


## Desigualdades en salud de adolescentes en situación de calle\*

Edna Johana Mondragón-Sánchez<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7950-2809>

Patricia Neyva da Costa Pinheiro<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7022-8391>

Lorena Pinheiro Barbosa<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8006-7517>

**Destacados:** **(1)** Contribuir con estrategias para avanzar en la equidad en el acceso a la salud y a la dignidad en la atención al adolescente. **(2)** Comprender las necesidades de salud de los adolescentes en situación de calle. **(3)** Reflexionar acerca de los cuidados en salud de los adolescentes. **(4)** Subsidiar el sistema de salud y reducir las inequidades en salud.

**Objetivo:** evidenciar las desigualdades en salud de adolescentes que viven en situación de calle con base en el marco conceptual de los determinantes sociales en salud. **Método:** investigación de métodos mixtos con enfoque convergente paralelo. La población estuvo formada por adolescentes en situación de calle, cuya muestra fue intencional con saturación de los datos. Los datos cuantitativos se obtuvieron por medio de un cuestionario; y los cualitativos, mediante entrevista semiestructurada. **Resultados:** participaron en el estudio 19 adolescentes en situación de calle, de los cuales 13 (68,4%) con edades entre 16 y 19 años; 11 (57,9%) eran del sexo masculino, tres (15,8%) del sexo femenino y cinco (26,3%), adolescentes trans. Los participantes experimentan diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud y que están directamente relacionadas con los determinantes intermedios de la salud. **Conclusión:** el estudio permitió comprender las desigualdades relativas a la salud de adolescentes en situación de calle y reunió evidencias para estrategias que promuevan la equidad y la dignidad en el cuidado a la salud.





**Descriptor:** Enfermería; Adolescente; Poblaciones Vulnerables; Personas sin Hogar; Determinantes Sociales de la Salud; Efectos Contextuales de las Desigualdades en Salud.

\* Este artículo hace referencia a la convocatoria "La salud del adolescente y el papel de la(o) enfermera(o)". Editado por la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. La publicación de este suplemento contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los artículos se han sometido al proceso estándar de revisión por pares de la revista para suplementos. Las opiniones expresadas en este suplemento son exclusivas de los autores y no representan las opiniones de la OPS/OMS. Artículo parte de la tesis de doctorado "Adolescentes en situación de calle: comprendiendo el contexto y sus determinantes sociales de la salud", presentada en la Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Proceso 141060/2018-2, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade do Quindío, Faculdade de Ciências da Saúde, Armenia, Quindío, Colombia.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Mondragón-Sánchez EJ, Pinheiro PNC, Barbosa LP. Health inequalities among homeless adolescents. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3756. [Access    ]; Available in:  .  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6250.3756>

## Introducción

La permanencia de los adolescentes en situación de calle representa una de las manifestaciones más visibles y extremas de la desigualdad social. Es un problema de múltiples dimensiones, no solo por las causas que lo originan, sino también por la heterogeneidad de la población. Muchos adolescentes que se encuentran en la calle están marcados por profundos rompimientos con sus familias y con su entorno educativo, profesional y social, lo que, sumado a las condiciones de pobreza, los hace vivir realidades precarias en la sociedad<sup>(1)</sup>.

Los adolescentes en situación de calle consideran la calle su espacio de vida y experimentan diferentes situaciones de exclusión social y económica, y privación de la dignidad humana y del bienestar. Esta realidad está presente desde hace al menos un siglo en América Latina<sup>(2)</sup>, teniendo en vista que la calle, para el adolescente, es considerada un espacio de libertad, donde todo está permitido. Sin embargo, hay un aspecto cruel de negación de derechos – como la educación, la salud, el ocio – y de la propia convivencia familiar y comunitaria. Los adolescentes en situación de calle hacen evidente la incapacidad de la sociedad para brindar protección integral a estas personas y la garantía de una vida libre de situaciones de vulnerabilidad y riesgo<sup>(3)</sup>.

El concepto de desigualdad está presente en los textos de organismos internacionales en lo que respecta a los derechos humanos y, más concretamente, en los estudios sobre derechos del adolescente, como el derecho a la libertad, al respeto y a la dignidad; el derecho a la convivencia familiar y comunitaria; el derecho a la profesionalización y a la protección en el trabajo; a la educación, a la cultura, al deporte y al ocio y, por último, a ser protegido de los casos de violencia física o psicológica<sup>(4)</sup>.

En términos generales, se puede decir que los derechos de los adolescentes están incluidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Adolescente, la cual tiene su fundamento moral en la satisfacción de necesidades universales, tales como la nutrición física, la autonomía, la celebración, la integridad, la interdependencia, la recreación y la comunión espiritual. Así, la convención tiene como objetivo garantizar que no exista ninguna especie de desigualdad<sup>(4-5)</sup>.

La mayoría de las enfermedades y todas las desigualdades que resultan de ellas se deben a las condiciones en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen. Este conjunto de factores se denomina determinantes sociales de la salud (DSS), término que resume las dimensiones económicas, políticas, culturales y ambientales<sup>(6-8)</sup>.

Así, el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los determinantes sociales de la salud puede utilizarse para explorar e identificar la manera en que

el contexto social, económico y político de un país influye en las posiciones socioeconómicas de la sociedad, en la que las poblaciones están estratificadas por clase social, género e identidad sexual, etnicidad, ingresos, educación y ocupación<sup>(9-10)</sup>.

Aun así, la posición socioeconómica de un individuo, a su vez, da forma a determinantes específicos del estado de salud, conocidos como determinantes intermedios de la salud. Estos determinantes intermedios incluyen circunstancias materiales y psicosociales, como vivienda, disponibilidad de alimentos, condiciones de vida y apoyo social, así como factores biológicos y de comportamiento<sup>(6-8)</sup>.

En general, los profesionales de la salud tienen dificultades para trabajar con personas en situación de vulnerabilidad. En ese sentido, es importante producir investigaciones sobre esta temática para que la enfermería desempeñe un papel estratégico en el cuidado en salud en este contexto. En la literatura, también se observa que es un tema poco explorado, cuyas evidencias serían relevantes para calificar el cuidado y, así, promover una mayor integración social de los adolescentes en situación de calle, por ser un grupo de riesgo y una vulnerabilidad en la coyuntura actual<sup>(11)</sup>.

La enfermería es una profesión fundamental para la promoción y educación en salud, ya que constituye un campo de acción estratégico para mejorar las condiciones de salud y reducir los factores de vulnerabilidad y riesgo de los adolescentes en situación de calle, que influyen en su salud y que son consecuencia de los DSS. La reestructuración de la política social pública es fundamental para garantizar a todos los miembros de la sociedad recursos fundamentales para compensar las desigualdades de ingresos<sup>(5)</sup>.

