

USO DO DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA ENTENDIMENTO DE PROBLEMAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

USE OF THE ISHIKAWA DIAGRAM TO UNDERSTAND PROBLEMS IN PRIMARY HEALTH CARE

Cely Carlyne Pontes Morcerf¹

João Mazzoncini de Azevedo Marques²

Resumo: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) propõe a formação de médicos voltados ao trabalho em equipe e ao cuidado integral. Fundamenta-se nos princípios da longitudinalidade e do vínculo para qualificar a assistência. Este artigo tem como objetivo relatar a experiência de uma médica residente em MFC, com enfoque na gestão da clínica e no cuidado centrado na pessoa, durante o acompanhamento de pacientes com multimorbidade ao longo da residência. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, associado a uma revisão narrativa da literatura. Como ferramenta analítica, utilizou-se o diagrama de Ishikawa para identificar e organizar fatores causais relacionados aos problemas observados na prática assistencial e na formação em serviço. A aplicação do diagrama possibilitou a sistematização do problema central — a desmotivação para o seguimento de carreira na Atenção Primária à Saúde — e a identificação de múltiplos fatores contribuintes, incluindo questões estruturais, organizacionais e relacionais. Os achados contribuíram para reflexões críticas e para o fortalecimento de estratégias locais de melhoria da qualidade no programa de residência. Conclui-se que o uso de ferramentas de gestão da qualidade pode favorecer a compreensão ampliada de problemas complexos e subsidiar intervenções mais efetivas na formação em saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract: Family and Community Medicine (FCM) focuses on training physicians to work in multidisciplinary teams and provide comprehensive, territory-based care, grounded in longitudinality and patient bonding to improve healthcare quality. It also emphasizes the role of social determinants in shaping health outcomes. This study aims to report the experience of a Family and Community Medicine resident, focusing on clinical management and person-centered care during the follow-up of patients with multimorbidity throughout residency training. This is a qualitative, descriptive study based on an experience report, combined with a narrative literature review. The Ishikawa diagram was used as an analytical tool to identify and organize causal factors related to challenges observed in both clinical practice and professional training. The use of this tool enabled the systematization of the main problem — lack of motivation to pursue a career in Primary Health Care — and the identification of multiple contributing factors, including structural, organizational, and interpersonal issues. The findings supported critical reflections and contributed to local strategies aimed at improving the quality of the residency program. It is concluded that quality management tools can enhance the understanding of complex problems and support more effective interventions in health professional training.

1 Médica de Família e Comunidade pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestra em ciências, Doutoranda em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, lattes: <http://lattes.cnpq.br/3154533152235002>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8443-1806>. email: celymorcerf@usp.br

2 Psiquiatra pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Doutor em Saúde Mental, Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, formação acadêmica, atuação atual, lattes: <http://lattes.cnpq.br/0156892040101834>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3100-3883> e-mail: jmaq@usp.br

Introdução

Considerada uma nova proposta de assistência humanizada, pautada na visão do cuidado das pessoas no território, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) dialoga com a necessidade de expansão da formação de médicos qualificados para uma atuação próxima às residências dos indivíduos, adotando uma concepção ampliada de saúde que transcende a ausência de doenças clínicas. Assim, a valorização do trabalho em equipe no acompanhamento longitudinal de famílias, com um olhar diferenciado para o impacto dos determinantes sociais da saúde no viver e no adoecer, constitui um dos focos formativos dos programas de residência em MFC. No entanto, problemas históricos persistem, evidenciados pelos desafios na escolha da carreira em MFC por médicos, agravados pelo abandono da trajetória profissional na área por parte de muitos dos poucos profissionais que concluem a formação na especialidade (CAVALCANTE *et al.*, 2022; CARVALHO *et al.*, 2024). O presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise reflexiva, por meio da metodologia de relato de experiência, a partir de uma perspectiva sistêmica e processual da formação médica, abrangendo desde a escolha da especialidade até a fixação, a permanência e o desenvolvimento da carreira na área. Busca-se, ainda, sistematizar os principais problemas identificados ao longo da formação em MFC, em um programa de referência no Brasil, com o auxílio do diagrama de Ishikawa.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, articulado a uma revisão narrativa e reflexiva da literatura atual acerca dos principais problemas relacionados à gestão organizacional da Atenção Primária à Saúde, no que se refere ao seguimento de carreira na área como especialidade médica, com atuação no território, no âmbito de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para a seleção dos artigos que subsidiaram a revisão narrativa e reflexiva, foram utilizadas as bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico, por meio dos descritores em língua portuguesa “Gestão em Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Medicina de Família e Comunidade”. Foram selecionados sete artigos científicos publicados no período de 2009 a 2024. Adicionalmente, foi incluído um artigo científico relacionado ao uso do diagrama de Ishikawa em gestão, totalizando oito referências. O relato de experiência foi elaborado a partir de registros em diário de campo, realizados por uma residente do segundo ano de MFC, ao longo de suas atividades em um programa de residência médica no interior do estado de São Paulo, no ano de 2023, articulados a reflexões acerca de sua trajetória na escolha pela área.

