

CAPÍTULO 4

ENFRENTAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Andressa Valim Parca

Enfermeira, oncologista, pesquisadora
FZEA/USP, Pirassununga, SP

Lauriene Luiza de Souza Munhoz

Biomédica, patologista clínica, pesquisadora
FZEA/USP, Pirassununga, SP

Jennifer Jullie Pichinelli Noronha

Enfermeira. Saúde da Mulher, pesquisadora
FZEA/USP, Pirassununga, SP

RESUMO

O ato de gerar uma vida, engravidar, envolve diversos aspectos internos e externos de uma mulher. Além das mudanças hormonais, aspectos culturais e de emprego resultam em dificuldades financeiras para essa grávida, gerando conflitos familiares, devido às mudanças no processo de engravidar. A violência entre parceiros é um desafio relevante na saúde pública, afetando principalmente as mulheres. Existem diversas formas de violência entre parceiros, como violência física, sexual, perseguição e abuso emocional. Muitas vezes esses casos de violência são subnotificados. As consequências da violência física incluem fraturas, cortes, lesões na cabeça, infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes não desejadas devido à violência sexual, além de diversos problemas de saúde. Os impactos na saúde mental incluem um maior risco de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e suicídio. Outra forma de violência enfrentada pela grávida é o processo de hospitalização e cuidados pela equipe multidisciplinar, com a falta de participação da grávida nas decisões sobre seu corpo e feto, perguntas não respondidas, presença de outras pessoas durante o momento de intimidade da parturiente. Tudo isso resulta em um aumento no risco de complicações como parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição no crescimento fetal, além de problemas familiares e de ansiedade, crises de pânico na mulher durante o período pós-parto. Neste artigo, analisamos de forma mais detalhada os aspectos mencionados anteriormente e apresentamos os princípios fundamentais para a prevenção da violência em gestantes. Detalharemos as diretrizes atuais para o rastreamento da violência

entre parceiros e as evidências sobre a eficácia das intervenções contra a violência entre parceiros.

Palavras-chave: Violência física. Agressão psicológica. Cuidados de enfermagem. Gravidez.

INTRODUÇÃO

Ginecologia é a área que cuida da saúde reprodutiva da mulher, abrangendo desde a menstruação até a menopausa. O termo "ginecologia" tem origem no grego "gynaikos" que significa "mulher". As consultas ginecológicas são essenciais para a prevenção e o tratamento de doenças ginecológicas, como infecções, câncer de colo de útero e endometriose. Além disso, a ginecologia também inclui o acompanhamento pré-natal durante a gravidez. Portanto, a consulta ginecológica é fundamental para a saúde da mulher em todas as fases de sua vida (Blundell, 1909).

O conceito de "violência obstétrica" foi mencionado pela primeira vez em 1827, como citado por James Blundell (1909), contudo, naquela ocasião, possuía um significado distinto, referindo-se à extração forçada da placenta pós-parto.

É importante destacar que uma nova descrição de violência obstétrica engloba sete áreas de desrespeito e abuso: agressão física, prestação de cuidados sem consentimento, divulgação não confidencial de informações, cuidados desrespeitosos, discriminação com base em características específicas do paciente, negligência e confinamento em locais (Vacaflor, 2016).

A violência obstétrica refere-se aos maus-tratos, abuso ou negligência que as mulheres podem sofrer durante a gravidez, o parto ou o período pós-parto. O processo de gestação, que culmina com o nascimento, provoca uma transformação significativa na vida da mulher que se torna mãe, sendo amplamente valorizado como um dos momentos mais emocionantes para uma família, não importando sua composição. O parto é uma vivência marcante, onde a mãe e o bebê necessitam do suporte das equipes de saúde e do apoio familiar, que visam garantir o bem-estar e atender às necessidades de cada um dos envolvidos (Ferrão, 2022).