Así, las necesidades de salud de los adolescentes podrán ser atendidas desde un cuidado holístico, teniendo en cuenta el cuerpo, la mente, la emoción, el espíritu y el entorno. Por lo tanto, se establece una relación más personal con el ser humano, bajo el cuidado del enfermero, aumentando la confianza y haciendo que la persona sea más receptiva a las orientaciones de salud, lo que ofrece la posibilidad de que el paciente sea responsable de su propia salud y, así, pueda mejorar su calidad de vida. Este estudio brinda la oportunidad de revisar las condiciones de otras personas, como los adolescentes en situación de calle, teniendo en cuenta sus DSS, lo que posibilita cambios en sus vidas destinados a la promoción de la salud.

Por lo tanto, el estudio permite reconocer a los adolescentes como actores y sujetos sociales, con posibilidades de mejorar su capacidad de reflexionar sobre el contexto por medio del estímulo a su desarrollo y a la adopción de conductas saludables<sup>(5,9-10)</sup>. Con respecto a las lagunas de conocimiento, faltan estudios en el ámbito de la enfermería que pongan de manifiesto las necesidades de salud de los adolescentes en situación de calle, las relaciones interpersonales entre ellos y con los

profesionales que les brindan asistencia, así como sus experiencias personales en el contexto de vulnerabilidad y riesgo<sup>(12)</sup>. En vista de lo anterior, este artículo tiene como objetivo evidenciar las desigualdades en salud de los adolescentes en situación de calle con base en el marco conceptual de los determinantes sociales en salud.

acercamiento a los adolescentes en la calle. Cabe resaltar que dicho programa forma parte directamente de la Fundación del Niño y de la Familia Ciudadana (Funci), vinculada al Ayuntamiento de Fortaleza (CE).

**Método**

**Tipo de estudio**

Este es un estudio de métodos mixtos con enfoque convergente paralelo<sup>(13-16)</sup>.

**Período y lugar de estudio**

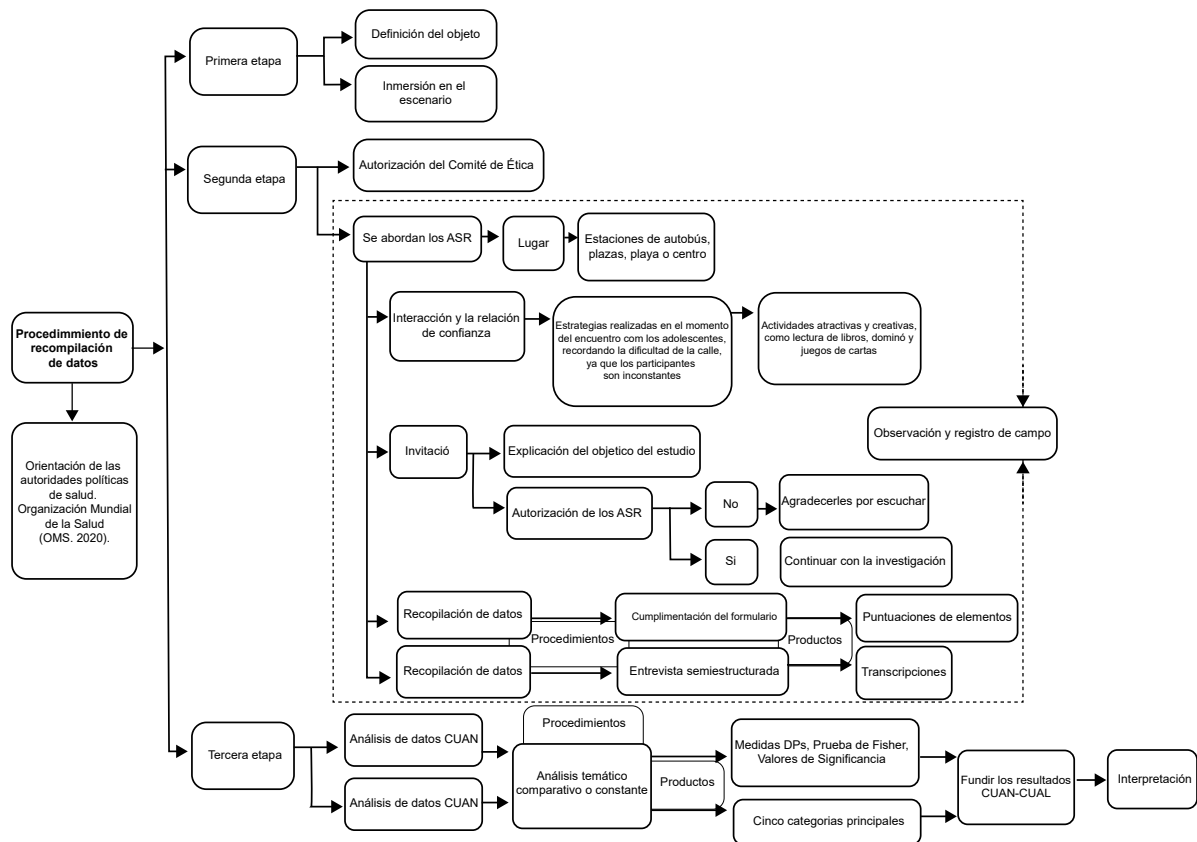
El estudio se realizó entre junio del 2020 y junio del 2021, con la aplicación de entrevistas en estaciones de autobús, supermercados, centros comerciales, calles, plazas, playas, avenidas de gran afluencia, zonas comerciales y turísticas. Hubo articulación del proyecto con los educadores sociales del Programa Puente de Encuentro, que apoya el

**Población y muestra**

La población estuvo formada por adolescentes en situación de calle, cuyo proceso de muestreo fue intencional, usando la saturación de los datos como criterio para el número de observaciones. La muestra estuvo formada por un grupo heterogéneo en términos de identidad de género, edad, raza e historias de vida, con un contexto común: el de la pobreza extrema, los vínculos familiares interrumpidos o debilitados<sup>(3-17)</sup>.

**Procedimiento de recopilación de datos e instrumentos**

La recopilación de datos se articuló en tres etapas: definición del objeto, trabajo de campo y análisis de datos (Figura 1), cuyos procedimientos se describen a continuación.



Fuente: Elaborado según las pautas de investigación con niños y adolescentes en situación de calle (2018) y Creswell y Clark<sup>(14)</sup>

Figura 1 - Procedimiento de recopilación de datos

Cabe destacar que los datos cuantitativos se obtuvieron por medio de un cuestionario con preguntas

sociodemográficas; y los datos cualitativos, por medio de un guion de preguntas en una entrevista semiestructurada.

## Análisis de los datos

El análisis de los datos cuantitativos se dio por medio del *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 25.0 for Windows. Se aplicaron las pruebas inferenciales mediante la prueba de Fisher y de la prueba de chi-cuadrado. El análisis de los datos cualitativos se realizó por medio del análisis del discurso respaldado por las reflexiones sobre los marcos de los determinantes sociales de la salud, con la ayuda del *software ATLAS.ti9*, con Licencia No. L-24E-AD0. Para los datos cualitativos, se realizó una codificación sistemática descrita a continuación<sup>(18)</sup>:

**Codificación abierta:** procedimiento analítico mediante el cual se fracturaron y se abrieron los datos para evidenciar los pensamientos, las ideas y significados de los adolescentes, con el fin de descubrir, etiquetar y desarrollar conceptos. Se siguieron las etapas inductivas, y las categorías de datos se colocaron sin condiciones previas.

