

Potencialidades do atendimento ginecológico pela perspectiva feminista: um relato de experiência de uma estudante de Medicina em uma instituição de médicas de família e comunidade em São Paulo

Potentialities of feminist gynecological care: an experience report of a medical student at a Family Practice institution in São Paulo

Potencialidades de la atención ginecológica desde una perspectiva feminista: relato de experiencia de una estudiante de Medicina en una institución de médicos familiares y comunitarios de São Paulo

Ana Vitória Moreira de Marchi Apolaro¹ 

¹Faculdade de Medicina Santa Marcelina – São Paulo (SP), Brasil.

Resumo

Problema: Movimentos feministas do século XX advogaram por mudanças no atendimento médico à mulher, prezando por autoconhecimento, autonomia, não opressão ou patologização de corpos, por um sistema mais tolerante, inclusivo e que desse à mulher propriedade sobre o próprio corpo. A Medicina regida pela perspectiva feminista veria as mulheres como pessoas de direito, cujos interesses colocam-se frente a frente com o saber médico. Frente a isso, torna-se importante repensar e readequar os modelos de atendimento ginecológico vigentes à luz dos conceitos de autonomia, decisão compartilhada, autoconhecimento e protagonismo femininos, colocando a paciente no centro de seu próprio cuidado. **Método:** Este trabalho se trata de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência, que busca descrever as vivências de uma estudante do 8º período de Medicina em uma instituição de médicas de família e comunidade que oferece atendimento à mulher pela perspectiva feminista em São Paulo. **Resultados:** Entre os resultados encontrados, tem-se a ambientação não usual do consultório em forma de sala de estar, anamnese livre de julgamentos e assunções, exame físico ginecológico em posição de superflexão, oferecimento de autoinserção de espéculo vaginal, auxílio de espelhinho de mão e narração e detalhamento de todos os procedimentos e conclusões obtidas; e, por fim, tomada de decisão compartilhada com base em evidências científicas. **Conclusão:** Diante da experiência vivenciada, é possível concluir que o atendimento à mulher pela perspectiva adotada pelas médicas de família e comunidade em questão cumpre o papel de empoderar, ensinar, incluir e trazer à frente suas pacientes, oferecendo-lhes ambiente seguro e de confiança, escuta atenta e livre de assunções ou preconceitos, controle sobre seus próprios corpos e possibilidade de decidir conjuntamente condutas em saúde. Como resultado, observam-se mulheres atentas a si, imersas e interessadas em seu cuidado, sentindo-se respeitadas, acolhidas e capazes de identificar e nomear alterações em seus corpos, se tornando parte integral de seu próprio cuidado.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade; Tomada de decisão compartilhada; Medicina baseada em evidências; Exame ginecológico; Saúde da mulher.

Como citar: Apolaro AVMM. Potencialidades do atendimento ginecológico pela perspectiva feminista: um relato de experiência de uma estudante de Medicina em uma instituição de médicas de família e comunidade em São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4128. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4128](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4128)

Autor correspondente:

Ana Vitória Moreira de Marchi Apolaro
E-mail: ana.apolaro@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

sim.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

Externa.

Recebido em: 25/02/2024.

Aprovado em: 01/02/2025.

Editor associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado



Abstract

Problem: Feminist movements of the 20th century advocated for changes in medical care provided to women, aiming at promoting self-knowledge and autonomy while going against oppression or body pathologization. They fought for a more tolerant and inclusive healthcare system, which could provide women ownership over their own bodies. Feminist-oriented Medicine sees women as subjects of right, whose wants and needs directly stand face-to-face with medical knowledge. It is, therefore, important to rethink and readjust current gynecological care models in light of autonomy, shared decision-making, self-knowledge, and female protagonism, placing the patient at the center of her own health care. **Methods:** This is a descriptive and qualitative study, in the form of an experience report, which aims to describe the experience of an 8th-term Medical student in a feminist-oriented family practice institution in São Paulo, Brazil. **Results:** The results consist of unusual medical space characterization, mostly in the form of living rooms, judgment-free anamnesis, gynecological physical examination performed in the super flexion position with the aid of a hand mirror, self-insertion of vaginal speculum, detailed narration and explaining of all procedures and conclusions and, lastly, shared decision-making through evidence-based medicine. **Conclusions:** It was possible to conclude that the feminist-oriented female health care provided by the aforementioned family practice institution fulfills the role of empowering, teaching, including, and bringing patients to the forefront through a safe and trusting environment, judgment-free and attentive hearing, promotion of control over their own bodies, and possibility to collectively make choices related to their health care. As a result, it is possible to perceive self-aware patients, immersed and interested in their own care, feeling respected, welcomed and comfortable, and who are capable of noticing and naming changes in their own bodies, becoming an integral part of their own care.

