

Abordaje familiar y proyecto terapéutico singular en la estrategia salud de la familia: estudio de caso con ancianos

Abordagem familiar e projeto terapêutico singular na estratégia saúde da família: estudo de caso com idosos

Family approach and individualized therapeutic projects in Family Health Strategy: a case study with elderly patients

Ana Luisa Nunes Marques¹
 Fernanda Carolina Camargo²
 Joyce Mara Gabriel Duarte³
 Ana Jecely Alves Pereira Lima⁴
 Francielle Thaisa Morais Martins⁵
 Hayanny Pires Netto Guimarães⁶
 Luana Rodrigues Rosseto Felipe⁷
 Mathêus Marques e Marques⁸
 Simone Almeida dos Santos⁹

Recibido: 19/06/2018

Aprobado: 12/11/2018

Publicado: 29/01/2019

Se trata de un estudio de caso único, descriptivo-narrativo, orientado por el Modelo Calgary de Evaluación Familiar que tuvo como objetivo analizar la implementación del abordaje familiar en la estrategia salud de la familia y elaboración del proyecto terapéutico singular. Fueron realizadas visitas domiciliarias; entrevistados seis agentes comunitarios de salud y analizados indicadores del equipo - entre junio a agosto de 2017. El caso analizado fue compuesto por una familia de ancianos que cuidan a ancianos. Se evidenciaron dos categorías: "El contexto socio-epidemiológico del territorio" y "La Familia y el Proyecto Terapéutico Singular". Se presentó: higiene personal y limpieza de casas precarias, dificultades en el manejo del régimen medicamentoso, vínculos frágiles y conflictivos con la familia extendida, ausencia de integración en actividades comunitarias. Construcciones compartidas en equipo orientaron la elaboración del Proyecto Terapéutico Singular. Conferencia familiar, diálogos que generaron compromisos, panel con actividades domésticas, integración al grupo comunitario de gimnásticas y estrechamiento de vínculos con el equipo de salud, compusieron intervenciones. Se concluye que el caso relatado contribuye para orientar el trabajo interprofesional con familias para la producción de cuidados en la atención básica.

Descriptor: Estrategia de Salud Familiar; Internado y Residencia; Relaciones familiares; Envejecimiento.

Trata-se de estudo de caso único, descritivo-narrativo, orientado pelo Modelo Calgary de Avaliação Familiar que teve como objetivo analisar a implementação da abordagem familiar na estratégia saúde da família e elaboração do projeto terapêutico singular. Foram realizadas visitas domiciliares; entrevistados seis agentes comunitários de saúde e analisados indicadores da equipe - entre junho a agosto/2017. O caso analisado foi composto por uma família de idosos que cuidam de idosos. Evidenciou-se duas categorias: "O Contexto sócio epidemiológico do território" e "A Família e o Projeto Terapéutico Singular". Apresentou-se: higiene pessoal e limpeza da casa precárias, dificuldades no manejo do regime medicamentoso, vínculos frágeis e conflituosos com a família estendida, ausência de integração em atividades comunitárias. Construções compartilhadas em equipe orientaram a elaboração do Projeto Terapéutico Singular. Conferência familiar, diálogos que geraram compromissos, painel com atividades domésticas, integração ao grupo comunitário de ginásticas e estreitamento de vínculos com equipe de saúde, compuseram intervenções. Conclui-se que, o caso relatado contribui para orientar o trabalho interprofissional com famílias para produção de cuidados na atenção básica.

Descriptor: Estratégia Saúde da Família; Internato e Residência; Relações familiares; Envelhecimento.

It is a descriptive-narrative case study, guided by the Calgary model of family evaluation, and its aim was analyzing the implementation of the family approach in the family health strategy and the elaboration of the individualized therapeutic project. Home visits were carried out; six Community Health agents were interviewed and the indicators of the team, between June and August 2017, were analyzed. The case examined was that of a family of elderly people who care for other elders. Two categories were found: "the socio-epidemiological context of the territory" and "the family and the individualized therapeutic project". Were found: precarious personal hygiene and house cleaning, difficulties in the management of the drugs, fragile and conflictual ties with the extended family, lack of integration in community activities. Shared collective constructions guided the elaboration of the individualized therapeutic project. Family reunions, dialogues that generated commitment, panel with domestic activities, integration with the community group of gymnastic and bond creation with the health team were the discussed interventions. It was concluded that the reported case contributes to orienting inter-professional work with families for the provision of care in the Primary health care.

Descriptor: Family Health Strategy; Internship and Residency; Family relations; Aging.

1. Enfermera. Especializanda en la modalidad Residencia Integrada Multiprofesional en Salud (RIMS) del Anciano por la Universidad Federal Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3328-2537 E-mail: anawisanunes@hotmail.com

2. Enfermera. Magister y Doctora en Atención a la Salud. Tutora de la Especialización en Salud de la Familia del Núcleo de Educación en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Minas Gerais. Epidemióloga Clínica del Sector de Investigación e Innovación Tecnológica del Hospital de Clínicas de la UFTM. Analista de Regulación en Salud de la Secretaría Municipal de Salud de Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1048-960X E-mail: fernandaccamargo@yahoo.com.br

3. Enfermera. Especialista en Docencia de la Educación Superior. Magister y Doctora en Atención a la Salud. Tutora de la RIMS/UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-4501-9712 E-mail: joyceduarte@hotmail.com

4. Asistente Social. Especializanda en Salud del Anciano en la modalidad RIMS/UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-7959-1437 E-mail: Aninhajecely@hotmail.com

5. Fisioterapeuta. Especializanda en Salud del Anciano en la modalidad RIMS/UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-9149-6042 E-mail: fran_thaisa@hotmail.com

