



Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres

Care of the self and power relations: female nurses taking care of other women

Cuidado de sí y relaciones de poder: enfermera cuidando de otras mujeres

Ana Renata Moura Rabelo¹, Kênia Lara Silva¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Rabelo ARM, Silva KL. Care of the self and power relations: female nurses taking care of other women. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1138-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0021>

Submissão: 18-07-2016

Aprovação: 15-08-2016

RESUMO

Objetivo: analisar o cuidado de si de enfermeiras e as relações de poder estabelecidas por elas no cuidado de outras mulheres. **Método:** revisão integrativa da literatura publicada entre os anos de 2005 e 2015. Compuseram a amostra 25 publicações. **Resultados:** estado da arte majoritariamente qualitativo com domínio de referenciais de uma perspectiva libertadora, pautada na humanização, autonomia e empoderamento como estratégia de redução de riscos na prática do cuidado à mulher. Os achados sugerem relações de poder solidificadas entre enfermeiras-mulheres, centradas no domínio profissional com forte concentração na formação da enfermeira sob o discurso patriarcal e de normalização da sociedade. Alguns estudos ponderam a importância da compreensão do poder na forma capilar, operando nos corpos dos indivíduos. **Conclusão:** há pouca discussão sobre o cuidado de si de enfermeiras e dos efeitos na sua prática profissional, indicando lacunas no conhecimento neste campo. **Descritores:** Saúde da Mulher; Poder; Enfermeiras e Enfermeiros; Mulheres; Autonomia Pessoal.

ABSTRACT

Objective: to analyze the care of self of female nurses and the power relations established by them in the care of other women. **Method:** integrative review of literature published between 2005 and 2015. There were 25 publications in the sample. **Results:** qualitative state of the art with reference domain of a liberating perspective, based on humanization, autonomy and empowerment as a risk reduction strategy in the practice of care to women. The findings suggest solidified power relations among female nurses and women, focused on professional domain concentrated on nurse education under the patriarchal and society's normalization discourse. Some studies consider the importance of understanding power in a capillary way, operating on the bodies of individuals. **Conclusion:** there is little discussion about the care of self of nurses and the effects on their professional practice, indicating gaps in knowledge in this field. **Descriptors:** Women's health; Power; Nurses; Women; Personal Autonomy.

RESUMEN

Objetivo: analizar el cuidado de sí de las enfermeras y las relaciones de poder establecidas por ellas mismas con relación al cuidado de otras mujeres. **Método:** revisión integradora de literatura publicada entre los años 2005 y 2015. La muestra estaba compuesta por 25 publicaciones. **Resultados:** estado del arte mayoritariamente cualitativo con dominio de referenciales desde una perspectiva libertadora, pautada en la humanización, autonomía y empoderamiento como estrategia de reducción de riesgos en la práctica del cuidado de la mujer. Los hallazgos sugieren relaciones de poder solidificadas entre enfermeras-mujeres, centradas en el dominio profesional y fuertemente concentradas en la formación de la enfermera bajo un discurso patriarcal y de normalización de la sociedad. Algunos estudios resaltan la importancia de la comprensión del poder en la forma capilar, actuando en los cuerpos de los individuos. **Conclusión:** existe poca discusión sobre el cuidado de sí de las enfermeras y de los efectos sobre la práctica profesional, lo que implica lagunas en dicho campo del conocimiento. **Descritores:** Salud de la Mujer; Poder; Enfermeras y Enfermeros; Mujeres; Autonomía Personal.

AUTOR CORRESPONDENTE

Ana Renata Moura Rabelo

E-mail: anamourabelo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No que concerne às desigualdades de gênero, as mulheres vivem em um cenário permeado de rupturas e permanências, seja no campo profissional, familiar e propriamente no campo das relações sociais. Como exemplo de ruptura, cita-se, especialmente, a autonomia concebida por meio da possibilidade de contracepção medicalizada e segura, rompendo com o determinismo biológico e social da maternidade. Cita-se também a autonomia financeira presente na ocupação feminina do mercado de trabalho. Entretanto, ainda se prescrevem muitas normas para a mulher: que crie bem os filhos, cuide do ambiente doméstico, não ganhe mais que o homem; portanto, não seja provedora do lar, tenha um corpo magro e elegante, seja regida pela emoção — em detrimento da razão — e submissa a seu esposo, chefe ou pai⁽¹⁾.

Esse cenário se relaciona com o fato de que, em processo de luta e reconhecimento, as mulheres buscaram espaço externo ao ambiente doméstico, com o qual se identificassem. A profissão de enfermagem foi um deles. Ao mesmo tempo, não abandonaram as responsabilidades para as quais foram educadas, especialmente a maternidade e o cuidado doméstico.

Assim como a realidade social das mulheres é marcada por avanços significativos e desafios, o diagnóstico atual de saúde das mulheres brasileiras, apesar dos intensos investimentos na área, se traduz em uma realidade ainda distinta do que se almeja. Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS), por meio do planejamento estratégico para o período de 2011–2015, estabelece metas para “Reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em cinco pontos percentuais ao ano, para diminuir a diferença total entre estas e as mulheres brancas”⁽²⁾. Enfatiza-se que os desafios são potencializados pelas condições reais de desigualdades vividas pela população feminina, sejam elas de gênero, raça, classe, cor/etnia.

Além disso, no âmbito da assistência à mulher, permanecem manifestações que indicam violência institucional, alto índice de cesáreas, e outras intervenções prescindíveis. Convivem-se também com relações desiguais entre profissionais de saúde e usuárias, pautadas no controle e manipulação das condutas femininas. Assim, o MS destaca que a busca por avanços consiste em implementar um modelo de atenção à saúde da mulher na perspectiva da promoção da saúde — incentivando a autonomia e o protagonismo feminino — humanização e práticas baseadas em evidências, combatendo a medicalização e intervenções excessivas e desnecessárias⁽²⁾.

Tal movimento pode ser discutido à luz da afirmação foucaultiana e dos pensadores pós-modernos, segundo a qual o sujeito não existe de fato, mas é efeito de práticas discursivas, imerso em um jogo de verdade, perpassado por relações de poder e saber. Destaca-se o papel dos discursos dos profissionais da saúde na formação do sujeito:

Com Foucault, o ‘sujeito’ não passa de um efeito das práticas linguísticas e discursivas que o constroem como tal [...] O ‘sujeito’, mais do que originário e soberano, é derivado e dependente. O ‘sujeito’ que conhecemos como base e fundamento da ação é, na verdade, um produto da história⁽³⁾.