Keywords: Family practice; Decision-making shared; Evidence-based medicine; Gynecological examination; Women's health.

Resumen

Problema: Los movimientos feministas del siglo XX abogaron por cambios en la atención médica de las mujeres, valorando el autoconocimiento, la autonomía, la no opresión o patologización de los cuerpos, por un sistema más tolerante y inclusivo que otorgara a las mujeres la propiedad de sus propios cuerpos. La medicina regida por la perspectiva feminista veía a las mujeres como personas con derechos, cuyos intereses se enfrentan con el conocimiento médico. Ante eso, es importante repensar y reajustar los modelos actuales de atención ginecológica a la luz de los conceptos de autonomía, toma de decisiones compartida, autoconocimiento y protagonismo femenino, colocando a la paciente en el centro de su propio cuidado. **Método:** Este trabajo es un estudio descriptivo y cualitativo, del tipo relato de experiencia, que busca describir las vivencias de una estudiante de Medicina del 8º período en una institución de médicos familiares y comunitarios que ofrece atención a mujeres desde una perspectiva feminista en São Paulo. **Resultados:** Entre los resultados se encuentran la inusual ambientación del consultorio en forma de sala de estar, anamnesis libre de juicios y suposiciones, examen físico ginecológico en posición de superflexión, ofrecimiento de autoinserción de espéculo vaginal, asistencia con espejo de mano, narración y detalle de todos los procedimientos y conclusiones obtenidas; y, finalmente, la toma de decisiones compartida basada en evidencia científica. **Conclusión:** Dada la experiencia, se puede concluir que la atención a las mujeres desde la perspectiva adoptada por los médicos de familia y comunitarios en cuestión cumple el rol de empoderar, enseñar, incluir y poner en primer plano a sus pacientes, ofreciéndoles un ambiente seguro, de confianza, de escucha atenta y libre de suposiciones o prejuicios, dándoles control sobre el propio cuerpo y posibilidad de decidir conjuntamente sobre conductas de salud. Como resultado, se observa que las mujeres están atentas a sí mismas, inmersas y interesadas en su cuidado, sintiéndose respetadas, acogidas y capaces de identificar y nombrar los cambios en su cuerpo, convirtiéndose en parte integral de su propio cuidado.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria; Toma de decisiones conjunta; Medicina basada en la evidencia; Examen ginecológico; Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

Michel Foucault (1926-1984) traz em sua vasta obra o conceito de biopoder, entendido como forma de controle político-social não coercitivo de populações a partir do saber biológico, ou, neste caso, do saber médico.¹ O biopoder na Ginecologia, por sua vez, envolve a existência de conceitos em saúde que definem o correto e o errado, o apropriado e o inapropriado dentro da sexualidade e saúde femininas.² Dentro disso, o encontro médico-paciente torna-se uma oportunidade para que o médico — *expert*, conhecedor e dominante — exerça tal poder sobre a paciente — leiga, desconhecadora e receptiva. O empoderamento desta, neste caso, é desaconselhável e a paciente deve passar a submeter-se a exames, procedimentos e condutas (muitas vezes embaraçosos e desconfortáveis, sem consentimento prévio ou explicações a respeito de sua importância) em prol de obter boa saúde. Quando não o faz, passa a ser considerada irresponsável e combativa.²

