



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

Pobreza menstrual entre mulheres jovens atendidas no ambulatório do IMIP: um estudo exploratório.

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Autores:

Pedro Sobral – aluno do 12º período do curso de medicina da FPS - TCC

Victor Vilar - aluno do 12º período do curso de medicina da FPS - TCC

Leonardo Galvão - aluno do 11º período de medicina da FPS -TCC

Beatriz Meyer de Souza – aluna do 10º período de medicina da FPS - colaboradora

Orientadora:

Ariani Impieri Souza – médica ginecologista e docente do programa de pós-graduação *stricto sensu* do IMIP e docente do curso de medicina da FPS

Coorientadora:

Glaucia Lins Guerra – médica tocoginecologista e coordenadora do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do IMIP

Recife, 2026

Artigo original

Pobreza menstrual entre mulheres jovens atendidas em um ambulatório de um hospital de ensino: um estudo exploratório.

Menstrual poverty among young women attending an outpatient clinic of a teaching hospital: an exploratory study.

Autores:

Pedro Sobral Barbosa da Silva¹ ORCID: 0009-0001-1883-4690

Victor Vilar¹ ORCID: 0009-0005-8071-9481

Leonardo Vieira Galvão¹ ORCID: 0009-0001-9515-8286

Beatriz Meyer de Souza¹ ORCID: 0009-0004-7723-7847

Glaucia Lins Guerra² ORCID: 0000-0001-6110-678X

Ariani Impieri Souza³ ORCID: 0000-0002-7917-5983

1 – Estudante de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

2 – Médica ginecologista e coordenadora do Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

3 – Médica ginecologista e docente da pós graduação *stricto sensu* do IMIP e tutora do curso de medicina da FPS

Autora de correspondência:

Ariani Impieri de Souza. E-mail: ariani@imip.org.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: a saúde menstrual é reconhecida como parte essencial da dignidade, bem-estar e saúde reprodutiva de mulheres e adolescentes, envolvendo não apenas o uso de materiais adequados, mas também acesso a água, saneamento e informação de qualidade. Essa lacuna de conhecimento reforça desigualdades de gênero e evidencia a necessidade de pesquisas sobre situação das mulheres e programas de educação menstrual que promovam conhecimento acessível, seguro e livre de estigmas. **OBJETIVO:** Identificar o nível de conhecimento sobre pobreza menstrual e acesso a higiene corporal em mulheres jovens atendidas no ambulatório de ginecologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife, PE. **MÉTODO:** foi realizado um estudo observacional, transversal do tipo *survey*. As entrevistas foram realizadas nas dependências do ambulatório entre maio e julho de 2026. A amostra foi composta por 55 mulheres de 18 a 25 anos com ciclos menstruais. Foram coletados dados sociodemográficos, local de moradia e saneamento básico, hábitos de vida, história reprodutiva e conhecimento sobre ciclo menstrual e cuidados com a saúde durante a menstruação. Os dados foram organizados em planilhas de Excel e analisados no programa estatístico Stata. A análise estatística foi feita inicialmente por tabulação das frequências absolutas e relativas das variáveis. As variáveis numéricas foram analisadas por medidas de tendência central e de dispersão. Este projeto está em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo CEP IMIP. **RESULTADOS:** Participaram 55 mulheres, com idade entre 18 e 25 anos. Observou-se conhecimento limitado sobre pobreza menstrual, apesar de 61,8% relatarem conhecer o Programa Dignidade Menstrual ou outras políticas relacionadas. Apenas 16,4% afirmaram compreender o conceito de pobreza menstrual, evidenciando uma importante lacuna de conhecimento sobre o tema. Dentre as dificuldades relatadas pelas entrevistadas relacionados ao período menstrual destacou-se a falta de banheiros públicos, demonstrando que pobreza menstrual envolve não apenas o acesso a produtos, mas também infraestrutura, informação e dignidade. **CONCLUSÃO:** Os resultados evidenciam que, embora haja conhecimento sobre políticas de saúde menstrual, a compreensão sobre pobreza menstrual permanece limitada. Esse cenário reforça a necessidade de ampliar ações educativas e políticas públicas que promovam informação, acesso a recursos e maior equidade na saúde menstrual.