6. Nutricionista. Especialista en Salud del Anciano, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1306-4428 E-mail: hayanny22@hotmail.com

7. Fisioterapeuta. Especialista en Salud del anciano. Maestranda del Programa de Pos-Graduación en Fisioterapia de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3892-6936 E-mail: luanafisioterapiauftm@gmail.com

8. Fisioterapeuta. Especialista en Salud del anciano. Maestrando del Programa de Pos-Graduación en Educación Física de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6959-1473 E-mail: matheusmarquesemarques@live.com

9. Enfermera. Especializanda en Salud del Anciano en la modalidad RIMS/UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-8694-8203 E-mail: simoonealmeida@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención Básica a la Salud (ABS) compone acciones de primer nivel de salud, en los sistemas locales (municipales). También debe estar vinculada a la red de servicios de forma que garantice la efectivización de los principios-guía del Sistema Único de Salud (SUS)^{1,2}.

Después de más de 20 años de instituido el SUS, algunos desafíos emergen en el escenario nacional para su efectivización, en especial en aquello que se relaciona a la ordenación de la ABS para que sea transformadora de forma positiva al sistema. Los desafíos configuran la ineficiencia del sector público en el proveimiento y financiamiento de las acciones, la necesidad de ampliación de la satisfacción de la población y la garantía de la calidad de los servicios prestados frente a la existencia de iniquidades. Otro aspecto a ser superado para la efectivización de este sistema se constituye en la organización de acciones, más allá de un procedimiento-centrado, mediante la perspectiva médico-hegemónica¹⁻³.

Como respuesta, en 1994, el Ministerio de la Salud a partir de experiencias exitosas en municipios de la región Noreste – por los Agentes Comunitarios de Salud y de la ciudad de Campinas – por acciones de promoción de la salud – lanza, en aquel momento, el Programa Salud de la Familia. Siendo que en 2011 se reformula este programa en la Política Nacional de Atención Básica – mencionándolo como una Estrategia para el fortalecimiento del nivel primario de atención y reordenación del modelo técnico-asistencial en salud vigente².

En especial, la reglamentación de la ABS en 2011 emerge, porque en este contexto, el SUS busca su organización regionalizada y normativizada en Redes de Atención a la Salud, para garantizar la composición de servicios de diferentes complejidades con más alto grado de resolutivez y acceso oportuno para resguardar las vidas. En septiembre de 2017, por medio de la ordenanza 2436 fue establecida la revisión de directrices para la ABS. Siendo discutido el reconocimiento de otros formatos de equipo,

la inclusión del gerente de atención básica, como componente del equipo, la reducción de la población adscrita, garantía de la continuidad del uso del sistema de información en salud por módulos optimizados^{2,4}.

Especialmente, se pretende en la ABS orientada por la Estrategia Salud de la Familia (ESF) que la asistencia esté anclada en un proceso de trabajo promotor de cuidado ampliado en salud, siendo la familia (las relaciones dinámicas entre los individuos y su composición) en su contexto territorial (aquí territorio entendido como proceso vivo epidemiológico y sociocultural) – como la unidad a ser abordada^{1,3}.

Para esto, los equipos de salud deben organizar su trabajo estableciendo vínculos con el territorio vivo. La actuación en la ABS/ESF debe prescindir de tecnologías de cuidado complejas y variadas, orientadas por criterios de riesgo y vulnerabilidades de individuos, familias y comunidades en sus territorios¹⁻⁴.

Para el campo de la salud, en Brasil, donde el estado de bienestar social aún no fue efectivizado en su plena acepción, la familia ocupa un papel central en la provisión del bienestar, especialmente después de los años (con el envejecimiento), sin embargo, las concepciones gubernamentales de familia han sido controversiales, tensionando intereses y discursos de diversos órdenes^{5,6}.

Como consecuencia, se discute hasta qué punto la política ha sido capaz de abarcar toda la diversificación de formas familiares existentes o privilegia un modelo de familia determinado, dejando otros en el margen. A su vez, aún son escasas en Brasil publicaciones que utilicen el abordaje familiar, inclusive este siendo orientador para la actuación en la ABS/ESF^{5,6}.

Por lo tanto, a pesar de ser consistente entre los profesionales de salud la concepción de que las condiciones familiares interfieren en el proceso salud-enfermedad, faltan estudios sobre el trabajo de los profesionales de la ABS/ESF con familias, de modo a evidenciar cómo se verifica en la práctica cotidiana de estos profesionales el abordaje familiar⁵⁻⁷.

En este ámbito, la familia se constituye como la microestructura que más peso tendría en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos en relación al proceso salud-enfermedad-cuidado. Siendo el ámbito familiar una referencia clave en las determinaciones: de la morbimortalidad en diferentes grupos etarios, en las dimensiones importantes de la estructura sociocultural, como las relaciones de género o posición social, como los valores, conductas sociales, estándares de movilización, etc. Por esta razón, se le confiere a la familia la condición de unidad de análisis estratégico para investigación de tal proceso⁷.

Delante de esta realidad se ejecuta la siguiente pregunta: ¿Cómo implementar el abordaje familiar en el escenario de la ABS/ESF? En esta perspectiva, este estudio tuvo como objetivo analizar la implementación del abordaje familiar en la estrategia salud de la familia y la elaboración del proyecto terapéutico singular.

MÉTODO

Se trata de un estudio desarrollado en la perspectiva del estudio de caso comparado descriptivo. El método de estudio de caso propone examinar acontecimientos contemporáneos, relacionados a fenómenos sociales complejos. Cuenta con técnicas usualmente utilizadas tales como observación directa, serie sistemática de entrevista y análisis de datos propicios a responder cuestiones de estudios que permean el “cómo” o el “por qué” de determinado fenómeno⁸.