Movimentos feministas iniciados nas décadas de 1960 e 1970 buscavam, acima de tudo, a luta pelo autoconhecimento e pela autonomia, por uma reforma do modelo médico vigente e pela não opressão ou patologização de corpos. Defendia-se a ideia de um sistema de saúde mais tolerante, inclusivo e acessível.^{3,4} As mulheres da época propuseram um conhecimento e comportamento médicos não alienantes, que dessem à mulher propriedade sobre o próprio corpo e que tomassem como premissa a decisão compartilhada a respeito de procedimentos e condutas.^{3,4} A Medicina regida pela perspectiva feminista, pautada na objeção ao controle de corpos, violências, preconceitos, sexismos e julgamentos diversos,^{4,5} veria as mulheres como pessoas de direito, cujas necessidades, desejos e interesses colocam-se frente a frente com o saber médico. É necessário que o médico escute a paciente ativamente, explorando seu contexto biopsicossocial, cultural e econômico.^{6,7}

A consulta ginecológica na Atenção Primária à Saúde (APS) deve abranger atendimento longitudinal e integrado à saúde da mulher, incluindo diagnóstico e tratamento de queixas, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), contracepção, rastreio para cânceres ginecológicos, climatério, pré-natal, preparação para parto e puerpério,⁸ e deve indagar a respeito de histórico ginecológico, obstétrico, sexual e reprodutivo. De forma geral, condutas julgadas apropriadas na condução da consulta ginecológica pela literatura envolvem anamnese livre de julgamentos, preconceitos ou assunções, utilizando perguntas abertas que evitem viés, por exemplo, relacionado à sexualidade ou ao histórico reprodutivo da paciente.⁹ O profissional deve portar-se de maneira atenta, compreensiva, interessada e tranquila.⁸

Condutas relacionadas ao exame físico ginecológico incluem atentar-se ao ambiente físico e à comunicação não verbal.⁹ É esperado que o médico se atente ao conforto da paciente, de forma a providenciar avental para troca de roupa e já ter o material posicionado no local de exame. Deve posicionar-se de maneira respeitosa em um banco, cadeira ou ao lado da paciente, narrar a sequência de procedimentos envolvidos no exame antes de realizá-lo,⁹ usar luvas, inserir e retirar o espéculo vaginal delicadamente e atentar-se à reação da paciente frente a possíveis desconfortos durante este ou outros procedimentos envolvidos na totalidade do exame físico.⁸ Recomenda-se que o médico evite se aproximar exageradamente da região íntima e que também não deixe de avisar imediatamente quando o exame é finalizado.⁹

Estudos recentes apontam para procedimentos que podem ser utilizados na tentativa de aliviar o desconforto e a sensação de falta de controle comuns durante o exame físico ginecológico. Um deles, por exemplo, é oferecer o uso de espelhinho de mão para que a paciente acompanhe o passo a passo de seu exame. Inicialmente, em 1989, na Alemanha,¹⁰ percebeu-se que o uso do espelho para as pacientes que o aceitassem levava ao aumento de satisfação durante a consulta. Já em 2021, nos Estados Unidos,¹¹ identificou-se que o uso do espelho aumentou a sensação de controle e autoconhecimento, ainda que não tenha efetivamente diminuído índices de dor ou vulnerabilidade. Não somente, questiona-se também a respeito da tradicional posição ginecológica (litotomia), na qual a paciente é colocada em decúbito dorsal, com membros inferiores afastados e apoiados em pernas,¹² sem a possibilidade de acompanhar seu exame. Contrariamente, a posição de superflexão¹³ (pernas dobradas sobre as coxas e coxas dobradas sobre o abdômen, em abdução) é uma alternativa, por exemplo, para facilitar o exame físico de mulheres obesas ou de pacientes cujo exame especular tradicional foi insatisfatório, por diversas razões. Essa posição faz com que o útero caia posteriormente e aproxime o colo do introito vaginal, permitindo mais clara inspeção anatômica uterina e vaginal,¹³ além de permitir maior controle da paciente sobre o próprio exame, uma vez que, nessa posição e com o dorso apoiado e elevado, ela consegue utilizar o espelho e pode enxergar os procedimentos realizados.