**Codificación axial:** se produjo estableciendo relaciones jerárquicas con la subcategoría propiedades y dimensiones, en torno a la categoría considerada como eje, obteniéndose así un esquema que facilita la comprensión de los fenómenos y proporciona una forma de configurar las categorías centrales.

**Codificación selectiva:** permitió la relación conceptual y teórica entre los códigos y subcategorías, es decir, la teorización. Se resalta que los entrevistados están representados con la letra "E" y numerados sucesivamente a medida que fueron incluidos en la investigación, con el objetivo de preservar sus identidades.

## Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Federal de Ceará, bajo el dictamen 4.430.75/2020, y cumple con las disposiciones éticas y legales contenidas en la Resolución 466/12 y en la Resolución 510 del Consejo Nacional de Salud<sup>(19-20)</sup>. Todos los adolescentes fueron debidamente informados sobre los objetivos del estudio. Se solicitó a los participantes que leyeran y firmaran el Término de Asentimiento (AT), sin embargo, como muchos no sabían leer, la investigadora se lo leyó en voz alta y grabó su aceptación. En los casos en que los adolescentes tenían padres o tutores legales, estos también firmaron el Consentimiento Libre, Previo e Informado (CLPI).

## Resultados

Participaron en el estudio 19 adolescentes en situación de calle, de los cuales 13 (68,4%) tenían entre 16 y 19 años. Con respecto a la identidad de género,

11 (57,9%) eran hombres, tres (15,8%) eran mujeres y cinco (26,3%), transgénero. En cuanto al color de la piel, 15 (78,9%) se autodenominaron no blancos (pardos y negros). En cuanto al origen, 14 (73,7%) eran de Fortaleza. Sobre el tiempo en la calle, nueve (47,4%) llevaban entre 2 y 12 años en la calle y 10 (52,6%) llevaban allí seis meses. Se observó que ninguno de los participantes estuvo en la calle en el período comprendido entre seis meses y un año. En lo que respecta a los ingresos semanales, 10 (52,6%) adolescentes recibían entre 100 y 180 reales y nueve (47,4%) recibían entre 200 y 300 reales.

Los adolescentes en situación de calle experimentaron diferencias en la exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud y que estaban directamente relacionadas con los determinantes intermedios de salud. De acuerdo con los datos de la investigación, la categoría central *desigualdad de salud de los adolescentes en situación de calle* fue compuesta por dos subcategorías: sistema de salud, y salud y bienestar.

## Sistema de salud

Cuando se habla de sistema de salud, se entiende que se trata de la respuesta social organizada a los problemas de salud de una determinada población e implica el acceso a servicios e instalaciones de atención a las personas con enfermedades y problemas de salud. En esta investigación, se observó que, aunque el derecho a la salud esté constitucionalmente garantizado, no es ejercido de forma equitativa e integral por toda la población brasileña. Según los participantes, esa percepción está asociada al tipo de atención brindada, a las características de las enfermedades y dolencias, a los lugares a los que acuden en caso de problemas de salud y la falta de documento de identificación (Tabla 1).

En cuanto a portar el documento de identificación, solo nueve (47,4%) adolescentes tenían certificado de nacimiento/matrimonio y cinco (26,3%) tenían cédula de identidad y certificado de nacimiento/matrimonio. La falta de documentación afecta la atención a la salud, ya que, como se muestra en las declaraciones siguientes, se negó la atención a los adolescentes. Uno de ellos salió de las unidades y su estado de salud empeoró en la calle:

[...] *No, pero parece que tengo problemas mentales. No tenemos problema con estar en la calle, solo tenemos esas tonterías de peleas de personas de la propia casa, pero aparte de eso dormimos bien [...]. La mayor parte del tiempo me quedo en la calle, porque se necesita un documento y yo no lo tengo (E19).*

En cuanto al hecho de portar un documento de identificación y su asociación con el rango de edad, identidad de género y raza, el estudio no mostró asociación estadísticamente significativa entre estas variables (Tabla 2).

Tabla 1 - Datos sociodemográficos: enfermedades y problemas de salud, lugares de salud y documento de identificación. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Tenencia/porte de documento de identificación			
Certificado de nacimiento/matrimonio	9	47,4	47,4
Documento de identidad	2	10,5	57,9
Documento de identidad y certificado de nacimiento/matrimonio	5	26,3	84,2
Documento de identidad, NIF <sup>*</sup>	2	10,5	94,7
No lo tiene	1	5,3	100,0
Enfermedades y problemas de salud en la calle			
Sí	9	47,4	47,4
No	10	52,6	100,0
Lugar al que acude en caso de enfermedad			
Centro de salud	8	42,1	42,1
Hospital/UPA <sup>†</sup>	9	47,4	89,5
No sabe/no se acuerda	2	10,5	100,0

\*NIF = Número de Identificación Fiscal; <sup>†</sup>UPA = Unidad de Urgencias

Tabla 2 - Análisis bivariado de la asociación documento de identificación, rango de edad, identidad de género y raza. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variable	Prueba	Valor	Grados de libertad	P valor
Con documento de identificación/ Rango de edad	Chi-cuadrado de Pearson	1,310	1	0,252
	Razón de verosimilitud	1,326	1	0,250
	Asociación lineal por lineal	1,241	1	0,265
	N.º de casos válidos	19		
Con documento de identificación/ Raza	Chi-cuadrado de Pearson	6,632	4	0,157
	Razón de verosimilitud	7,250	4	0,123
	Asociación lineal por lineal	0,010	1	0,920
	N.º de casos válidos	19		
Enfermedades y problemas de salud en la calle/ Rango de edad	Chi-cuadrado de Pearson	3,161	4	0,531
	Razón de verosimilitud	4,603	4	0,330
	Asociación lineal por lineal	0,934	1	0,334
	N.º de casos válidos			
Enfermedades y problemas de salud en la calle/ Identidad de género	Chi-cuadrado de Pearson	4,852	2	0,088
	Razón de verosimilitud	6,125	2	0,047
	Asociación lineal por lineal	4,546	1	0,033
	N.º de casos válidos	19		
Enfermedades y problemas de salud en la calle/ Raza	Chi-cuadrado de Pearson	1,552	1	0,213
	Razón de verosimilitud	1,598	1	0,206
	Asociación lineal por lineal	1,470	1	0,225
	N.º de casos válidos	19		

La investigación evidenció, con relación a las enfermedades y problemas de salud en la calle, que 10 (52,6%) adolescentes no relataron ningún problema de salud, en cambio, nueve (47,4%) relataron alguna enfermedad o problema de salud (Tabla 1). Las siguientes narrativas muestran que las enfermedades y los problemas de salud más frecuentes fueron: malaria, micosis, gastritis, problemas respiratorios, diabetes tipo 1 y enfermedades mentales como la depresión:

[...] Ah... no, solo tengo gastritis y problemas respiratorios (E9).  
[...] No, solo tengo problemas psicológicos [...]. Sí, me diagnosticaron depresión, crisis de ansiedad y trastorno de pánico [...]. Sí, cuando tengo una crisis, voy allí de inmediato para poder mejorar. [...] Solo seguimiento médico, porque tengo problema de diabetes tipo 1 [...]. Exacto, entonces mi pierna está toda lastimada porque tuve alergia al sol y me terminé lastimando mucho y, a veces, como comida pesada y tarda en cicatrizar (E18). [...] Es micosis (E19).