Así, hay que atentarse al hecho de que el *locus* del estudio no es el objeto en sí. En vez de la limitación *a priori* del caso, el abordaje del estudio de caso comparado presenta acompañamientos interactivos entre un contingente de factores, actores y características relevantes para la comprensión del fenómeno. Observar el fenómeno en términos de personas, situaciones, eventos y los procesos que los conectan⁸.

En junio de 2016, en término de asociación firmado entre la Secretaría

Municipal de Salud de Uberaba/Minas Gerais, Hospital de Clínicas de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) fue prevista la instauración del escenario de inserción de prácticas con énfasis en la ABS/ESF para estudiantes del nivel técnico, licenciatura, graduación y pos-graduación de la UFTM, por una unidad caracterizada como centro de salud escuela – Centro de Atención Integrada a la Salud (CAIS), con el fin de promover el desenvolvimiento de proyectos de enseñanza, extensión, investigación e innovación tecnológica, para con esto asegurar el papel de la universidad, coadunada al hospital, de retorno a la sociedad por parte de sus actividades.

Se trata de un nuevo espacio para la integración enseñanza-servicio, compuesto por una unidad de apoyo y seis equipos de salud de la familia, con un alcance territorial de cobertura para aproximadamente 5.600 familias en diferentes condiciones de vulnerabilidad socio-epidemiológicas.

El proyecto operacional del CAIS incorpora políticas contemporáneas para formación en la perspectiva de la Promoción a la Salud, centralidad en la atención básica y reordenación del modelo por la Estrategia Salud de la Familia, considerando actuación en red integrada a la salud por el fortalecimiento del alta hospitalaria calificada y cuidado continuo longitudinal.

El contexto del caso abordado partió de la experiencia de actuación entre área de concentración Salud del Anciano del Programa de Pos-Graduación *lato sensu* Residencia Integrada Multiprofesional en Salud (RIMS) del Hospital de Clínicas de la UFTM, junto al CAIS.

Este programa de residencia multiprofesional tuvo inicio en 2010, con la propuesta de formar profesionales: asistentes sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, biomédicos y profesionales de educación física.

La RIMS considera, en su proyecto político pedagógico la promoción de atributos que posibiliten el ejercicio profesional con excelencia en las áreas de cuidado integral y humanizado en salud,

envolviendo a las personas y las comunidades, la gestión y organización del trabajo y educación en salud, con el fin de obtener una mejoría de la calidad de vida.

Como propuesta de referencial metodológico fue emprendido un estudio de caso único incorporado por unidades múltiples de análisis, siendo: la familia acompañada por los residentes de la RIMS. Y las subunidades de análisis se relacionaron a la caracterización del contexto familiar y el proyecto terapéutico elaborado frente al abordaje familiar.

Se siguió el Modelo Calgary de Evaluación familiar⁹, que permite evaluar la familia en una perspectiva multidimensional y eco-sistémica de la familia, considerando las dimensiones de evaluación: la estructura familiar; el desarrollo familiar y su funcionalidad, siendo este modelo el referencial teórico-metodológico adoptado.

En este modelo la familia es comprendida de forma sistémica siendo la unidad familiar un *continuum* retroalimentado entre estabilidad y cambio, la cual permite transformaciones en su estructura, manteniendo su organización y concediendo desarrollo propio como una secuencia natural a lo largo de su ciclo de vida. La adopción de este modelo es indicada como benéfica para la promoción de la interacción con las familias y para el mejor planeamiento de los cuidados⁹.

Para la composición del estudio del caso comparado, las entrevistas por medio de las visitas fueron organizadas, según orientado por el Modelo Calgary de Evaluación familiar con el fin de un comprometimiento – construcción de vínculos junto a la familia; evaluación familiar en sí – para la exploración e identificación de demandas en salud; la intervención: - la construcción del Proyecto Terapéutico Singular (PTS) con plan de cuidados por medio de discusión colectiva de los residentes y preceptora del programa (profesional con especialización en familias y experiencia práctica en el abordaje familiar).

El PTS es concebido por una perspectiva plural de saberes válidos y normatividades de naturaleza no tecnicista¹⁰.

Implica la adopción de la cooperación entre los actores inmersos en el contexto.

Como medio estratégico, se abre un camino para una interpretación menos presa a una racionalidad tecnicista, frente a la posibilidad de elaboración de un proyecto solidario – PTS, entendido como desafío permanente de la interacción horizontalizada entre equipo de salud y la autonomía de las familias asistidas¹⁰.

La familia abordada fue incluida en el estudio por identificación a partir de la demanda presentada a los residentes por uno de los equipos de salud de alcance del centro de salud escuela – considerada como una familia de “difícil” manejo entre su equipo de salud de la familia de referencia. La colecta de datos fue realizada por residentes de la RIMS, por medio de entrevistas en el domicilio y área donde la familia reside junto con la Agente Comunitaria de Salud responsable. Fueron realizadas cinco visitas domiciliarias, duración de aproximadamente 60 a 90 minutos, entre los periodos de junio a agosto de 2017. Las entrevistas fueron registradas en un cuaderno de campo. Los resultados fueron presentados de forma discursiva-narrativa, frente a la descripción del caso.

Además, fueron incorporadas como unidad de análisis entrevistas abiertas junto a los seis agentes comunitarios de salud (ACS) de la ESF de referencia de la unidad familiar – para la comprensión del contexto socio-territorial.

Fueron cuestionadas de forma libre en cuanto al modo de llevar la vida de aquella comunidad y las respuestas registradas en el cuaderno de campo del entrevistador. Siendo esta colecta en momento único, durante la reunión de educación continuada del equipo de salud – previamente pactada su realización junto al enfermero responsable. Ocurrió en julio de 2017 con duración de 120 minutos. Los resultados fueron presentados de forma discursiva-narrativa, según la lectura de los registros.