Nesta corrente de pensamento, Michel Foucault, na terceira fase da sua obra, datada dos anos 80, elabora o conceito

de cuidado de si. Para tal, pressupõe os outros dois eixos anteriormente estudados por ele: “ser-saber” e “ser-poder”, operando simultaneamente na produção do sujeito moderno. O eixo do cuidado de si consiste em uma forma de encontrar espaços de abertura, em um interesse pelo modo como os homens se autogovernam, ênfase voltada para o aspecto ético⁽⁴⁾. Esse processo é denominado de subjetivação, uma prática que escapa aos poderes e saberes vigentes⁽⁵⁾.

Dessa forma, observa-se, na realidade dos serviços de saúde e das práticas dos profissionais da saúde, com enfoque na enfermagem, a predominância de ações disciplinarizadoras e normatizadoras do comportamento das mulheres. Pressupõe-se que esta problemática advenha, em grande parte, do cuidado de si de enfermeiras, no que tange as decisões sobre o seu próprio corpo e vida e, conseqüentemente, das relações de poder que estabelecem com as outras mulheres de que cuidam.

Justifica a realização deste estudo, a necessidade de compreender conceitos, teorias e métodos presentes na literatura, sob o olhar da pesquisa social e do referencial pós-estruturalista de Foucault, que consideram o sujeito como produto das práticas linguísticas e discursivas. Essa compreensão pode contribuir para a construção de novas práticas de cuidado para as mulheres.

Sob este ponto de vista, assim como as mulheres são formadas por discursos, também os profissionais da saúde são sujeitos destes enunciados. Destaca-se a relevância da profissão de enfermagem no cuidado à mulher, compondo uma das 13 profissões da área da saúde que tem reconhecimento governamental e correspondendo a 64,7% da força de trabalho na saúde, no Brasil. Além disso, a classe é majoritariamente feminina⁽⁶⁾.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar o cuidado de si de enfermeiras e as relações de poder estabelecidas por elas no cuidado de outras mulheres.

MÉTODO

Referencial teórico-metodológico

Este estudo está ancorado em perspectiva pós-estruturalista e no referencial teórico-metodológico de Michel Foucault. No campo do pensamento pós-estruturalista, encontram-se as contribuições de Foucault, na compreensão sobre a constituição dos sujeitos, as relações de poder e a produção de subjetividade.

Tipo de estudo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa sob a forma de revisão integrativa, selecionado como método de pesquisa por sua amplitude e possibilidade de inclusão simultânea de pesquisas teóricas e empíricas e conduzidas por diversas metodologias. A revisão integrativa proporciona conclusões gerais sobre o problema de pesquisa, identificando as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno em estudo. Possibilita também revelar questões centrais da área em foco, identificando marcos conceituais ou teóricos e apresentando o estado da arte da produção científica sobre um determinado tema⁽⁷⁻⁸⁾.

Procedimentos metodológicos

Realizou-se a revisão integrativa da literatura por meio da elaboração de um protocolo de pesquisa, obedecendo a seis etapas: estabelecimento de pergunta de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e síntese dos conhecimentos⁽⁷⁻⁸⁾. A condução da revisão foi norteada pela seguinte questão: Como se revelam o cuidado de si de enfermeiras e as relações de poder estabelecidas por elas no cuidado de outras mulheres?

Fonte de dados

Para a seleção dos artigos, utilizou-se acesso *on-line* aos bancos de dados PUBMED/Medline, abrangendo a literatura internacional e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com enfoque na literatura latino-americana e do Caribe. Além destes, visando a abranger especialmente a área da sociologia, incluiu-se o Portal Capes com apuro na base denominada *Sociological Abstracts*. Também optou-se pela inclusão da base PsycINFO, de forma a abranger a psicologia, área afim. Não se mostrou necessário a inclusão da base Cochrane uma vez que os estudos encontrados com a estratégia de busca adotada nesta pesquisa eram apenas ensaios clínicos, que certamente estariam contidos na busca ao PUBMED.