Palavras chave: Ciclo menstrual; Saneamento básico; Higiene pessoal

INTRODUÇÃO

A saúde menstrual é reconhecida como parte essencial da dignidade, bem-estar e saúde reprodutiva de mulheres e adolescentes, envolvendo não apenas o uso de materiais adequados, mas também acesso a água, saneamento, privacidade e informação de qualidade^{1,3}. Globalmente, mais de 500 milhões de mulheres não dispõem de condições suficientes para manejar a menstruação de forma segura, o que evidencia a dimensão do problema e sua relevância para a saúde pública³. A higiene menstrual inadequada, além de comprometer a qualidade de vida, expõe adolescentes a riscos significativos de infecções e outras complicações de saúde^{2,4}.

A falta de conhecimento adequado sobre o ciclo menstrual é um dos principais fatores que dificultam o manejo seguro da menstruação entre adolescentes e mulheres. Muitas meninas vivem o marco da menarca sem informações básicas sobre o funcionamento do ciclo menstrual, anatomia reprodutiva ou práticas de higiene recomendadas, o que está diretamente relacionado à ausência de educação formal e informal, tabus sobre esta temática, levando à tomada de decisões danosas a respeito deste processo natural da saúde da mulher^{2,3}. Como consequência, essas adolescentes recorrem a métodos inadequados de manejo, desenvolvem percepções negativas sobre a menstruação. Essa lacuna educacional reforça desigualdades de gênero e evidencia a necessidade de programas de educação menstrual que promovam conhecimento acessível, seguro e livre de estigmas^{2,4}.

Mitos, tabus e convenções sociais discriminatórias ainda moldam negativamente a experiência menstrual, especialmente em países de baixa e média renda. A falta de informação adequada sobre o ciclo menstrual, aliada à insuficiência de instalações sanitárias apropriadas e materiais absorventes seguros, intensifica a vulnerabilidade das adolescentes e mulheres, que muitas vezes recorrem a métodos improvisados e pouco higiênicos, contribuindo para sentimentos de vergonha, insegurança e desamparo durante o período menstrual^{4,6}.

Todo esse processo, advém a uma dinâmica patriarcal que desqualifica, desvaloriza e inferioriza os corpos femininos dos processos fisiológicos, que busca reafirmar a invisibilidade da menstruação ou, pior, busca-se criar uma ideia de “corpos defeituosos”, como se ciclos menstruais tivessem associados a erros da natureza. Esses ideais são ainda mais sentidos em populações vulneráveis que precisam suportar a necessidade higiênica velada e a falta de recursos a ela

atribuída; logo, nos níveis materiais e simbólicos, a vida de crianças, adolescentes e mulheres são atravessadas pela pobreza menstrual^{1,2,5}.

Além disso, a inadequação das condições de água, saneamento e higiene constitui um determinante importante das dificuldades enfrentadas por mulheres e adolescentes durante a menstruação. A falta de instalações sanitárias dignas, com privacidade e equipadas para o descarte adequado de materiais menstruais é um obstáculo frequente, dificultando o manejo seguro do fluxo menstrual em ambientes escolares e domiciliares^{2,6,7}. Essa limitação estrutural favorece o uso de materiais improvisados e inseguros, contribuindo diretamente para o absenteísmo escolar, já que muitas meninas optam por não frequentar as aulas durante o período menstrual devido ao medo de vazamentos e ao constrangimento associado^{2,6,7}.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi identificar o nível de conhecimento sobre pobreza menstrual e acesso a higiene corporal em mulheres jovens atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, transversal do tipo *survey*, no ambulatório da mulher do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, entre abril e agosto de 2026 com coleta de dados tendo ocorrido entre os meses de maio e julho de 2026. A amostra foi composta por 55 mulheres entre 18 e 25 anos com ciclo menstrual. As mulheres foram abordadas na sala de espera do ambulatório, e aquelas que aceitaram participar da pesquisa, assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram seus dados coletados por entrevista e consulta aos prontuários.