Fueron utilizados datos secundarios del sistema de información de la atención básica (e-SUS/SIAB) del equipo de salud de la familia de referencia de la unidad de análisis,

sobre indicadores que caracterizaron al territorio y sus aspectos socio-sanitarios.

Se utilizaron los datos más recientes disponibles en estos sistemas, con el fin de retratar la realidad sanitaria del contexto de inserción de la familia abordada. Estos indicadores son producidos en el cotidiano de trabajo del equipo de salud de la familia y describen sobre las características del área de alcance de su responsabilidad, según datos del perfil sociodemográfico y epidemiológico. Estos resultados fueron presentados según frecuencia absoluta y relativa, como un breve diagnóstico situacional.

En cuanto a los aspectos éticos, los nombres de los integrantes de la familia fueron sustituidos por nombres ficticios para minimizar limitaciones en cuanto a la exposición. Fue respetada la resolución CNS 466/2012, siendo aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro, en 2017, bajo el dictamen nº 2.427.323. Los datos fueron colectados después de firmar el Término de Consentimiento Libre Aclarado por los participantes.

RESULTADOS

Según el protocolo para el desarrollo del estudio de caso, los resultados serán presentados por “El Contexto socio-epidemiológico del territorio” y “La Familia y el Proyecto Terapéutico Singular”.

El Contexto socio-epidemiológico del territorio

El territorio de inserción de la familia abordada se caracteriza por ser área de alcance de la ESF vinculada al CASI. El área de alcance de la ESF posee 3.555 personas registradas, siendo 1002 familias. En cuanto al perfil demográfico 52,9% de la población es del sexo femenino y 47,1% del sexo masculino. En cuanto a la población anciana, que posee más de 60 años, suma 25% de los habitantes.

De acuerdo con el informe consolidado del Sistema de Información de la Atención Básica de 2016, puede ser observado que las enfermedades más prevalentes en el área son Hipertensión

Arterial en 20,5% de los habitantes y Diabetes Mellitus en 6,7%. Se nota una pequeña cantidad de niños en el área y sólo 0,96% de las mujeres son gestantes. De los niños de 7 a 14 años, 76,3% frecuentan la escuela, 93,9% de los habitantes con 15 años o más, son alfabetizados. Entre las familias, 25,5% de las registradas poseen cobertura por planes de salud, y sólo 0,6% poseen auxilio-alimentación subsidiado por el estado.

En cuanto a la estructura física del área, un 80,1% de las casas tiene tratamiento de agua y 19,7% no lo posee. El abastecimiento del agua es realizado por la red pública en el 99,6% de las casas. Todas las casas son de ladrillos y 99,5% posee energía eléctrica. El destino de la basura es realizado por la colecta pública y 99,9% de las casas poseen red cloacal.

En la entrevista con los ACS, como los informantes clave del barrio, fue referido que el equipo está compuesto por seis agentes comunitarias de salud, un médico, una enfermera, una técnica de enfermería y un auxiliar de salud bucal.

Según datos de la entrevista sobre la situación general del barrio, se relataron una expresiva cantidad de ancianos residentes. Los principales problemas de salud referidos fueron la hipertensión arterial, sistémica, diabetes *mellitus* y depresión. Informaron no presentar residentes en riesgo social. Sobre la señalización de las calles, expresaron ser precaria, sin embargo, presentando pavimentación regular. No existen muchos terrenos baldíos en la región. El consejo local de salud está inactivo por no componer representantes.

Las ACS refirieron no haber puntos para ocio de la comunidad, sólo una plaza pequeña y mala y el baile forró en el Centro Social Urbano con entrada gratuita los jueves. También, refirieron muchos puntos de tráfico de drogas en la región, siendo uno de los puntos de encuentro los bares. Observaron residir pocos pacientes acamados.

Relataron que la mayor parte de la población refiere tener como práctica religiosa el catolicismo, existiendo en el área

de cobertura una iglesia católica. Hay un elevado número de ancianos que frecuentan la parroquia, pero también hay participación de todos los grupos etarios, siendo frecuentemente asiduos.

No obstante, hay un mayor número de iglesias evangélicas y centros espíritas. De forma general, la comunidad religiosa, independientemente del tipo de práctica religiosa ejercida, realiza actividades asistenciales para la población más pobre del área de cobertura, como donaciones de abrigos y canastas alimentarias.

Como otros equipamientos sociales, el área de cobertura presenta un único supermercado y sólo una farmacia. Durante la entrevista fue posible percibir que el barrio se presenta con una elevada inseguridad, por estar los residentes expuestos a situaciones de violencia urbana como asaltos y tráfico de drogas – por ACS. Frente a los resultados, como el diagnóstico situacional demostró, que en el barrio se encontraron más ancianos jubilados y esa es la realidad presentada que refleja en la familia abordada en el caso. Cuando se aproxima a la situación del barrio donde la familia está inserta, es decir, del macro contexto, existen más subsidios para abordar el micro contexto familiar a partir de la real necesidad y/o demanda de los miembros de esta familia, a través de un actuar comunicativo y comprensivo.

En la primera visita, realizada en el día 06 de junio de 2017 fueron hasta el domicilio: Asistente Social, Enfermera, Nutricionista y Fisioterapeuta – integrantes de la RIMS. La familia está compuesta por Rosa, Cravo, Margarida y Lírío.

