

Artigos originais

Conhecimento e experiência de profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento a pessoas surdas

Knowledge and experience of Family Health Team professionals in providing healthcare for deaf people

Vânia de Santana Lima Reis¹

<https://orcid.org/0000-0002-4429-7972>

Adriano Maia dos Santos¹

<https://orcid.org/0000-0001-9718-1562>

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 09/04/2018

Aceito em: 13/11/2018

Endereço para correspondência:

Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia
Rua Hormindo Barros, 58, quadra 17 -
Bairro Candeias
CEP: 45.029-094 - Vitória da Conquista,
Bahia, Brasil
E-mail: maiaufba@ufba.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a comunicação na perspectiva dos profissionais de Equipes de Saúde da Família para atendimento a pessoas surdas.

Métodos: trata-se estudo transversal que abarcou todas as 39 equipes de Unidades de Saúde da Família da zona urbana e rural. Realizou-se um censo e aplicou-se questionários aos profissionais das Unidades de Saúde da Família (31 médicos, 30 enfermeiros e 27 cirurgiões-dentistas) e quatro farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Resultados: a grande maioria dos profissionais (60,8%) referiu ter ciência da existência da Linguagem Brasileira de Sinais, embora, nenhum dos entrevistados comunicava-se por meio dela. A maioria dos profissionais (68,5%) havia atendido uma pessoa surda em algum momento. Todavia, nenhum dos profissionais fez curso complementar ou obteve alguma formação específica.

Conclusão: o aspecto relacional é parte fundamental na construção de projetos terapêuticos singulares. Nesta perspectiva, as barreiras de comunicação enfrentadas por pessoas surdas comprometem o desenvolvimento dos laços que são requeridos na assistência à saúde, os quais podem afetar negativamente o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a adesão ao tratamento requerido.

Descritores: Deficiência Auditiva; Atenção à Saúde; Surdez; Estratégia Saúde da Família; Barreiras de Comunicação

ABSTRACT

Objective: to explore the communication of family health team professionals in providing healthcare for deaf people.

Methods: this cross-sectional study was comprised of 39 Family Health teams located in urban and rural areas. A census was conducted and some questionnaires were applied to the Family Health Professionals (31 doctors, 30 nurses, 27 dental surgeons and 4 pharmacists) from the Family Health Support Centers.

Results: the great majority of the personnel (60.8%) reported being aware of the existence of Brazilian Sign Language, but none of the interviewees had used it to communicate. Most of the Family Health Team personnel (68.5%) had provided care to a deaf person at some time. However, none of them had taken a complementary course or received any specialized training.

Conclusion: the relational dimension is fundamental in developing individual therapy plans. From this perspective, the communication barriers that deaf people face can compromise the necessary bonding for healthcare, which may adversely affect early diagnosis, timely treatment, and adherence to required treatment.

Keywords: Hearing Loss; Health Care; Deafness; Family Health Strategy; Communication Barriers

INTRODUÇÃO

O sistema de proteção social, na perspectiva de conformação de um Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), no Brasil, sustenta-se na Seguridade Social (incluindo a previdência, a saúde e a assistência social) e tem impacto na construção da própria sociedade que busca responder ao ideal redistributivo e a universalização da cidadania¹. Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) seria uma estratégia do Estado de Bem-Estar Social de perfil institucional redistributivo², forjado constitucionalmente, tendo como alicerce a justiça social baseada no ideal de igualdade de resultados, garantida mediante políticas públicas amplas, universais e equânimes.

Numa sociedade desigual, os impactos negativos de sistemas residuais de proteção social e mecanismos de austeridade financeira nas políticas de saúde ampliam as iniquidades e comprometem a justiça social^{3,4}, com efeitos deletérios especialmente aos grupos sociais mais vulneráveis⁵⁻⁷. De tal modo, políticas públicas como o SUS não estão isentas de reproduzirem mecanismos de exclusão e, contraditoriamente, as instituições e seus agentes podem mitigar os avanços da proteção social, sobretudo em relação ao princípio da equidade e universalidade do acesso⁸.

