

# 4 | IMPACTE DAS INTERVENÇÕES FAMILIARES NA SAÚDE\*

**Russell Crane e Triston B. Morgan**

A terapia familiar é relativamente recente no campo do tratamento da doença mental. O trabalho pioneiro com famílias de doentes esquizofrênicos nos anos 40 e 50 iniciou o movimento, e desde então o número de praticantes desta forma de psicoterapia tem vindo a crescer em todo o mundo.

A terapia familiar, que se baseia na teoria dos sistemas, deve muito ao reconhecimento da obra de Gregory Bateson e outros do Mental Research Institute de Palo Alto, Califórnia. Bateson abandonou o processo de focalização no comportamento passado da pessoa e na interpretação simbólica do comportamento na procura da razão do sofrimento individual. Em vez disso, aqueles autores observaram os padrões de comunicação entre os elementos da família (Napier e Whitaker, 1978). Como resultado deste trabalho precursor, posteriormente a cibernética passou a ser o ponto de ancoragem para a teoria dos sistemas aplicada à terapia familiar. A cibernética inclui a referência à circularidade, estrutura (hierarquia), homeostase e *feedback*, sequências de interações e regras que incluem mudanças de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> ordem. Bateson também teorizou que o comportamento psicótico faria mais sentido se fosse considerado no contexto da comunicação patológica na família. A hipótese dos autores é que os doentes não estavam «loucos» de uma forma isolada e autónoma, mas que o seu comportamento é, antes, uma extensão de ambientes familiares disfuncionais. Foi daqui que nasceu a teoria do *double bind*. A teoria do *double bind* diz respeito às mensagens de comunicação entre os elementos da família. Tais mensagens não devem ser confundidas com uma simples contradição ou paradoxo. Em vez disso, as mensagens *double bind*

---

A correspondência relativa a este capítulo deve ser endereçada a Russell Crane, Ph. D., Brigham Young University, 257 TLRB, Provo, UT 84602. E-mail: RussCrane@byu.edu. University, 257 TLRB, Provo, UT 84602. E-mail: RussCrane@byu.edu.

\* Este artigo foi traduzido do inglês por Fátima Andersen.

são enviadas no contexto de uma relação contínua e importante entre duas ou mais pessoas, e uma mensagem é enviada em simultâneo com uma outra que conflita com a primeira. Além disso, não há possibilidade de fuga da situação ou relacionamento para a pessoa em conflito. Finalmente, o doente fica confuso e reage com comportamento bizarro e imprevisível. Em consequência disso, é considerado perturbado ou doente mental.

## **Teoria dos sistemas**

Fundamental para a teoria dos sistemas é a sua definição: um sistema é a interação de um grupo de elementos, pessoas, localizações ou coisas que constituem um todo orgânico. Exemplos de um sistema são uma planta, o sistema imunitário de uma pessoa, uma universidade, um governo e uma família. Para que um sistema esteja vivo, as partes incluídas têm de interagir criando integridade e equilíbrio. Por consequência, uma acção de uma das partes do sistema influencia outra parte, criando uma rede de dependência.

Uma família é sistémica na medida em que inclui: 1) uma estrutura e hierarquia; 2) poderosas regras de comportamento; 3) um conjunto de relações de poder; 4) padrões habituais; 5) uma história; 6) influências do exterior; e 7) uma tendência para resistir à mudança.

Os conceitos básicos da teoria dos sistemas, que seguem os passos do pensamento de Bateson, incluem três ideias principais. A primeira é o conceito de que um sistema é mais do que a soma das suas partes. Segunda, que há um esforço de cada sistema, seja ele uma família, negócio ou escola, no sentido de manter a integridade e equilíbrio através das interacções no seu seio. A terceira é ideia de circularidade, que significa que as acções de uma parte da família afectam as outras partes, que, por sua vez, mudam a primeira, e assim sucessivamente, o que torna os componentes do sistema interdependentes.

## **Como é que a terapia familiar é sistémica**

A terapia familiar é sistémica na medida em que utiliza as diferentes partes do sistema em que está a ocorrer o problema. Em vez de depender da experiência e do ponto de vista de uma pessoa para conceptualizar ou resolver os problemas, a terapia familiar inclui irmãos, irmãs, pais, padrastos, madrastas, meios-irmãos, avós, tias, tios e primos. Definições mais amplas de terapia familiar necessitam de utilizar outros sistemas de que o paciente identificado faça parte, por exemplo, escola, emprego, igreja, etc.