Em relação à definição de conduta e tomada de decisões dentro da relação médico-paciente, tem-se que o processo de tomada de decisão compartilhada (em inglês *shared decision-making* – SDM) é um modelo colaborativo e baseado em evidências e preferências, no qual médico e paciente decidem conjuntamente, com base em evidências científicas e com foco no cuidado centrado na pessoa.^{14,15} O foco é retirado da doença e devolvido ao paciente e como ele experiencia seu quadro de saúde, além dos sentimentos e das ideias que faz dele. Nesse modelo, o médico tem o papel de oferecer opções de conduta envolvendo procedimentos do exame físico, rastreamento de patologias e uso de terapias medicamentosas, explicando grau de evidência e risco/benefício de cada um deles. O paciente tem então a oportunidade de aprender sobre sua saúde e tornar-se protagonista na tomada de decisões que o afetem.¹⁴⁻¹⁶ Em Ginecologia, a tomada de decisão compartilhada envolve principalmente os campos do exame físico (exame especular e toque vaginal), realização de rastreio para as principais patologias ginecológicas (ultrassonografia de mamas, mamografia e colpocitologia oncótica cervical — também conhecida como exame de Papanicolau), terapias medicamentosas para as principais afecções femininas (por exemplo, perda óssea durante o climatério), contracepção e proteção contra ISTs, colocando a paciente ativamente dentro do processo de decisão sobre seu cuidado em saúde.^{15,17}

A partir desses dados, torna-se importante repensar e readequar os modelos de atendimento ginecológico vigentes à luz dos conceitos de autonomia, decisão compartilhada, autoapropriação, autoconhecimento e protagonismo femininos, colocando a paciente no centro de seu próprio cuidado.

O objetivo deste artigo foi relatar a experiência de uma estudante de Medicina em estágio observacional em uma instituição de médicas de família e comunidade com enfoque no atendimento à mulher pela perspectiva feminista. Objetivos secundários incluem elucidar, na prática, como são estruturados a ambientação do espaço, a condução da anamnese, a realização do exame físico e a tomada de decisão referente à conduta; e ressaltar os efeitos benéficos no cuidado em saúde feminina observados como resultantes da implementação desse modelo de atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência, que busca descrever as vivências de uma estudante do 8º período de Medicina em uma instituição de médicas de família e comunidade que oferece atendimento à mulher pela perspectiva feminista em São Paulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ambientação do espaço

O espaço destinado aos atendimentos tem a estrutura de uma casa de rua qualquer. Constitui-se de dois andares, sendo o primeiro composto de recepção e sala de espera, banheiro, cozinha e uma sala de atendimento; e o segundo de três outras salas de atendimento, banheiro e uma sala compartilhada de reuniões/estudos, com livros e cartilhas disponíveis para consulta. A estrutura das salas não se assemelha a um consultório médico tradicional, e sim prioriza o conforto e o diálogo aberto entre médica e paciente. O chão e os móveis são predominantemente em madeira, e não há mesa ou outra estrutura separando a profissional da paciente, ambas se dispõem em poltronas de tecido ou couro, frente a frente. A médica apoia o computador portátil em um cavalete lateralmente a si e realiza anotações no decorrer da conversa. Dentro de cada sala há

também um banheiro com guarda-volumes, uma maca para exame físico, armários com gavetas etiquetadas para identificação de materiais e suportes para equipamentos pertinentes ao exame (espécuro, lubrificante, *kit* para coleta de colpocitologia oncótica). Dentro de todas as salas há modelos anatômicos de mamas, pelvis femininas e exemplares dos principais métodos contraceptivos (DIU, diafragma, preservativo, entre outros), usados no processo de educação em saúde. Cada paciente é alegremente recepcionada por sua médica ainda na sala de espera, e então convidada a acompanhá-la até a sala de atendimento para os 60 minutos de consulta. Vale ressaltar que no início de cada atendimento, médica e paciente entravam na sala e a porta era encostada. A médica então explicava a presença da estagiária e perguntava para a paciente se esta sentia-se confortável com a minha presença durante sua consulta. Caso não, sua vontade era respeitada e a consulta era conduzida normalmente. Caso aceitasse minha presença, a médica então abria a porta da sala e me convidava a entrar para a continuação do atendimento.