Cada fase da gravidez é especial e representa um período de descobertas, aprendizados e mudanças que preparam a mulher para a maternidade. Todas as decisões durante esse momento estão ligadas à gestação e ao bebê que está por vir, exigindo reflexão e cuidado em cada escolha feita (Vedam, 2019).

Historicamente, o processo do parto sempre se deu na própria morada da gestante, com imenso protagonismo da mesma, que era acompanhada da família e de pessoas de sua confiança, sendo o trabalho feito com o auxílio de uma parteira. Atualmente, o processo de do parto se tornou institucionalizado, enaltecendo sempre a decisão médico-hospitalar e

o uso de medicações para práticas cada vez mais “fáceis”, mesmo que não seja a melhor escolha, ou desejo, da paciente (Agrawal, 2023).

Dessa forma, com as inúmeras mudanças presentes no atendimento hospitalar, público e privado, o trabalho da equipe de saúde se tornou cada vez mais mecânico, concorrendo para a ocorrência da violência obstétrica, que pode ocasionar traumas físicos e psicológicos para a mãe e seu bebê (Silva-Fernandez, 2023).

A violência obstétrica expõe através da prática de procedimentos de forma antiética ou negligente, que por muitas vezes se tornam desnecessários, ou realizados sem o devido consentimento da genitora, além daqueles que não apresentam embasamento científico para comprovar seus benefícios, seja isso no período gestacional, no momento do parto, no pós-parto, puerpério e até em casos de abortamento. Segundo a Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres brasileiras já sofreu alguma forma de violência obstétrica, ensejando a ofuscação da autonomia da mulher, com o conseqüente aumento do índice de mortalidade materna devido à realização de práticas irregulares (VEDAM, 2019).

No entanto, devido aos inúmeros casos de violência obstétrica, o acolhimento e o tratamento holístico da paciente se tornaram fundamentais, sempre visando a orientação e o esclarecimento de possíveis dúvidas das pacientes e de suas famílias, seja por meio de uma comunicação ativa, com a discussão dos procedimentos que serão realizados, ressaltados ainda os direitos das pacientes e suas famílias (Koenig, 2023). A comunicação e o tratamento humanizado são ações fundamentais para que a paciente se sinta o mais convicta e segura possível, para haver uma escolha consciente dos procedimentos no período grávido-puerperal, bem como a orientação para identificação de procedimentos ou ações desnecessárias.

Os profissionais da enfermagem apresentam suma importância em todo o processo grávido-puerperal, por garantirem o protagonismo da mulher, assegurando práticas empáticas no cuidado da paciente, orientando-as sobre seus direitos, ajudando ainda no descarte do uso de práticas desnecessárias (Koenig, 2023).

Resta claro que a equipe de enfermagem apresenta capacitação profissional para o combate de práticas irregulares, por dominar ações seguras no período gravídico-puerperal para a paciente e seu bebê, para prevenir a violência obstétrica, mesmo com os obstáculos decorrentes da falta de estrutura no âmbito hospitalar e pelo vácuo dos direitos dos pacientes e de suas famílias, seja pela própria ausência do texto legal, ou seja, pelo desconhecimento acerca dos direitos que já foram legalmente assegurados (Lukasse, 2015).

Além disso, o termo “violência médica” é utilizado para se referir a outras formas de violência, como esterilizações forçadas e outros procedimentos realizados sem consentimento informado, especialmente contra mulheres negras (Vacaflor, 2016). Mais recentemente, um estudo de investigação aprovado, um ensaio prospectivo aleatorizado de indução

eletiva do parto em França, para determinar se os resultados dos Estados Unidos podem ser replicados (Grobman, 2018) foi criticado por demonstrar violência obstétrica. Em resposta, o uso do termo “violência obstétrica” foi chamado de “linguagem inflamatória [que] destrói a capacidade para [um] debate científico matizado”.