Foram coletadas e analisadas variáveis: sociodemográficas (idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, procedência, trabalho e renda); características de moradia (tipo de casa, número e local de banheiro, dentro ou fora de casa, presença de água encanada e chuveiro dentro ou fora de casa, presença de bacia sanitária e descarga, composição familiar,); hábitos de vida (prática de atividade física, dieta e religião); história reprodutiva (menarca, atividade sexual, número de filhos); relacionadas ao ciclo menstrual (regularidade do fluxo, tipo de fluxo, impacto da menstruação na rotina, uso de absorventes); Conhecimento do termo “pobreza menstrual” e do Programa “Dignidade Menstrual” ou de outras políticas públicas que promovem auxílio à higiene menstrual; Acesso à algum desses auxílios.

Os dados foram coletados, tabulados e organizados em planilhas de Excel e analisados no programa estatístico Stata. As variáveis numéricas foram analisadas por medidas de tendência central e de dispersão. Para variáveis contínuas com distribuição normal, foram utilizadas média e desvio-padrão; para aquelas sem distribuição normal, foram utilizados mediana e intervalo interquartil. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do IMIP, sob o CAAE: 96313326.4.0000.5201 sob o parecer nº 8.341.111 no dia 8 de abril de 2026.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 55 mulheres, com média de idade de 21,7 anos (DP=2,24). Houve predominância de participantes pardas (65,5%), procedentes do interior de Pernambuco (50,9%), do lar (43,6%) e solteiras (74,5%). Quanto à renda familiar, 70,9% apresentavam renda de até dois salários-mínimos. A maioria não estudava atualmente (61,8%), sendo o ensino médio completo o nível de escolaridade mais frequente (38,2%). (Tabela 1)

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas de mulheres atendidas no ambulatório do IMIP, Recife, 2026.

Características sociodemográficas	N =55	%
Idade (em anos): média:21,7 (DP:2,24) Md: 22		
18-21	26	47,3
22-24	29	52,7
Raça		
Branca	12	21,8
Parda	36	65,5
Preta	7	12,7
Procedência		
Recife e demais cidades da RMR	24	43,6
Interior de PE	28	50,9
Outros Estados	3	5,5
Tipo de trabalho / ocupação		
Formal	13	23,64
Informal	2	3,64

Características sociodemográficas	N =55	%
Do lar	24	43,64
Estudante	16	29,09
Fonte de renda (se não trabalha)		
Marido/companheiro	8	14,55
Outro familiar empregado	24	43,64
Renda própria (aposentadoria/benefício)	8	14,55
Não se aplica (trabalha)	15	27,27
Renda familiar (em salários mínimos)		
Menos de 1 SM	4	7,27
Um SM	18	32,73
Dois SMs	17	30,91
Três ou mais SMs	16	29,09
Estuda atualmente		
Sim	21	38,18
Não	34	61,82
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo	6	10,91
Ensino Médio completo	21	38,18
Ensino Superior completo	7	12,73
Não se aplica (estuda atualmente)	21	38,18
Estado civil		
Solteira	41	74,55
Casada	5	9,09
Vive junto	9	16,36

Predominaram moradias de alvenaria ou apartamentos (98,2%), com um banheiro (67,3%), localizado no interior da residência (96,4%). A maioria possuía bacia sanitária com descarga (85,5%), água encanada (89,1%) e chuveiro dentro de casa (94,5%). Em relação à composição

domiciliar, 63,6% residiam com 3 a 4 pessoas, predominando a moradia com outros parentes (58,2%). (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição das características relacionadas à moradia de mulheres atendidas no ambulatório do IMIP, Recife, 2026.