La población en situación de calle ha aumentado en los últimos años en Brasil<sup>(21)</sup> y comprender su percepción sobre el cuidado de la salud es el primer paso para atender sus necesidades de forma humanizada y crear un vínculo entre esta población y el servicio de salud, teniendo en cuenta que varias enfermedades pueden agravarse debido a la permanencia en situación de calle.

En cuanto al lugar al que acuden en caso de enfermedad, nueve (47,4%) adolescentes acuden al hospital/unidad de cuidados de emergencia (UPA) y ocho (42,1%) prefieren acudir al centro de salud, unidad básica de salud (Tabla 1). Sus discursos hacen referencia al uso de ambos lugares y algunos optan por no ir a ningún sitio:

[...] Tía, cuando me enfermo no se lo digo a nadie, en la UPA tiene prejuicios [...]. Me quedo acostado (E4). [...] A veces voy al centro de salud a buscar medicamentos, pero a veces no los tienen [...]. Sí, el centro de salud. (E6).

A pesar de mencionar los lugares, se evidencia la preferencia por acudir al centro de salud, ya que consideran peor la atención en la UPA:

[...] Incluso cuando tengo un dolor de muelas, voy allí [al centro de salud]. Me atienden bien, llego, me piden el documento, van, apuntan mi nombre y no sé qué [...]. Solo la UPA me pareció, así, mala, porque en la UPA, llegaba allí, y tardaba como dos o tres horas para ser atendido y no era atendido y me iba, creo que no les gustamos, la gente de la calle [...]. El centro de salud creo que es mejor, por eso cuando tengo un problema simple, voy al centro, lo soluciono pronto, y es rápido (E16).

### Salud y bienestar

Cuando se habla de bienestar, la idea es adoptar actitudes o comportamientos que mejoren la calidad de vida, para alcanzar un estado óptimo de salud. Así, es innegable la complejidad de la salud y del bienestar, independientemente de la perspectiva desde la que se aborden estos aspectos, especialmente cuando se considera a los adolescentes en situación de calle. La fragilidad de la salud y del bienestar está asociada a las condiciones de los lugares donde duerme la gente, con quién duerme y a la calidad/cantidad de sueño, alquiler (si es el caso), alimentación en la calle e higiene personal (Tabla 3).

Tabla 3 - Características de los lugares donde duermen los adolescentes, con quién duermen y la calidad/cantidad de sueño, alquiler, alimentación en la calle e higiene personal. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Duerme en casa	6	31,6	31,6
Duerme en la calle	13	68,4	100,0
Duerme solo	11	57,9	57,9
Duerme con pareja	8	42,1	100,0
Compra su comida	12	63,2	63,2
Come en un restaurante popular	7	36,8	100,0
Higiene personal en la calle	4	21,1	21,1
Higiene personal en el baño público	11	57,9	78,9
Higiene personal en casa de sus padres/En su casa	4	21,1	100,0

Se constató que 13 (68,4%) adolescentes duermen en la calle y lo hacen en varios lugares, como la playa, viaductos, plazas y estaciones de autobús. A los seis adolescentes que duermen en casa les gusta estar en la calle durante el día y buscan dinero durante

este período. Sobre con quién duermen, 11 (57,9%) duermen solos y ocho (42,1%) duermen con su pareja (Tabla 2). Las siguientes declaraciones refuerzan las desigualdades permanentes que experimentan los adolescentes:



[...] *Dormía debajo de un solo viaducto, buscando un rincón seguro (E1). [...] Dormía debajo de un bote que se quedaba boca abajo, y yo dormía debajo de él. Solo (E3). [...] Hay días que dormimos allí, en la Praça do Ferreira con mi pareja [...]. Cerca de la playa, en Dragão do Mar, un lugar donde podemos estar seguros (E6).*

Con respecto a la calidad/cantidad del sueño, los entrevistados afirman que no es buena, ya que el contexto de la calle es de violencia, intranquilidad y situaciones inesperadas y de riesgo, que pueden ocurrir mientras duermen. Sienten miedo al dormir por la noche, por lo que prefieren dormir de día:

[...] *Dormía solo en una parada de autobús. [...] Y así iba. A veces, cuando dormía en la calle aquí en Fortaleza, la policía me dio una paliza, porque me pillaron de madrugada en un callejón, porque vivía en una favela, y ahí me pegaron (E11). [...] Sí, no duermo bien en la calle, esas cosas de la noche, del miedo; así que a menudo prefiero dormir durante el día (E13).*

En este estudio, los adolescentes en situación de calle buscaron un lugar considerado seguro y escondido, en el que pudieran pasar la noche. En esta coyuntura, cuidarse en la calle implica la posibilidad de dormir de día y de noche, aunque no existan puertas y ventanas en las calles que garanticen la seguridad y la privacidad<sup>(14)</sup>.

El uso de una casa como un espacio para dormir es mencionado por algunos adolescentes como desafiante. Siempre que pueden, alquilan un lugar para descansar:

[...] *Todos los días vengo a pelear, tengo una hija, pago el alquiler, gracias a Dios todos los días saco mi "sustento" de aquí y lo llevo a casa (E15). [...] No. Estoy alquilando una pequeña habitación para poder dormir [...]. Dormía en las plazas. No tenía un lugar para dormir, no. Ahora me las arreglé para alquilar un rinconcito (E8).*

Con respecto al lugar en el que duermen, con quién duermen y su asociación con el rango de edad, identidad de género y raza, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre estas variables (Tabla 4).