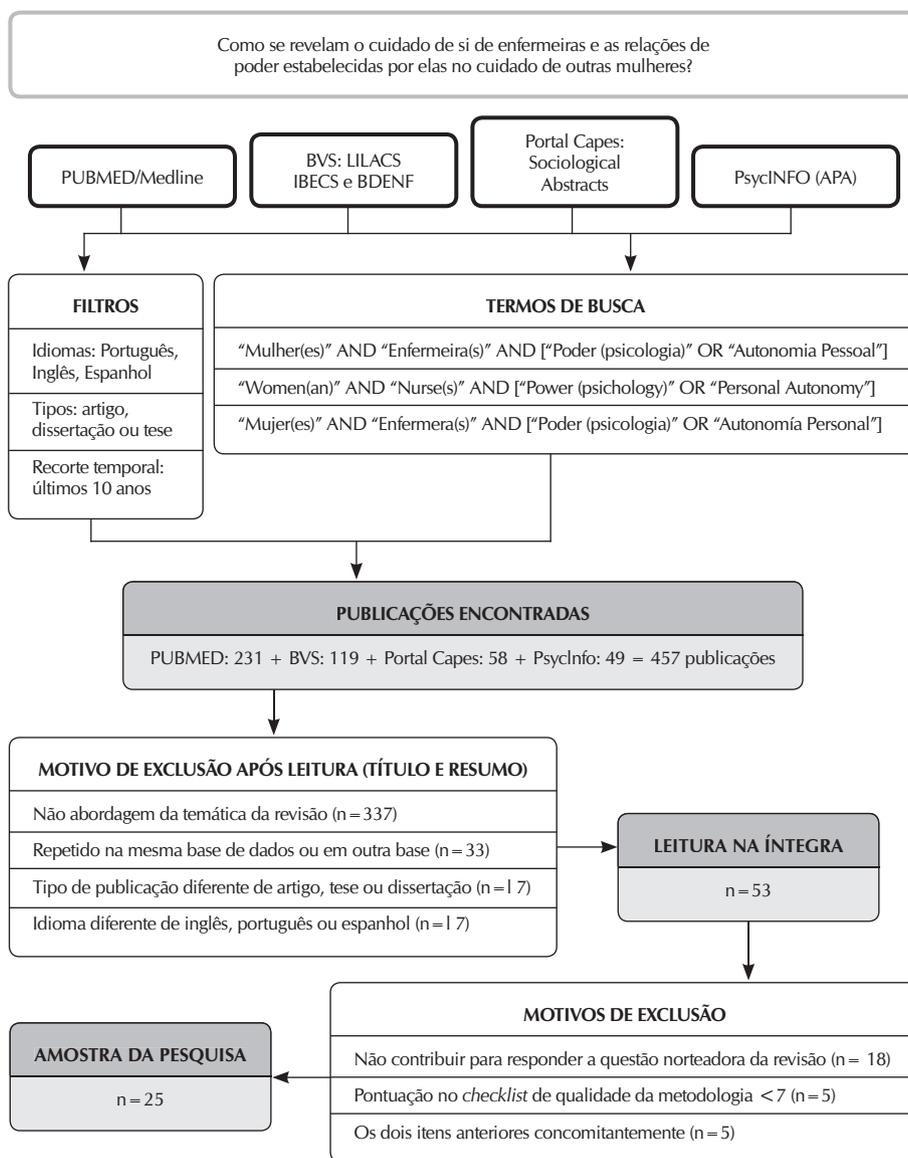
Coleta e organização dos dados

Por meio do auxílio de um bibliotecário, foram elaboradas estratégias de busca para cada base de dados, de acordo com a linguagem técnica adequada a cada uma delas. De forma homogênea, os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas português, inglês ou espanhol; ter sido publicado nos últimos 10 anos, com vistas a incluir a literatura recente; consistir em artigo, tese ou dissertação publicado na íntegra; e conter os termos Mulher(es), Poder (psicologia) e Enfermeira(s), presentes como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), títulos ou termos isolados no corpo dos resumos. Além destes, incluiu-se o DeCS Autonomia Pessoal sob a opção OR no subconjunto de "Poder". Os termos foram definidos após análise minuciosa das opções e

definições estabelecidas pela BVS em relação ao objeto de estudo. A pesquisa foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015, totalizando 457 publicações encontradas.

Análise dos dados

Inicialmente, foram excluídas as publicações que não se referiam à temática definida como objeto deste estudo. Para tal, foi realizado um teste de elegibilidade preliminar, de forma a refinar as publicações identificadas que, posteriormente, foram analisadas na íntegra. Esta etapa foi realizada pelos pesquisadores, com clareza da proposta deste estudo e por meio da leitura e análise do título e resumo de todas as publicações. Ao fim desta etapa, encontrou-se um total de 53 referências selecionadas, indexadas majoritariamente em PUBMED/Medline, seguido respectivamente de BVS; PsycINFO e Portal Capes.



Fonte: elaborado pelas pesquisadoras (autoria própria)

Figura 1 – Esquema de busca e seleção das publicações

As publicações selecionadas foram analisadas na íntegra e categorizadas em temas. Ainda nesta etapa, foram excluídas aquelas que não contribuíam para responder a questão norteadora da revisão. Também se avaliaram os quesitos relacionados à metodologia dos estudos, de forma a apreender a qualidade das fontes, considerando que uma revisão integrativa “[...] requer um padrão de excelência quanto ao rigor metodológico para que seu produto possa trazer contribuições significativas para a ciência e para a prática clínica”⁽⁸⁾. Whittemore e Knaf⁽⁹⁾ destacam a complexidade desta ação em revisões integrativas, propondo critérios diferentes para análise de fontes teóricas e fontes empíricas. Indica-se a análise de autenticidade, qualidade da metodologia, valores informacionais e representatividade⁽⁹⁾. Para esta revisão integrativa, a análise da qualidade das publicações se baseou em tais critérios, influenciada pela experiência dos pesquisadores, considerando numa análise teórica e crítica a questão de pesquisa, a base conceitual e os referenciais adotados nos textos, bem como a justificativa do estudo e as implicações para o campo teórico investigado.

Na análise das publicações empíricas e de revisão, procedeu-se à aplicação de *checklist* desenvolvido por Critical

Appraisal Skills Programme (CASP)⁽¹⁰⁾, que auxilia na análise crítica dos estudos quanto ao rigor, credibilidade e relevância. Este instrumento se mostrou aplicável e coerente para avaliação da qualidade do texto e tem sido relatado na metodologia de revisões integrativas de outros autores. Os estudos que atingiram um escore de sete ou mais, do máximo possível de 10 pontos, foram incluídos na amostra. Assim, nesta etapa da revisão, foram excluídas 28 referências; as selecionadas foram analisadas e sintetizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. A descrição detalhada da busca e seleção das publicações encontra-se na Figura 1.

RESULTADOS

Características das publicações

As 25 publicações que compuseram a amostra final encontram-se listadas no Quadro 1, caracterizadas quanto à autoria, ano de publicação/base de dados, idioma, tipo, natureza do estudo e temática.

Quadro 1 – Artigos selecionados que compuseram a amostra

Autoria	Ano/Base de dados	Idioma	Tipo	Natureza	Tema
Goldberg LS ⁽¹¹⁾	2005 PsycNet	Inglês	Artigo	Qualitativo	Relação entre enfermeiras perinatais e mulheres em trabalho de parto.
Stewart M ⁽¹²⁾	2005 PubMed	Inglês	Artigo	Qualitativo	Experiência de parteiras e mulheres sobre o exame vaginal em trabalho de parto.
Hayter M ⁽¹³⁾	2006 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Qualitativo	Consulta de enfermagem em aconselhamento reprodutivo
Quitete JB ⁽¹⁴⁾	2007 BDENF	Português	Dissertação	Qualitativo	Papel da enfermeira no cuidado de mulheres
Fletcher K ⁽¹⁵⁾	2007 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Revisão da literatura	Imagens públicas de profissionais de Enfermagem.
Simmonds AH ⁽¹⁶⁾	2008 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Teórico	Relação paciente-enfermeira perinatal.
Quitete JB, Vargens OMC ⁽¹⁷⁾	2009 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Cuidado e empoderamento de mulheres, por enfermeiras.
Albuquerque RA, Jorge MSB ⁽¹⁸⁾	2010 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Construção da autonomia de mulheres na relação com o profissional da Estratégia Saúde da Família.
Lopes DFM, Merighi MAB, Garanhanj, ML ⁽¹⁹⁾	2010 LILACS	Português	Artigo	Teórico de reflexão	Corporeidade histórica da mulher enfermeira
Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF ⁽²⁰⁾	2011 LILACS	Português	Artigo	Quantitativo	Violência psicológica na prática profissional da enfermeira
Dantas CN, Enders BC, Salvador PTCO ⁽²¹⁾	2011 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo,	Experiência da enfermeira ao realizar a consulta de enfermagem.

Continua

Quadro 1 (cont.)