Características da moradia	N = 55	%
Tipo de moradia		
Casa de alvenaria/Apartamento	54	98,2
Casa de madeira	1	1,8
Nº de banheiros na residência		
1 banheiro	37	67,3
2 banheiros	14	25,4
3 ou mais banheiros	4	7,3
Local do banheiro		
Dentro de casa	53	96,4
Fora de casa	2	3,6
Presença de bacia sanitária		
Não	1	1,8
Sim, com descarga	47	85,5
Sim, com balde	7	12,7
Presença de água encanada		
Sim	49	89,1
Não	6	10,9
Presença de chuveiro		
Não	2	3,6
Sim, dentro de casa	52	94,55
Sim, fora de casa	1	1,8
Nº de pessoas na casa		
1-2	16	29,1
3-4	35	63,6
5-6	4	7,3

Características da moradia	N = 55	%
Composição familiar		
Mora sozinha	3	5,5
Mora com cônjuge e filhos	8	14,5
Mora com filhos	6	10,9
Mora com outros parentes	32	58,2
Mora com cônjuge	6	10,9

Em relação aos hábitos e história reprodutiva, observou-se predominância de mulheres que não praticavam atividade física (58,2%), embora 54,5% referissem uma dieta saudável. A maioria declarou-se católica (45,5%), apresentou menarca entre 9 e 12 anos (63,6%), tinha atividade sexual (63,6%) e não possuía filhos (70,9%). (Tabela 3)

Tabela 3: Distribuição das características de hábitos de vida e história reprodutiva de mulheres atendidas no ambulatório do IMIP, Recife, 2026.

Variáveis	N=55	%
Prática atividade física		
Sim	23	41,8
Não	32	58,2
Frequência semanal de atividade física		
Não pratica atividade física	32	58,2
Três a quatro vezes por semana	11	20,0
Cinco a sete vezes por semana	12	21,8
Dieta saudável (auto-percepção)		
Sim	30	54,5
Não	25	45,5
Religião		
Sem religião	13	23,6
Católica	25	45,5
Evangélica	14	25,5

Espírita	1	1,8
Matriz Africana	2	3,6
Idade da menarca (anos)		
9 a 12	35	63,6
13 a 14	18	32,7
17 a 18	2	3,6
Atividade sexual		
Sim	35	63,6
Não	20	36,4
Número de filhos vivos		
Não tiveram filhos	39	70,9
Tiveram um filho	14	25,5
Tiveram dois filhos	2	3,6

Na avaliação dos ciclos menstruais e conhecimento sobre pobreza menstrual a maioria apresentou ciclo menstrual regular (65,5%) e fluxo considerado normal (56,4%), sem alterações na rotina (69,1%) ou nas atividades sociais (69,1%). Os absorventes eram adquiridos principalmente pelas próprias participantes (76,4%). A maior demanda referida foi por banheiros adequados em espaços públicos (87,3%). Embora 61,8% conhecessem o Programa Dignidade Menstrual ou outras políticas, apenas 16,4% compreendiam o termo “pobreza menstrual”, evidenciando uma lacuna entre o acesso à informação e a compreensão do fenômeno social que buscam enfrentar, reforçando a necessidade de ampliar ações educativas e de conscientização sobre saúde e dignidade menstrual. (Tabela 4)

Tabela 4: Distribuição das características relacionadas ao ciclo menstrual conhecimento sobre pobreza menstrual

Variável	N=55	%
Regularidade do ciclo menstrual		
Regular	36	65,5
Irregular	19	34,5
Fluxo menstrual (auto-percepção)		
Pouco	7	12,7
Normal	31	56,4
Muito fluxo	17	30,9
Alteração na rotina		
Não altera a rotina	38	69,1
Evita sair de casa	17	30,9
Alteração na atividade social		
Não evita atividade social	38	69,1
Evita por frustração	2	3,6
Evita por ansiedade	5	9,1
Evita por dor	10	18,2
Quem compra os absorventes*		
Ela mesma	43	76,4

