



Desigualdades em saúde de adolescentes em situação de rua*

Edna Johana Mondragón-Sánchez^{1,2}

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

Patricia Neyva da Costa Pinheiro²

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

Lorena Pinheiro Barbosa²

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

Destaques: **(1)** Contribuir com estratégias para o avanço da equidade no acesso à saúde e à dignidade na atenção ao adolescente. **(2)** Compreender as necessidades de saúde de adolescentes em situação de rua. **(3)** Refletir sobre os cuidados em saúde dos adolescentes. **(4)** Subsidiar o sistema de saúde e reduzir as iniquidades em saúde.

Objetivo: evidenciar as desigualdades em saúde de adolescentes em situação de rua com base no marco conceitual dos determinantes sociais em saúde. **Método:** pesquisa de métodos mistos com abordagem convergente paralela. A população foi composta por adolescentes em situação de rua, cuja amostra foi intencional com saturação dos dados. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de questionário; e os qualitativos, por meio de entrevista semiestruturada. **Resultados:** participaram do estudo 19 adolescentes em situação de rua, sendo 13 (68,4%) com idade entre 16 e 19 anos; 11 (57,9%) do gênero masculino, três (15,8%) do gênero feminino e cinco (26,3%) adolescentes trans. Os participantes experimentam diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições que comprometem a saúde e que estão diretamente relacionadas aos determinantes intermediários de saúde. **Conclusão:** o estudo permitiu compreender as desigualdades relativas à saúde de adolescentes em situação de rua e reuniu evidências para estratégias que promovam equidade e dignidade no cuidado à saúde.





Descritores: Enfermagem; Adolescente; Populações Vulneráveis; Pessoas em Situação de Rua; Determinantes Sociais da Saúde; Efeitos Contextuais das Desigualdades em Saúde.

* Este artigo refere-se à chamada temática "Saúde dos adolescentes e o papel do enfermeiro". Editado pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. A publicação deste suplemento foi apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Os artigos passaram pelo processo padrão de revisão por pares da revista para suplementos. As opiniões expressas neste suplemento são exclusivas dos autores e não representam as opiniões da OPAS/OMS. Artigo extraído da tese de doutorado "Adolescentes em situação de rua: compreendendo o contexto e os determinantes sociais da saúde", apresentada à Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Processo 141060/2018-2, Brasil.

¹ Universidade do Quindío, Faculdade de Ciências da Saúde, Armênia, Quindío, Colômbia.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo

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>

Introdução

A permanência de adolescentes em situações de rua representa uma das manifestações mais visíveis e extremas da desigualdade social. É um problema com múltiplas dimensões, não só devido às causas que lhe dão origem, mas também devido à heterogeneidade da população. Muitos adolescentes que estão nas ruas são marcados por rupturas profundas com suas famílias e com seu ambiente educacional, profissional e social, que, somadas às condições de pobreza, faz com que eles vivam realidades precárias na sociedade⁽¹⁾.

Os adolescentes em situação de rua consideram a rua o seu espaço de vida, vivenciando diversas situações de exclusão social, econômica e de privação da dignidade humana e bem-estar. Essa realidade está presente há pelo menos um século na América Latina⁽²⁾, tendo em vista que a rua, para o adolescente, é considerada um espaço de liberdade, onde tudo é permitido. No entanto, há uma face cruel da negação de direitos – como educação, saúde, lazer – e da própria convivência familiar e comunitária. Adolescentes em situação de rua evidenciam a falência da sociedade em prover a proteção integral dessas pessoas e a garantia de uma vida livre de situações de vulnerabilidade e risco⁽³⁾.

O conceito de desigualdade está presente nos textos de organizações internacionais no que se refere aos direitos humanos e, mais especificamente, nos estudos sobre direitos do adolescente como: direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; direito à profissionalização e à proteção no trabalho; educação, cultura, esporte e lazer e, por último, ser protegido de casos de violência, seja ela física ou psicológica⁽⁴⁾.

Em termos gerais, pode-se dizer que os direitos dos adolescentes estão inclusos na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos do Adolescente, que tem seu fundamento moral na satisfação de necessidades universais como: nutrição física, autonomia, celebrar, integridade, interdependência, brincar e comunhão espiritual. Assim, a convenção tem como objetivo assegurar que não haja qualquer tipo de desigualdade⁽⁴⁻⁵⁾.

A maior parte das doenças e todas as desigualdades decorrentes delas acontecem devido às condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de fatores é chamado de determinantes sociais da saúde (DSS), um termo que resume as dimensões econômicas, políticas, culturais e ambientais⁽⁶⁻⁸⁾.

Assim, a estrutura conceitual da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os determinantes sociais da saúde pode ser usada para explorar e identificar como o contexto social, econômico e político de um país influencia as posições

socioeconômicas na sociedade, em que as populações estão estratificadas por classe social, gênero e identidade sexual, etnia, renda, educação e ocupação⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Mesmo assim, a posição socioeconômica de um indivíduo, por sua vez, molda determinantes específicos do estado de saúde, conhecidos como determinantes intermediários da saúde. Esses determinantes intermediários incluem as circunstâncias materiais e psicossociais, como moradia, disponibilidade de alimentos, condições de vida e suporte social, bem como fatores biológicos e comportamentais⁽⁶⁻⁸⁾.

De forma geral, os profissionais de saúde têm dificuldades de trabalhar com pessoas em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, é importante a produção de pesquisas sobre essa temática para que a enfermagem tenha um papel estratégico no cuidado em saúde nesse contexto. Na literatura, observa-se ainda que é um tema pouco explorado, cujas evidências seriam relevantes para qualificar o cuidado e, assim, promover maior integração social dos adolescentes em situação de rua, por ser um grupo de risco e vulnerabilidade na conjuntura atual⁽¹¹⁾.