Autoria	Ano/Base de dados	Idioma	Tipo	Natureza	Tema
Nash WA ⁽²²⁾	2011 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Quantitativo	Autoeficácia de enfermeiras para promover o uso do preservativo.
Van Herk KA, Smith D, Andrew C ⁽²³⁾	2011 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Teórico	Paradigma em enfermagem.
Pereira ALF, Bento AD ⁽²⁴⁾	2011 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Autonomia das mulheres em parto normal e o cuidado da enfermagem obstétrica.
Barros CS; et.al ⁽²⁵⁾	2012 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Vivência do amamentar por enfermeiras da área materno-infantil
Henriques CMG, Catarino HCBP, Franco JJS ⁽²⁶⁾	2012 LILACS	Português	Artigo	Quantitativo	Nível de empoderamento de enfermeiras
Anderson CJ, Kilpatrick C ⁽²⁷⁾	2012 PubMed	Inglês	Artigo	Revisão integrativa	Planos de nascimento e satisfação sobre o parto
Gregório VRP, Padilha MICS ⁽²⁸⁾	2012 PubMed	Português	Artigo	Qualitativo	Práticas de cuidado à mulher por enfermeiras de uma maternidade
Alex M, Whitty-Rogers J ⁽²⁹⁾	2012 PubMed	Inglês	Artigo	Teórico	O uso pejorativo da linguagem por profissionais da saúde no cuidado à mulher.
Vieira A, Alves M, Monteiro PRR, Garcia FC ⁽³⁰⁾	2013 PubMed LILACS	Português/ Inglês	Artigo	Quantitativo	Identificação organizacional e vivências de prazer e sofrimento por mulheres das equipes de enfermagem.
Durand MK, Heidemann, ITSB ⁽³¹⁾	2013 PubMed LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Promoção da autonomia na consulta de enfermagem.
Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB ⁽³²⁾	2013 PubMed LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Violência institucional sobre a ótica de profissionais de saúde.
DeSouza R ⁽³³⁾	2013 PubMed	Inglês	Artigo	Qualitativo	Discurso de enfermeiras no cuidado de mulheres imigrantes.
Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO ⁽³⁴⁾	2013 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Sentidos atribuídos pelas enfermeiras às mudanças de sua prática obstétrica.
Lessa HF et. al ⁽³⁵⁾	2014 BDENF	Português/ Inglês	Artigo	Qualitativo	Relações sociais e parto domiciliar planejado.

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras (autoria própria)

Nota-se que a distribuição cronológica dos estudos se dá especialmente após o ano de 2011. Em relação ao idioma dos trabalhos, se dividiram entre aqueles publicados, majoritariamente, em Português e/ou Inglês. No que tange a metodologia dos estudos incluídos, verifica-se que 60% se referem a pesquisas qualitativas, 16% a pesquisas quantitativas, 8% a revisões de literatura e ainda 16% a artigos teóricos. A técnica de coleta de dados de maior predominância nesta amostra é a entrevista. A grande maioria das publicações selecionadas se refere a artigos publicados em revistas científicas, exceto uma dissertação de mestrado⁽¹⁴⁾. Apesar da existência de um artigo de mesma autoria desta dissertação e com temas similares, ambos foram incluídos por contribuírem de forma complementar para responder a pergunta norteadora da revisão.

Não obstante a opção metodológica de busca na base *Sociological Abstracts* por meio do Portal Capes, e na base

IBECs, indexada na BVS, nenhum dos estudos que compôs a amostra final provém destas bases.

Em relação aos participantes das pesquisas empíricas, sobressaem as pesquisas com enfermeiras generalistas, em seguida pesquisas com parteiras (*midwives*, enfermeiras obstétricas) e mulheres em idade fértil (puérperas e gestantes, especialmente). De forma coerente com o perfil dos participantes, destaca-se que, no que tange a temática dos estudos, apenas 20% das publicações não se direcionam especificamente à mulher no ciclo reprodutivo da vida.

Quantitativamente, há um destaque dos estudos voltados para o cenário do parto. Além disso, temas recorrentes foram: relação enfermeira-mulher; práticas de cuidado ou educação em saúde e sua relação com autonomia e empoderamento; procedimentos que incidem sobretudo no corpo feminino; discurso de profissionais de saúde e, por fim, dois estudos que discutem paradigmas em saúde.

Por meio da apresentação do Quadro 1, é possível observar que nenhum dos estudos incluídos definiu as relações de poder diretamente como objeto de estudo, já que este núcleo temático não está explícito nas temáticas e nos objetivos de tais pesquisas. Entretanto, todas as referências selecionadas contribuem para o entendimento do objeto de estudo da revisão. Os resultados serão discutidos a seguir em duas categorias temáticas: *Relações de poder, autonomia e empoderamento: cuidando de mulheres*; e *Cuidado de si de enfermeiras: escapa aos poderes ou mais uma normatização?*

DISCUSSÃO

Relações de poder, autonomia e empoderamento: cuidado de mulheres

As relações entre enfermeiras e mulheres, apresentadas nesta categoria, se distribuem, no transcorrer de cenários e ações de cuidado, em diferentes sentidos e são orientadas por referenciais e paradigmas diversos. Vale destacar a predominância dos estudos que se direcionam pelo entendimento de que as relações sociais, estabelecidas no cuidado em saúde, devem se orientar por princípios de humanização, integralidade e garantia de direitos humanos e, dessa forma, têm por obrigação fomentar a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, neste caso, das mulheres.

As publicações se localizam, especialmente, no campo da Promoção da Saúde, instrumentalizada pela Educação em Saúde. Essa tendência das publicações dos últimos 10 anos acompanha o movimento das concepções críticas e participativas de educação em saúde em contraste às concepções tradicionais. Este campo adquire relevância com estímulos ao desenvolvimento de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que visam ao enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida, por meio de sensibilização, conscientização e mobilização⁽³⁶⁾.

O empoderamento é definido nos estudos como acréscimo de poder ou tomada do poder para si. Este é um campo em que o enfermeiro precisa atuar para que a mulher de que cuida se empodere, numa relação que deve ser pautada na autonomia, conceituada como compartilhamento de poder, saber e experiências e que, para ser fomentada, pressupõe a democratização das relações entre profissionais e pacientes, superando as assimetrias de poder^(18,24,26): “Para o exercício da autonomia, as mulheres adquiriram o poder de sujeitos capazes de escolher e decidir as práticas de cuidado em conjunto com as enfermeiras”⁽²⁴⁾.

A autonomia permite escolhas conscientes das mulheres, buscando melhorias na experiência do nascimento e dos resultados para mulher, criança e família: uma assistência de qualidade, humanizada, que garanta cidadania e direitos humanos, com enfoque nos direitos sexuais e reprodutivos^(14,24): “Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos”⁽²⁴⁾. Ao mesmo tempo deposita-se uma expectativa de que autonomia e empoderamento das mulheres permitam transições na prática do cuidado a elas, contribuindo para a transformação do modelo biomédico, tecnocrático e para a mudança da realidade de medicalização dos corpos⁽¹⁴⁾. Assim, a violência doméstica

contra mulheres é apontada como uma situação clara de necessidade de empoderamento do gênero feminino⁽³¹⁾.