Cenário de Atuação na Residência de Medicina de Família e Comunidade

O Programa de Residência em MFC do complexo hospitalar no qual a residente estava inserida corresponde a uma instituição de grande relevância para a área e para a formação de recursos humanos em saúde, tendo iniciado suas atividades com a primeira turma de residentes em MFC no ano de 1999. Oferece atualmente 15 vagas anuais para a especialidade, que é de acesso direto, contando, em suas unidades de Saúde da Família, com 15 residentes do primeiro ano e 15 residentes do segundo ano. Os residentes permanecem alocados em uma unidade da ESF por um período de dois anos, tempo necessário, no Brasil, para a formação na especialidade. Nesse período de formação, aproximadamente 70% da carga horária do treinamento em serviço é destinada às atividades na ESF de referência. Os outros períodos correspondem a estágios em cenários externos, contemplando diversas especialidades clínicas, saúde mental, desenvolvimento de habilidades cirúrgicas voltadas a pequenos procedimentos, além de módulos de saúde da mulher, incluindo, ainda, férias e estágio optativo fora do complexo acadêmico. Nesse contexto, foi identificada uma problemática ao longo do primeiro ano de inserção na residência em MFC, a qual, até então, apresentava caráter predominantemente subjetivo. Buscou-se a realização de um diagnóstico voltado à compreensão do problema, bem como identificação de suas causas e consequências para sua perpetuação. Para uma análise mais minuciosa da problemática e futura reflexão sobre possíveis estratégias de resolução da situação identificada, a residente utilizou uma ferramenta de gestão da qualidade, com o objetivo de ampliar a compreensão dos fatores causais, após o isolamento do problema no âmbito da organização. O Programa de Residência em MFC do complexo é composto por seis unidades de Saúde da Família, denominadas núcleos, e por uma unidade de maior porte, composta por quatro equipes.

Contexto de Imersão na Residência em Medicina de Família e Comunidade

No período de estágios com fixação em uma unidade da ESF, cada residente é inserido em uma equipe. A unidade na qual a residente, pesquisadora principal do presente trabalho, atuou era subdividida em microáreas. Na estrutura organizacional da unidade-escola, a residente ficou responsável pelo acompanhamento longitudinal, ao longo de dois anos, da microárea 3 e de parte da microárea 1, correspondente à área mais vulnerável do território da ESF. A microárea 1, em razão de suas condições de maior vulnerabilidade social, foi distribuída entre todos os residentes em grupos de famílias, o que favorecia o aprendizado coletivo na unidade junto à comunidade, situada em uma favela característica da região. A microárea 1 era composta majoritariamente por migrantes da região Nordeste, com destaque para municípios do interior e áreas de extrema pobreza dos estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará e Sergipe. Já a microárea 3 apresentava como característica marcante a elevada demanda por cuidados em saúde mental, estando parte significativa dessa população inserida em tratamento em saúde mental no âmbito da residência ou em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial. Também integra essa microárea uma Residência Terapêutica, vinculada ao Programa “De Volta para Casa”, do Ministério da Saúde, em uma proposta de reinserção psicossocial de pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos. Os atendimentos de cuidados primários na unidade eram realizados em formato digital, com utilização de computadores, prescrições digitadas e impressas, bem como sistema de prontuário eletrônico. Assim, a internet era indispensável para a organização do fluxo de trabalho do serviço. Todos os residentes possuíam agenda própria. A agenda do residente do primeiro ano de MFC tinha duração de 1 hora por atendimento em consulta saúde, enquanto a do residente do segundo ano tinha duração de 40 minutos.