A enfermagem é uma profissão fundamental para promoção e educação em saúde, pois constitui um campo de ação estratégico para melhorar as condições de saúde e os fatores de vulnerabilidade e risco dos adolescentes em situação de rua, que influenciam a sua saúde e são decorrentes dos DSS. A reestruturação da política social pública é fundamental para garantir a todos os membros da sociedade recursos fundamentais para compensar as desigualdades de renda⁽⁵⁾.

Assim, as necessidades de saúde dos adolescentes poderão ser atendidas a partir de um cuidado holístico, considerando corpo, mente, emoção, espírito e ambiente. Portanto, é estabelecida uma relação mais pessoal com o ser humano, sob os cuidados do enfermeiro, aumentando a confiança e fazendo com que a pessoa seja mais receptiva às orientações em saúde, o que oferece a possibilidade de o paciente ser responsável pela sua própria saúde e, assim, melhorar sua qualidade de vida. Este estudo fornece a oportunidade de rever as condições de outras pessoas, como os adolescentes em situação de rua, considerando seus DSS, possibilitando mudanças em suas vidas voltadas para a promoção da saúde.

Por conseguinte, o estudo permite o reconhecimento dos adolescentes como atores e sujeitos sociais, com possibilidades de aprimorar suas capacidades de refletir sobre o contexto por meio do estímulo ao seu desenvolvimento e adoção de comportamentos saudáveis^(5,9-10). Com relação às lacunas de conhecimento, há carência de estudos na área da enfermagem que evidenciem as necessidades de saúde dos adolescentes em situação de rua, as relações interpessoais entre eles

e com os profissionais que prestam assistência, bem como suas experiências pessoais no contexto de vulnerabilidade e risco⁽¹²⁾. Do exposto, este artigo tem por objetivo evidenciar as desigualdades em saúde de adolescentes em situação de rua com base no marco conceitual dos determinantes sociais em saúde.

Método

Tipo de estudo

Este é um estudo de métodos mistos com abordagem convergente paralela⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Período e local do estudo

O estudo foi realizado entre junho de 2020 e junho de 2021, com aplicação das entrevistas nos terminais de ônibus, supermercados, shoppings, ruas, praças, praias, avenidas de grande fluxo, áreas comerciais e turísticas. Houve articulação do projeto com os educadores sociais do

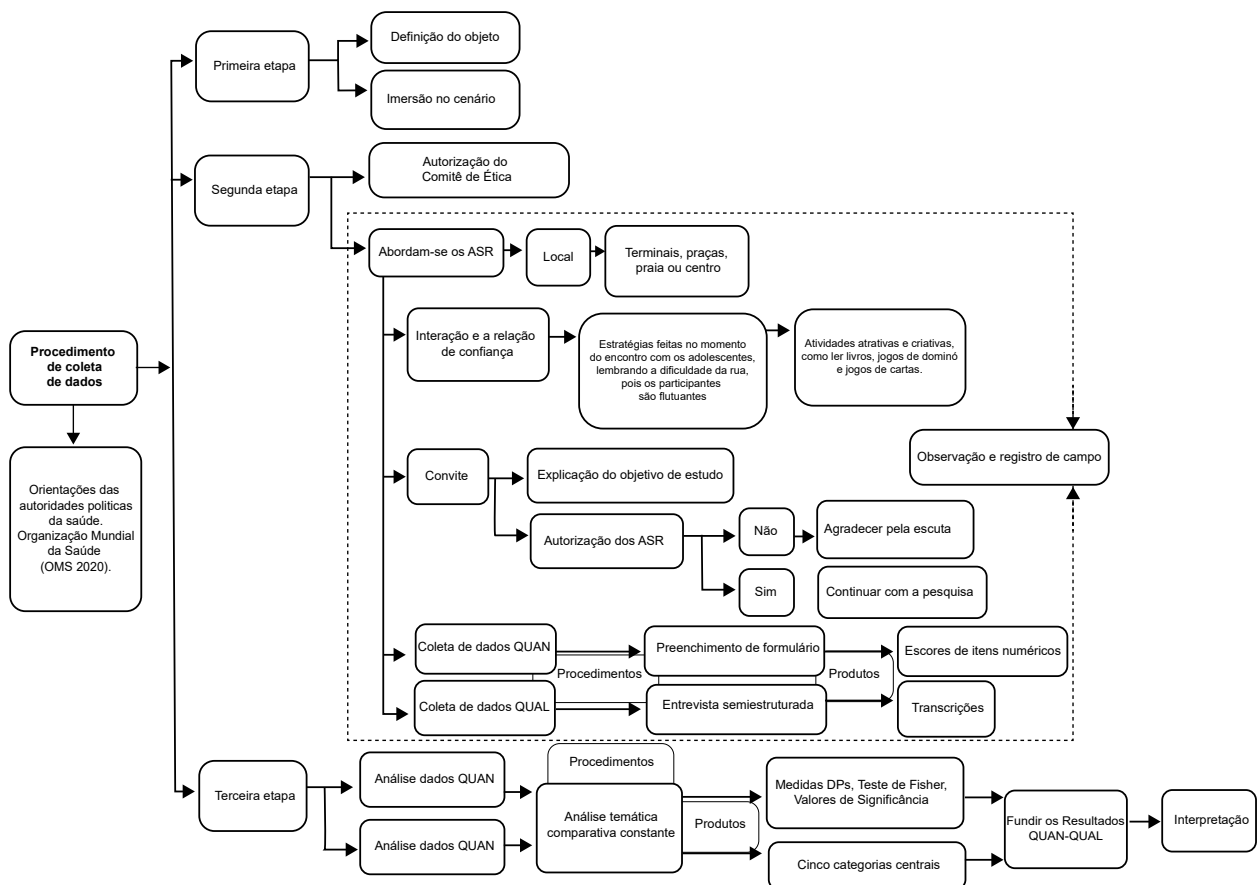
Programa Ponte de Encontro, que apoia a abordagem aos adolescentes na rua. Vale ressaltar que o referido programa faz parte diretamente da Fundação da Criança e da Família Cidadã (Funci), vinculado à Prefeitura de Fortaleza (CE).