Além disso, colaborar para a autonomia das mulheres pressupõe profissionais por si só empoderados⁽¹⁸⁾. O empoderamento de enfermeiras surge como possibilidade de vislumbrar autonomia profissional e de gerar autonomia das mulheres atendidas, sendo mensurado em termos de: gestão eficaz e relações interdisciplinares, prática sustentada e autônoma, comunicação e assentimento profissional, reconhecimento na equipe de saúde e formação/educação⁽²⁶⁾.

Nos textos analisados, o empoderamento de mulheres é vislumbrado ainda como estratégia que visa à redução de riscos e a adoção de comportamentos saudáveis, tais como empoderar as mulheres para utilizarem o preservativo e reduzirem o risco de infecção pelo vírus HIV^(22,27). Além disso, enfermeiras ensinam as mulheres a examinarem o seu próprio corpo construindo um discurso de “corpo em risco” e o risco de não estar vigilante, de adquirir doenças e de engravidar⁽¹³⁾. Neste sentido, a mulher é responsabilizada por suas escolhas e, em certos momentos, culpabilizada.

Os conceitos de empoderamento e autonomia podem ser problematizados diante do referencial foucaultiano. Nesse sentido, o sujeito não é uma substância, mas um produto da história, uma forma, e essa forma nem sempre é idêntica a si mesma. Com esse entendimento, não é possível que o sujeito “adquirir” o poder para se transformar e se libertar das práticas de exposição ao risco. Em cada circunstância, os sujeitos estabelecem consigo mesmos formas de relação diferentes entre si como produto de relações de poder, relações de forças, jogos estratégicos entre liberdades, entre sujeitos. Isso quer dizer que o poder se dá em um conjunto de práticas sociais constituídas historicamente, que atuam por meio de dispositivos estratégicos que alcançam a todos e dos quais ninguém pode escapar, já que não há sequer uma região da vida social que esteja isenta de seus mecanismos^(5,37).

Os discursos se orientam por uma visão de padrão ideal de mulher: aquela que tem um trabalho, se casa, adquire um lar, gera filhos e cuida destes, além de ser autônoma, ter domínio sobre si e sua vida. Esses parâmetros são adotados como comportamentos que permitirão uma boa saúde, por meio de adesão aos conselhos dos profissionais, “fazendo escolhas certas”. Nesse contexto, as mulheres que decidem por comportamentos diferentes são acusadas e discriminadas⁽³³⁾.

Ademais, práticas educativas, como o estímulo ao autoexame da mama, são apontadas como estratégias que levam as mulheres a incorporarem o discurso em saúde. Significa desenvolver um entendimento do seu corpo sobre a perspectiva da ciência médica dominante com a responsabilidade de realizar um exame cuidadoso, por meio da observação de seu próprio corpo, de forma a identificar possíveis sinais de doença⁽¹³⁾.

Algumas ferramentas com potencial para empoderar e promover autonomia das mulheres foram apontadas pelos estudos. Destacam-se a informação como instrumento estratégico de empoderamento dos sujeitos⁽¹⁴⁾, bem como relações pautadas no diálogo, escuta, reflexão, atenção a comunicação verbal e não verbal, respeito e confiança^(11,31). A consulta de enfermagem é apresentada como um espaço em que a enfermeira

deve utilizar estas ferramentas para promover empoderamento e autonomia das mulheres^(21,31).

Um estudo apresenta o potencial do Plano de Parto para melhorar a comunicação entre mulher, equipe médica e de enfermagem, em uma realidade onde existe um conflito entre crenças sobre o nascimento, o que é seguro e cuidado efetivo. O Plano de Parto é vislumbrado como possibilidade de reduzir a medicalização dos corpos, evitar procedimentos invasivos e potencializar a autonomia da mulher. Este artigo aponta, ainda, estratégias para que as enfermeiras consigam advogar pelas escolhas da mulher e suportar a autonomia delas, tais como: revisar este plano com as pacientes na admissão em serviços de saúde; mantê-lo como plano central do cuidado; ajudar mulheres sem um Plano de Parto a criá-lo (mulheres informadas), além de fornecer suporte verbal e físico⁽²⁷⁾.

Em especial na atenção ao parto, o domicílio e as Casas de Parto Normal — como locais com menor influência médica e de certa forma distanciados das instituições hospitalares — surgem como ambientes que facilitam a autonomia e empoderamento de mulheres. No parto domiciliar, a mulher está em um ambiente que é próprio de sua vida, o que minimiza o domínio dos profissionais sobre seu corpo⁽³⁵⁾. Também as Casas de Parto Normal constituem um cenário de estímulo à fisiologia do parir, espaço de subjetividade e intersubjetividade que visa ao protagonismo feminino, com respeito à cidadania, direitos e autonomia das mulheres. O cuidado neste cenário permite liberdade de escolhas, por meio de diálogo, atividades educativas e informativas, utilização de plano de parto, e apoio/incentivo durante o processo de parturição^(24,34).

Em contrapartida, alguns estudos partem da abordagem das relações de poder sobre uma ótica de relações solidificadas e que beneficiam o profissional da saúde e os sistemas que eles representam, em detrimento do usuário de saúde^(13-14,16,18,29,32-33). Aponta-se que profissionais de saúde desconsideram as singularidades dos sujeitos por ele cuidados. As práticas são padronizadas e endereçadas a sujeitos previsíveis e passivos, pautadas em relações tecnificadas e no desdém dos saberes populares⁽¹⁸⁾. Além disso, os profissionais reconhecem a existência rotineira de práticas discriminatórias e desrespeitosas na assistência a gestantes, parturientes e puérperas⁽³²⁾. Especificamente as enfermeiras, na relação de cuidado de outras mulheres, assumem o papel de sujeito quando submetem as mulheres ao modelo de racionalidade científica no qual estão envolvidas⁽¹⁴⁾.

O exame vaginal — procedimento utilizado mundialmente para avaliar o processo de trabalho de parto — é vislumbrado em um campo de controle social, agindo sobre o corpo e representando relação de poder; neste contexto, relação de domínio. O corpo da mulher é vislumbrado como problemático, doente e transgressivo, assim como a genitália suja e poluída, que necessita ser examinada e limpa⁽¹²⁾.