Desenvolvimento

Identificação dos Principais Problemas

A residente foi aprovada na turma de 2022, em um período logo após a segunda onda da pandemia de COVID-19, a qual modificou significativamente o processo de trabalho de médicos residentes em todo o Brasil. Nesse contexto, residentes foram mobilizados de seus cenários de atuação para o trabalho na linha de frente da pandemia, direcionados ao suporte da população diante da emergência sanitária, sob uma perspectiva de saúde pública. No entanto, essa mobilização prejudicou consideravelmente o aprendizado em serviço relacionado aos objetivos e ao escopo de atuação das especialidades, incluindo a MFC. No início da entrada da nova turma de residentes, em 2022, o cenário da COVID-19 apresentava redução no número de mortes e um processo de estabilização, com consequente melhoria do processo de trabalho e da formação dos residentes em suas áreas de atuação. A residente iniciou a observação dos problemas práticos de forma subjetiva, a partir de percepções de residentes mais experientes e egressos do programa, ao mesmo tempo em que observava as relações interpessoais e o envolvimento dos diferentes atores da ESF de origem e de outras ESFs vinculadas ao complexo acadêmico do programa. Ao observar a rotina de trabalho do serviço e analisar sua própria prática como residente no primeiro e no segundo ano, a residente também realizou uma análise reflexiva e comparativa com o período anterior à residência, quando atuava em uma unidade básica de saúde situada em uma zona vulnerável de um município do Nordeste, além de outras vivências de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

Medicina de Família e Comunidade como Seguimento de Carreira

Em período anterior à entrada no programa de residência, a residente em MFC iniciou sua trajetória na medicina ao cursar residência de Clínica Médica, em um serviço localizado no Nordeste do Brasil. Posteriormente, optou pela interrupção de seguimento na área hospitalar para a escolha de uma formação clínica mais próxima da comunidade. Nessa trajetória, vivenciou experiências com populações quilombolas, urbanas e rurais, atuando na APS, com destaque para o trabalho em áreas de extrema pobreza da região Nordeste. Embora se tratasse de atuação médica em uma unidade básica de saúde tradicional, evidenciou-se a necessidade de uma abordagem integral e do manejo da multimorbidade, especialmente em casos de maior complexidade e difícil resolução (CAVALCANTE *et al.*, 2022; CARVALHO *et al.*, 2024). Identificou-se, ainda, a necessidade de novos estudos clínicos voltados ao impacto dos determinantes sociais da saúde na piora de condições clínicas e de saúde mental, bem como a sensação de impotência diante de casos de famílias em situação de desestruturação e extrema pobreza, expostas à violência, ao estigma e a outras necessidades complexas em saúde, que limitam a resolutividade clínica quando baseada exclusivamente na prescrição medicamentosa. Destaca-se, assim, a importância do vínculo e da relação médico-paciente, com a construção de relações de confiança para o engajamento do paciente na terapêutica, mas sobretudo para a motivação do médico em sua prática na área (FAÇANHA *et al.*, 2024). Percebeu-se também a dificuldade relacionada a questões culturais, variações linguísticas, crenças e práticas de cunho mágico-religioso, bem como a características de determinados grupos populacionais que atuavam como barreiras à adesão terapêutica, comprometendo o controle clínico longitudinal e resultando em casos de internação ou em busca frequente por unidades de pronto atendimento. Evidenciou-se também a necessidade do desenvolvimento contínuo de grupos comunitários e terapêuticos, com abordagens em diferentes temáticas, especialmente relacionadas às doenças crônicas, às doenças infecciosas, em função do perfil epidemiológico local, e às demandas em saúde mental. No entanto, identificou-se que apenas a vontade do médico e de membros da equipe na construção de uma estrutura organizacional de uma APS mais forte e diversificada não seria suficiente para promover mudanças mais amplas na melhoria da qualidade da assistência em saúde pública na comunidade. Ainda que a boa vontade da equipe favorecesse a organização dos serviços na APS, possibilitando o acesso facilitado para famílias em maior vulnerabilidade e o retorno mais breve de pacientes com doenças crônicas descompensadas, bem como impulsionasse esforços locais para o desenvolvimento de grupos estratégicos, tais iniciativas não se mos-