Tabla 4 - Análisis de asociación bivariado de las variables lugar donde duermen, con quién duerme y calidad/cantidad de sueño, alquiler, alimentación en la calle e higiene personal. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variable	Prueba	Valor	Grado de libertad	P-valor
Donde duermen / Rango de edad	Chi-cuadrado de Pearson	1,377	1	0,241
	Razón de verosimilitud	1,336	1	0,248
	Asociación lineal por lineal	1,305	1	0,253
	N.º de casos válidos	19		
Con quién duermen/ Rango de edad	Chi-cuadrado de Pearson	0,224	1	0,636
	Razón de verosimilitud	0,223	1	0,637
	Asociación lineal por lineal	0,212	1	0,645
	N.º de casos válidos	19		
Alimentación diaria/ Rango de edad	Chi-cuadrado de Pearson	0,046	1	0,829
	Razón de verosimilitud	0,047	1	0,829
	Asociación lineal por lineal	0,044	1	0,834
	N.º de casos válidos	19		
Lugar de higiene personal/ Rango de edad	Chi-cuadrado de Pearson	4,484	2	0,106
	Razón de verosimilitud	4,270	2	0,118
	Asociación lineal por lineal	3,196	1	0,074
	N.º de casos válidos	19		
Donde duermen/ Identidad de género	Chi-cuadrado de Pearson	3,292	2	0,193
	Razón de verosimilitud	4,722	2	0,094
	Asociación lineal por lineal	1,498	1	0,221
	N.º de casos válidos	19		
Con quién duermen/ Identidad de género	Chi-cuadrado de Pearson	5,276	2	0,072
	Razón de verosimilitud	6,439	2	0,040
	Asociación lineal por lineal	4,975	1	0,026
	N.º de casos válidos	19		

(continúa en la página siguiente...)

Variable	Prueba	Valor	Grado de libertad	P-valor
Alimentación diaria/ Identidad de género	Chi-cuadrado de Pearson	2,122	2	0,346
	Razón de verosimilitud	3,120	2	0,210
	Asociación lineal por lineal	0,834	1	0,361
	N.º de casos válidos	19		
Lugar de higiene personal/ Identidad de género	Chi-cuadrado de Pearson	2,486	4	0,647
	Razón de verosimilitud	3,470	4	0,482
	Asociación lineal por lineal	0,707	1	0,400
	N.º de casos válidos	19		
Donde duermen / Raza	Chi-cuadrado de Pearson	0,101	1	0,750
	Razón de verosimilitud	0,105	1	0,746
	Asociación lineal por lineal	0,096	1	0,756
	N.º de casos válidos	19		
Con quién duermen/ Raza	Chi-cuadrado de Pearson	0,130	1	0,719
	Razón de verosimilitud	0,128	1	0,720
	Asociación lineal por lineal	0,123	1	0,726
	N.º de casos válidos	19		
Alimentación diaria/ Raza	Chi-cuadrado de Pearson	0,377	1	0,539
	Razón de verosimilitud	0,368	1	0,544
	Asociación lineal por lineal	0,357	1	0,550
	N.º de casos válidos	19		
Lugar de higiene personal/ Raza	Chi-cuadrado de Pearson	1,360	2	0,507
	Razón de verosimilitud	2,167	2	0,338
	Asociación lineal por lineal	1,010	1	0,315
	N.º de casos válidos	19		

Con respecto a la alimentación, se constató que 12 (63,2%) adolescentes compran su comida y siete (36,8%) comen en un restaurante popular, pero en sus discursos se percibe una sensación desagradable de tener hambre, que los lleva a pasar por varias experiencias en la calle para poder comer:

[...] *Temprano por la mañana él me da un bollo y una empanada para comer. El café yo me lo compro, compro café para desayunar. Entonces en el almuerzo, cuando no lo recojo aquí, entonces solo sobre las 3 de la tarde. Entonces a las 3 voy allí y lo recojo, porque es la hora en que cierran y siempre sobra comida, no de la gente que come, pero siempre sobra comida y él se la da a las personas sin hogar. Entonces así voy viviendo* (E16). [...] *Entonces, vine a buscar comida en la basura y a comer comida de la basura, algo que no iba a comer y esas cosas, no voy a humillar a mi hermano, porque incluso llegué a humillar a mi hermano, yo era pequeño, humillé a mi hermano, porque él era de la calle. Así que hoy estoy pasando por esto, y ahora sé lo que él sufría* (E19).

Por otra parte, el aseo personal es una de las actividades más difíciles de llevar a cabo por parte de

los adolescentes en situación de calle. Los hallazgos muestran que 11 (57,9%) adolescentes realizan su higiene personal en el baño público, como los contenedores. Así, la higiene es un recurso escaso en situación de calle. Ante la ausencia de acciones por parte del poder público, los adolescentes recurren a recursos informales, como la propia calle, pero con mayores dificultades:

[...] *No puedo ducharme bien. Era un poco difícil* (E1). [...] *Me bañaba así: había una fuente [...]. Había una piedra grande, donde arriba estaba el restaurante y había un gran tubo de donde caía agua. El agua salía con fuerza, caía fuerte, entonces yo iba allí y me mojaba y como no tenía ropa para cambiarme, esperaba a que se secara muriéndome de frío* (E3). [...] *Hay un cobertizo [contenedor] allí, que ofrece baño gratis a los que viven en la calle* (E13).

Según los relatos de los adolescentes, existen dos unidades de baño, denominadas Higiene Ciudadana, que están abiertas todos los días de 9 a 19 horas. Una de las unidades está ubicada en la playa y contiene veinte baños con ducha y un espacio dedicado a la higiene personal. El otro es un cobertizo, en el centro de la ciudad, que ofrece



12 baños, lavabos externos y dispensadores de agua. En estos espacios también hay acceso a alimentos y agua. Cada unidad realiza un promedio de cien atenciones al día.

## Discusión

El estudio tuvo como objetivo resaltar las desigualdades en salud de los adolescentes que viven en la calle con base en el marco conceptual de los determinantes sociales en salud. Se constató una realidad muy crítica vivida por estos adolescentes, con importantes privaciones de educación, ingresos, vivienda, alimentación y dignidad humana. El rango de edad se concentró entre las edades de 16 y 19 años, lo que también fue confirmado por una encuesta nacional que analizó el perfil socioeconómico y demográfico de los adolescentes en situación de calle, desde la perspectiva de las condiciones socioculturales<sup>(23)</sup>, verificando la presencia de hombres cisgéneros y hombres trans adolescentes. Esos datos coinciden con otro estudio realizado en las calles del centro de Toronto, Canadá, en el año 2018, que menciona el aumento de la población lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT) en situación de calle<sup>(24)</sup>.

Con respecto al color de la piel, la mayoría de los adolescentes se autodeclaró parda y negra. Se observa una coyuntura social relacionada con el racismo estructural, dato similar al encontrado en un estudio nacional, en el que el 80,9% de los participantes eran pardos y negros<sup>(21-23)</sup>.

Con respecto al tiempo en la calle, se observó un período de más de seis meses, lo que confirma la estimación de la población en situación de calle en Brasil. El número de personas en la calle aumentó debido a la crisis de la pandemia de covid-19, como sucedió en Nueva Escocia (Cabo Bretón), principalmente por cuestiones económicas, como el aumento del desempleo y de la pobreza, factores importantes para la explicación de lo ocurrido<sup>(25-27)</sup>.