Diante desta constatação, outros instrumentos legais são formuladas para inibir os efeitos deletérios das desigualdades sociais e das vulnerabilidades acentuadas por questões de etnia^{9,10}, de gênero¹¹, de ser pessoa com deficiência^{12,13}, dentre outras condições que, muitas vezes, atuam de maneira sinérgica como barreira de acesso aos serviços de saúde. Nesta direção, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência¹⁴ está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde deste segmento social no Brasil^{3,12}.

No caso específico de pessoas surdas, a dificuldade no acesso ao cuidado em saúde é intensificada pela ineficiência na comunicação entre profissional e usuário surdo^{15,16}. Deste modo, pessoas surdas buscam com menor frequência os serviços de saúde que as pessoas ouvintes, por conta de medo, desconfiança e frustração¹⁷, além da violência simbólica¹⁸ oriunda da falta de preparo dos profissionais de saúde e falta de conhecimento a respeito deste indivíduo^{13,16}. Considera-se, também, a dificuldade dos surdos em informar seus sintomas ao profissional de saúde,

principalmente aqueles que não estão acompanhados de alguém que possa se comunicar por eles¹³.

Por outro lado, o acolhimento à pessoa surda¹⁹, por meio de uma comunicação adequada no serviço de saúde, é uma ferramenta imprescindível para promover a adesão e busca regular por cuidados¹⁵. Por conseguinte, diante da complexidade da comunicação entre surdos e profissionais de saúde, há necessidade de inclusão de debate com relação à Língua Brasileira de Sinais (Libras) no desenvolvimento de competências no processo de trabalho para produção do cuidado em saúde^{15,20,21}.

Assim, na busca por superar tais iniquidades e aperfeiçoar a qualidade dos serviços público no SUS, neste estudo realizou-se uma avaliação da comunicação na perspectiva dos profissionais de Equipes de Saúde da Família, em Vitória da Conquista, para atendimento às pessoas surdas.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista de acordo com o Ofício nº 079/2013, de 20/11/2013, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, segundo Parecer nº 477.283, de 17/12/2013. Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para avaliação da comunicação com pessoas surdas na perspectiva dos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família (USF), realizou-se estudo transversal, considerando todas as equipes (39), abarcando USF da zona urbana e da zona rural do município de Vitória da Conquista, Bahia. O município de Vitória da Conquista possuía, em setembro de 2013, uma população estimada de, aproximadamente, 316 mil habitantes²². Segundo dados do histórico de cobertura da Atenção Básica à Saúde²², havia, no município, 509 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 35 Equipes de Saúde da Família (EqSF) completas (38% de cobertura), trinta Equipes de Saúde Bucal e quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para dimensionamento do tamanho da amostra, decidiu-se por um processo de amostragem por conveniência com definição de abrangência da amostra para todos os profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) das EqSF e todos os farmacêuticos que compunham os NASF. Os dados das USF, das

equipes do NASF e dos respectivos profissionais foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

A eleição de profissionais da ESF para esta investigação, justifica-se pois compreende-se que as USF devem ser a porta de entrada preferencial para todas as pessoas (independentemente de sua condição de vida), quando buscam um atendimento na rede de atenção à saúde. Sendo assim, as dificuldades identificadas nesse ponto da rede de atenção sinalizam e servem de marcadores para avaliação da qualidade e abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS). Por sua vez, a inclusão do farmacêutico do NASF foi intencional, por conta de ser um importante profissional para política de segurança do paciente, especialmente, na assistência farmacêutica para garantir o uso seguro e racional de medicamentos²³.