População e amostra

A população foi composta por adolescentes em situação de rua, cujo processo de amostragem foi intencional, usando como critério do número de observações a saturação dos dados. A amostra foi formada por um grupo heterogêneo em termos de identidade de gênero, idade, raça e histórias de vida, com um contexto em comum: o da pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados⁽³⁻¹⁷⁾.

Procedimento de coleta de dados e instrumentos

A coleta de dados foi articulada em três etapas: definição do objeto, trabalho de campo e análise dos dados (Figura 1), cujos procedimentos são descritos abaixo.



Fonte: Elaborado segundo as *Guidelines* de pesquisa com crianças e adolescentes em situação de rua (2018) e Creswell e Clark⁽¹⁴⁾

Figura 1 – Procedimento de coleta de dados

É válido destacar que os dados quantitativos foram obtidos por meio de questionário com questões

sociodemográficas; e os qualitativos, por meio de roteiro de perguntas em entrevista semiestruturada.

Análises de dados

A análise dos dados quantitativos se deu por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0 for Windows. Aplicaram-se os testes inferenciais por meio do teste de Fisher e do teste qui-quadrado. A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise de discurso apoiada nas reflexões dos marcos dos determinantes sociais da saúde, com o auxílio do *software ATLAS.ti9*, com a Licença No. L-24E-AD0. Para os dados qualitativos, realizou-se uma codificação sistemática descrita a seguir⁽¹⁸⁾:

Codificação aberta: procedimento analítico pelo qual os dados foram fraturados e abertos para evidenciar os pensamentos, ideias e significados dos adolescentes, a fim de descobrir, rotular e desenvolver conceitos. Foram seguidas as etapas indutivas e as categorias de dados foram colocadas sem condições prévias.

Codificação axial: foi produzida estabelecendo relações hierárquicas com a subcategoria propriedades e dimensões, em torno da categoria considerada como eixo, obtendo-se assim um esquema que facilita a compreensão dos fenômenos e fornece uma forma de configurar as categorias centrais.

Codificação seletiva: possibilitou a relação conceitual e teórica entre os códigos e subcategorias, ou seja, a teorização. Destaca-se que os entrevistados estão representados pela letra "E" e numerados sucessivamente à medida que foram incluídos na investigação, com o objetivo de preservar suas identidades.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer 4.430.75/2020, e atende aos dispositivos éticos e legais constantes na Resolução 466/12 e na Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Todos os adolescentes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo. Foram solicitadas aos participantes a leitura e assinatura do Termo de Assentimento (TA), porém, como muitos não sabiam ler, a pesquisadora leu para eles em voz alta e gravou sua aceitação. Nos casos em que os adolescentes tinham pais e/ou responsáveis legais, eles também assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Participaram do estudo 19 adolescentes em situação de rua, dos quais 13 (68,4%) estavam na faixa etária entre 16 e 19 anos. Com relação à identidade de gênero,

11 (57,9%) eram homens, três (15,8%) mulheres e cinco (26,3%) trans. Quanto à cor da pele, 15 (78,9%) se denominaram não brancos (pardos e pretos). Com relação à origem, 14 (73,7%) eram de Fortaleza. Sobre o tempo na rua, nove (47,4%) estavam entre 2 e 12 anos e 10 (52,6%) estavam há seis meses. Observou-se que nenhum dos participantes esteve na rua no período entre seis meses e um ano. No que diz respeito à renda semanal, 10 (52,6%) adolescentes recebiam entre 100 e 180 reais e nove (47,4%) recebiam entre 200 e 300 reais.

Os adolescentes em situação de rua experimentaram diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições que comprometem a saúde e que estavam diretamente relacionadas aos determinantes intermediários de saúde. De acordo com os dados da pesquisa, a categoria central *desigualdade de saúde dos adolescentes em situação de rua* foi composta por duas subcategorias: sistema de saúde e saúde e bem-estar.

Sistema de saúde

Quando se fala em sistema de saúde, entende-se que se trata da resposta social organizada aos problemas de saúde de uma dada população e envolve o acesso a serviços e locais de atendimento a pessoas com doenças e agravos à saúde. Nesta investigação, observou-se que apesar de o direito à saúde ser garantido constitucionalmente, ele não é exercido de forma equânime e integral por toda a população brasileira. De acordo com os participantes, essa percepção está associada ao tipo atendimento prestado, às características das doenças e agravos, aos locais a que recorrem em caso de problemas de saúde e à falta de documentação de identificação (Tabela 1).

Quanto à portabilidade do documento de identificação, apenas nove (47,4%) adolescentes tinham certidão de nascimento/casamento e cinco (26,3%) tinham identidade e certidão de nascimento/casamento. A falta de documentação influencia o atendimento em saúde, pois, conforme mostram os depoimentos abaixo, os atendimentos aos adolescentes foram recusados. Um deles se afastou das unidades e teve sua condição de saúde agravada na rua:

[...] Não, mas parece que eu tenho problemas mentais. Problema de ficar na rua a gente não tem não, só tem aquelas coisas meio besta de briga de pessoas da própria casa, mas tirando isso a gente dorme de boa [...]. Na maioria das vezes eu fico na rua mesmo, porque precisa de documento e eu não tenho (E19).