Rosa y Cravo están casados y son primos de primer grado, Rosa tiene 67 años y es ama de casa. Cravo tiene 76 años y es jubilado. La pareja tuvo cuatro hijos, dos fallecieron. Margarida, del sexo femenino, tiene 43 años y recibe beneficio por una deficiencia intelectual y vive con los padres. Antúrio es el otro hijo, de sexo masculino, tiene 50 años, es albañil y vive en el fondo de la casa de los padres con sus hijas, nietas de la pareja, Violeta de 21 años y Orquídea de 19 años. También viven con la pareja, el

hermano de Cravo, Lírío que tiene 52 años y trabaja como obrero de albañil.

Al llegar a la casa de la familia, fueron recibidos por la hija Margarida. Al entrar en la residencia se percibieron condiciones precarias de higiene. La casa posee 3 cuartos, sala, cocina, baño, garaje y un patio con gallinas. Lírío trabaja y no estaba presente durante la visita.

Rosa y Cravo estaban acostados en la cama con limitaciones para deambular, fueron cuestionados en cuanto a este escenario, y los mismos alegaron que tenían dificultades para caminar y no se sentían motivados a transitar por la casa. Los dos también estaban utilizando pañales descartables y relataron que orinaban en vasijas durante el día. Fueron encontradas varias vasijas con orina por los cuartos y restos de alimentos.

Por estas limitaciones, Cravo relató que quien es responsable por el recibimiento del dinero de las jubilaciones de él y de Margarida, es la sobrina Iris, de confianza de él, que trae todo el dinero mensualmente. Violeta, una de las nietas que vive en la casa del fondo, es responsable por la compra de alimentos realizada también mensualmente.

El hermano Lírío está encargado de la limpieza de la casa, preparar las comidas y Margarida por dar los medicamentos a los padres. Cuando fue preguntado sobre las medicaciones que los integrantes de la casa ingerían, se notó que ambos no las tomaban correctamente y no entendían la finalidad de cada medicación.

Durante la visita, fue preguntado a Margarida, en un lugar aparte, sobre la relación de esta con los padres, ya que se notó que el padre Cravo, en ciertos momentos, era grosero con ella. Sin embargo, la misma relató tener una buena relación con los padres e inicialmente no fueron evidenciadas señales de maltrato. Fue preguntado a Cravo si la condición de higiene de la casa lo incomodaba y el mismo alegó no darle importancia a esa cuestión.

Durante la conversación con Cravo, se observó que él utilizaba andador y/o bastón como dispositivo auxiliar para deambular, y el mismo relató una caída cuando salió de

casa para dar una vuelta en la manzana y como consecuencia estaba con lesión en el rostro y en los pies. Cravo también se quejó de dolor y de la preocupación por la hija cuando él muriese, de quien irá pasar el beneficio para Margarida. Cravo refirió tener deseos de hacer un poder para que la sobrina pudiese continuar recibiendo el dinero y transfiriendo para Margarida.

La segunda visita fue realizada en el día 20 de junio de 2017 con el restante del equipo: Asistente Social, Enfermera, Nutricionista y Fisioterapeutas. Fueron recibidos por la hija Margarida y permanecieron en la sala con Cravo. Durante la visita se notó que Cravo aún estaba preocupado con la cuestión de la jubilación de él y de Margarida. En este momento, fue dialogado sobre la cuestión de la muerte y de la preocupación del mismo en firmar o no poder que ya estaba listo, para la sobrina transferir el dinero para Margarida después de la muerte de Cravo. Después de un largo periodo de discusión, Cravo también relató falta de fuerza en los miembros inferiores, los fisioterapeutas del equipo le enseñaron a Cravo algunos ejercicios para el fortalecimiento de los miembros para que este realizase en casa.

En un segundo momento, fue realizada la recepción de Rosa. Se percibió que la misma permanece mucho tiempo en el cuarto acostada en la cama y que hace todas las necesidades y actividades diarias dentro de este cuarto, por ejemplo: lavar los dientes, comidas, necesidades fisiológicas y otras y, acumula todos los objetos y alimentos dentro del cuarto. Se percibió también que toda la casa tiene un olor desagradable, debido a las condiciones deficientes de higiene. Durante la visita, una de las nietas salió de la casa del fondo, sin embargo, no mantuvo ningún contacto con los abuelos o miembros del equipo.

La visita fue terminada y los investigadores se encontraron con todos los miembros del equipo para discutir el caso. Las acciones fueron pensadas y reflexionadas a partir de la construcción del conocimiento teniendo como base la realidad vivenciada y problematizada por medio de discusiones y

supervisión directa de profesores y especialistas en el contexto de la RIMS. Construcciones compartidas en equipo orientaron la elaboración del Proyecto Terapéutico Singular.

La familia y el proyecto terapéutico singular

Inicialmente se intentó contacto con una de las nietas pero no fue exitoso. Fue realizada entonces la tercera visita el día 18 de julio de 2017 con todos los integrantes del equipo y una de las tutoras de la RIMS. Al llegar a la casa el equipo fue recibido por Cravo y se reunió toda la familia en la sala. Fue expuesto a la familia, a partir de un diálogo franco y directo, la propuesta conjunta del equipo y la necesidad de establecerse contratos de compromisos en una perspectiva horizontal, respetando las individualidades y singularidades de los sujetos.

Es importante resaltar que tales compromisos no son fijos, cabiendo ajustes y redefiniciones, teniendo como principal dirección las necesidades presentadas por la familia. Ellos se mostraron muy receptivos con las propuestas.

Fueron adoptadas como estrategias para el atendimento las conferencias en familia, priorizando el diálogo en conjunto para un mayor alineamiento de las acciones planeadas. Se entiende que tales reuniones posibilitan el establecimiento de propuestas en una perspectiva en conjunto, en un diálogo horizontal entre familia y equipo, posibilitando la expresión de sentimientos, angustias y de posibilidades de aceptación de compromisos previamente discutidos y propuestos.