A decisão pelo censo dos profissionais é justificada pelo número limitado de pessoas surdas que procuram os serviços de saúde¹⁹, bem como, pelo número “reduzido” de surdos no conjunto da população³. Buscou-se, dessa forma, colher um conjunto de dados que captassem com sensibilidade os desafios à assistência à população com deficiência, especificamente, pessoas surdas, no terceiro maior município da Bahia.

Os questionários foram aplicados para 88 profissionais das USF (31 médicos, 30 enfermeiros e 27 cirurgiões-dentistas) e quatro farmacêuticos do NASF. Nesse aspecto, dentre os 108 profissionais que atuavam nas USF, vinte profissionais (perda de 18,5%) não responderam ou não foram encontrados (férias, afastamento etc.), sendo que todos os quatro farmacêuticos que atuavam no NASF foram contemplados.

Trata-se, portanto, de um estudo de caso²⁴, de natureza descritiva, observacional e exploratória. Foi utilizado um questionário de autoaplicação, com perguntas referentes: a) perfil e formação dos entrevistados; b) capacitação em comunicação com o surdo; c) atenção à saúde do surdo; d) percepção dos profissionais acerca da comunicação no atendimento de pessoas surdas.

A produção de dados foi realizada pelo pesquisador e mais oito apoiadores de campo, recrutados

e orientados para realização adequada da coleta. Para dados da zona rural, os questionários foram entregues diretamente aos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde (antes dos mesmos irem para as suas respectivas USF). Para os dados da zona urbana, a equipe de campo foi diretamente às USF. Os dados foram codificados e computados no Epidata para a análise descritiva. O trabalho de campo foi realizado entre dezembro de 2013 a janeiro de 2014.

RESULTADOS

No conjunto dos entrevistados do estudo houve predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias, excetuando os farmacêuticos. Neste aspecto, destaca-se a enfermagem, na qual, majoritariamente, era constituída por mulheres (97%). Em relação ao tempo de formação, percebeu-se que não houve grandes variações, sendo que grande parte dos profissionais (69,6%) concluíram a graduação há mais de cinco anos. Além disso, aproximadamente, 30% tinham mais de 15 anos de formado (Tabela 1).

Em relação ao tempo de experiência profissional em USF ou NASF, constatou-se que acima da metade dos entrevistados (55,4%) tinha mais de cinco anos de trabalho em serviços da APS e, apenas, cerca de 18% deles possuíam experiência menor que dois anos. Por sua vez, em relação a idade dos profissionais, notou-se que ¼ dos trabalhadores tinha até 30 anos, com predominância (60,8%) na faixa entre 30 a 40 anos, sendo o perfil dos profissionais atuantes nas USF e NASF de adultos jovens.

Na segunda categoria de questionamentos acerca das práticas e conhecimento para lidar com pessoas surdas (Tabela 2), a grande maioria dos profissionais (60,8%) referiu ter ciência da existência da Libras, embora, nenhum dos profissionais referiu comunicar-se por meio dela. Por sua vez, os dados revelaram, ao mesmo tempo, que 68,5% dos profissionais que atuavam nas USF ou NASF havia atendido uma pessoa surda em algum momento.

Tabela 1. Perfil dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, Vitória da Conquista, Bahia, 2014

Variáveis	N (92)	%
Profissão (sexo)		
Médico	Masculino 12	39
	Feminino 19	61
Enfermeiro	Masculino 1	3
	Feminino 29	97
Cirurgião-dentista	Masculino 10	83
	Feminino 17	17
Farmacêutico (NASF)*	Masculino 3	75
	Feminino 1	25
Tempo de formação (anos)		
≤ 2	15	16,3
> 2 a ≤ 5	13	14,1
> 5 a ≤ 10	18	19,6
> 10 a ≤ 15	19	20,7
> 15	27	29,3
Tempo de experiência em USF/NASF (anos)		
≤ 2	17	18,4
> 2 a ≤ 5	13	14,3
> 5 a ≤ 10	21	22,8
> 10	30	32,6
Não sabe/ não respondeu	11	11,9
Idade (anos)		
< 30	23	25
> 30 a ≤ 40	33	35,8
> 40 a ≤ 50	16	17,4
> 50	8	8,7
Não sabe/ não respondeu	12	13,1