traram suficientes para a resolução do problema. Pois olhava-se para o problema errado. A causa raiz do problema se configurava em um fenômeno mais complexo envolvendo questões de formação de recursos humanos, capacitações, treinamento, em ambiência, em gestão de agenda, em habilidades de comunicação, em formação de especialistas para a comunidade e principalmente, em ações para a melhoria da qualidade da APS. A partir de reflexões em uma visão de redes, a médica une vivências durante seu tempo como generalista recém-formada, inserção na residência de clínica médica – com um início de formação de foco hospitalar e ambulatorial – até a visão da alta ao paciente com a volta para casa. Destacou-se, assim, a importância do investimento em um cuidado integrado, na comunidade. Nessa perspectiva, observou-se que pacientes que recebiam alta hospitalar e ambulatorial em serviços de atenção focal, em uma região com baixa cobertura de APS, retornavam solicitando acompanhamento ambulatorial de condições que deveriam ser manejadas na APS, a qual não recebia investimentos suficientes para ampliação da cobertura e para a qualificação da fixação de especialistas em MFC. Assim, o objetivo da alta ambulatorial também se mostrava fragilizado em decorrência da descontinuidade do acesso e do acompanhamento longitudinal necessários à manutenção da saúde de pessoas que convivem com condições crônicas, especialmente no contexto da multimorbidade. Percebeu-se, ainda, a limitação da atuação hospitalar quando, após o cuidado em enfermarias clínicas, o paciente recebe alta sem que haja uma especialidade qualificada inserida no território para a continuidade do cuidado. Muitas vezes, as consequências da ausência de suporte territorial, em uma APS estruturada e resolutiva, incluem a reinternação em piores condições de saúde de pacientes considerados complexos, em razão de múltiplas necessidades em saúde, agravadas por determinantes sociais. Nesse cenário, a médica opta pela escolha da carreira em MFC como especialidade clínica de atuação comunitária.

Reflexões Durante a Residência de MFC: Trabalho Dentro de um Complexo Hospitalar no Brasil