Um estudo recente dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (abril de 2023) relatou que aproximadamente 1 em cada 5 mulheres relatou maus-tratos durante os cuidados de maternidade, o que era mais comum entre mães negras, hispânicas e multirraciais, e aproximadamente 30% das mulheres relataram discriminação durante os cuidados de maternidade (Diniz, 2015). Os maus-tratos mais frequentes incluíram ser ignorado pelos profissionais de saúde, ter pedidos de ajuda recusado ou não atendidos, ser gritado ou repreendido pelos profissionais de saúde, ter a privacidade física do paciente violada e ser ameaçado de suspender o tratamento ou ser forçado a aceitar tratamento que o paciente não deseja (Koenig, 2023).

Em todo o mundo, 1 em cada 3 mulheres sofre violência física ou sexual, 19 e num estudo realizado no Sri Lanka, 1 em cada 5 mulheres relatou ter sofrido “violência” durante a maternidade por parte dos prestadores de cuidados de saúde. 20 A violência contra mulheres e raparigas é considerada uma violação dos direitos humanos e as consequências físicas, sexuais e mentais imediatas e a longo prazo para as mulheres e raparigas podem ser devastadoras (Lukasse, 2015).

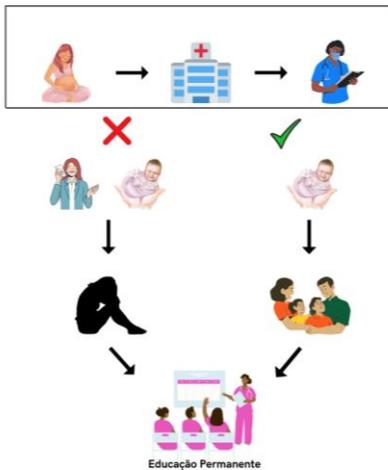
Os profissionais de saúde, revestidos de sua autoridade técnico-científica e respaldados por relações desiguais de poder perante as usuárias, utilizam-se da autoridade para manter a obediência às regras, rompendo as interações humanas e levando ao enfraquecimento dos vínculos entre seus pacientes e à crise de confiança no cuidado que é proporcionada, pois tal abordagem acarreta a perda da autonomia da mulher e do seu direito de decidir sobre assuntos relacionados ao seu corpo (Martinez, 2022; Agrawal, 2023). Essas relações são estabelecidas pela imposição de autoridade unilateral, criando um terreno fértil para a consolidação das diferentes formas de violência exercidas durante a assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Se faz necessário analisar e preservar as gestantes durante as salas obstétricas, de forma que as mulheres seminuas permaneçam na presença de estranhos que não integrem a equipe multidisciplinar, sozinhas em ambientes hostis, em posições de total vulnerabilidade, com as pernas abertas e levantadas e com os órgãos genitais expostos. Além disso, é prática comum separadas dos seus recém-nascidos pouco depois do parto. (MARTINEZ, 2022).

Violência que as mulheres vivenciam ao procurar atendimento de saúde durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Essa violência pode incluir abusos físicos e psicológicos, tornando o parto um momento traumático para mulheres e bebês, seu desfecho de atuação quando positivo resulta em fatores positivos à parturiente e família, quando

ocorre desfecho desrespeitosamente à gestante, ocorre desfecho desfavorável (Fig 1). A VO, está ligado não apenas ao trabalho dos profissionais de saúde, mas também a deficiências estruturais em clínicas, hospitais e no sistema de saúde na totalidade. Isto pode assumir muitas formas, desde intimidação ou agressão verbal até negligência no tratamento, recusa em fornecer cuidados médicos a mulheres grávidas ou bebês, falha em informar os pacientes sobre procedimentos ou seguir decisões (Ferrão, 2022).

Figura 1: Fatores que mediam processos familiares



Fonte: autoria própria.

São frequentes os relatos de violência: negação da presença do acompanhante de escolha da mulher; falta de informação sobre os diferentes procedimentos realizados durante o atendimento; cesarianas desnecessárias; privação do direito à alimentação e passeios; exames vaginais rotineiros e repetitivos sem justificativa; uso frequente de ocitocina para acelerar o parto; episiotomia sem consentimento das mulheres; e a manobra de Kristeller. Todos esses eventos podem levar a danos físicos, mentais e emocionais permanentes (Agrawal, 2023).