Nota: *NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; USF – Unidade de Saúde da Família

Tabela 2. Conhecimento e experiência de profissionais na atenção ao surdo em Equipes de Saúde da Família, Vitória da Conquista, 2014

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Conhecimento sobre LIBRAS		
Conhece ou já ouviu falar em LIBRAS	76 (82,6)	16 (17,4)
Sabe que LIBRAS é língua oficial do surdo	53 (57,6)	39 (42,4)
Comunica-se por meio de LIBRAS	0 (0)	92 (100)
Recebeu formação na graduação sobre estratégias para se comunicar com surdo	3 (3,3)	89 (96,7)
Fez algum curso de capacitação que abordasse os aspectos de comunicação com o usuário surdo	0 (0)	92 (100)
Houve educação permanente em serviço em comunicação a pessoas surdas	0 (0)	92 (100)
Atendeu algum usuário surdo na USF/NASF	63 (68,5)	29 (31,5)
Atenção à saúde ao surdo na USF/NASF*		
Considera que a consulta foi plenamente realizada	52 (82,5)	11 (17,5)
Acha que as dúvidas do usuário foram respondidas	37 (58,7)	26 (41,3)
Houve alguma dificuldade para realizar a consulta	41 (65,1)	22 (34,9)
Se aborreceu/ “perdeu a paciência” durante o atendimento a um usuário surdo	0 (0)	63 (100)
Durante a consulta algum usuário surdo já se aborreceu/ “perdeu a paciência”	0 (0)	63 (100)
Sente-se preparado para atender um usuário surdo	12 (19)	51 (81)
Nível de Satisfação*		
Profissional satisfeito com o atendimento prestado à pessoa surda	30 (47,6)	33 (52,4)
Usuário surdo ficou satisfeito com a consulta recebida na USF/NASF	43 (68,2)	20 (31,8)

Nota: *Responderam apenas os que já haviam atendido usuário surdo na USF/NASF

Legenda: NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; USF – Unidade de Saúde da Família

Na perspectiva da formação específica para comunicação com surdos, os dados destacam uma predominância de profissionais com contato residual (3,3%) na graduação. Além disso, nenhum dos profissionais fizeram algum curso complementar ou obteve alguma formação por meio de educação permanente em saúde ofertada por gestores dos serviços de saúde.

Entre os 63 profissionais que já haviam atendido algum surdo nas unidade de saúde, a grande maioria julga ter realizado uma consulta adequada, ainda que, aproximadamente, 40% admitam que as dúvidas dos usuários surdos não foram adequadamente respondidas. Neste mesmo grupo de entrevistados, houve uma preocupante constatação para cerca de 61% dos profissionais em relação a alguma dificuldade para realizar a consulta e despreparo (81%) para atender adequadamente tal população. Outro dado que chama atenção é que mesmo diante da limitação no processo assistencial, segundo os profissionais, nenhum usuário surdo se aborreceu com o profissional durante a consulta e vice-versa.

Por fim, quando os profissionais foram questionados sobre “quão satisfeitos” ficaram ao realizar a consulta, menos da metade afirma algum nível de satisfação. Na rota oposta, aproximadamente, 70% dos profissionais acreditam que os usuários surdos estavam satisfeitos com o desfecho da consulta realizada.

DISCUSSÃO

Para organizar um sistema público e universal de saúde, respeitando o princípio da universalidade, as distintas intervenções para prevenção de doenças, promoção da saúde, bem como a cura e reabilitação dos agravos devem estar acessíveis aos diferentes usuários²⁵, independentemente de sua condição de vida na perspectiva do cuidado integral²⁶.