Se evidenció que los contextos en los que se insertan los adolescentes que viven en la calle, las formas en que viven y están en el mundo revelan prácticas diversas de cuidado. El sistema de salud y el bienestar son factores clave para el desarrollo de la sociedad y el logro de la equidad en salud. En ese sentido, el abordaje de los DSS permite comprender la distribución de los recursos de salud y cómo esta oferta de atención ha posibilitado la promoción de la justicia social y el acceso a los servicios por parte de la población vulnerable.

Los valores de igualdad y justicia social existentes en una sociedad, así como el funcionamiento de los servicios de salud para combatir las inequidades del cuidado, son claros indicadores que deben ser analizados a la luz de los estudios científicos, en el sentido de producir evidencias para las políticas públicas y la propia coherencia interna de estas políticas y su implementación en los diferentes sectores<sup>(28-30)</sup>.

Por lo tanto, comprender el concepto de desigualdades en salud es esencial para el cuidado en salud. El autocuidado tiene una fuerte relación con la satisfacción de las necesidades de salud, entendidas no como la ausencia de enfermedades<sup>(30)</sup>, sino dentro de la lógica intercultural y de la intersubjetividad de la existencia y dignidad humana.

Las desigualdades expresan las condiciones de vulnerabilidad y están íntimamente relacionadas con ellas, por lo que es fundamental que sean captadas desde la subjetividad de los participantes. Desde esta perspectiva, los adolescentes en situación de calle son heterogéneos, presentan características propias, como valores, significados, atributos, estructura personal, estrategias de supervivencia y condiciones de vida. Estas características diferentes demandan una diversidad de necesidades debido a las desigualdades.

Es relevante considerar que la pobreza, entre las diversas causas posibles, constituye uno de los elementos que impide al individuo satisfacer sus necesidades debido a las desigualdades, así como dónde dormir, la higiene personal, la alimentación y el acceso a la salud. Tal contexto afecta su desarrollo físico, psicológico y social<sup>(31-32)</sup> y, en consecuencia, puede influir en la permanencia de los adolescentes en situación de calle, como se muestra en este estudio.

Podemos decir que muchas vulnerabilidades de los adolescentes se agravaron durante la pandemia. Entre quienes están permanentemente en la calle, está la imposibilidad de cumplir con la regla que estuvo vigente durante la fase de cuarentena, que fue "quédate en casa". Quedarse en casa en aislamiento social presupone tener un hogar, y el estudio se enfrenta a una falta de oferta por parte del poder público de alternativas para dicho aislamiento social<sup>(21)</sup>.

Desde esta perspectiva, dormir en la calle – en lugares como la playa, viaductos, plazas y estaciones de autobús – representa una realidad compleja que puede afectar la salud de los adolescentes. Sitios similares fueron indicados en un estudio longitudinal realizado con niños y adolescentes en situación de calle en tres capitales brasileñas<sup>(33)</sup>.

Dormir en la calle es una práctica que genera dudas, angustias, miedos y la búsqueda de lugares adecuados (seguros) por parte de los participantes. Mencionaron preferir dormir durante el día por su seguridad, resultados similares a los encontrados en otros estudios, como el que se realizó con 251 personas (de 20 a 60 años) en situación de calle en São Paulo, que mostró que el 65% mencionó inseguridad en las calles y el 45,7% dijo haber sufrido agresiones en el último mes<sup>(34)</sup>. Otro estudio, con 244 adultos en situación de calle en Dallas, en el estado de Texas, en Estados Unidos, mostró que el sueño inadecuado, con menos horas de descanso, es un aspecto que influye en el proceso salud/enfermedad de estas personas, lo que

resulta en trastornos del estado de ánimo y en una mala autoevaluación de la salud<sup>(35)</sup>.

Los adolescentes que pasan a vivir en situación de calle se enfrentan a un entorno vulnerable, diverso y hostil, enfrentando a diario situaciones de violencia, hambre y miedo al dormir, debido a sus propios DSS, a la falta de vivienda, dinero, documentos de identidad – elementos indispensables a la ciudadanía – y dificultad para recibir cuidados en salud.

Con respecto a la alimentación en la calle, se evidenció que es difícil mantener los hábitos alimenticios. Cuando hay acceso a la alimentación, esta es precaria y no cubre las reales necesidades energéticas y nutricionales diarias de un adolescente, lo que compromete su salud y bienestar. Resultados similares se encontraron en un estudio etnográfico realizado en Toronto, Canadá, con nueve adolescentes sin hogar (19-24 años), quienes destacaron la falta de comida, así como la dificultad para mantener los hábitos alimenticios<sup>(36)</sup>.

Para la población de calle, la alimentación y el aseo personal son las principales actividades que requieren atención<sup>(37)</sup>. La obtención de alimentos y el aseo personal son aún más desafiantes en el contexto de aislamiento social. Es válido decir que la falta de acceso a estos artículos básicos genera baja de autoestima, situaciones de humillación, enfermedad, tristeza y violencia.

El aseo personal nunca ha sido considerado tan importante entre la población económicamente privilegiada, como sinónimo de supervivencia, como lo ha sido en la actualidad para la prevención de la covid-19. Se hizo imperativo que todas las personas se laven las manos, se duchen, mantengan limpias sus casas y su ropa. Los servicios que ya actúan en el cuidado de esta población son escasos y en Fortaleza existe el programa Higiene Ciudadana, cuyas unidades son suficientes para toda la población, y fueron creadas a raíz de la pandemia.

El acceso al agua, a las condiciones sanitarias y a la higiene son derechos humanos universales, garantizados por el gobierno brasileño en acuerdos internacionales, que influyen en la salud y el bienestar. La Agenda Global 2030 tiene como meta, para el 2030, ofrecer a todas las personas condiciones sanitarias (tratamiento de aguas residuales y baños), agua adecuada para beber y agua para la higiene (con oferta de jabón)<sup>(37)</sup>.

Sin embargo, todavía se requiere inversión para lograr esta meta. Según la Organización Mundial de la Salud, en los países de América Latina, solo el 22% de la población tiene acceso a servicios sanitarios seguros, mientras que en América del Norte y en Europa la cobertura alcanza el 78 % de la población<sup>(38)</sup>. Si para la población en general el desafío de lograr las metas es grande, para la población que vive en la calle es urgente.

Los adolescentes se enfrentan a numerosas dificultades para satisfacer sus necesidades, sobre todo en lo que se

refiere al baño, lo que muchas veces los lleva a no practicar este autocuidado, lo que afecta su aspecto físico y olor y hace que sean víctimas de prejuicios y exclusión. Datos similares fueron mostrados en una encuesta con personas en situación de calle, realizada en las ciudades de São Paulo y Salvador, en la que se afirma que la condición de sin hogar asociada a la suciedad y a la higiene precaria o el mal olor son factores que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud y aumentan la exclusión social y el prejuicio<sup>(38-40)</sup>.