Este cenário atinge especialmente mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas expostas ao poder institucional e profissional caracterizado por comportamentos opressivos e dominadores que excluem a subjetividade feminina como característica essencial para a construção do cuidado centrado na mulher e o exercício da cidadania plena (Chisholm, 2017).

Outra questão levantada por autores que buscam compreender o fenômeno da Violência Obstétrica (VO) baseia-se no conceito estereotipado

de gênero socialmente difundido onde a mulher, vista como o sexo frágil, precisa ser mantida sob a autoridade patriarcal (neste cenário, o médico), que têm o direito de decidir o que é melhor para si, transformando o parto em um ato centrado no profissional e sujeito a práticas violentas (Ferrão, 2022)

METODOLOGIA

A estratégia metodológica utilizada para construção deste texto foi a Revisão Integrativa da Literatura incluindo conceitos científicos oriundos de pesquisas acadêmicas na busca das melhores evidências científicas para serem aplicadas no cotidiano assistencial. Este método de pesquisa visa reunir, sintetizar e analisar o conhecimento científico existente sobre um tema de interesse do pesquisador de forma sistematizada e ordenada, mostrando a evolução do tema ao longo dos anos e contribuindo para o aprofundamento das questões de pesquisa. Para atingir esse objetivo, a revisão baseou-se em seis etapas distintas, a saber: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão.

A busca bibliográfica foi realizada a partir da questão norteadora pesquisada nas seguintes bibliotecas virtuais: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com acesso à Base de Dados Específica de Enfermagem (BDENF); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECES); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Campus Virtual de Saúde Coletiva (CVSP - Brasil); Index Psychology - Periódicos técnico-científicos; e outras bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Sistema Online de Análise e Recuperação de Literatura Médica (MEDLINE) via PubMed; SciVerse Scopus; Web of Science.

A estratégia de busca foi iniciada nas bibliotecas virtuais SciELO e BVS e replicada nas demais bases de dados. Os descritores e palavras-chave foram combinados com operadores booleanos: “Violência contra a mulher”, ou “Violência contra as mulheres”, ou “Violencia contra la mujer” (“obstetricviolence, or violência obstétrica) e “Obstetric delivery”, or “Delivery, obstétrico” (parto ou obstétrico). Foram encontradas inicialmente 861 publicações; foram lidos seus títulos e resumos e verificados os critérios de inclusão e exclusão, após excluídas 801 publicações.

DISCUSSÃO

Para compreender a VO, apresenta-se inicialmente a contextualização e a tipificação desse fenômeno nos diferentes cenários de cuidado. A revisão teórica possibilitou a concepção da VO como um fenômeno reconhecido por meio de diferentes tipos de violência que podem ocorrer no contexto da gestação, parto, puerpério, bem como em situações

que envolvem assistência a casos de aborto, pós-aborto e ciclo reprodutivo (FERRÃO, 2022).

A principal fonte de composição do conceito vem da Lei Orgânica dos Direitos da Mulher a uma Vida Livre de Violência, aprovada em novembro de 2006 na Venezuela, que se tornou o primeiro país a promulgar uma lei que caracteriza a VO como a apropriação do direito feminino processos corporais e reprodutivos pelos profissionais de saúde. Isso foi revisitado devido ao tratamento desumano, ao uso abusivo da medicação e às intervenções desnecessárias nos processos fisiológicos, levando à perda da autonomia e da liberdade de escolha e afetando negativamente a qualidade de vida das mulheres (Agrawal, 2023; Grobman, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tipifica as formas de VO e destaca cinco categorias que operacionalizam as definições legais: 1 - intervenções e medicação rotineiras e desnecessárias (na mãe ou no bebê); 2 – abuso verbal, humilhação ou agressão física; 3 - falta de materiais e instalações inadequadas; 4 - práticas realizadas por residentes e profissionais sem autorização da mulher, após fornecimento de informações completas, verdadeiras e suficientes; 5 - discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos.