Para tanto, a existência de equipes de saúde da família tem a premissa de facilitar o acesso das pessoas à rede de atenção, exercendo a função de porta de entrada preferencial, por meio do contato rotineiro e continuado, com relação de proximidade^{26,27}. Porém, a cobertura parcial por EqSF, no município em estudo, contraria, de pronto, o alcance das ações de atenção primária ao conjunto da população. Aliás, a cobertura da ESF em municípios de médio e grande porte tem sido um desafio a consecução da universalidade no país²⁸.

Entre os desafios ao acesso aos cuidado na ESF, destacam-se a provisão de médicos (atração e fixação)²⁹, bem como a formação adequada dos

profissionais para garantir a resolubilidade do cuidado no primeiro nível de atenção⁶ e, sobretudo, as políticas de austeridade⁴. Por este aspecto, o município investigado apresentou um paradoxo, pois, todas as equipes estavam providas por médicos e demais integrantes da ESF, além de apresentarem, na sua maioria, um tempo adequado de formação e permanência nas equipes. Na contramão do esperado, os mesmo profissionais revelaram, na sua totalidade, ausência de formação mínima para lidarem com a população surda. Tais achados, mesmo indesejados, estão em consonância com diferentes estudos nacionais^{21,30} e internacionais^{17,31}.

Tal evidência empírica sinaliza a qualidade parcial da atenção na ESF e expõe algum nível de seletividade, visto que, a acessibilidade restritiva às pessoas surdas rompe o direito universal à saúde e contraria a perspectiva abrangente da APS. Outra questão importante é que, mesmo localizadas, predominantemente, em territórios de maior vulnerabilidade social, as equipes de APS, no Brasil, ainda reproduzem os mecanismos de iniquidade, uma vez que há maior dificuldade de acesso às população mais vulneráveis, sejam por condição de vida¹⁸, por questões étnicas^{9,32}, estrato social³³ ou por orientação sexual³⁴. Tais constatações, também, estão presentes na APS, mesmo em países de alta renda^{7,10,11}.

Na perspectiva de acesso à população surda, há aspectos intrínsecos que mitigam o direito à proteção social e a expõe à assistência inadequada, visto que, além de precisar do contato com o serviço, necessita da acessibilidade comunicacional^{15,19}. Entretanto, os profissionais entrevistados revelaram que atendem pessoas surdas nas USF, ainda que sem preparo específico e, por consequência, tinham dificuldade na condução clínica e sentiam-se despreparados para uma abordagem adequada.

Em contraposição, cerca de metade dos profissionais declarou estar satisfeita com o atendimento disponibilizado às pessoas surdas e a maioria julgava que os usuários surdos estavam, também, satisfeitos com a consulta recebida. Todavia, estes dados obtidos não asseguram que houve compreensão pelo usuário, uma vez esta é a percepção do profissional, nem tão pouco significa que a realização da consulta é equívale a qualidade desejada/necessitada pelo usuário surdo. Na mesma direção, pode sinalizar uma compreensão idealizada sobre o processo de cuidar em saúde centrada no fazer profissional e pouco atrelada à perspectiva da inter-relação e da intersubjetividade.

Assim sendo, o aspecto relacional é parte fundamental na construção de projetos terapêuticos singulares³⁵, ou seja, o encontro profissional-usuário precisa ser carregado de saberes que vão além da técnica e que permeiam o campo do sensível para garantir a produção do cuidado³⁶. Nesta perspectiva, as barreiras de comunicação enfrentadas por pessoas surdas comprometem o desenvolvimento dos laços que são requeridos na assistência à saúde, os quais podem afetar negativamente o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno²¹.