Para conceptualizar de que forma uma família é sistémica, é importante compreender a diferença entre conteúdo *versus* processo. Na psicoterapia individual

é fácil focalizar o conteúdo do que está a ser tratado. Por exemplo, o clínico pode perguntar «O que é que você dizia à sua mãe sempre que ela a desiludia?» Na terapia familiar, a focalização do clínico tem de incluir o processo do que está a acontecer entre os elementos do sistema. Por exemplo, um terapeuta de orientação sistémica pode dizer a uma mãe, pai e filha em terapia «Noto que fica muito calada e tímida quando tenta dizer à sua filha que ela a desapontou, e que a sua filha fica agitada e perturbada quando menciona os seus sentimentos feridos. Enquanto isso, o seu marido intervém e tenta desviar a atenção desta interacção negativa dizendo piadas ou fazendo humor.» A focalização é, pois, no processo da interacção filha-mãe-pai e menos no conteúdo do que está a ser dito. O que se está a dizer não é tão importante como a maneira como está a ser dito, a quem está a ser dito e em que circunstâncias. A terapia familiar centra-se mais no processo do que no conteúdo.

## **Investigação sobre a terapia familiar**

A maioria dos estudos que já foram objecto de revisão anterior e aqui são estudos de eficácia. A investigação sobre a eficácia que dá relevo aos ensaios experimentais e clínicos, em condições específicas e de muitas maneiras, representa o «padrão de ouro» para o estabelecimento da utilidade de uma determinada abordagem terapêutica. Todavia, e tal como Stratton nota (2002), os estudos de eficácia são apenas o começo da história da ponderação das vantagens de uma determinada abordagem dos problemas. Também devem ser feitos estudos de eficiência, o que significa que os estudos controlados que são revistos por causa da sua «eficácia» têm de ser aplicados a um campo ou contexto de vida real e testados, para ver se têm utilidade nesses contextos aplicados. Por consequência, tanto a eficácia como a eficiência serão consideradas em secções separadas deste capítulo.

## **Eficácia da terapia familiar**

Já se demonstrou que a Terapia Familiar é uma forma eficaz de psicoterapia no caso de algumas problemas e perturbações da saúde mental, incluindo: perturbações afectivas, abuso de álcool e de substâncias tóxicas, perturbação de comportamento e delinquência, doenças e perturbações físicas, perturbações emocionais e do comportamento infantil, violência doméstica, doença e perturbações físicas, e doença mental grave. A discussão que se segue é uma breve panorâmica do que se pode obter em mais pormenor se se desejar obter uma revisão mais aprofundada (por exemplo, Carr, 2000a; Cottrell e Boston, 2002; Sprenkle, 2002; Stratton, 2005).

## **Stress marital**

Com as altas taxas de divórcio e de dissolução dos relacionamentos de muitos países, o *stress* marital é um problema premente que aparece nos consultórios dos clínicos. As investigações sobre os tratamentos do *stress* marital mostraram a eficácia de pacotes de combinações da terapia comportamental conjugal, terapia de casal focada nas emoções, terapia conjugal orientada para o *insight*, terapia cognitiva conjugal e terapia cognitivo-comportamental conjugal (Baucom e col., 1998; Bray e Jouriles, 1995; Crane, 1996). Por exemplo, um estudo de *follow-up* de nove meses demonstrou um efeito de tamanho para a terapia comportamental conjugal que variava entre 0,54 e 1,04, o que significa que a média dos casais tratados obtém melhores resultados aos nove meses do que 70% a 84% dos casais dos grupos de controlo sem tratamento (Dunn e Schwebel, 1995). Há muitos outros estudos que mostram que as abordagens familiares são eficazes no tratamento de problemas conjugais e de *stress* marital.

## **Perturbação de comportamento**

A perturbação de comportamento, com taxas de prevalência de cerca de 1%-10% na população geral, encontra-se entre as condições mais frequentemente diagnosticadas, tanto no internamento como na consulta externa dos serviços de saúde mental (American Psychiatric Association [APA], 2000). A eficácia da terapia familiar para tratar as perturbações de comportamento tem sido repetidamente demonstrada (Cottrell e Boston, 2002). Os tratamentos de base empírica incluem 1) Functional Family Therapy (FFT), 2) Multisystemic Therapy (MST), e 3) Oregon Treatment Foster Care (OTFC) (Henggeler e Sheidow, 2002).

Há quase 30 anos que se tem utilizado a FFT para tratar jovens com perturbações de comportamento e as suas famílias (Henggeler e Sheidow, 2002) e ela tem um manual de tratamento (Alexander e col., 1998). Alexander e Parsons (1973) constataram que, quando se tratam perturbações de comportamento, a FFT demonstrou ter uma taxa de recidiva 50% mais baixa do que os outros tratamentos. Estas conclusões foram replicadas em estudos mais recentes (por exemplo, Alexander e Sexton, 2002). Com base numa população jovem mais desfavorecida e com delitos mais graves, a FFT demonstrou uma taxa de recidiva de 11% comparada com 67% para os controlos sem tratamento (Gordon, Arbuthnot, Gustafson e McGreen, 1988).