Com relação ao porte de documento de identificação e sua associação com a faixa etária, identidade de gênero e raça, evidenciou-se no estudo não associação estatisticamente significativa entre essas variáveis (Tabela 2).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos: doenças e agravos à saúde, locais de saúde e documentação de identificação. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variável	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulativa
Posse/porte de documento de identificação			
Certidão de nascimento/casamento	9	47,4	47,4
Identidade	2	10,5	57,9
Identidade e certidão de nascimento/casamento	5	26,3	84,2
Identidade, CPF*	2	10,5	94,7
Não tem posse	1	5,3	100,0
Doenças e agravos na rua			
Sim	9	47,4	47,4
Não	10	52,6	100,0
Local ao qual recorre em caso de doença			
Posto de saúde	8	42,1	42,1
Hospital/UPA†	9	47,4	89,5
Não sabe/não lembra	2	10,5	100,0

*CPF = Cadastro de Pessoa Física; †UPA = Unidade de Pronto Atendimento

Tabela 2 – Análise bivariada da associação documento de identificação, faixa etária, identidade de gênero e raça. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variável	Teste	Valor	Graus de liberdade	P valor
Com documento de identificação/ Faixa etária	Qui-quadrado de Pearson	1,310	1	0,252
	Razão de verossimilhança	1,326	1	0,250
	Associação linear por linear	1,241	1	0,265
	Nº de casos válidos	19		
Com documento de identificação/ Raça	Qui-quadrado de Pearson	6,632	4	0,157
	Razão de verossimilhança	7,250	4	0,123
	Associação linear por linear	0,010	1	0,920
	Nº de casos válidos	19		
Doenças e agravos à saúde na rua/ Faixa etária	Qui-quadrado de Pearson	3,161	4	0,531
	Razão de verossimilhança	4,603	4	0,330
	Associação linear por linear	0,934	1	0,334
	Nº de casos válidos			
Doenças e agravos à saúde na rua/ Identidade de gênero	Qui-quadrado de Pearson	4,852	2	0,088
	Razão de verossimilhança	6,125	2	0,047
	Associação linear por linear	4,546	1	0,033
	Nº de casos válidos	19		
Doenças e agravos à saúde na rua/ Raça	Qui-quadrado de Pearson	1,552	1	0,213
	Razão de verossimilhança	1,598	1	0,206
	Associação linear por linear	1,470	1	0,225
	Nº de casos válidos	19		

A pesquisa evidenciou, com relação às doenças e aos agravos à saúde na rua, que 10 (52,6%) adolescentes não reportaram algum problema de saúde, em contrapartida, nove (47,4%) informaram alguma doença ou agravo (Tabela 1). As narrativas a seguir evidenciam que as doenças e agravos à saúde mais frequentes foram: malária, micoses, gastrite, problemas respiratórios, diabetes tipo 1 e doenças mentais como depressão:

[...] Ah... não, eu só tenho gastrite e problema de respiração (E9).
[...] Não, eu tenho só problema psicológico [...]. É, eu fui diagnosticada com depressão, crise de ansiedade e síndrome do pânico [...]. É, quando eu tenho uma crise, eu vou logo lá para eu ficar de boa. [...] Apenas o acompanhamento médico, porque eu tenho problema de diabetes do tipo 1 [...]. Exato, aí a minha perna tá toda machucada porque eu tive uma alergia ao sol e acabou machucando muito e, às vezes, eu como comida 'reimosa' e demora para cicatrizar (E18). [...] É micose (E19).

A população em situação de rua tem aumentado nos últimos anos no Brasil⁽²¹⁾ e entender sua percepção sobre cuidados em saúde é o primeiro passo para atender às necessidades de forma humanizada e para criar vínculo entre essa população e o serviço de saúde, considerando que diversas doenças podem ser agravadas pela permanência em situação de rua.

Com relação ao local a que recorrem em caso de doença, nove (47,4%) adolescentes vão ao hospital/unidade de pronto atendimento (UPA) e oito (42,1%) preferem ir ao posto de saúde – unidade básica de saúde (Tabela 1). Suas falas se referem ao uso dos dois locais e alguns optam por não ir a lugar algum:

[...] Tia, quando eu adoço, eu não falo pra ninguém, na UPA tem preconceito [...]. Fico deitado (E4). [...] Às vezes eu vou no posto pegar remédio, mas às vezes não tem [...]. É, posto de saúde (E6).

Apesar da citação dos locais, fica evidente a preferência por ir ao posto de saúde, pois eles consideram o atendimento na UPA pior:

[...] Quando eu tenho nem que seja uma dor de dente, eu vou [ao posto de saúde]. Tratam bem, chego lá, pedem o documento, vão, anotam meu nome, não sei o quê [...]. Só na UPA que eu achei, assim, ruim, porque na UPA, eu chegava lá, passava duas, três horas para ser atendido e não era atendido e saía, acho que eles não gostam de nós, a gente da rua [...]. Posto eu acho melhor, por isso que quando eu tenho algum problema simples, eu vou no posto, resolvo, ligeiro, e é ligeiro (E16).

Saúde e bem-estar

Quando se fala em bem-estar, a ideia é que se tenha atitudes e ou comportamentos que melhorem a qualidade de vida, atingindo um estado de saúde ótimo. Assim, a complexidade da saúde e do bem-estar é inegável, independentemente da perspectiva pela qual esses aspectos sejam abordados, sobretudo quando considerados os adolescentes em situação de rua. A fragilidade da saúde e do bem-estar está associada às condições dos locais onde as pessoas dormem, com quem dormem e qualidade/quantidade do sono, aluguel (se for o caso), alimentação na rua e higiene pessoal (Tabela 3).