En primer lugar fue colocado como de extrema importancia la organización, limpieza e higiene de la casa y se preguntó acerca de la cuestión financiera de la familia. Fueron instruidos en cuanto a la retirada de la basura, restos de alimentos y en cuanto a la organización de la casa. La familia también fue orientada en cuanto a la importancia de realizar todas las comidas en la mesa de la cocina y no en los cuartos como estaba siendo hecho.

Fueron llevadas cajas con divisiones para la organización de los medicamentos

que ellos hacen uso, se separaron junto con estos las medicaciones de cada uno correctamente, de acuerdo con la prescripción médica. Fue discutido cómo deberían ser tomados los medicamentos con cada uno de los integrantes.

Una de las acciones estratégicas también realizada en el atendimento fue la identificación de las relaciones existentes entre la familia y los equipamientos sociales presentes en el municipio y acciones y políticas programáticas. Tal estrategia posibilitó mayor conocimiento de la realidad vivida por la familia, así como de los recursos sociales disponibles.

Se viabilizó el acceso oportuno a la red de salud – por medio de referencias al propio servicio de atención básica, teniendo en cuenta las diferentes necesidades presentadas por la familia, en el sentido de garantizar la integralidad y el acceso efectivo a la red pública.

Al considerar la cuestión física de esta familia, es decir, las limitaciones y las dificultades para salir de casa e, inclusive, caminar por la casa, se analizó la importancia del ejercicio físico para esta familia. A partir de esto fue hecha una invitación para que todos participasen de la gimnástica que el equipo ofrecía en el Centro Espírita localizado a cuatro minutos de la casa. En un primer momento, a Cravo le gustó la idea, pero pidió un tiempo para organizarse.

Durante la cuarta visita, realizada el día 25 de julio de 2017, el equipo fue recibido por Margarida, se reunió toda la familia en la sala, la casa estaba más organizada, pero las condiciones de higiene personal y de los cuartos aún eran precarias. Rosa, Cravo y Margarida estaban usando ropa sucia, las camas estaban desorganizadas, con muchas cosas encima y con sábanas sucias.

Fue hecho un panel con las actividades domésticas más simples, para que sean establecidas en conjunto las responsabilidades de cada integrante de la familia, relacionadas con la limpieza y organización de la casa, siendo esta una idea aceptada por todos.

La Asistente Social del equipo llamó vía teléfono a Iris y le preguntó si podría estar

presente en la próxima visita. Ella fue hasta la casa de la familia como fue combinado y, durante la visita, reafirmó que la familia sólo recibe dos salarios mínimos y que está articulando la jubilación de Lírio. El hermano Lírio según Iris, trabaja con reciclado y es responsable por pagar la energía de la casa, y según los relatos de los dos, Lírio sufre maltratos por la familia.

Iris sólo retira el dinero del banco, paga el plan funerario y lleva el restante para Cravo. También refirió que no existe ese poder, ella tiene acceso sólo a los datos bancarios y tarjetas y que ellos no tienen condiciones de pagar una empleada doméstica, le están pagando a Violeta, pero ella no va todas las veces. Iris intentó articular la jubilación de Rosa, sin embargo, Cravo tiene desconfianza y no deja los documentos durante mucho tiempo con ella y sin documentos ella no consigue dar continuidad a los procedimientos. La casa no tiene escritura e Iris está intentando organizar los papeles relacionados a esto.

Otro punto importante consiste en el compartimiento de las experiencias con el equipo de salud de la familia de referencia, para discutirse acciones y estrategias y construir conocimiento en conjunto y compartido, utilizándose el momento destinado para la educación continuada del equipo. Además de compartir la experiencia, es posible dar visibilidad al trabajo desarrollado por los residentes en un contexto de trabajo multiprofesional e interdisciplinario.

Se resalta que para todas las etapas hubo supervisión especializada técnico-científica, orientada por discusiones junto a la preceptoría especializada en abordaje familiar. Para garantizar el alineamiento de las acciones y profundización teórica.

DISCUSIÓN

En convergencia al análisis del caso estudiado, ha sido apuntado que el abordaje familiar permite la identificación de conflictos, percepción del proceso de salud y enfermedad, de la red de soporte (recursos materiales y emocionales), además de viabilizar el reconocimiento de las fuerzas de

la familia y de los puntos críticos a ser minimizados, por medio de planes de intervención^{11,12}.

Como en el presente estudio de caso, ha sido común, en producciones nacionales, la utilización del abordaje familiar para evaluar el apoyo de la familia a enfermos crónicos; o familias con ancianos que necesitan cuidados aproximados. Se discute la vivencia de una serie de cambios personales y familiares, resaltando que dependiendo de la gravedad de la enfermedad es necesario que sean hechas alteraciones en la forma de vivir de la familia¹¹⁻¹⁴.

Otros estudios colaboran con el presente cuando la familia abordada ha sido indicada por el equipo de la ESF por ser identificada como de difícil manejo¹¹⁻¹⁷. Las entrevistas para abordaje familiar han sido motivadas por alguna información relacionada a la familia fornecida por miembros del equipo, indicativas de conflicto interpersonal entre los miembros de la familia o entre familia y equipo de salud¹⁵⁻¹⁷.

Prácticas como emprender la escucha reflexiva, cuestionar y el diálogo son instrumentalizaciones que marcan el cotidiano de trabajo junto con las familias. El reconocimiento de las necesidades ampliadas de salud de las familias, el compromiso y el vínculo estimulan prácticas más integradas, marcadas por la intersectorialidad e interdisciplinariedad, señalando la potencialidad para reconfiguración del modelo de atención, aproximándose a la integralidad del cuidado^{15,17,18}.

