes é resultado de questões históricas, o que faz com que cidadãos e grupos étnicos protagonizem um contexto de inferioridade. Como exemplo, tem-se a questão da cor, através da qual o período escravocrata deixou marcado no indivíduo preto o pertencimento a um grupo com menores níveis de renda e de educação³⁶.

A baixa escolaridade entre adolescentes de classes sociais mais desfavorecidas geralmente ocorre devido à necessidade de entrada no mercado de trabalho para contribuir com a renda familiar, acarretando a evasão escolar, reduzindo a capacitação profissional e aumentando a perspectiva negativa de futuro, bem como a vulnerabilidade para a gravidez³⁷. O oposto é verdadeiro, já que os níveis mais elevados de escolaridade atuam como um fator de proteção contra a gestação precoce^{38,39}. A taxa de fecundidade é inversamente proporcional à escolaridade, porque ter aspiração educacional e perspectiva de carreira profissional influencia no planejamento reprodutivo⁴⁰.

A escola é um contexto social que contribui para o bom desenvolvimento da adolescente por meio do monitoramento, da vigilância e do incentivo a comportamentos saudáveis⁴¹. Frequentar a escola diminui as chances de o desfecho ser uma gravidez precoce, porque promove mudanças nas oportunidades e nas aspirações, estimulando a jovem para outros objetivos de vida que não somente a maternidade⁴². Altas expectativas educacionais estão associadas a menores chances de comportamento sexual de risco⁴³.

Considerando os diversos fatores relacionados à desigualdade social que estiveram conectados à gravidez na adolescência, a alta renda e o nível mais elevado de educação aumentaram as chances de proteção^{6,14-26,30}. Com relação aos comportamentos de risco para a saúde, como consumo de álcool, tabaco e outras drogas e atividade sexual de risco, observou-se que as adolescentes que adotaram esses comportamentos apresentaram maiores chances de gravidez. A adoção de comportamentos de riscos é uma tentativa de alcançar algo que parece inatingível e o grupo de amigos com o qual o adolescente se identifica pode atuar influenciando de

forma negativa ou positiva o comportamento sexual e o consumo de álcool e outras drogas^{44,45}.

A vulnerabilidade social à qual os jovens de baixa renda estão expostos antecipa a realização da atividade sexual, principalmente quando influenciados pelos meios de comunicação, que apresentam o sexo como algo associado ao prazer. Assim, os adolescentes recorrem às práticas sexuais como uma forma prazerosa, para aliviar as tensões de fatores estressantes vivenciados em seu cotidiano, mas essas atividades, se realizadas de forma insegura, predis põem a contaminação com infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada⁴⁶.

O consumo de bebidas alcoólicas também influencia negativamente. Embora seja proibida entre os adolescentes, essa prática é corriqueiramente estimulada, já que presente em festas com amigos ou familiares e incentivada pelos meios de comunicação através da associação com a diversão e a descontração, além de ser potencializada pelo uso do tabaco. Também promove a diminuição da timidez e eleva a sensação de autoconfiança, aumentando o risco de praticar uma relação sexual desprotegida⁴⁷.

CONCLUSÃO

O presente estudo abordou uma temática bastante atual e presente no cotidiano e, embora já bastante explanada, a gravidez entre adolescentes ainda apresenta taxas elevadas, causando muita preocupação no âmbito da saúde pública. A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo e agravado por condições de desigualdade social, de modo que a intervenção se faz necessária nos fatores que aumentam o risco para a sua ocorrência, como o setor da educação. Esse estudo pode oportunizar conhecimento para investimentos em políticas educacionais, como o incentivo às atividades educativas e o aumento no tempo de permanência do adolescente dentro da escola, com afazeres que podem proporcionar o desejo de continuar estudando para adquirir uma carreira profissional.

A escola pode fomentar a criação de projetos de vida, propiciar maior qualificação profissional para melhores colocações no mercado de trabalho e possibilitar a vivência de etapas necessárias ao crescimento do adolescente, como o monitoramento de comportamentos e o incentivo às atitudes mais adequadas e

promissoras. Todos esses aspectos podem contribuir para a redução dos índices de gravidez na adolescência.

Esse estudo também pode colaborar com a construção de políticas públicas que contribuam para a redução das desigualdades em saúde, favorecendo a equidade de modo que as camadas populacionais mais carentes tenham melhores oportunidades e menor índice de gestação precoce.