Condução da anamnese

Ao adentrar a sala, a paciente é convidada a sentar-se de frente para a médica e sentir-se confortável. Em se tratando de primeira consulta, inicia-se a anamnese com perguntas abertas e destituídas de assunções — gênero, idade, profissão, hábitos, e o motivo da procura pelo atendimento. Frente à demanda ou queixa ginecológica (que constitui a maioria das consultas), a médica então se aprofunda em detalhes relacionados à saúde sexual e reprodutiva, perguntando a respeito de orientação sexual, parcerias, contracepção, histórico obstétrico e hábitos de higiene íntima. Nenhuma resposta é recebida com surpresa, julgamento ou qualquer tipo de incômodo por parte da médica. Todas as afirmações trazidas são acolhidas com tranquilidade e atenção. Percebo que as pacientes demonstram pouco ou nenhum desconforto em narrar características, hábitos ou acontecimentos pessoais que poderiam ser recebidos com espanto em outros serviços, o que considero bastante positivo, uma vez que tais reações acabam por inibir, constranger e evitar que as pacientes se beneficiem verdadeiramente da consulta, o que se configura como prejudicial ao seu tratamento.

Em seguida, é interrogada a respeito dos diversos aparelhos, antecedentes e histórico pessoal e familiar de quaisquer patologias, o que irá posteriormente influenciar no processo de conduta médica e tomada de decisão. A partir do relato da paciente, a médica vai fazendo perguntas complementares para conseguir um adequado retrato biopsicossocial, com especial atenção na identificação de gatilhos, conflitos ou traumas. Muitas pacientes relatam um histórico de saúde marcado por preconceitos, principalmente relacionados a homofobia e gordofobia médicas, relatando ser esse histórico o motivo pelo qual estão atualmente procurando um atendimento pela perspectiva feminista. Era comum que as pacientes se emocionassem ao relatar tais violências sofridas anteriormente no cenário da saúde, verbalizando o impacto negativo delas em sua saúde mental, autoimagem e autopercepção. Por outro lado, percebi a facilidade com que muitas mulheres — normalmente pacientes de longa data — identificavam e nomeavam alterações em seus corpos, muitas vezes citando orientações recebidas em consultas anteriores, mostrando uma propriedade bastante positiva sobre seu estado de saúde.

Realização do exame físico ginecológico

Finalizada a primeira parte da consulta, a médica perguntava se a paciente se sentia confortável em realizar o exame físico ginecológico, explicando sua necessidade e seu benefício no atual contexto (por exemplo, para investigação de queixa mamária ou pélvica ou para coleta de Papanicolau quando

indicada). A maioria das pacientes concordava tranquilamente com a realização do exame físico e não evidenciava desconforto em realizá-lo. Uma minoria afirmava entender a importância do exame naquele momento, porém sinalizava preferir realizá-lo na consulta seguinte, por diversas razões (período menstrual, insegurança, desconforto ou más lembranças de experiências anteriores em outros serviços). Frente à recusa, a médica se portava de maneira atenciosa e compreensiva, afirmando que a partir do entendimento dos riscos e dos benefícios da realização do exame, era direito da paciente optar por não ser examinada naquela consulta, sem prejuízos à continuidade de seu atendimento.

Se a paciente concordasse com o exame, a médica então a convidava a despir-se reservadamente dentro do banheiro e lhe entregava um avental caso optasse por usá-lo. Ao sair, a paciente era então conduzida até a maca e instruída a deitar confortavelmente. A médica então explicava que a realização do exame ginecológico ali acontecia de maneira diferente de outros serviços, a começar pela posição ginecológica. A paciente apoiava o dorso em um travesseiro triangular, ficando com a cabeceira elevada. As pernas não eram colocadas sobre perneiras, e sim dobradas em posição de flexão e abdução, com os calcanhares apoiados na maca. Para todas as pacientes, a médica oferecia um pequeno espelho retangular e perguntava se a paciente gostaria de acompanhar seu exame pelo espelho. A maioria das pacientes demonstrava curiosidade e empolgação, aceitando o uso do espelho e dizendo que nunca haviam tido essa possibilidade antes. Algumas poucas preferiam não ver nada, o que era respeitado da mesma forma.