De un modo general, la experiencia relatada buscó presentar la implementación de iniciativas que amplíen el alcance del modelo biomédico hegemónico, en el cual ha sido predominante la recurrencia de abordajes de rápida-consulta, limitados a la comprensión de la enfermedad orgánica, por la cual, poco son consideradas las relaciones socio familiares y del contexto territorial como condicionantes a los procesos de enfermedad de las poblaciones^{11,18,19}.

Especialmente, invertir en acciones para la reversión del modelo hegemónico condice la aproximación de las prácticas de

salud al principio de la integralidad del cuidado en el SUS^{11,19}.

Se percibe que en cuanto a la organización del trabajo cotidiano, se pretende en la Atención Básica, orientada por la Estrategia Salud de la Familia, que la asistencia esté anclada en un proceso de trabajo promotor de cuidado ampliado a la salud. La familia con sus relaciones dinámicas entre los individuos en su composición, en su contexto territorial – aquí territorio entendido como proceso vivo epidemiológico y socio-cultural, como la unidad a ser abordada^{11,19}.

En otro aspecto, sobre los resultados presentados, es imprescindible que los profesionales de salud comprendan cuestiones que envuelvan el envejecimiento, la funcionalidad familiar y el contexto social en que están situadas las personas ancianas, para, con esto, alcanzar estrategias de cuidado adecuadas¹⁹⁻²².

Durante el proceso de envejecimiento, las familias sufren cambios, se deparan con diferentes situaciones que pueden afectar la funcionalidad familiar, acarrear impactos en la armonía y en el equilibrio existentes en esta relación, traduciéndose en desafíos tanto en la composición familiar como al trabajo del equipo de salud^{20,21}.

Como medio estratégico, se abre un camino para una interpretación menos presa a una racionalidad tecnicista en la producción de cuidados en salud, frente a la posibilidad de elaboración de un proyecto solidario – proyecto terapéutico singular, entendido como desafío permanente de la interacción horizontalizada entre equipo de salud y la autonomía de las familias asistidas^{15,17,18}.

El estudio presenta la necesidad de comprender el abordaje familiar en familias envejeciendo como un proceso que debe envolver a los propios individuos, a la unidad familiar y a la sociedad. En esta perspectiva, la dimensión sistémica del cuidado, propiciada por el referencial teórico empleado posibilitó el reconocimiento de condiciones de estructura y contexto del propio territorio que podrían apoyarlos en la superación de sus necesidades¹⁹⁻²².

En este sentido, vale resaltar el comprometimiento del equipo multiprofesional para buscar el cuidado integral, cuanto al envolver todos los participantes del acto de cuidar, incluyendo necesariamente a los ancianos, a la familia cuidadora, al equipo de salud y recursos comunitarios en arreglos viabilizadores de un microsistema de protección¹⁹⁻²².

En cuanto a la construcción del PTS, se puede puntuar la importancia de los encuentros sistematizados entre el grupo de residentes para alinearse las acciones. Se sabe que muchas veces los profesionales de salud se ven inmersos en una rutina de trabajo que hace que ellos no perciban la importancia de dedicar tiempo para reflexionar y discutir las acciones en equipo²³.

Estos encuentros deben ser valorizados para que el equipo actúe en la elaboración de sentidos al trabajo propuesto mediante la revisión crítica del propio trabajo. Esta composición – la reflexión crítica, es esencial para la elaboración de PTS, la cual permea la problematización de la práctica en salud para alcanzarse la gestión del cuidado^{23,24}.

De acuerdo con el presente caso relatado, la utilización de iniciativas como el acompañamiento semanal de la familia implica en el estrechamiento de lazos. Siendo la construcción de vínculos entre familia y equipo, hecho que posibilita el alcance de éxito en las acciones propuestas por el PTS. Debido a que la construcción de vínculo promueve el reconocimiento de las singularidades existentes en la familia atendida. Y el reconocimiento de la singularidad de los individuos y colectivos junto al empleo de tecnologías leves en salud componen dimensiones del PTS^{23,24}.

La preceptoría especializada propició la discusión en conjunto y el desarrollo de estrategias para la construcción del PTS, como profundización teórica en el tema por el grupo de residentes, lo que viabilizó mayor potencial para el compartimiento de experiencias con el equipo de salud de la familia de referencia – el sentido de generar intercambio de saberes.

La limitación del estudio se relaciona a

la metodología emprendida pues los estudios de caso son generalizables a proposiciones teóricas y no a poblaciones o universos. Son generalizaciones analíticas. De manera que el estudio de caso tiene como fin establecer o aclarar un conjunto de decisiones frente al motivo por el cual fueron adoptadas, cómo fueron implementadas y con cuáles resultados.

Sin embargo, el presente estudio de caso es potencial y contribuye al incremento de la producción científica para evidenciar como ha sido en la práctica cotidiana de la ABS/ESF la aplicación del abordaje familiar pudiendo el método analítico ser reproducido en contextos similares.

CONCLUSIÓN

El caso presentado se destaca al relatar un abordaje frente a una situación de disfunción familiar de una familia de ancianos responsables por el cuidado entre ellos – familia de ancianos que cuida a ancianos.

Frente a los desafíos para el cuidado de la persona anciana, considerando el envejecimiento poblacional, estrategias como esta se presentan como tecnologías alternativas en la promoción de un cuidado calificado a la familia de personas ancianas, en el ámbito de los cuidados primarios, potencialmente pudiendo ser reproducida en el escenario de la ABS/ESF.