Desde esta perspectiva, se evidencia que las enfermedades y los problemas de salud más prevalentes fueron la malaria, las micosis, la gastritis, los problemas respiratorios, la diabetes tipo 1 y las enfermedades mentales, especialmente la depresión. Se encontraron resultados diferentes en un estudio japonés y en una revisión sistemática sobre personas en situación de calle, en el que las principales enfermedades y problemas de salud de este grupo fueron el abuso de sustancias psicoactivas, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/sida, trastornos mentales y problemas dentales, dermatológicos y gastrointestinales<sup>(40-41)</sup>.

El estudio también evidenció una limitación en el número de programas y servicios de asistencia a la salud dirigidos a los adolescentes en situación de calle. Además, cuando estos servicios están presentes, la no atención de la población en situación de calle por falta de documentos de identificación es un fenómeno comúnmente observado. Debido a esta situación, es de suma importancia que la red de atención de salud esté estructurada para atender las necesidades de esta población. El Programa Consultorio en la Calle fue un hito que generó avances en la forma de organizar la asistencia a este grupo social. Sin embargo, en el escenario bajo estudio solo hay un consultorio, lo cual no es suficiente, teniendo en cuenta la alta demanda observada.

La investigación señala que el difícil acceso a los servicios de salud en consecuencia de la falta de documentos de identificación es una realidad que experimentan los adolescentes en situación de calle. La literatura muestra resultados similares en estudios sobre la exigencia de documentación, restricción en la atención de la demanda espontánea, límites en la actuación intersectorial, prejuicios, entre otras demandas, creando vínculos precarios para las personas en situación de calle<sup>(42-44)</sup>.

Algunos participantes destacaron la discriminación cuando buscaban atención en los servicios de salud, como la UPA. Estudios indican que la demora y la dificultad para buscar atención se debe al prejuicio y a la discriminación sufridos por la condición de higiene, vestimenta, olor, falta de documentación para la identificación y el registro, además de episodios anteriores de mala atención e incluso prohibición de entrada a establecimientos públicos<sup>(40)</sup>.

Con base en la premisa del concepto ampliado de salud, entendida como un fenómeno social cuya producción está permeada por el contexto en el que viven los individuos y las comunidades, como los adolescentes en situación de calle<sup>(45)</sup>, contemplar todos los aspectos de sus necesidades individuales y colectivas requiere la adopción de un concepto de cuidado más amplio, capaz de viabilizar la construcción de estrategias de salud que tengan como objetivo intervenir en los problemas y determinantes intermedios de la salud relacionados con el proceso de salud y bienestar.

Comprender el concepto de desigualdades es fundamental en el trabajo en salud y en la práctica de la enfermería. Las desigualdades deben entenderse dentro del universo simbólico y de la intersubjetividad, considerando que cambian según el lugar social que la persona ocupa en el mundo, de su interpretación del mundo y de la cultura<sup>(45-46)</sup>, por lo que es estratégico comprenderlas desde la subjetividad de los individuos y grupos sociales<sup>(47)</sup>.

Desde esa perspectiva, es importante pensar en proyectos futuros para la actuación de la enfermería sensible a los DSS de los adolescentes en situación de calle, que abarque el nivel político, epistemológico y técnico, dentro y fuera del sistema de salud. La enfermería como práctica social propone comprender y atender las necesidades de los adolescentes en situación de calle, tanto en el ámbito individual como colectivo, además de buscar promover las potencialidades de su desarrollo y dignidad humana.

Como limitaciones del estudio, se destaca que la recopilación de datos en la calle es un proceso desafiante debido a la movilidad de los adolescentes y a los lugares de difícil acceso. El estudio también trabajó con una muestra de conveniencia, lo que impide la generalización de los resultados.

La investigación contribuye al avance del conocimiento y de la praxis en enfermería y salud al trabajar con poblaciones vulnerables, contribuyendo al desarrollo de políticas públicas dirigidas a los adolescentes en situación de calle, que aseguren, en el dominio jurídico, los derechos sociales, es decir, el derecho a la educación, a la salud, a la alimentación, al trabajo, a la vivienda, al ocio, a la seguridad, a la seguridad social, a la protección a la maternidad y a la infancia. El estudio también permite reflexiones sobre nuevas políticas para los adolescentes, más inclusivas, que les permitan ser reconocidos como sujetos de derechos que necesitan de protección por el Estado de derecho.

## Conclusión

Esta investigación permitió comprender el contexto de los adolescentes en situación de calle, sus desigualdades y, así, vislumbrar estrategias de salud para la equidad y la dignidad humana. Los hallazgos evidencian situaciones

singulares y desafiantes de los adolescentes, a la vez que subsidian reflexiones para el cuidado de sus necesidades de salud. Además, buscamos evidenciar las desigualdades de los adolescentes en situación de calle, con el objetivo de construir un sistema de salud con más equidad, mejor desempeño de los profesionales y un tratamiento más digno para esta población.

## Referencias

1. Barone C, Yamamoto A, Richardson C, Zivanovic R, Lin D, Mathias S. Examining cognitive impairment patterns among homeless and precariously housed urban youth. *J Adolesc.* 2019;72:64-9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.02.011>
2. Torres Ruiz J. Aproximaciones al reconocimiento de la ciudadanía de las personas habitantes de la calle desde los discursos político-jurídicos en Bogotá: conceptos globales/locales en el siglo XX y políticas públicas en el siglo XXI [Master's thesis]. Bogotá: Departamento de Sociología, Universidad Nacional de Colombia; 2017 [cited 2022 May 04]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62935/1014178673.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Souza MTC, Campanha Nacional Criança Não é da Rua, organizers. Diretrizes nacionais para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2017 [cited 2022 May 04]. Available from: [http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/0344c7\\_4fe2ba1cd6854b649d45d71a6517f80d.pdf](http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/0344c7_4fe2ba1cd6854b649d45d71a6517f80d.pdf)
4. Organização das Nações Unidas. Desigualdad: cómo subsanar las diferencias [Internet]. New York: ONU; 2018 [cited 2022 May 04]. Available from: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/1918255s.inequalities.005.pdf>
5. Rizzini I, Couto R. População infantil e adolescente nas ruas. *Civitas Rev Ciên Soc.* 2019;19(1):105-22. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30867>
6. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2022 May 04]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2019 Oct 20]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf)
8. World Health Organization. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde [Internet] 2011 [cited 2019 Nov 26]. Available from: [http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/08/Primeira\\_versao\\_documento\\_tecnico\\_CMDSS.pdf](http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/08/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf)