Alguém da família	12	21,8
Outro – busca na escola	1	1,8
Ítem/estrutura que sente falta/desejo**		
Absorvente em casa	10	18,2
Coletor menstrual	10	18,2
Banheiro adequados em espaços públicos	48	87,3
Absorvente na escola/faculdade	18	32,7
Ducha higiênica em casa	14	25,4
Conhecimento do Programa Dignidade Menstrual ou outras políticas		
Sim	34	61,8
Não	21	38,2
Recebe auxílio para absorvente		
PDM (Recebe mas não participa de ação educativa)	8	14.55
Não recebe auxílio	47	85.45
Entende o termo "Pobreza Menstrual"		
Sim	9	16.36
Não	29	52.73
Já ouviu falar	17	30.91

*Todas usam absorventes e consideram importante o uso. ** Neste item a soma não é 100% pois as mulheres poderiam escolher um ou mais itens de necessidade. *** PDM (Programa Dignidade Menstrual)

DISCUSSÃO

O presente estudo, do tipo *Survey* e caráter exploratório, permitiu traçar um panorama sociodemográfico, comportamental e cognitivo sobre a pobreza menstrual entre 55 mulheres jovens atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP. Os achados revelam um cenário aparentemente contraditório: embora a quase totalidade das participantes tivesse relatado acesso e uso de absorventes higiênicos, persistem lacunas expressivas de infraestrutura sanitária, de acesso a políticas públicas e, sobretudo, de compreensão conceitual sobre o próprio termo “pobreza menstrual” – evidenciando que o fenômeno se manifesta muito além da simples disponibilidade de um produto, tal como descrito na literatura internacional sobre saúde menstrual³.

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres jovens e pardas e cerca de metade eram procedentes do interior do estado, o que reflete tanto o perfil demográfico regional quanto o papel do IMIP como serviço de referência que atrai pacientes de fora da capital. Isto pode indicar que a amostra estudada pode representar um subgrupo com maior mobilidade e acesso a serviços especializados.

Quanto à infraestrutura domiciliar, observou-se que, apesar da maioria residir em casas de alvenaria e possuir banheiro dentro de casa, parcelas não desprezíveis da amostra ainda convivem com deficiências sanitárias relevantes: cerca de 11% sem água encanada, 13% utilizam vaso sanitário com descarga manual (balde) e 67% dividem um único banheiro entre todos os moradores da residência. Tais achados corroboram a literatura que aponta o saneamento básico como determinante estrutural do manejo menstrual seguro, mesmo em contextos urbanos^{2,7}. A vulnerabilidade socioeconômica também se expressa na baixa inserção no mercado de trabalho onde apenas cerca de ¼ da amostra tinham trabalho formal, e na dependência de renda de terceiros, onde quase metade, tinham o sustento por outro familiar, configurando um cenário de autonomia financeira limitada que, segundo Cardoso e Santos², associa-se diretamente à dificuldade de priorizar a compra de itens de higiene menstrual.

A idade mediana da menarca foi de 12 anos, o que reforça a importância de iniciar a educação sobre saúde menstrual ainda na infância e no início da adolescência, período em que a ausência de informação tende a ser mais crítica^{2,3}. Além disso, quase dois terços das participantes já apresentavam atividade sexual (63,64%) e mais de um terço já havia engravidado (36,36%) até os 25 anos, achados que reforçam o perfil de vulnerabilidade reprodutiva desta população.

Chama atenção, também, o fato de que, apesar de ser uma população jovem, cerca de 60% não estivessem estudando, o que poderia refletir e retroalimentar o ciclo de vulnerabilidade social discutido na introdução deste trabalho^{2,6}.

Um achado que chama atenção é o fato de 100% das participantes referirem uso de absorventes higiênicos, proporção superior à descrita em estudos africanos e asiáticos sobre manejo menstrual, nos quais o uso de materiais improvisados costuma ser expressivo^{4,6}. Contudo, esse dado isolado não deve ser interpretado como ausência de pobreza menstrual na amostra, pois, como discutido a seguir, persistem necessidades não atendidas relacionadas à infraestrutura e ao acesso a outros itens de higiene menstrual.