Reverter este terreno e conhecer a percepção de usuário surdos acerca dos serviços de saúde e a relação com os profissionais mostra uma perspectiva bastante distinta das percepções dos profissionais de Vitória da Conquista. Neste sentido, diferentes estudos sinalizam que a comunidade surda, quando busca os serviços de saúde, depara-se com inúmeras dificuldades e, por conseguinte, há insatisfação com o cuidado ofertado^{13,37}. Entre as barreiras de acessibilidade, os surdos destacam, em diferentes pesquisas^{16,17,19,38}, restrição de sua autonomia, privacidade comprometida e conflito ético por conta da necessidade de intérprete familiar, ausência de intérprete profissional nas instituições de saúde, discriminação, preconceito, estigmas e estereótipos nos serviços de saúde, desatenção e inabilidade dos profissionais na busca de alternativas comunicacionais e atitudinais, falta de acolhimento e invisibilidade de suas necessidades singulares, dentre outros desafios.

Destaca-se, ainda, neste estudo, que a formação dos profissionais na graduação não ofereceu ferramentas para lidarem com grupos sociais que necessitam de outros meios/recursos de comunicação, designadamente os surdos. Neste item, há problemas que se acumulam, pois a Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência¹² reafirma as conquistas sociais históricas do Estado brasileiro e retoma o conceito de deficiência, reconhecendo-a como “como um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (p.17).

Sendo assim, há responsabilização de toda sociedade e, portanto, cabe aos gestores, ofertarem educação permanente em serviço e, também, compete aos profissionais buscarem formas adequadas e robustas para superarem o amadorismo nas relações

comunicacionais com os surdos. Nesta perspectiva, a deficiência desloca-se do surdo que, muitas vezes, está em “desvantagem” socioeconômica, para as instituições e seus agentes quando se omitem ou negligenciam a inclusão e a acessibilidade como direito humano inalienável.

Por fim, a ausência de qualificação adequada para trabalhar com surdos contraria o Decreto nº 5.626/2005³⁹, que regulamenta a inclusão plena dos surdos nos serviços de saúde, garantindo a atenção integral à saúde, por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS e/ou para tradução ou interpretação para pessoas surdas ou aqueles não usuários da Língua Brasileira de Sinais, oferecendo ao surdo um atendimento com mais qualidade e acessível, garantido “de fato” a universalidade e equidade da atenção.

A equidade é o princípio norteador para consecução de políticas abrangentes e universais que permitam a justiça social e a igualdade de resultados. Nesta perspectiva, constata-se que há um caminho longo a ser trilhado pelos agentes (gestores e profissionais de saúde) no SUS, especificamente, para garantia ao acesso às equipes de Saúde da Família para populações vulneráveis.

No caso de pessoas surdas, as barreiras de acesso impõem importantes constrangimentos que sinalizam o descuido e/ou despreparo de profissionais no processo de trabalho, implicando, assim, em uma Atenção Primária à Saúde restritiva à diversidade de necessidades/demandas da população. Neste aspecto, há necessidade de comprometimento do gestor público com a formação permanente dos profissionais dos serviços de saúde para lidarem adequadamente com demandas específicas como, por exemplo, de pessoas surdas.

Por fim, entende-se que a existência de políticas de saúde atentas às demandas singulares sinaliza um traçador importante da qualidade do cuidado, pois, profissionais competentes para acolher demandas de populações vulneráveis, certamente, serão, também, mais atentos ao conjunto das demandas de toda população.

CONCLUSÃO

O estudo levou em consideração as experiências e perspectivas de profissionais de um município de médio porte e, portanto, sinaliza os desafios que ocorrem em municípios do interior do Brasil. Todavia, estudos qualitativos e que, também, busquem a perspectiva das pessoas surdas, certamente, darão

outros elementos para ampliação do debate e para formulação de políticas mais coerentes e sensíveis às demandas desta população.

Ressalta-se, ainda, que a acessibilidade é uma barreira importante a ser considerada, porém, o aspecto comunicacional mostrou-se enquanto um empecilho à produção do cuidado e à terapêutica singular na relação entre profissional e usuário-surdo.