A OMS considera a VO parte de uma cultura institucional arraigada e marcada pela banalização, invisibilidade e naturalização do fenômeno no cotidiano do cuidado. As características descritas permitem o não reconhecimento da VO como violação de direitos humanos e grave problema de saúde pública global (Koenig, 2023).

Pesquisas nacionais, como a da Fundação Perseu Abramo, apontam que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de VO durante a assistência ao parto e metade das que fizeram aborto também tiveram experiências semelhantes. Dentre as formas de VO citadas, 10% sofreram exames vaginais dolorosos; 10% foram negados métodos de alívio da dor; 9% foram tratados com gritos; 9% ouviram xingamentos ou foram humilhados; 7% não receberam informações sobre os procedimentos realizados; 23% sofreram violência verbal com frases preconceituosas

Segundo os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, 36,4% das mulheres entrevistadas (n = 23.894) receberam medicação estimulante para o parto; 53,5% foram submetidos à episiotomia; 36,1% receberam manobras mecânicas para acelerar o parto; 52% realizaram cesárea sem justificativa; 55,7% ficaram restritos ao leito; 74,8% foram submetidos ao jejum e 39,1% foram submetidos à amniotomia (Silva-Fernandez, 2023). Os achados da pesquisa anterior convergem com outros dados encontrados nesta revisão no que diz respeito à quantificação das diferentes formas de VO.

Refletindo sobre a VO, seus sujeitos, atores e possíveis justificativas, observam-se diferentes olhares no cotidiano do cuidado com destaque para discussões fundamentais para a compreensão, apropriação, mobilização social e categorias em defesa das mulheres vítimas deste acontecimento (Koenig, 2023).

Possíveis explicações para sua ocorrência são incentivadas pelos autores, a partir de uma análise inicial da existência de um grupo de mulheres mais vulneráveis às diferentes formas de VO. Esse grupo é formado por mulheres negras ou pertencentes a minorias étnicas, adolescentes, pobres, com baixa escolaridade, usuárias de drogas, mulheres em situação de rua, mulheres sem pré-natal e sem acompanhante no momento do atendimento (Silva-Fernandez, 2023).

O profissional de saúde, por sua vez, tem dificuldade de se identificar como autor da VO em suas diferentes formas, transpondo a prática em atos naturais, justificáveis e necessários que seriam realizados para o “bem” dos pacientes e de seus bebês, legitimando assim sua ação (Di Giacomo, 2017) . Essa forma de agir descaracteriza a violência em seu aspecto ético-moral e cria formas desejáveis de aceitação e qualificação dos atos violentos na assistência obstétrica. A banalidade da VO, discretamente naturalizada em comportamentos considerados “brincadeiras” pelos profissionais de saúde, é até esperada pelas pacientes, que, socialmente, espalham essa realidade para outras mulheres como parte normal do cotidiano.

Outra explicação comumente dada pelos profissionais na tentativa de “justificar” o cenário violento da assistência obstétrica baseia-se em elementos como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos, esgotamento físico e mental dos profissionais, precariedade das condições de prestação do cuidado e falta de infraestrutura adequada nas instituições. Em conjunto, esses problemas geram ambientes estressantes e desqualificados, favoráveis à ocorrência dos diferentes tipos de VO, culminando na falta de comprometimento dos profissionais de saúde, que também se sentem violados pelas condições inadequadas de trabalho (Koenig, 2023) . Movidos por um sentimento de impunidade e passividade, os profissionais de saúde perpetuam práticas violentas durante a assistência obstétrica, substituindo as relações éticas por cuidados desumanos, altamente tecnológicos e invasivos (Koenig, 2023).