REFERÊNCIAS

1. Glymour MM, Avendano M, Kawachi I. Socioeconomics status and health chapter. *In*: Kawachi I. Social Epidemiology. 2 ed. Oxford University Press. 2019. Cap 2, p.18-54. doi: <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.001.0001>
2. Yin Z, Puradireja DI, Abel G. Truancy and teenage pregnancy in English adolescent girls: can we identify those at risk? *J Public Health*.2016; 38(2):323-339. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv29>
3. Kaphagawani NC, Kalipine E. Sociocultural factors contributing to teenage pregnancy in Zomba District, Malawi. *GlobPublic Health*.2016; 12(6):694-710. doi: <https://doi.org/10.1080/171441692.2016.122.9354>
4. Alves JSA, Gama SGN; Viana MCM, Guidolini MK, Santos Neto ET. Características socioeconômicas influenciam as atitudes face à sexualidade em adolescentes, *J Hum Growth Dev*.2021; 31(1):101-115. doi: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.11084>
5. Wado YD, Sully EA, Numah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth*.2019; 19:59. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2204-2>
6. Habito CM, Vaughan C, Morgan A. Adolescent sexual initiation and pregnancy: what more can be learned through further analysis of the demographic and health surveys in the Philippines? *BMC Public Health*.2019; 19(1142). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7451-4>
7. Agbor VN, Mbanga CM, Njim J. Adolscent deliveries in rural Cameroon: an 8-year trend, prevalence and adverse moternofetal outcomes. *Reprod Health*. 2017; 14(1):122. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0382-6>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção de gravidez na adolescência é tema de campanha nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. [Acesso em 03 maio 2022]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>

9. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Sanção do Artigo 8o /2019. [Acesso em 03 maio 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>
10. Ribeiro JF, Passos AC, Lira JAC, Silva CC, Santos PO, Fontinele AVC. Complicações Obstétricas em adolescentes atendidas em uma maternidade pública de referência. Rev. Enferm UFPE. (Online). 2017; 11(7):2728-35. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-069>
11. Gausman H, Langer A, Austin SB, Subramanian SU. Contextual variation in Early Adolescent Childbearing: A Multilevel Study From 33,822 Communities in 44 Low and Middle- Income countries. J Adolesc Health. 2019; 64:737-745. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.018>
12. Kefale B, Yalew M, Damte Y, DamteY, Adane B. A Multilevel Analysis of Factors Associated with Teenage Pregnancy in Ethiopia. Intern. J Women´s Health.2020; 12:785-793. doi: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S265201>
13. Moher D; Liberati A; Tetzalaff J; Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007>
14. Amoran EO. A comparative analysis of predictors of teenage pregnancy and us prevention in a rural town in Western Nigeria. Int J Equity Health.2012; 11(1):37. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-37>
15. Ochen AM, Chi PC, Lawoko S. Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13-19 years in Uganda: acommunity based case-control study. BMC Pregnancy Childbirth.2019; 19(1):211. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2347-Y>
16. Muchunu G, Peltzer K, Tutshana B, Surtlwadi L. Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth. African Health Sciences.2012; 12(4):426-434. doi: <https://doi.org/10.4314/ahs.V12i4.5>
17. Amoo EO, Igbinoba A, Imbonopi D, Solanke LB. Trends, Determinants and health risks of adolescent fatherhood in Sub-Saharan África. Ethiop J Health Sci. 2018; 28(4):433. doi: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i4.9>
18. Garfield CF, Duncan G, Peters S, Rutsohn J, McDade JW, Adams EK *et al.* Adolescent Reproductive Knowledge, attitude, and beliefs and future fatherhood. J Adolesc Health.2016; 58(5):497-503. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.010>
19. Exavery A, Kanti AM, Meema S, Philips JF, Masanja H. Multilevel analysis of childbirth in childhood in Tanzânia in Ruffiti District. Matern Child Health J.2016; 20(2): 447-455. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1842-7>
20. Panova OV, Kulikov AM, Berchtold A, Suris JC. Factors associated with unwanted pregnancy among adolescents in Russia. J Pediatr Adolesc Gynecol.2016; 29(5):501-505. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.04.004>

21. Izugbara C. Socio-demographic risk factors for unintended pregnancy among unmarried adolescent Nigerian girls. *S Afr Fam Pract.*2015; 57(2):121-125. doi: <https://doi.org/10.1080/20786190.2014.977042>
22. Espinel-Flores V, Gotsens M, Pierg-Barrachina V, Gómez BBL, Perata A, Pérez F. Trend in teenage in Ecuador: challenges and inequalities. *Int. J Public Health.*2020; 65(9):1647-55. doi: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01517-w>
23. Okigbo CC, Speizer HS. Determinants of Sexual activity and Pregnancy among Unmarried Young women in Urban Kenya: Across-sectional study. *PLoS ONE.*2015; 10(6):e0129286. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129286>
24. Maness SB, Bui ER, Daley EM, Baldwin JA, Kramrey JD. Social Determinants of Health and Adolescent Pregnancy: An Analysis from the National Longitudinal Study of Adolescent.2016; 58:636-643. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.006>
25. Uwizeye D, Muhayitito R, Kantarama E, Wilheler S, Murangwa Y. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. *Heliyon.* 2020; 6:e05037. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05037>
26. Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala VM. EL embarazo en adolescentes factors sócio culturales. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2012; 50(4):371-374. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745496006>
27. Ayele BG/Kidan, Gebregziabher TG, Hailu TT, Assefa BA. Determinants of teenage pregnancy in Degrea Timbien District, Tigray, Northern Ethiopia: A community based case-control study. *PLoS One.*2018; 13(7):e0200898. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200898>
28. Mezmur H, Assefa N, Alemayehu T. Teenage Pregnancy and its Associated Factors in Eastern Ethiopia: A Community-Based Study. *Int. J Women´s Health.* 2021; (13):267-278. doi: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S287715>
29. Habitu YA, Yalew A, Bisetegen TA. Prevalence and Factors Associated with Teenage Pregnancy, Northeast Ethiopia 2017: A Cross-Sectional Study. *J Pregnancy (Online).*2018. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/1714527>
30. Christofides NJ, Jeweks RK, Dunker KL, Mccarty F, Shai NJ, Nauma M, *et al.* Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow up among a cohort of young South African women. *Glob. Health Action.*2014; 7:23719. doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23719>
31. Jonas K, Crutzen R, Borne B, Sewpaul R, RiddyP. Teenage pregnancy rates and association with other health risk behaviors: a three-wave cross sectional study among South African school going adolescents. *Reprod Health.*2016; 13(1):50. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0170-8>