Tabela 3 – Características dos locais onde os adolescentes dormem, com quem dormem e qualidade/quantidade do sono, aluguel, alimentação na rua e higiene pessoal. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variável	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulativa
Dorme em casa	6	31,6	31,6
Dorme na rua	13	68,4	100,0
Dorme sozinho	11	57,9	57,9
Dorme com companheiro(a)	8	42,1	100,0
Compra sua alimentação	12	63,2	63,2
Come em restaurante popular	7	36,8	100,0
Higiene pessoal na rua	4	21,1	21,1
Higiene pessoal no banheiro público	11	57,9	78,9
Higiene pessoal na casa dos pais/na sua casa	4	21,1	100,0

Constatou-se que 13 (68,4%) adolescentes dormem na rua e têm vários locais para dormir, como a praia, os viadutos, as praças e os terminais de ônibus. Os seis adolescentes que dormem em casa gostam de estar

na rua de dia e procuram dinheiro nesse período. Com relação a com quem dormem, 11 (57,9%) dormem sozinhos e oito (42,1%) com seu companheiro ou companheira (Tabela 2). Os depoimentos abaixo

reforçam as desigualdades permanentes vivenciadas pelos adolescentes:

[...] *Eu dormia embaixo de um viaduto só, procurava um cantinho seguro (E1). [...] Dormia debaixo de um barco, ele ficava emborcado, aí eu dormia embaixo. Sozinho (E3). [...] Tem dias que a gente dorme aí, na praça do Ferreira com minha companheira [...]. Perto ali da praia, no Dragão do Mar, um local onde fiquemos seguros (E6).*

Com relação à qualidade/quantidade do sono, os entrevistados relatam que não é boa, pois o contexto da rua é de violência, intranquilidade e situações inesperadas e de risco, que podem ocorrer enquanto estão dormindo. Portanto, eles apresentam sentimento de medo ao dormir à noite, preferindo dormir durante o dia:

[...] *Eu dormia numa parada de ônibus sozinho [...] e assim ia. Às vezes, quando eu dormi na rua aqui em Fortaleza, eu levei uma pisa da polícia, porque me pegaram de madrugada num beco, porque eu morava numa favela, aí meteu a chibata em mim (E11). [...] É, eu não durmo bem na rua, aquelas coisas da noite, do medo; por isso muitas vezes prefiro dormir de dia (E13).*

Neste estudo, os adolescentes em situação de rua buscaram um lugar considerado seguro e escondido, onde pudessem passar a noite. Nessa conjuntura, cuidar-se na rua perpassa a possibilidade de dormir de dia e de noite, ainda que nas ruas não existam portas e janelas que garantam a segurança e a privacidade⁽¹⁴⁾.

A utilização de uma casa como espaço para dormir é mencionada por alguns adolescentes como desafiadora. Sempre quando podem, eles alugam um local para descansar:

[...] *Todo dia venho lutar, tenho uma filha, pago o aluguel, graças a Deus todo dia eu tiro meu "sustentozinho" daqui e levo pra casa (E15). [...] Não. Eu estou alugando um quartinho para eu poder dormir [...]. Eu dormia nas praças. Não tinha canto para dormir, não. Agora consegui alugar um canto (E8).*

Com relação ao local onde dormem, com quem dormem e sua associação com a faixa etária, identidade de gênero e raça, observou-se não associação estatisticamente significativa entre essas variáveis (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de associação bivariada das variáveis local onde dormem, com quem dormem e qualidade/quantidade do sono, aluguel, alimentação na rua e higiene pessoal. Fortaleza, CE, Brasil, 2021 (n=19)

Variável	Teste	Valor	Grau de liberdade	P-valor
Onde dormem/ Faixa etária	Qui-quadrado de Pearson	1,377	1	0,241
	Razão de verossimilhança	1,336	1	0,248
	Associação linear por linear	1,305	1	0,253
	N de Casos Válidos	19		
Com quem dormem/ Faixa etária	Qui-quadrado de Pearson	0,224	1	0,636
	Razão de verossimilhança	0,223	1	0,637
	Associação linear por linear	0,212	1	0,645
	Nº de casos válidos	19		
Alimentação diária/ Faixa etária	Qui-quadrado de Pearson	0,046	1	0,829
	Razão de verossimilhança	0,047	1	0,829
	Associação linear por linear	0,044	1	0,834
	Nº de casos válidos	19		
Local de higiene pessoal/ Faixa etária	Qui-quadrado de Pearson	4,484	2	0,106
	Razão de verossimilhança	4,270	2	0,118
	Associação linear por linear	3,196	1	0,074
	Nº de casos válidos	19		
Onde dormem/ Identidade de gênero	Qui-quadrado de Pearson	3,292	2	0,193
	Razão de verossimilhança	4,722	2	0,094
	Associação linear por linear	1,498	1	0,221
	Nº de casos válidos	19		
Com quem dormem/ Identidade de gênero	Qui-quadrado de Pearson	5,276	2	0,072
	Razão de verossimilhança	6,439	2	0,040
	Associação linear por linear	4,975	1	0,026
	Nº de casos válidos	19		