Outro contraponto importante para a persistência de atos violentos na assistência obstétrica é o desconhecimento das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Na realidade, as mulheres não conseguem perceber se sofreram ou não atos violentos porque confiam nos cuidadores e também pela própria fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Acabam aceitando procedimentos sem questionamentos, não expressam seus desejos, suas dúvidas e sofrem em silêncio sem sequer saberem que foram violados (Sánchez, 2023) . Essa passividade permite a imposição autoritária de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais de saúde que, mais uma vez, julgam o que é melhor para os pacientes, colocando-os em situação de impotência (Vedam, 2019).

CONSIDERAÇÕES

Empoderamento e Suporte Emocional: O enfermeiro obstétrico desempenha um papel fundamental ao empoderar a mulher durante o processo de parto. Ele oferece suporte emocional, esclarece dúvidas e proporciona conforto. Através da escuta ativa, o enfermeiro ajuda a parturiente a se sentir segura e confiante, promovendo uma experiência humanizada.

Redução das Taxas de Morbimortalidade: A assistência do enfermeiro obstétrico contribui para a redução de complicações e riscos durante o parto. Ele monitora os sinais vitais, identifica possíveis problemas e toma medidas preventivas, garantindo a saúde da mãe e do bebê.

Direitos e Informações Relevantes: O enfermeiro orienta a parturiente sobre seus direitos e opções durante o trabalho de parto. Ele explica procedimentos, como a episiotomia, e garante que a mulher esteja informada e no controle de sua experiência.

Preparação e Cuidados Específicos: Antes do parto, o enfermeiro prepara a mulher, fornecendo informações sobre o processo e as posições maternas para o parto vaginal. Durante o trabalho de parto, ele oferece assistência na fase latente, cuida do períneo e apoia a parturiente emocionalmente. Após o parto, o enfermeiro continua a prestar cuidados, garantindo o bem-estar materno e a recuperação adequada.

Em resumo, o enfermeiro obstétrico é um aliado essencial para proteger a parturiente, promover uma experiência positiva e garantir que seus direitos sejam respeitados durante o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, S. Magnitude and Impact of Workplace Violence Against Obstetric Healthcare Personnel: A Multicentre Cross-Sectional Study. **The Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v. 73, n. S1, p. 69–74, 2023.

BLUNDELL, J. . Lectures on the theory and practice of midwifery. **Lancet**, 222, p. 329-335, 1909.

BOWSER, D., & HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. **USAID-Traction project**, 2010.

CHISHOLM, C. A.; BULLOCK, L.; FERGUSON, J. E. (JEF) .. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 217, n. 2, p. 145–149, 2017.

DI GIACOMO, P. Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 15-16, p. 2307–2316, 2017.

- DINIZ, S.G., SALGADO, H.O., ANDREZZO, H.F.A., CARVALHO, P.G.C., CARVALHO, P.CA. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **J Hum Growth Dev.** [Internet]. 2015.
- FERRÃO, A. C.. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. **Journal of Personalized Medicine**, v. 12, n. 7, p. 1090, 2022.
- GROBMAN, W. A.. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. **New England Journal of Medicine**, v. 379, n. 6, p. 513–523, 2018.
- KOENIG, M. D.. Structural Violence and Stress Experiences of Young Pregnant Black People. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, 2023.
- LUKASSE, M.. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 94, n. 5, p. 508–517, 2015.
- MARTINEZ-VÁZQUEZ, S.. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. **Midwifery**, v. 108, p. 103297, 2022.
- SÁNCHEZ, O. D. R.. Domestic violence: A cross-sectional study among pregnant and postpartum women. **Journal of Advanced Nursing**, v. 79, n. 4, p. 1525–1539, 2023.
- SILVA-FERNANDEZ, C. S.. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. **Nursing Reports**, v. 13, n. 4, p. 1553–1576, 2023.
- VACAFLOR, C. H.. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 65–73, 2016.
- VEDAM, S.. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reproductive Health**, v. 16, n. 1, 2019.