Además, el abordaje familiar ha sido presentado como intervención relevante a ser implementada por familias de difícil manejo junto a los equipos de salud, tanto por el presente resultado como por estudios anteriores. Dado que la adopción del Modelo Calgary es indicada como benéfica a la promoción de la interacción con las familias y al mejor planeamiento de los cuidados.

Se torna crucial implementar estrategias para la transferencia de las evidencias identificadas en este estudio de caso para el equipo de salud de la familia de referencia de esta unidad familiar. Para con esto resguardar el fornecimiento de soporte emocional para apoyar los cambios sugeridos en la funcionalidad familiar.

Los resultados presentados contribuyen al incremento de producciones

científicas que discutan la formación interprofesional de forma a dialogar con la complejidad del trabajo en la ABS/ESF. Además, es necesario implementar estrategias para la transferencia de las evidencias identificadas en este estudio de caso para el equipo de salud de la familia de referencia de esta unidad familiar.

Queda como sugerencia la necesidad del emprendimiento de investigaciones futuras que evalúen el impacto de esta intervención junto a la unidad familiar estudiada y cómo la familia analizada se ha organizado y sus arreglos internos junto al contexto socio territorial para la sustentación de los cambios propuestos en el proyecto de intervención.

REFERENCIAS

1. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2015 [citado en 7 ago 2015]. Disponible en: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf
2. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado en 11 may 2018]; 18(1):221-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
3. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para a reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado en 11 may 2018]; 23(3):861-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica [Internet]. D.O.U., Brasília, 22 set 2017 [citado en 10 abr 2018]. 183(seção1):68. Disponible en: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>
5. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2011 [citado en 11 may 2018]; 45(5):1250-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>
6. Trad LAB. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
7. Pareja JMD, Guerra FF, Vieira SR, Teixeira KMD. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde – doença familiar. *Saúde Soc.* [Internet]. 2016 [citado en 11 may 2018]; 25(1):133-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016152797>
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
9. Wright LM. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca; 2008.
10. Ayres JRC. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado en 11 may 2018]; 6(7):63-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
11. Cecilio HPM, Santos KS, Marcon SS. Modelo Calgary de avaliação da família: experiência em um projeto de extensão. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2014 [citado en 11 may 2018]; 19(3):536-44. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/32729/23239>
12. Santos JAD, Cunha ND, Brino SMS, Brsail CHG. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. *J Health Sci Inst.* [Internet]. 2016 [citado en 11 may 2018]; 34(4):249-52. Disponible en: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/04_out-dez/V34_n4_2016_p249a252.pdf
13. Alves AP, Lima CMS, Rocha WNF, Borges CFN, Silva DP, Brasil CHG, et al. Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *EFDeportes.com.* [Internet]. 2015 [citado en 11 may 2018]; 19(202):1-8. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd202/abordagem-familiar-na-estrategia-saude.htm>
14. Santos AL, Cecilio HPM, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2012 [citado en 11 may 2018]; 21(4):879-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>
15. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Family interview guide: strategy to develop skills

- in novice nurses. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [citado en 11 may 2018]; 70(6):1129-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0072>
16. Santos A, Oliveira J, Oliveira B, Medeiros S. Quando a família é a principal doença. *Rev Port Med Geral Fam.* [Internet]. 2013 [citado en 11 may 2018]; 29:120-5. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n2/v29n2a08.pdf>
17. Santos JAD, Cunha ND, Brito SMS, Brasil CHG. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. *J Health Sci Inst.* [Internet]. 2016 [citado en 11 may 2018]; 34(4):249-52. Disponible en: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/04_out-dez/V34_n4_2016_p249a252.pdf
18. Duhamel F, Dupuis F, Turcotte A, Martinez AM, Goudreau J. Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model. *J Fam Nurs.* [Internet]. 2015 [citado en 15 oct 2016]; 21(2):322-48. DOI: <https://doi.org/10.1177/1074840715579404>
19. Angelo M, Cruz AC. Autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família. *Rev Ref.* 2015; 3(IV):151-5.
20. Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [citado en 12 jul 2018]; 30(4):358-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>
21. Bolina AF, Tavares DMS. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet]. 2016 [citado en 22 may 2018]; 24:e2737. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0668.2737>
22. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [citado en 12 jul 2018]; 29(Supl):118-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p118>
23. Rocha EN, Lucena AF. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet]. 2018 [citado en 12 jul 2018]; 39:e2017-0057. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>
24. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2015 [citado en 12 jul 2018]; 24(1):112-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>

CONTRIBUCIONES

Ana Luísa Nunes Marques y Fernanda Carolina Camargo contribuyeron en la concepción y redacción. Joyce Mara Gabriel Duarte actuó en el delineamiento. Francielle Thaisa Morais Martins y Hayanny Pires Netto Guimarães participaron en la revisión crítica. Luana Rodrigues Rosseto Felipe, Matheus Marques e Marques, Simone Almeida dos Santos y Ana Jecely Alves Pereira Lima actuaron en el análisis e interpretación de los datos.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Marques ALN, Camargo FC, Duarte JMG, Lima AJAP, Martins FTM, Guimarães HPN, et al. Abordaje familiar y proyecto terapéutico singular en la estrategia salud de la familia: estudio de caso con ancianos. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 7(1):70-81. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

MARQUES, A. L. N. et al. Abordaje familiar y proyecto terapéutico singular en la estrategia salud de la familia: estudio de caso con ancianos. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2019. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Marques, A.L.N., Camargo, F.C., Duarte, J.M.G., Lima, A.J.P.A., Martins, F.T.M., Guimarães, H.P.N., Santos, S.A. et al (2019). Abordaje familiar y proyecto terapéutico singular en la estrategia salud de la familia: estudio de caso con ancianos. *REFACS*, 7(1), 70-81. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso* de *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.