9. Kibel M, Shah P, Ayuku D, Makori D, Kamaara E, Choge E, et al. Acceptability of a Pilot Intervention of Voluntary Medical Male Circumcision and HIV Education for Street-Connected Youth in Western Kenya. *J Adolesc Health*. 2019 Jan;64(1):43-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.027>
10. Natalino M, Pinheiro M. Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial [Internet]. Brasília: IPEA; 2020 [cited 2022 May 04]. Available from: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9999/1/NT\\_67\\_Disoc\\_Protecao%20Social%20aos%20Mais%20Vulneraveis%20em%20Contexto%20de%20Pandemia.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9999/1/NT_67_Disoc_Protecao%20Social%20aos%20Mais%20Vulneraveis%20em%20Contexto%20de%20Pandemia.pdf)
11. Rubio-Herrera A, Flores-Palacios F. Vulnerabilidad y su uso en la política social del estado de Yucatán. *La Dirección de Atención a la Infancia y la Familia. LiminaR* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 20];16(2):118-31. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-0272018000200118&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-0272018000200118&lng=es&nrm=iso)
12. Arêas NT Neto, Constantino P, Assis SG. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Física* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 10];27(3):511-40. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300008>
13. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012.
14. Creswell JW, Clark VP. *Pesquisa de métodos mistos*. 2 ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
15. Creswell J. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.
16. Colorafi K, Evans B. *Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research*. *HERD*. 2016;9(4):16-25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
17. Polit D, Beck C. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
18. Schützer D, Garanhani F, Pereira V, Bastos R, Gomes C, Turato E. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciêns Saúde Colet*. 2021;26(1):265-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.07622019>
19. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. *Diário Oficial da União*, 13 jun 2013 [cited 2022 May 04]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
20. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 [Internet]. *Diário Oficial da União*, 24 maio 2016 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
21. Boehm C. Jovens em situação de rua ficam mais vulneráveis durante a pandemia [Internet]. Agência Brasil, 27 jun. 2020 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/fragilidade-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-rua-cresce-na>
22. Gauvin G, Labelle R, Daigle M, Breton JJ, Houle J. Coping, social support, and suicide attempts among homeless adolescents. *Crisis*. 2019;40(6):390-9. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000579>
23. Penna L, Carinhonha J, Ribeiro L, Vianna H, Marques C. Socio-demographic profile of female adolescents in a street situation: analysis of sociocultural conditions. *Enferm UERJ*. 2017;25(1). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.29603>
24. Thulien NS, Gastaldo D, Hwang SW, McCay E. The elusive goal of social integration: A critical examination of the socio-economic and psychosocial consequences experienced by homeless young people who obtain housing. *Can J Public Health*. 2018;109(1):89-98. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0029-6>
25. Doll K, Karabanow J, Hughes J, Leviten-Reid C, Wu H. Homelessness within the COVID-19 Pandemic in Two Nova Scotian Communities. *Int J Homelessness*. 2022;2(1):6-22. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2022.1.14227>
26. Campos D, Cardoso H, Moretti-Pires R. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. *Saúde Debate*. 2019;43(sp. 8):79-90. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S806>
27. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília: IPEA; 2020 [cited 2022 May 04]. Available from: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td\\_2246.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf)
28. Embleton L, Shah P, Gayapersad A, Kiptui R, Ayuku D, Braitstein P. Characterizing street-connected children and youths' social and health inequities in Kenya: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):147. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01255-8>
29. Chávez-Almazán LA, Díaz-González L, Rosales-Rivera M. Determinantes socioeconómicos de salud y COVID-19 en México. *Gac Méd Méx*. 2022;158(1):4-11. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000302>
30. Cabral IE, Pestana-Santos M, Leão CL, Nunes YR, Lopes FLM. Child health vulnerabilities during the COVID-19 pandemic in Brazil and Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3422. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4805.3422>
31. Sue-Ann M, Philippe-Benoit C. Navigating and Negotiating Health and Social Services in the Context of Homelessness: Resistance and Resilience. *Int J Homelessness*. 2022;2(1):23-36. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2022.1.1364>



32. Prado M, Gonçalves M, Silva S, Oliveira P, Santos K, Fortuna C. Homeless people: health aspects and experiences with health services. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190200. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>
33. Santana J, Raffaelli M, Koller S, Morais N. "Vocês me encontram em qualquer lugar": realizando pesquisa longitudinal com adolescentes em situação de rua. *Psico.* 2018;49(1):31-42. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.1.25802>
34. Chang H, Fisher F, Reitzel L, Kendzor D, Nguyen M, Businelle M. Subjective sleep inadequacy and self-rated health among homeless adults. *Am J Health Behav.* 2017;39(1):14-21 <https://doi.org/10.5993/AJHB.39.1.2>
35. Barata R, Carneiro J, Ribeiro M, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of Sao Paulo. *Saude Soc.* 2015;24(1):215-27. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>
36. Thulien N, Gastaldo D, Hwang S, McCay E. The elusive goal of social integration: A critical examination of the socio-economic and psychosocial consequences experienced by homeless young people who obtain housing. *Can J Public Health.* 2018;109(1):89-98. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0029-6>
37. Fitzpatrick S, Mackie P, Wood J. Advancing a Five-Stage Typology of Homelessness Prevention. *Int J Homelessness.* 2021;1(1):79-97. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2021.1.13341>
38. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Apr 06]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258617>
39. Silva D, Oliveira J, Porcino C, Gomes A, Suto C, Carvalho E. Homeless people's social representations about self-care. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180956. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>
40. Hino P, Santos J, Rosa A. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):684-92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
41. Iwata M. What is the Problem of Homelessness in Japan? Conceptualisation, Research, and Policy Response. *Int J Homelessness.* 2021;1(1):98-112. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2021.1.13629>
42. Paiva I, Lira C, Justino J, Miranda M, Saraiva A. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Ciêns Saude Colet.* 2016;21(8):2595-606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
43. Toledo L, Góngora A, Bastos F. A margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social: uma revisão narrativa. *Ciêns Saude Colet.* 2017;22(1):31-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.02852016>
44. Kerman N. The Role of Universal Basic Income in Preventing and Ending Homelessness. *Int J Homelessness.* 2021;1(1):3-13. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2021.1.13337>
45. O'Brien JRG, Auerswald C, English A, Ammerman S, Beharry M, Heerde JA, et al. Youth Experiencing Homelessness During the COVID-19 Pandemic: Unique Needs and Practical Strategies From International Perspectives. *J Adolesc Health.* 2021 Feb;68(2):236-40. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.005>
46. Oliveira D, Expedito A, Aleixo M, Carneiro N, Jesus M, Merighi M. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2689-97. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
47. Zoboli E, Schweitzer M. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013;21(3):695-703. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300007>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Obtención de datos:** Edna Johana Mondragón-Sánchez. **Análisis e interpretación de los datos:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Análisis estadístico:** Edna Johana Mondragón-Sánchez. **Redacción del manuscrito:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.** **Conflicto de intereses:** los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 04.05.2022  
Aceptado: 25.07.2022

Editor Asociado:  
Ricardo Alexandre Arcêncio

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Edna Johana Mondragón-Sánchez

E-mail: [ejmondragon@uniquindio.edu.co](mailto:ejmondragon@uniquindio.edu.co)

 <https://orcid.org/0000-0002-7950-2809>