Em uma visão inicial do processo formativo, a aprovação na residência em MFC, embora tenha representado um momento de felicidade para a residente, não foi bem recebida por parte da sociedade, familiares e colegas da área médica. Evidenciou-se a presença de estigma e preconceito em relação à escolha da especialidade, frequentemente associados a uma percepção equivocada da MFC como pouco resolutiva e de baixo reconhecimento como especialidade médica no meio externo. Alguns residentes em processo de conclusão do programa, de diferentes áreas médicas, com os quais a residente teve contato, chegaram a desencorajá-la a assumir a vaga na instituição, ainda que se tratasse de um programa de referência no Brasil. Essas manifestações eram apresentadas de forma subjetiva, mas refletiam uma combinação de valorização do modelo hospitalocêntrico e de percepções de preconceito atreladas ao significado da MFC como especialidade. Assim, o estigma social e em saúde contribuía para o entendimento do médico de família como um clínico geral sem especialização, criando-se um clima de desvalorização de pessoas que buscam essa área como carreira. Assim como descrito na literatura, o estigma relacionado ao não reconhecimento do potencial clínico da especialidade, bem como a desvalorização da área em razão do trabalho em ambiente extra-hospitalar, contribuíram para que muitos residentes cogitassem ou optassem por mudanças de especialidade, somado à sensação de sobrecarga e à supervalorização de indicadores quantitativos, em detrimento do acompanhamento longitudinal dos pacientes, comprometendo a qualidade da assistência sob uma perspectiva de cuidado integral (MELLO *et al.*, 2009; TOMAZ *et al.*, 2020). Durante sua trajetória no programa, a residente, por meio de participação em reuniões de equipe multiprofissional — incluindo espaços com gestores, outros residentes de MFC e residentes de outras especialidades — registrou e categorizou os principais problemas identificados que ameaçam a continuidade da carreira em MFC por profissionais formados em programas de residência na área. Após a compreensão dos problemas recorrentes em diferentes cenários, a residente analisou suas causas e consequências, identificando o principal problema organizacional. Essas informações foram sistematizadas ao final da residência em um diagrama de Ishikawa, ferramenta amplamente utilizada na gestão da qualidade para a compreensão dos fatores causais associados a problemas organizacionais, contribuindo para seu melhor delineamento e subsidiando futuros planejamentos de intervenção e enfrentamento dos

fatores agravantes identificados (LIRA *et al.*, 2017) (Figura 1). O principal problema identificado e isolado foi a desmotivação para a continuidade da carreira na APS, com a categorização de seis grandes grupos de fatores que se repetiam como ameaças na rotina de atendimentos em MFC durante a residência. 1) sistema eletrônico: a lentidão do sistema comprometia a fluidez do processo de trabalho, atrasando a agenda e consumindo tempo de consulta destinado ao paciente. Frequentemente, esse fator levava à geração de pendências e retrabalho, fazendo com que os residentes permanecessem na unidade de saúde até o horário de fechamento. Em outras situações, problemas relacionados à instabilidade da internet, sistema eletrônico e à dependência de computadores e impressoras, prejudicavam a gestão do tempo, levando por vezes à continuidade de atendimentos no horário de almoço, o que ao longo do tempo poderia trazer potenciais impactos para a saúde física e mental dos profissionais. 2) agenda: a lotação de consultas marcadas em todos os espaços de agenda existentes, mesmo que protegida, levava a uma sobrecarga pelo atraso em atendimentos. A padronização do mesmo tempo de agenda para todos os pacientes, sejam eles complexos ou não, dificultava o acompanhamento de alguns casos com multimorbidade, prejudicando a resolutividade e a adesão terapêutica, fator compatível com discussões e achados na literatura. 3) pressão assistencial: alguns pacientes que não conseguiam marcação de consulta breve ou que atrasavam a agenda possuíam comportamentos agressivos com certos profissionais de saúde, principalmente o médico, contribuindo para o desgaste e esgotamento físico do residente (BORGES *et al.*, 2023; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011). 4) Cuidado baseado em serviços: ideia de produtividade quantitativa, voltada à solicitação de exames e números de pacientes cadastrados e atendidos. 5) Trabalho mecânico: pela carência de um maior tempo gasto com o foco na abordagem integral do paciente associada a abordagens familiares na agenda, ao longo do tempo muitas vezes o residente perdia a visualização de propósito e sentido de estar ali, tendo-se uma ampla visão de clínica ambulatorial, porém com baixa aplicação de instrumentos familiares e novas abordagens em saúde mental nas consultas saúde. Tal problema era acentuado pela carência de atividades coletivas, afastando o residente do caráter comunitário da especialidade, aproximando-se mais da atuação de uma clínica médica no território. 6) Comunicação: a comunicação não violenta era pouco trabalhada, levando a atritos dentro das equipes e ruídos de comunicação que impediam o trabalho colaborativo. A construção de Projetos Terapêuticos Singulares também não foi uma experiência vivida na unidade da residente.

Figura 1 – Diagrama de Ishikawa apresentando isolamento do principal problema analisado e de fatores causais.



Fonte: A autora.