32. Brahmhalt H, Kagesten A, Emerson M, Decker M, Olumed A, Ojingbede O, *et al.* Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban, disadvantaged settings across cities. *J Adolesc Health.*2014; 55(60):548-557. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.023>
33. Vásquez-Nava F, Vásquez-Rodríguez CF, Saldívar-González AH, Vásquez-Rodríguez EM, Córdova-Fernández JA, Felizardo AJ, Sánchez-Márquez W. Unplanned Pregnancy in Adolescence: Association with Family Structure, Employed Mother, and Female Friends with health risks habits and behaviors. *J Urban Health.*2013; 9(1):176-185. doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9819-6>
34. Móron-Duarte SL, Latorre C, Tavar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case control study. *Rev. PanamSalud. Publica.* .2014; 36(3):179-84. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014v36n3/179-184/>
35. Bekalau Gk, Habitamu GB, Alemu DB. Teenage pregnancy and its associated factors among teenage females in frartaworeda, Northwest, Ethiopia. 2020: A community based cross-sectional study. *Popul. Med.*2021; 3:19. doi: <https://doi.org/10.18332/popmed/139190>
36. Zamora MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal, Ver. Psicol.* 2012; 24(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000300009>
37. Moura FS, Júnior JAS, Rolim ACA, Silva KL, Jacob LMS. Determinantes sociais da saúde associados à gravidez na adolescência. *R. Saúde Públ. Paraná.* 2021; 4(1):133-150. doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n1p133>
38. Aguiar-Rojas K, Ardila ADG, Bonella MVE, Rodríguez-Niño JN. Individual and Contextual factors associated with teenage pregnancy in Colombia: A multilevel analysis. *Matern Child Health J.*2020; 24(11):1376-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02997-1>
39. Islam MM, Islam MK, Hasan MS, Hossan MB. Adolescent motherhood in Bangladesh: Trend and determinants. *PLoS ONE.*2017; 12(11)e0188294. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pome.0188294>
40. Rodríguez-Vignoli J, Cavenaghi S. Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *GENUS.*2015; 70(1):1-25. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/genus.70.1.1>
41. Nunes TGR, Pontes FAR, Silva LIC, Dell'aglio DD. Fatores de risco e proteção na escola: Reprovação e expectativa de futuro de jovens paraenses. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.*2014; 18(2):203-210. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0182732>
42. Shackleton N, Jamal F, Viner R, Dickson K, Hinds K, PATTON G, BONELL C. Systematic Review of reviews of observational studies of school level effects on

- sexual health, violence and substance use. *Health&Place*.2016; 39: 168-176. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.04.002>
43. Dudovitz RN, Chung PJ, Nelson B, Wong MD. What to be when you grow up? Career aspiration as marker for adolescent wellbeing. *Acad Pediatr*.2017; 17(2):153-160. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.006>
44. Zappe JG, Alves CF, Dell'aglio DD. Comportamentos de risco na adolescência: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicol. Rev.* 2018; 24(1):79-100. Disponível em: www.pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n1/v24n1a06.pdf
45. Benincasa M, Tavares AL, Barbosa VMM, Lajara MP, Rezende MM, Heleno MG, Custódio EM. A influência das relações e do uso de álcool por adolescentes. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Porto)*. (Online).2018; 14(1):5-11. doi: <https://doi.org/10.11606/isn.1806-6976.smad.2018.000357>
46. Buendgens BB, Zampieri MFM. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):64-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>
47. Lay AAR, Fujimore E, Duarte LS, Borges, ALV. Prevalence and Correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLoS One*.2021; 16(12):e0260815. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260815>

RECEBIDO: 24/01/2022
ACEITO: 25/07/2022