No contexto do exame vaginal, o tato dos profissionais, especialmente no exame vaginal, consiste em uma manifestação externa do poder e da autoridade, onde aquele que detém o poder tem direito de tocar o “relativamente impotente”. Parteiras ritualizam esse procedimento e, apesar de direcionarem alguma atenção no sentido de obter o consentimento antes de realizarem o exame, não explicam precisamente nem solicitam um consentimento direcionado. Sanitizam suas terminologias em

um processo de abreviação das palavras e eufemismos; retêm as informações, por exemplo sobre detalhes do exame, assim como não informam a frequência necessária⁽¹²⁾.

Sob a perspectiva de Foucault o poder não apenas reprime, mas, sobretudo, produz realidades. Nessa perspectiva, ele não é concebido como uma essência de identidade única, nem é um bem que uns possuem em detrimento de outros^(5,37). Uma relação de poder se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis: que o outro (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito da ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis, resistências, rotas de fuga. De outro modo, coexistem estados de dominação, que são diferentes das relações de poder. Nestes, as relações, em vez de serem móveis e permitirem aos diversos parceiros uma estratégia que os modifique, se encontram bloqueadas e cristalizadas por instrumentos que podem ser políticos ou militares⁽³⁷⁻³⁸⁾. Nesse sentido, a violência institucional contra a mulher, realidade de muitas maternidades — e sob o referencial de Hannah Arendt e Michel Foucault — é tratada enquanto um estado de “não-poder”⁽³²⁾.

Destaca-se, especialmente no cenário do parto, que em termos de relações entre mulheres e enfermeiras, um grande desafio consiste na partilha e negociação de perspectivas existentes entre elas. As decisões de médicos, enfermeiras, parturientes e familiares são influenciadas pelas políticas e filosofias locais⁽¹⁶⁾. Assim, não só os sujeitos do cuidado estão envolvidos em relações de poder, mas o profissional da saúde também está submetido a leis, políticas e disciplinas⁽¹⁸⁾.

Nesse ponto, encontra-se o limite entre responsabilização dos profissionais e imposição do saber sobre o outro⁽¹⁸⁾. Dessa forma, atos de violência institucional não são percebidos como ações violentas, mas como o exercício de poder em um contexto considerado árduo, sob justificativas como: índole do profissional, pacientes escandalosas/não colaborativas e rotina alienante. Esse cenário condiz com o tênue limite existente entre violência e exercício da autoridade profissional, em que profissionais da saúde assumem uma posição de autoridade técnico-científica e existe uma banalização da violência travestida de boa prática⁽³²⁾.

Nota-se o avanço de alguns estudos em direção ao referencial foucaultiano, ao ponderar a importância dos discursos no entendimento do poder como capilar, agindo nas microtecnologias de regimes de disciplina e operando diariamente nos corpos dos indivíduos⁽¹³⁾. Destaca-se a importância da linguagem como ferramenta política de poder e mudança em enfermagem, com potencial para moldar cultura, história e experiências humanas. Aponta-se, ainda, a potencialidade que o discurso tem de conformar comportamentos e impor decisões. Por exemplo, ao pronunciar “falha ao amamentar” a enfermeira introjeta na mulher um sentimento de impotência e culpa⁽²⁹⁾. Assim, práticas linguísticas de enfermeiras e parteiras são vislumbradas do ponto de vista da disciplinarização e do modo como constroem normas do ideal para o consumo feminino^(13,33).

Vale ainda destacar a predominância de estudos encontrados e analisados que adotam a parteira (seja *midwife*, seja enfermeira obstétrica) e o cenário de parto como objetos de estudo. O parto é um momento singular na vida de uma

mulher em que há grande intensidade de relações, envolvendo decisões como o tipo de parto e medidas de alívio da dor. Como as parturientes, na maioria das vezes, são indivíduos saudáveis e não necessitam de tratamentos de saúde, são capazes de fazer escolhas sobre o nascimento, mas também se mostram como dependentes de relações que as suportem durante o parto. Assumem, ainda, uma posição de fragilidade pelo constante relacionamento com o conceito que está a nascer, o que gera dificuldade de escolhas⁽¹⁶⁾.

Parteiras são consideradas capazes de estabelecer relações que fomentem o empoderamento e autonomia das mulheres, pela intensidade e proximidade da relação que estabelecem, e por meio da criação de oportunidades para que as mulheres decretem suas escolhas^(11,16). No entanto, vive-se o desafio de buscar o equilíbrio entre as suas próprias concepções, imposições da profissão e da instituição à qual se vinculam com o imperativo de permitir a autonomia de escolha das mulheres e advogar por seus direitos⁽¹⁶⁾.

A parteira convive com a dualidade entre se libertar de sua opressão e ao mesmo tempo se sentir receosa em assumir um comportamento de poder:

[...] quando senhoras de si, de suas vidas, de seus corpos, portanto empoderadas, as enfermeiras constituirão fundamentais agentes de transformação paradigmática no rumo da consolidação da humanização através do poder partilhado com as mulheres de que cuidam⁽¹⁷⁾.

Cuidado de si de enfermeiras: escape aos poderes ou mais uma normatização?

Algumas publicações contribuem para o entendimento do cuidado de si de enfermeiras, apesar de não se ocuparem explicitamente da filosofia na perspectiva pós-estruturalista. Especificamente sob o referencial foucaultiano, o exercício de práticas de cuidado de si pressupõe um contexto de liberdade, em que, pelos modos de subjetivação, se constituem, definem, organizam, instrumentalizam as estratégias em relação aos outros: “a quem autorizar e o quê”⁽³⁷⁻³⁹⁾. As tecnologias do eu são campo privilegiado da subjetivação e deste domínio ser-consigo; consistem em um certo número de operações efetuadas por indivíduos sobre seu corpo e alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser obtendo-se assim uma transformação de si mesmo, em busca de certo estado de felicidade, imortalidade⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Alguns fatores que implicam o cuidado de si de enfermeiras foram apontados nos estudos^(14-15,17,19-20,22,24,28,30,34): constituição histórica da enfermagem; necessidade de autorreflexão; posição social da enfermeira como mulher e profissional da saúde e movimentos de resistência de enfermeiras. A constituição histórica da enfermeira parte do pressuposto de que a corporeidade, ou seja, o corpo no mundo, é formado por influência da história⁽¹⁹⁾. Para Foucault, a história se relaciona inteiramente com a formação dos sujeitos: “[...] porque assinalam de onde nós saímos, o que nos cerca, aquilo com que estamos em vias de romper para encontrar novas relações que nos expressem”⁽⁴⁰⁾.