Salienta-se o fato de que muitas delas relataram necessidades não atendidas, como falta de banheiros adequados em espaços públicos, falta de absorventes na escola/faculdade ou desejariam ter ducha higiênica em casa. Quase 20% manifestaram interesse em coletor menstrual, alternativa que amplia a possibilidade de escolha informada de materiais preconizada por Hennegan et al.³, mas que ainda é pouco acessível e pouco discutida nos serviços públicos de saúde. Esses achados dialogam diretamente com a definição contemporânea de saúde menstrual proposta por Hennegan et al.³, que a descreve como constructo multidimensional que extrapola o acesso ao absorvente, envolvendo também privacidade, conforto, informação e infraestrutura adequada. Assim, a pobreza menstrual nesta amostra parece se manifestar menos pela falta do produto em si e mais pela precariedade do ambiente e da infraestrutura que cerca o manejo menstrual, sobretudo fora do domicílio.

Foi observado ainda um descompasso entre conhecimento e efetivo acesso ao Programa Dignidade Menstrual (PDM). Embora 62% das participantes conhecessem o programa, apenas 14% efetivamente faziam uso do benefício. Parte dessa disparidade poderia ser explicada pelos próprios critérios de elegibilidade do programa, que exige renda per capita de até R\$ 218,00 mensais e inscrição no CadÚnico – critério mais restritivo do que a realidade socioeconômica relatada por parcela expressiva da amostra, na qual cerca de 30% referiram renda familiar de salário-mínimo. Esse achado sugere a existência de um contingente de mulheres em vulnerabilidade socioeconômica relevante, porém não elegíveis aos critérios formais de “pobreza extrema” adotados pela política pública, apontando uma possível lacuna programática a ser aprofundada em estudos futuros de avaliação de política, como já discutido por Prado¹.

Outro ponto que chama atenção é o achado de que, entre as oito participantes que efetivamente recebiam o benefício do PDM, nenhuma referiu ter participado de qualquer ação educativa vinculada ao programa, recebendo apenas o insumo material. Esse dado reforça a crítica já presente na literatura nacional sobre pobreza menstrual, que aponta a necessidade de políticas públicas que integrem a distribuição de absorventes a estratégias efetivas de educação menstrual, e não apenas ao provimento isolado do produto^{1,2}.

Salienta-se o fato de que apenas uma pequena parcela das participantes soube definir o termo “pobreza menstrual”, mais da metade desconheciam completamente o conceito e cerca de 30% já haviam ouvido falar, sem compreendê-lo. Apesar do não conhecimento do termo as mulheres relataram vivenciar diversas dimensões da pobreza menstrual, como ausência de banheiros adequados, saneamento precário, dependência financeira de terceiros, e, frequentemente não reconheciam nem nomeavam sua própria experiência dentro desse conceito. Essa dissociação entre vivência concreta e consciência conceitual ilustra o processo de invisibilização histórica e cultural da menstruação discutido na introdução deste trabalho, sustentado por tabus e por uma lógica sociocultural que desqualifica e naturaliza as dificuldades enfrentadas pelas mulheres nesse processo fisiológico^{1,5}. Esse achado sugere a relevância de que os serviços de saúde, como o ambulatório de ginecologia onde este estudo foi realizado, também possam ser espaços de escuta e de informação sobre pobreza menstrual, para além do atendimento clínico pontual.