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Teste	Valor	Grau de liberdade	P-valor
Alimentação diária/ Identidade de gênero	Qui-quadrado de Pearson	2,122	2	0,346
	Razão de verossimilhança	3,120	2	0,210
	Associação linear por linear	0,834	1	0,361
	Nº de casos válidos	19		
Local de higiene pessoal/ Identidade de gênero	Qui-quadrado de Pearson	2,486	4	0,647
	Razão de verossimilhança	3,470	4	0,482
	Associação linear por linear	0,707	1	0,400
	Nº de casos válidos	19		
Onde dormem/ Raça	Qui-quadrado de Pearson	0,101	1	0,750
	Razão de verossimilhança	0,105	1	0,746
	Associação linear por linear	0,096	1	0,756
	Nº de casos válidos	19		
Com quem dormem/ Raça	Qui-quadrado de Pearson	0,130	1	0,719
	Razão de verossimilhança	0,128	1	0,720
	Associação linear por linear	0,123	1	0,726
	Nº de casos válidos	19		
Alimentação diária/ Raça	Qui-quadrado de Pearson	0,377	1	0,539
	Razão de verossimilhança	0,368	1	0,544
	Associação linear por linear	0,357	1	0,550
	Nº de casos válidos	19		
Local de higiene pessoal/ Raça	Qui-quadrado de Pearson	1,360	2	0,507
	Razão de verossimilhança	2,167	2	0,338
	Associação linear por linear	1,010	1	0,315
	Nº de casos válidos	19		

Com relação à alimentação, verificou-se que 12 (63,2%) adolescentes compram seus alimentos e sete (36,8%) comem em restaurante popular, mas em suas falas observa-se uma sensação desagradável de estar com fome, que os leva a passar por várias experiências na rua a fim de se alimentar:

[...] Quando é de manhã cedo ele me dá um salgado e um pastel para mim merendar. O café é eu que compro, café eu compro para mim merendar. Aí no almoço quando eu não pego aqui, aí só é lá pras 3 horas. Aí 3 horas eu vou lá e pego, porque é o horário que vai fechar, sempre sobra comida, não do pessoal que come, mas sempre sobra aquela comida e ele vai e dá pros moradores de rua. Aí eu vou vivendo assim (E16). [...] Então, eu cheguei a procurar comida no lixo e comer comida do lixo, coisa que não ia comer e tal, não vou me humilhar meu irmão, porque eu cheguei até a humilhar meu irmão, eu pequeno, cheguei a humilhar meu irmão, porque ele era da rua. Então, eu tô passando hoje por isso, eu sei que ele sofria (E19).

Por outro lado, a realização da higiene pessoal é uma das atividades mais difíceis de serem desempenhadas

pelos adolescentes em situação de rua. Os achados evidenciam que 11 (57,9%) adolescentes fazem sua higiene pessoal no banheiro público, como os *containers*. Assim, a higiene é um recurso escasso na situação de rua. Diante da ausência de ações por parte do poder público, os adolescentes recorrem aos recursos informais, como a rua mesmo, porém com maiores dificuldades:

[...] Não tenho como tomar banho direito. Era meio difícil (E1). [...] Banho eu tomava assim: existia uma bica [...]. Existia uma pedra grandona, onde lá em cima ficava o restaurante e ficava um tubo de água que fica caindo. A água era forte, caía forte, aí eu ia lá e me molhava e como não tinha roupa para trocar eu esperava secar, morrendo de frio (E3). [...] Tem um galpão [container], ali que dá banho de graça para quem mora na rua (E13).

Segundo as narrativas dos adolescentes, existem duas unidades destinadas para o banho, chamadas de Higiene Cidadã, que funcionam todos os dias, das 9h às 19h. Uma das unidades está localizada na praia e contém vinte banheiros com chuveiro e espaço dedicado à higiene pessoal. Já a outra é um galpão, no centro da cidade, oferecendo

12 banheiros, pias externas e bebedouros. Nesses espaços também existe acesso à alimentação e água. Cada unidade realiza uma média de cem atendimentos por dia.

Discussão

O estudo teve como objetivo evidenciar as desigualdades em saúde dos adolescentes em situação de rua com base no marco conceitual dos determinantes sociais em saúde. Verificou-se uma realidade muito crítica vivenciada por esses adolescentes, com importantes privações de educação, renda, moradia, alimentação e dignidade humana. A faixa etária se concentrou entre as idades de 16 e 19 anos, o que foi também confirmado por uma pesquisa nacional que analisou o perfil socioeconômico e demográfico dos adolescentes em situação de rua, na perspectiva das condições socioculturais⁽²³⁾, verificando presença de homens cisgêneros e homens trans adolescentes. Esses dados coincidem com outro estudo realizado nas ruas do centro de Toronto, Canadá, no ano de 2018, que menciona o aumento da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT) em situação de rua⁽²⁴⁾.

Com relação à cor da pele, a maioria dos adolescentes se autodeclarou parda e preta. Observa-se uma conjuntura social ligada ao racismo estrutural, dado semelhante ao encontrado em estudo nacional, em que 80,9% dos participantes eram pardos e pretos⁽²¹⁻²³⁾.

Com relação ao tempo na rua, observou-se um período superior a seis meses, o que confirma a estimativa da população em situação de rua no Brasil. O número de pessoas na rua aumentou em função da crise da pandemia de covid-19, como aconteceu em Nova Escócia (Cape Breton), principalmente devido às questões econômicas, como o aumento do desemprego e da pobreza, fatores importantes para a explicação do ocorrido⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Evidenciou-se que os contextos em que os adolescentes em situação de rua se inserem, os modos como vivem e estão no mundo revelam práticas diversas de cuidado. O sistema de saúde e o bem-estar são fatores-chave para o desenvolvimento da sociedade e alcance da equidade em saúde. Nesse sentido, a abordagem dos DSS possibilita a compreensão da distribuição dos recursos da saúde e como essa oferta da atenção tem possibilitado a promoção da justiça social e o alcance dos serviços pela população vulnerável.