Um artigo aponta a potencialidade da prática de autorreflexão do corpo de enfermagem para propiciar mudanças das ações e consequentemente da realidade de desvalorização da classe profissional⁽¹⁴⁾. Também valoriza-se a importância do cuidado de si de enfermeiras por meio do modo como a enfermeira se vê e se

reconhece no mundo, do que se considera capaz de vir a ser e como utiliza essas capacidades, para questionar o próprio poder e assim permitir o empoderamento de mulheres das quais cuida⁽¹⁷⁾.

Sobre a relação entre enfermeira e mulheres que cuidam, Foucault contribui para o entendimento de que não há maleficência na prática em que alguém, em um dado jogo de verdade, possuindo saberes específicos, lhe diz o que é preciso fazer, “[...] ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas”⁽³⁷⁾. O problema está em investigar como será possível nesses encontros, onde o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo, evitar os efeitos de dominação. Foucault denomina a isso de “nova ética”: jogar com o mínimo de dominação⁽³⁷⁾.

Alguns textos enfatizam a posição social ocupada pela enfermeira, numa profissão majoritariamente feminina e permeada por desigualdades de gênero, que se sustentam no patriarcalismo. Tais fatos se expressam em relações de poder cristalizadas, em situações de submissão a outros profissionais (especialmente médicos) e a comportamentos e condutas normatizadas. Esse contexto é associado à vivência de desprazer, sofrimento e baixa identificação institucional, além de impactar negativamente na qualidade da assistência prestada^(15,20,25,30). A posição social da enfermeira também está relacionada ao alto risco de sofrer agressões psicológicas, decorrentes, em sua maioria, da desigualdade de gênero⁽²⁰⁾.

Além de ser estigmatizada como mulher, a enfermeira, detentora de saberes, enfrenta a cobrança externa e interna em relação às suas atitudes com o próprio corpo. O ato de amamentar, por exemplo, é uma imposição à enfermeira, quando esta não assume apenas a condição de puérpera, mas também de alguém que “sabe” que o aleitamento materno é fundamental⁽²⁵⁾.

Sob a lógica do patriarcado, a opressão é uma realidade para as mulheres e, para as enfermeiras, é a norma na qual elas são criadas como mulheres e se desenvolvem como enfermeiras⁽¹⁵⁾. Assim, a história revela que os treinamentos aos quais a enfermeira foi submetida não visavam somente ao desenvolvimento de habilidades, mas a torná-las úteis para a instituição, por meio da manipulação de seus elementos, gestos e comportamentos⁽²⁸⁾.

Ainda no sentido de controle sobre os corpos das enfermeiras, uma estratégia que sustenta a prescrição e imposição de condutas para elas em relação ao próprio corpo e vida é o discurso da experiência vicária. Nash⁽²²⁾ aponta a importância do poder da enfermeira para decidir ou não sobre o uso do preservativo nas suas relações sexuais, enquanto experiência vicária influenciando na autoeficácia do uso de preservativos por parte de mulheres cuidadas por elas.

Em Foucault, as práticas de si não são alguma coisa que o próprio indivíduo invente, mas refere-se a esquemas que o indivíduo encontra, que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sociedade ou grupo social. Os processos de subjetivação visam à criação de modos de existência, o que Nietzsche chamava de “a invenção de novas possibilidades de vida”, e cuja origem já se encontrava nos gregos. Ressalta-se, assim, a importância das práticas de si das enfermeiras anteriormente ao cuidado de outras mulheres: “Não se deve passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária”⁽³⁷⁾.

Aponta-se, ainda, o desconhecimento e a dificuldade das enfermeiras em pensar e falar sobre si mesmas, como mulheres cuidando de mulheres: “[...] ‘Quem é essa mulher? Será que estou falando de mim? Será que ainda não sei quem eu sou?’[...]”⁽¹⁴⁾. As enfermeiras não se reconhecem sujeitas de suas vidas, o que contribui para que também não reconheçam este protagonismo nas mulheres de que cuidam. Portanto, assumem o papel de sujeito inconscientemente, e submetem as usuárias ao papel de coadjuvantes⁽¹⁴⁾.

Mas as enfermeiras também se mostram em movimento, almejando estudar, trabalhar e ter independência financeira com intuito de crescimento e de emancipação. Estão em busca de serem sujeitos de suas vidas e corpos no cotidiano, superando os limites das relações de poder, buscando distinção, criando rotas de fuga e resistências^(14,34).

Historicamente, as enfermeiras tanto exerceram quanto sofreram a ação do poder, com destaque para o movimento de luta e resistência ao poder-saber institucionalizado. Destacam-se estratégias de fuga das enfermeiras em prol da melhoria da qualidade da assistência à mulher, embasando-se no discurso crítico de cunho científico⁽²⁸⁾. Neste sentido, almeja-se e aponta-se a vivência, por parte da enfermagem, de um período de transição, a caminho de outro paradigma que questione as diversas formas de privilégios e opressões^(23,34).

Vive-se nas fronteiras — balanço entre o que de antigo permanece e o que deve ser abandonado; confronto entre o conhecimento biomédico adquirido e as experiências do cotidiano; e esse enfrentamento ao conhecimento colonizador dá início a um processo de emancipação. A ruptura é como um tempo de morte que traz o novo à luz “porque eu já não acreditava naquilo, eu ia ter que pular aquela linha. Voltar não era a opção [...]”⁽³⁴⁾. Nessa exploração das subjetividades, apresentam-se as práticas emancipatórias, que são formuladas em consideração à mulher usuária e partilhando com ela em uma relação de liberdade para ambas. Todo processo emancipatório é autoconhecimento, ele não se descobre, se cria⁽³⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento pode ser produzido sob o ângulo de diferentes paradigmas em relação ao cuidado de enfermagem, característica que a revisão integrativa permite captar, pois a metodologia de seleção dos estudos possibilita a inclusão de diversas abordagens e métodos.

De modo geral, os estudos apresentados demonstram um estado da arte do conhecimento produzido de forma majoritariamente qualitativa, por diversas metodologias e teorias complementares, mas concentrado especialmente em referenciais teóricos de uma perspectiva libertadora, ou seja, de sujeitos ativos, autônomos e emancipados. Esse fato pode ser contrastado com a perspectiva pós-crítica foucaultiana em que o sujeito é produto da história.

A análise das relações de poder apresentada enfoca a busca por relações igualitárias entre profissional-usuário, ancoradas em humanização, integralidade, cidadania e garantia de direitos humanos para a construção de uma perspectiva emancipatória do sujeito. Além disso, os estudos indicam um campo de relações cristalizadas e de dominação em contrapartida à perspectiva foucaultiana do poder capilar e de produção subjetiva.