Era então explicado no que consistiria o exame (investigação das mamas, inserção de espéculo, coleta, toque, entre outros procedimentos). Após entendimento e consentimento, a médica então aproximava-se da paciente, trazendo banco, foco de luz e o suporte com os materiais necessários. Quando aplicável, iniciava com o exame das mamas e então partia para o exame pélvico. A médica mostrava os equipamentos embalados para a paciente e explicava para que serviam. Pela posição, a paciente podia enxergar e acompanhar o passo a passo confortavelmente. Após a colocação das luvas, a médica verificava se a paciente estava conseguindo enxergar o exame pelo espelho e então mostrava a ela o espéculo. Após retirada da embalagem, era perguntado se a paciente se sentiria mais confortável inserindo e abrindo o espéculo em si mesma. A maioria das pacientes afirmava preferir realizar a inserção e abertura, e então a médica orientava a forma mais confortável e anatômica de fazê-lo, auxiliando-a. Algumas pacientes preferiam que a médica inserisse o espéculo, o que era respeitado da mesma forma. Com o aval da paciente, o passo a passo do exame era narrado sequencialmente, e a paciente era avisada de eventuais sensações ou desconfortos que pudesse sentir. Todos os achados e observações, incluindo a descrição anatômica da vulva, eram compartilhados com a paciente e mostrados por meio do espelho, com total espaço para dúvidas ou indagações a respeito do que a paciente visse ou quisesse conhecer sobre si. Parte das pacientes não estava familiarizada com as estruturas da vulva, da vagina ou do útero e não sabia qual era exatamente o objetivo do exame especular ou da coleta de citologia. Era explicado que o objetivo era encontrar e coletar material do colo do útero (para facilitar a explicação, muitas vezes eram utilizados os exemplares anatômicos da pelve, nos quais estavam evidenciadas as estruturas de maneira didática) — este podendo inclusive ser visualizado pelo espelho caso a paciente quisesse. Percebi que a técnica não só oferecia conforto à paciente, mas também a ensinava e empoderava sobre o próprio corpo. Muitas ali estavam pela primeira vez conhecendo sua anatomia ou entendendo as características e objetivos do exame ginecológico pelo qual já haviam passado diversas vezes. A paciente era retirada de um local de receptora e aceitante do cuidado médico e colocada em local de saber, de protagonismo e convidada ao autoconhecimento. Era bastante nítido perceber que, quando nessa posição, as pacientes encaravam o exame de maneira muito mais confortável, segura e consciente.

Tomada de decisão e conduta

Após o exame físico, a paciente era convidada a retornar ao seu assento e continuar a conversa com a médica, onde eram resumidos os principais pontos de anamnese e exame físico. A médica trazia suas principais hipóteses diagnósticas e considerações a respeito da saúde global e ginecológica da paciente, explicando como cada hipótese foi criada e consolidada a partir de anamnese e achados do exame físico, citando os critérios diagnósticos utilizados e sua fonte. A cada afirmação, era perguntado se o que foi dito fazia sentido e entrava em consonância com as visões e impressões pessoais da paciente, onde esta tinha a possibilidade de concordar ou discordar, trazendo seus próprios pensamentos para debate. Novamente, a médica atentava-se aos gatilhos e às más experiências passadas, com especial empenho para não repetir falas ou ações semelhantes, e era receptiva a todas as falas recebidas, trazendo esclarecimentos e novos argumentos quando necessário. Em relação à tomada de decisão e conduta, a médica então trazia as diferentes possibilidades do que poderia ser proposto para aquela paciente — terapias medicamentosas, orientações de hábitos e mudança de estilo de vida, exames complementares, rastreamento de patologias mais comuns, contracepção e proteção contra ISTs. Para cada uma delas, eram apresentados grau de evidência científica, riscos e benefícios, e a paciente podia esclarecer quaisquer indagações ou dúvidas. Era então perguntado para a paciente a respeito de quais condutas lhe faziam mais sentido e lhe era dada a possibilidade de tomar decisões conscientes e esclarecidas a respeito de sua saúde. A paciente, ciente dos riscos e dos benefícios, podia então optar por qual conduta achasse mais adequada, o que era respeitado pela médica.