Os valores de igualdade e justiça social existentes em uma sociedade, assim como o funcionamento dos serviços de saúde para combater as iniquidades do cuidado, são claros indicadores que devem ser analisados à luz dos estudos científicos, no sentido de produzir evidências para as políticas públicas e a própria coerência interna dessas políticas e sua implementação entre os diversos setores⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Assim, a compreensão do conceito de desigualdades em saúde é fundamental para o cuidado em saúde. O cuidado de si tem forte relação com a satisfação de necessidades de saúde, compreendidas não como ausência de doenças⁽³⁰⁾, mas dentro da lógica intercultural e da intersubjetividade da existência e dignidade humana.

As desigualdades expressam as condições de vulnerabilidade e estão intimamente relacionadas a elas, sendo, portanto, fundamental que sejam captadas a partir da subjetividade dos participantes. Partindo dessa perspectiva, os adolescentes em situação de rua são heterogêneos, apresentam características próprias, como valores, significados, atributos, estrutura pessoal, estratégias de sobrevivência e condições de vida. Essas características diferentes demandam uma diversidade de necessidades devido às desigualdades.

É relevante considerar que a pobreza, entre as diversas possíveis causas, se constitui como um dos elementos que impossibilita o indivíduo de satisfazer suas necessidades devido às desigualdades, bem como onde dormir, higiene pessoal, alimentação, acesso à saúde. Tal contexto afeta seu desenvolvimento físico, psicológico e social⁽³¹⁻³²⁾ e, como consequência, pode influenciar a permanência dos adolescentes em situação de rua, como se mostra neste estudo.

Podemos afirmar que muitas vulnerabilidades dos adolescentes foram agravadas durante a pandemia. Entre os que ficam permanentemente na rua, há a impossibilidade de cumprir a regra que vigorou durante a fase da quarentena, que é o "fique em casa". Ficar em casa em isolamento social pressupõe que se tenha uma casa, e o estudo se depara com uma ausência de oferta por parte do poder público de alternativas para esse isolamento social⁽²¹⁾.

Partindo dessa perspectiva, dormir na rua – em locais como a praia, os viadutos, as praças e os terminais de ônibus – representa uma realidade complexa que pode afetar a saúde dos adolescentes. Locais semelhantes foram apontados em estudo longitudinal realizado com crianças e adolescentes em situação de rua em três capitais brasileiras⁽³³⁾.

Dormir na rua é uma prática que gera dúvidas, angústias, medos e busca por locais adequados (seguros) pelos participantes. Eles mencionaram preferir dormir de dia por sua segurança, à semelhança de resultados encontrados em outros estudos, como o realizado com 251 pessoas (de 20 a 60 anos) em situação de rua em São Paulo, o qual evidenciou que 65% alegaram insegurança nas ruas e 45,7% afirmaram ter sofrido agressão no último mês⁽³⁴⁾. Outro estudo, com 244 adultos em situação de rua em Dallas, no estado do Texas, nos Estados Unidos, mostrou que o sono inadequado, com menos horas de descanso, é um aspecto que influencia o processo saúde/doença

dessas pessoas, resultando em distúrbios de humor e em uma autoavaliação ruim da saúde⁽³⁵⁾.

Os adolescentes que passam a viver em situação de rua enfrentam um ambiente vulnerável, diferente e hostil, deparando-se no dia a dia com situações de violência, fome e medo ao dormir, devido aos próprios DSS, à falta de moradia, dinheiro, documentos de identidade – elementos indispensáveis à cidadania – e dificuldade em receber cuidados em saúde.

Com relação à alimentação na rua, evidenciou-se que é difícil manter os hábitos alimentares. Quando existe acesso à alimentação, ela é precária e não atende às reais necessidades energéticas e nutricionais diárias para um adolescente, comprometendo sua saúde e seu bem-estar. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo etnográfico realizado em Toronto, Canadá, com nove adolescentes sem-teto (19–24 anos), que destacaram a falta de comida, bem como a dificuldade de manter os hábitos alimentares⁽³⁶⁾.

Para a população de rua, a alimentação e a higiene pessoal são as principais atividades que exigem cuidado⁽³⁷⁾. A obtenção de alimento e higiene pessoal é ainda mais desafiadora no contexto de isolamento social. É válido dizer que a falta de acesso a esses itens básicos gera rebaixamento da autoestima, situações de humilhação, adoecimento, tristeza e violência.

A higiene pessoal nunca foi considerada tão importante entre a população economicamente privilegiada, como um sinônimo de sobrevivência, como tem sido na atualidade para a prevenção da covid-19. Passou-se a ser imperativo que todas as pessoas lavem as mãos, tomem banho, mantenham a casa e as roupas limpas. Os serviços que já atuam no cuidado a essa população são poucos e em Fortaleza existe o programa Higiene Cidadã, cujas unidades são suficientes para toda a população, sendo criadas em virtude da pandemia.

O acesso à água, às condições sanitárias e à higiene são direitos humanos universais, assegurados pelo governo brasileiro em acordos internacionais, que interferem na saúde e no bem-estar. A Agenda Global 2030 tem como meta que até 2030 sejam ofertadas condições sanitárias (tratamento de esgoto e banheiros), água adequada para beber e água para higiene (com oferta de sabonete) para todas as pessoas⁽³⁷⁾.

No entanto, ainda é necessário investimento para que a meta seja alcançada. Segundo a Organização Mundial de Saúde, nos países da América Latina, apenas 22% da população tem acesso aos serviços sanitários seguros, enquanto na América do Norte e Europa a cobertura atende a 78% da população⁽³⁸⁾. Se para a população em geral o desafio de alcançar as metas é grande, para a população que vive nas ruas é urgente.