Embora os estudos apresentados analisem o cuidado de si de enfermeiras, eles não se referem diretamente à perspectiva foucaultiana e não se direcionam para o entendimento dos efeitos destas relações sobre a vida e corpos da enfermeira. Os estudos se direcionam para a discussão dos impactos do cuidado de si na prática e na autonomia profissional da enfermagem.

Na relação com o outro (com outras mulheres), se sobressai a consideração de Foucault em que é possível jogar com o mínimo de dominação, tendo o profissional importante papel diante de seus saberes. Apesar de poucos, ressaltam-se os estudos que contribuem para o entendimento dos discursos sobre o poder na sua forma capilar, operando diariamente nos corpos dos indivíduos.

Assim, por meio das evidências apresentadas e tendo em mente o contexto social e de saúde da mulher, o cuidado de si foucaultiano se apresenta como um conceito-ferramenta com potencial para o campo teórico e prático em estudo. Destacam-se as implicações da temática das relações de poder para o cuidado de enfermagem à mulher, cuidado este que é fabricado por sujeitos na condição de mulher e profissional da saúde.

Identificou-se, como principal limitação deste estudo, a inexistência do descritor “cuidado de si”, o que exigiu a escolha de outros termos que se aproximassem do construto pretendido. Em nenhum estudo analisado o cuidado de si de enfermeiras é tomado como objeto de estudo, consistindo em lacuna no conhecimento e demandando, por sua relevância, investimentos.

REFERÊNCIAS

1. Del Priore M. Histórias e conversas de mulher: Amor, sexo, casamento e trabalho em mais de 200 anos de história. 2 ed. São Paulo: Planeta; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015: resultados e perspectivas [Internet]. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[cited 2016 Jan 10]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_mini
3. Tadeu da Silva T, organizador. Monstros, ciborgues e clones: os fantasmas da pedagogia crítica. In: Tadeu da Silva T. Pedagogia dos monstros: os prazeres e os perigos da confusão de fronteiras. Belo Horizonte: Autentica; 2000. p.11-21.
4. Gondra J, Kohan W. Foucault 80 anos. Belo Horizonte: Autentica; 2006. p. 45-56.
5. Eribon D. A vida como uma obra de arte. In: Deleuze G. [sterio_saude_2011_2015_3ed.pdf](#)

- Conversações (1972-1190). Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992. p. 118-126.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Business Intelligence. Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais [Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>
 7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008[cited 2016 Jan 10];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
 8. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[cited 2016 Jan 10];48(2):335-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf
 9. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. Blackwell Publishing Ltd, *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
 10. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP CHECKLISTS [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.casp-uk.net/#!/checklists/cb36>
 11. Goldberg LS. Introductory engagement within the perinatal nursing relationship. *Nurs Ethics*. 2005;12(4):401-13.
 12. Stewart M. 'I'm just going to wash you down': sanitizing the vaginal examination. *J Adv Nurs*. 2005;51(6):587-94.
 13. Hayter M. Productive power and the "practices of the self" in contraceptive counselling. *Nurs Inq*. 2006;13(1):33-43.
 14. Quitete JB. Mulheres cuidando de mulheres: uma relação entre sujeitos. Rio de Janeiro. [Dissertação]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro [Internet]. 2007[cited 2016 Jan 10]; Available from: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/termo.php?codArquivo=748
 15. Fletcher K. Image: Changing how women nurses think about themselves. Literature review. *J Adv Nurs*. 2007;58(3):207-15.
 16. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008; 15(3):360-70.
 17. Quitete JB, Vargens OMC. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009[cited 2016 Jan 10];17(3):315-20. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>
 18. Albuquerque RA, Jorge MSB. Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitoado? *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2010[cited 2016 Jan 10];34(2):397-408. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1816.pdf>
 19. Lopes DFM, Merighi MAB, Garanhani ML. Reflexões a respeito da construção histórica da corporeidade da mulher enfermeira. *Ciênc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2010[cited 2016 Jan 10];9(2):398-403. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8530/6092>
 20. Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];45(1):26-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/04.pdf>
 21. Dantas CN, Enders BC, Salvador PTCO. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];35(3):646-60. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-611876>
 22. Nash WA. Condom promotion in Belize: self-efficacy of Belizean nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];58(4):477-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22092327>
 23. Van Herk KA, Smith D, Andrew C. Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nurs Inq* [Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];18(1):29-39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21281393>
 24. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev RENE* [Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];12(3):471-7. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682146>
 25. Barros CS, Queiroz PP, Javorski M, Lucena de Vasconcelos MG, Vasconcelos EMR, Pontes CM. Significados da vivência do amamentar entre as enfermeiras da área materno-infantil. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012[cited 2016 Jan 10];20(2):802-7. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727479>
 26. Henriques CMG, Catarino H da CBP, Franco JJ de S. Validação para a população portuguesa da escala: Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEMS). *Medwave* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 10];12(9). Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5532>
 27. Anderson CJ, Kilpatrick C. Supporting patients' birth plans: theories, strategies & implications for nurses. *Nurs Womens Health*. 2012 [cited 2016 Jan 10];16(3):210-8.
 28. Gregório VRP, Padilha MICS. História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 Jan 10];65(5):767-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/08.pdf>
 29. Alex M, Whitty-Rogers J. Time to disable the labels that disable: the power of words in nursing and health care with women, children, and families. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2012[cited 2016 Jan 11];35(2):113-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22469812>
 30. Vieira A, Alves M, Monteiro PRR, Garcia FC. Women in nursing teams: organizational identification and experiences of pleasure and suffering. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10];21(5):1127-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1127.pdf>
 31. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10];47(2):288-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/03.pdf>
 32. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet].

- 2013[cited 2016 Jan 10];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf> Portuguese.
33. DeSouza R. Regulating migrant maternity: nursing and midwifery's emancipatory aims and assimilatory practices. *Nurs Inq* [Internet]. 2013[cited 2016 Jan 11];20(4):293-304. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12020/abstract>
 34. Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10];22(3):763-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a24.pdf>
 35. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Social Relations and the option for planned home birth: an institutional ethnographic study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2014[cited 2016 Jan 10];13(2):239-49. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4163>
 36. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boeh AE, Heidemann IVTSB. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10];22(1):224-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27
 37. Foucault M. O sujeito e o Poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense; 1995. p. 231-49.
 38. Foucault M. A ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: Foucault M. Ditos e Escritos V: Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense; 2004. p. 264-87.
 39. Veiga-Neto A. O terceiro domínio: o ser-consigo. In: Veiga-Neto A. Foucault e a Educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2003. p. 95-104.
 40. Deleuze G. Um retrato de Foucault. In: Deleuze G. Conversações (1972-1190). Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992. p. 127-47.
-