Diante da experiência vivenciada, é possível concluir que o atendimento à mulher pela perspectiva adotada pelas médicas de família e comunidade em questão cumpre o papel de empoderar, ensinar, incluir e trazer à frente suas pacientes, oferecendo-lhes ambiente seguro e de confiança, escuta atenta e livre de assunções ou preconceitos, controle sobre seus próprios corpos e possibilidade de decidir conjuntamente condutas em saúde. Como resultado, observam-se mulheres atentas a si, imersas e interessadas em seu cuidado, sentindo-se respeitadas, ouvidas, confortáveis e acolhidas durante seus atendimentos e capazes de conhecer, identificar e nomear características e alterações em seus corpos, se tornando parte integral de seu próprio cuidado.

Entende-se que as limitações colocadas pela estruturação, pelos recursos e pelo alcance da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente no Brasil impedem que o modelo descrito neste relato tão logo se torne referência nacional no cuidado à mulher. No entanto, é necessário partir de algum lugar e ter algo no qual se espelhar — este é apenas o início de um longo processo. Por isso, a autora coloca seu relato como proposta para revisão e remodelamento dos modelos vigentes de atendimento à mulher em outros serviços e territórios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à equipe de médicas de família e comunidade, que calorosamente me acolheram e muniram com as mais diversas ferramentas teórico-práticas para o atendimento à mulher em todas as suas necessidades.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *The History of Sexuality. Volume 1: The Will to Knowledge*. New York: Penguin Books; 2019. p. 1-176.
2. Freijomil-Vázquez C, Gastaldo D, Coronado C, Movilla-Fernández MJ. Asymmetric Power Relations in Gynaecological Consultations for Cervical Cancer Prevention: Biomedical and Gender Issues. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):7850. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157850>.
3. Martins APV. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2020;27(1):241-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000100014>
4. Norsigian J. Our Bodies Ourselves and the Women's Health Movement in the United States: Some Reflections. *Am J Public Health*. 2019;109(6):844-6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305059>
5. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales: construction d'une question politique et de santé publique. *Sante Publique*. 2022;33(5):629-34. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>
6. Purdy L. Medicalization, medical necessity, and feminist medicine. *Bioethics*. 2001;15(3):248-61. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00235>
7. Sarría-Santamera A, Laganà AS, Terzic M. Women's Health and Gynecology: Old Challenges and New Insights. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16589. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416589>
8. Druszcz RMB, Botogoski SR, Pires TMS. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2014;59(3):144-51.
9. Silverman RE, Araujo M, Nicholson A. Including gynecological teaching associates' perspectives in women's health exams: lessons for improved communication practices. *Health Commun*. 2012;27(7):723-5. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.666714>
10. Blaser A, Werren S, Brügger D, Dreher E. Der Spiegel als Partizipationsmöglichkeit bei der gynäkologischen Routineuntersuchung: Auswirkungen auf das psychische Befinden der Frau. *Gynakol Rundsch*. 1989;29(2):69-77. <https://doi.org/10.1159/000270936>
11. Tam T, Crisp CC, Hill AM, Aldrich E, Ghodsi V, Yook E, et al. Utilization of a Mirror During Pelvic Examinations: Does it Improve the Patient's Experience? *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2021;27(3):208-13. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000975>
12. Castellanos BEP, Ferraz ER. Posição do paciente para cirurgia e implicações na assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1980;14(1):73-82.
13. Sheth SS. Super flexion position for difficult speculum examination. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;121(1):92-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.005>
14. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780-1. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
15. Edmonds BT. Shared decision-making and decision support: their role in obstetrics and gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014;26(6):523-30. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000120>
16. de Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Educ Couns*. 2006;62(3):291-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.06.012>
17. Chor J, Stulberg DB, Tillman S. Shared Decision-Making Framework for Pelvic Examinations in Asymptomatic, Nonpregnant Patients. *Obstet Gynecol*. 2019;133(4):810-4. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003166>