Os adolescentes enfrentam inúmeras dificuldades para satisfazer suas necessidades, sobretudo no que se refere

ao banho, o que muitas vezes os leva a não praticar esse autocuidado, tornando-os sujos, com mau cheiro e vítimas de preconceitos e afastamentos. Dados semelhantes foram mostrados em uma pesquisa com pessoas em situação de rua, realizada nas cidades de São Paulo e Salvador, em que se afirma que a condição de morador de rua associada à sujeira e à higiene precária ou mau odor são fatores que impedem e/ou dificultam o acesso aos serviços de saúde e aumentam a exclusão social e o preconceito⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Partindo dessa perspectiva, evidencia-se que as doenças e os agravos à saúde mais prevalentes foram malária, micoses, gastrite, problemas respiratórios, diabetes tipo 1 e doenças mentais, principalmente a depressão. Resultados diferentes foram encontrados em um estudo japonês e em uma revisão sistemática sobre pessoas em situação de rua, em que as principais doenças e agravos à saúde desse grupo foram: abuso de substâncias psicoativas, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida HIV/aids, transtornos mentais e problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

O estudo evidenciou, ainda, limitação no número de programas e serviços de assistência à saúde destinados ao adolescente em situação de rua. Além disso, quando esses serviços estão presentes, o não atendimento da população em situação de rua devido à falta de documentos de identificação é um fenômeno comumente observado. Pela situação, é de elevada importância que a rede de atenção à saúde seja estruturada para atender às necessidades dessa população. O Programa Consultório na Rua foi um marco que gerou avanços no modo de organizar a assistência a esse grupo social. Todavia, no cenário em estudo, há apenas um consultório, o que é pouco, considerando a alta demanda constatada.

A investigação aponta que o acesso dificultado aos serviços de saúde como consequência da falta de documentos de identificação é uma realidade vivenciada pelos adolescentes em situação de rua. A literatura mostra resultados semelhantes em estudos sobre a exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea, limites na atuação intersetorial, preconceitos, entre outras demandas, criando vínculos precários para as pessoas em situação de rua⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Alguns participantes destacaram a discriminação quando procuraram atendimento nos serviços de saúde, como a UPA. Estudos apontam que o atraso e a dificuldade em procurar atendimento se deve ao preconceito e à discriminação sofridos pela condição de higiene, vestimentas, odores, falta de documentação para identificação e cadastro, além de episódios anteriores de mau atendimento e até proibição de entrada em estabelecimentos públicos⁽⁴⁰⁾.

Partindo da premissa do conceito ampliado de saúde, compreendida como um fenômeno social cuja produção é permeada pelo contexto em que indivíduos e coletividades vivem, como os adolescentes em situação de rua⁽⁴⁵⁾, contemplar todos os aspectos de suas necessidades individuais e coletivas requer a adoção de um conceito de cuidado mais amplo, capaz de possibilitar a construção de estratégias de saúde que visem intervir nos problemas e nos determinantes intermediários da saúde relativos ao processo saúde e bem-estar.

A compreensão do conceito de desigualdades é fundamental no trabalho em saúde e na prática da enfermagem. As desigualdades devem ser compreendidas dentro do universo simbólico e da intersubjetividade, considerando que elas se modificam, dependendo do lugar social que a pessoa ocupa no mundo, da sua interpretação de mundo e da cultura⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾, sendo estratégica, portanto, sua compreensão a partir da subjetividade de indivíduos e grupos sociais⁽⁴⁷⁾.

Nessa perspectiva, é importante pensar projetos de futuro para atuação da enfermagem sensível aos DSS dos adolescentes em situação de rua, que abarque o nível político, epistemológico e técnico, dentro e fora do sistema de saúde. A enfermagem como prática social se propõe a compreender e atender às necessidades dos adolescentes em situação de rua tanto no âmbito individual como coletivo, além de buscar promover as potencialidades do seu desenvolvimento e dignidade humana.

Como limitações do estudo, destaca-se que a coleta de dados na rua é um processo desafiador devido à mobilidade dos adolescentes e aos locais de difícil acesso. O estudo também trabalhou com uma amostra por conveniência, impedindo a generalização dos resultados.

A investigação contribui para o avanço do conhecimento e da práxis em enfermagem e saúde ao trabalhar com populações vulneráveis, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas para os adolescentes em situação de rua, as quais assegurem, no domínio jurídico, direitos sociais, ou seja, o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, proteção à maternidade e à infância. O estudo possibilita também reflexões sobre novas políticas para os adolescentes, mais inclusivas, que permitam que eles sejam reconhecidos como sujeitos de direitos e com necessidade de proteção pelo Estado de direito.

Conclusão

Esta pesquisa possibilitou compreender o contexto de adolescentes em situação de rua, as suas desigualdades e, assim, vislumbrar estratégias de saúde para a equidade e dignidade humana. Os achados evidenciam situações singulares e desafiadoras dos adolescentes, ao mesmo

tempo em que subsidiam reflexões para o cuidado das suas necessidades em saúde. Além disso, procurou-se evidenciar as desigualdades dos adolescentes em situação de rua, com o objetivo de construir um sistema de saúde com mais equidade, melhor desempenho dos profissionais e tratamento com mais dignidade a essa população.

Referências

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, organizators. 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
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
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
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
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
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
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://bvsms.saude.gov.br/bvs/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, Carinhanha 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
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. *Ciênc 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. *Ciênc 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>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Obtenção de dados:** Edna Johana Mondragón-Sánchez. **Análise e interpretação dos dados:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Análise estatística:** Edna Johana Mondragón-Sánchez. **Redação do manuscrito:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Edna Johana Mondragón-Sánchez, Patricia Neyva da Costa Pinheiro, Lorena Pinheiro Barbosa.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 04.05.2022


Aceito: 25.07.2022

Editor Associado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Autor correspondente:

Edna Johana Mondragón-Sánchez

E-mail: ejmondragon@uniquindio.edu.co

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

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.