Considerações finais

O entendimento dos principais problemas que ameaçam a resolutividade da APS, assim como da formação do médico qualificado e especialista na área auxiliam em reflexões práticas para o investimento de recursos na APS como base do sistema de saúde, desde a melhoria de condições de trabalho até a valorização da MFC. Porém, para isso, é essencial a organização de projetos de melhoria de qualidade dos programas, assim como a reorganização de esforços da gestão na remodelação do processo de trabalho, evitando a sobrecarga, o adoecimento, a alta rotatividade de profissionais médicos qualificados, assim como a ausência de médicos e outros profissionais de saúde nesses espaços de atuação. Tal planejamento partindo da gestão é a garantia de um melhor gerenciamento populacional, unindo o trabalho da MFC à equipe multiprofissional e buscando a garantia de acesso e continuidade do cuidado, principalmente para grupamentos populacionais vulnerabilizados. Em uma segunda visão analítica, tal investimento na APS deve vir com uma substituição gradual de equipes de unidades básicas de saúde tradicionais para a ESF. E em uma terceira etapa de direcionamento, a ESF deverá obter o investimento necessário para a atração e fixação, em condições dignas de trabalho e de estabilidade para especialistas em Saúde da Família, que em uma visão médica teriam a figura obrigatória da MFC. Porém, para esse desfecho, ainda é essencial o investimento na melhoria de qualidade de programas de residência em MFC solucionando cada problema identificado e inserido no diagrama de Ishikawa, além de outras questões como investimento estrutural em ambiência e recursos materiais para as unidades de saúde. O presente trabalho serviu de ponto de partida para negociações iniciais com gestores do programa de residência originário, para a sensibilização e abertura de planejamento em um projeto de melhoria de qualidade do programa, atualmente em continuidade de ações.

Sugere-se para trabalhos futuros, a realização de pesquisas contendo entrevistas estruturadas com residentes de MFC e egressos de programas de residência de diferentes serviços no Brasil, identificando fatores que os levam ao seguimento de carreira na área ou a uma troca de opção por outra especialidade médica.

Agradecimentos

À CAPES – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

- BORGES, M.M.S. et al.. Quality of life at work and Burnout in family health strategy workers. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, v.44, e20220279, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XJhVWLfTDb-cPDHN7WQPP5gR/?lang=en>. Acesso: 15 jan. 2025.
- CARVALHO, F. C. de et al.. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, v.48, n.141, e8666, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBzMGrfLKtNYS76tYWhSghJ/?lang=pt> . Acesso: 15 jan. 2025.
- CAVALCANTE, G.R.R.V. et al.. Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.26, e210610, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XSLrxZC3QrXmyctPR3b5Kqs/?lang=pt>. Acesso: 15 jan. 2025.
- FAÇANHA, C.R. et al.. As escolhas das especialidades médicas e a afetividade: revisão de literatura. *Revista Brasileira De Educação Médica*, v.48, n.3, e070, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nt48y86Vbx68ztvr49p8TFB/?lang=pt>. Acesso: 15 jan. 2025.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.8, p.3373–3382, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DbYGjxJ5TMycjCJdSpqfDXG/?lang=pt>. Acesso: 15 jan. 2025.

LIRA, L.H. et al.. Use of the Ishikawa diagram in a case-control analysis to assess the causes of a diffuse lamellar keratitis outbreak. *Arquivos Brasileiros De Oftalmologia*, v.80, n.5, p.281–284, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/CtQv6zsMm3npg9YcC7KtnmQ/?lang=en>. Acesso: 15 jan. 2025.

MELLO, G.A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Revista Brasileira De Educação Médica*, v.33, n.3, p.464–471, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/3CTt5Rrxf3MhvFqnv4nw7y/?lang=pt>. Acesso: 15 jan. 2025.

TOMAZ, C.H. et al. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.24, e190634, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dphvYH39MprDY7LmfCP886J/?lang=pt>. Acesso: 15 jan. 2025.

Recebido em 06 de maio de 2026.

Aceito em 29 de junho de 2026.