REFERÊNCIAS

1. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Cebes: Rio de Janeiro; 2012. p.25-57.
2. Draibe SM. Há tendências e tendências: com que estado de bem estar social haveremos de conviver neste fim de século? *Cad Pesqui.* 1989;(10):1-45.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da República. Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Costa NR. Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22(4):1065-74.
5. Antunes JLF, Waldman EA, Borrell C. Is it possible to reduce AIDS deaths without reinforcing socioeconomic inequalities in health? *Int J Epidemiol.* 2005;34(3):586-92.
6. WHO. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
7. Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque JF et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the impact international online survey of innovations. *Int J Equity Health.* 2016;15(64):2-20.
8. Barro FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc.* São Paulo. 2016;25(1):9-18.
9. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2013;29(9):1829-42.
10. Morcillo AJR, Martínez MR, Salazar SF, Casado RP. Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 2015;47(4):213-9.
11. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PlosOne.* 2016;11(1):e0146139.
12. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2017.
13. Souza MFNS, Araújo AMB, Sandes LFF, Freitas DA, Soares WD, Vianna RSM et al. Main difficulties and obstacles faced by the deaf community in health access: an integrative literature review. *Rev. CEFAC.* 2017;19(3):395-405.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Oliveira YCA, Celino SDM, Costa GMC. Communication as an essential tool for deaf people's health care. *Physis.* 2015;25(1):307-20.
16. Costa LSM, Almeida CN, Mayworn MC, Alves PTF, Bulhões PAM, Pinheiro VM. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. *Rev Bras Clin Med.* 2009;7(3):166-70.
17. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility: experiences and perceptions of deaf people. *J Gen Intern Med.* 2006;21(3):260-6.
18. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):964-70.
19. Tedesco JR, Junges JR. Challenges for receiving hearing-impaired individuals in primary healthcare services. *Cad Saude Publica.* 2013;29(8):1685-9.
20. Gomes LF, Machado FC, Lopes MM, Oliveira RS, Medeiros-Holanda B, Silva LB et al. Conhecimento de Libras pelos médicos do Distrito Federal e atendimento ao paciente surdo. *Rev. bras. educ. med.* 2017;41(4):551-6.
21. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC, Munari DB, Medeiros M, Duarte SBR. Atendimento a pessoa surda que utiliza a Língua de Sinais, na perspectiva do profissional da saúde. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):639-45.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

23. Vieira MRS, Lorandi PA, Bousquat A. Assessment of pharmaceutical care for pregnant women treated in the public health system in Praia Grande, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1419-28.
24. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
25. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e742-750.
26. Santos AM, Giovanella L. Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00172214.
27. Almeida PF, Giovanella L, Augusto B. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde debate*. 2012;36(94):375-91.
28. Malta DC, Santos MA, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. Family health strategy coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016;21(2):327-38.
29. Jesus RA, Medina MG, Prado NMB. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface*. 2017;21(Supl.1):1241-55.
30. Abreu JC, Freitas JMR, Rocha LLV. Perception of deaf in relation to the system of communication of Primary Health Unit. *BJSCR*. 2015;9(1):6-11.
31. Emond A, Ridd M, Sutherland H. Access to primary care affects the health of deaf people. *Br J Gen Pract*. 2015;65(631):95-6.
32. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Públ*. 2012;46(6):1007-13.
33. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health*. 2013;103(11):2000-6.
34. Ferreira BO, Nascimento EF, Pedrosa JIS, Monte LMI. Transvestites's experiences in access to SUS. *Physis*. 2017;27(4):1023-38.
35. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde*. Hucitec: São Paulo; 2013.
36. Merhy EE. *Saúde a cartografia do trabalho vivo em ato*. Hucitec: São Paulo; 2014.
37. Cardoso AHA, Rodrigues KG, Bachion MM. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(4):553-60.
38. Pereira RM, Monteiro LPA, Monteiro ACC, Costa ICC. Percepção das pessoas surdas sobre a comunicação no atendimento odontológico. *Ciência Plural*. 2017;3(2):53-72.
39. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.