Cerca de um terço das participantes relatou evitar sair de casa durante o período menstrual. Diferentemente do que é frequentemente descrito na literatura internacional sobre absentismo escolar associado à falta de recursos materiais,^{4,6} nesta amostra o principal motivo relatado para a restrição das atividades sociais foi a dor seguida de ansiedade e frustração, e não diretamente a vergonha ou a falta de absorventes. Esse achado sugere possível sobreposição entre pobreza menstrual e sintomas clínicos mal controlados, como a dismenorreia, não devendo ser atribuído exclusivamente a fatores de ordem social ou econômica. Adicionalmente, quase um terço da amostra referiu fluxo menstrual intenso, reforçando a importância de investigar, em estudos futuros, a associação entre padrão de fluxo, sintomas menstruais e desfechos clínicos como anemia ferropriva, ampliando a discussão da pobreza menstrual para além de seus determinantes puramente sociais.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiro, trata-se de amostra de conveniência relativamente pequena, recrutada em serviço único de referência terciária, o que limita a generalização dos achados para a população geral de mulheres em idade reprodutiva de Pernambuco. É possível, inclusive, que o fato de as participantes já estarem inseridas em serviço especializado de saúde represente viés de seleção, subrepresentando mulheres com menor acesso à rede de saúde e, portanto, potencialmente mais vulneráveis à pobreza menstrual do que as aqui entrevistadas. Em segundo lugar, o delineamento transversal e exploratório do estudo permite apenas caracterização descritiva do fenômeno, não sendo possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis socioeconômicas e o manejo menstrual.

Vale destacar que estudos brasileiros sobre pobreza menstrual ainda são escassos, sobretudo na Região Nordeste, de modo que os presentes achados contribuem com dados primários pouco explorados na literatura nacional^{1,2}. Do ponto de vista prático, os achados deste estudo reforçam a necessidade de que os serviços de ginecologia incorporem, de forma sistemática, a educação menstrual às consultas de rotina, e não apenas o manejo clínico de queixas ginecológicas. Reforça-se, ainda, a necessidade de ampliar a divulgação e de revisar os critérios de elegibilidade de programas como o Dignidade Menstrual, de modo a alcançar mulheres em vulnerabilidade social que hoje permanecem fora dos critérios formais de renda, bem como de garantir que a distribuição de absorventes venha sempre acompanhada de ações educativas efetivas. Por fim, o expressivo percentual de mulheres que relatam falta de banheiros adequados em espaços públicos aponta para a necessidade de políticas intersetoriais de infraestrutura sanitária que transcendam o âmbito da saúde, dialogando com áreas como educação, transporte e urbanismo, na perspectiva de garantir a dignidade menstrual de forma integral^{3,7}.

CONCLUSÃO:

Nesta amostra, o perfil sociodemográfico, clínico e reprodutivo de mulheres jovens atendidas no ambulatório de ginecologia foi de mulheres majoritariamente pardas, em grande parte procedentes do interior de Pernambuco, com renda familiar concentrada em um a dois salários-mínimos e histórico marcado por menarca precoce e em atividade sexual. A compreensão do conceito de pobreza menstrual mostrou-se limitada e entre as principais necessidades identificadas destaca-se carência de banheiros adequados e acesso limitado ao absorvente em ambiente escolar.

Conclui-se, portanto, que o enfrentamento da pobreza menstrual exige estratégias que integrem o provimento de absorventes, a ampliação da infraestrutura sanitária e ações efetivas de educação menstrual, com atenção especial ao potencial dos serviços de ginecologia como espaço de escuta e informação sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. PRADO, Isabel Cristina de Almeida. Políticas públicas sobre a saúde menstrual no Brasil: olhares pelas lentes dos movimentos sociais da menstruação. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 29, n. 1, p. 1-17, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2024v29n1e49150>.
2. CARDOSO, Livia F.; SANTOS, Sônia M. C. Pobreza menstrual e seus determinantes sociais no Brasil: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 78, n. 1, 2025.
3. HENNEGAN, Julie et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. *Sexual and Reproductive Health Matters*, Londres, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1911618>.
4. SAHILEDENGLE, Biniyam et al. Menstrual hygiene practice among adolescent girls in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 17, n. 1, e0262295, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262295>.
5. CALAFELL SALA, Núria. La ginecología natural en América Latina: um movimento sociocultural do presente. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 59-78, set./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.04.a>.
6. SOMMER, Marni; SAHIN, Murat. Overcoming the taboo: advancing the global agenda for menstrual hygiene management for schoolgirls. *American Journal of Public Health*, v.

103, n. 9, 2013.

7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Water, sanitation, hygiene and health: a primer for health professionals. Genebra: OMS, 2019