Com uma história de 25 anos de evolução (Henggeler e Sheidow, 2002) a MST também apresentou resultados impressionantes, com as suas intervenções técnicas descritas num manual de tratamento (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland e Cunningham, 1998). Seis estudos demonstraram a eficácia

da MST em relação aos grupos de controlo. Os efeitos do tratamento incluem melhoria da assiduidade escolar, aumento de funcionamento e relacionamento familiares, diminuição dos sintomas psiquiátricos e redução do consumo de substâncias tóxicas (Henggeler e Sheidow, 2002).

Também delineada num manual de tratamento (Chamberlain e Mihalic, 1998), a OTFC apresentou resultados positivos. O primeiro estudo completado incluiu 16 jovens de idades entre os 13 e os 18 anos com um grupo emparelhado. Os jovens tratados com a OTFC apresentaram menos probabilidades de abandonar prematuramente o contexto terapêutico e mais probabilidades de completar o tratamento, e incorreram em menos dias de encarceramento durante o seguimento de dois anos (Chamberlain, 1990). Num segundo estudo demonstrou-se que um grupo de 79 jovens do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, tinham menos probabilidades de fugir do tratamento e mais de o completar, acumularam menos dias em serviços de detenção, contabilizaram menos actos ilícitos criminais e passaram mais dias com os pais biológicos durante o ano do seguimento (Chamberlain e Reid, 1998).

## **Abuso de substâncias tóxicas**

Em 2004, 19,1 milhões de americanos (7,9% da população) reportaram um uso corrente de drogas e quase metade (50,3%) dos americanos com 12 anos ou mais de idade referiu consumo corrente de álcool. Dos consumidores de álcool, 22,8% tinham consumo excessivo (cinco ou mais bebidas durante uma ocasião dos últimos 30 dias) e 6,9% eram grandes consumidores (cinco ou mais bebidas durante cinco ocasiões diferentes nos 30 últimos dias). Em 2004, uns espantosos 22,5 milhões de americanos (9,4% da população) com 12 anos ou mais de idade foram classificados com perturbações de abuso ou dependência de substâncias tóxicas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). Também se chegou a conclusões semelhantes sobre abuso de substâncias e efeitos resultantes noutros países (por exemplo, Haasen e col., 2004; Ramstedt, 2005).

*Tratamento de adolescentes com abuso de drogas.* Numa revisão da literatura, Waldron (1997) afirmou que a terapia familiar se revelou como um tratamento superior para os adolescentes com problemas de abuso de substâncias tóxicas. A terapia familiar e método de compromisso de Santisteban e colaboradores (1996), que usa uma abordagem estratégico-estrutural, orgulham-se de uma taxa de 81% comparada com uma taxa de compromisso de 62% para os adolescentes da terapia de grupo. Outros autores também encontraram taxas de compromisso para as intervenções familiares que são impressionantes quando comparadas com as condições de controlo (Donohue e col., 1998).

Uma vez que um adolescente entra em tratamento, as abordagens de base familiar mostram-se eficazes em retê-lo e ajudar a completar o tratamento. Um estudo sobre a MST publicou uma taxa de 98% para os adolescentes que completavam o tratamento (Henggeler, Pickrel, Brondino e Crouch, 1996). Henggeler, Clingempeel, Brondino e Pickrel (2002) concluíram que o MST tinha uma taxa de abstinência de 55% no seguimento ao fim de anos, quando comparado com uma taxa de 28% para os serviços oferecidos geralmente. O consumo de drogas pelos adolescentes tratados pela Multidimensional Family Therapy num dos estudos estudo continuou a diminuir durante os 12 meses após a alta, em comparação com um efeito de estabilização de uma abordagem cognitiva individual (Liddle, 2002).

Stanton e Shadish (1997) efectuaram uma metanálise, tanto das intervenções para adolescentes como para adultos, que envolveu 15 estudos de 1997. As conclusões demonstraram que os resultados positivos das intervenções familiares com adolescentes eram significativamente diferentes das intervenções sem intervenção familiar ( $d = 0,39$ ,  $p < 0,01$ ), o que significa que as diferenças não acontecem por mero acaso mas, antes, que o diferente tipo de tratamento explicava as diferenças de resultados. Os autores afirmaram que a intervenção familiar foi mais eficiente do que a terapia individual, a terapia de grupos de pares e a psicoeducação da família, na redução do consumo de drogas.

*Tratamento dos adultos com consumo de drogas.* O tratamento dos adultos provou ser tão eficaz como o tratamento dos adolescentes (Stanton e Shadish, 1997). Entre os tratamentos mais promissores para este tipo de problemas está o Behavioral Couple's Therapy (BCT). Ao considerar a percentagem média dos dias de abstinência no seguimento ao ano, Fals-Stewart, O'Farrell e Birchler (1997) concluíram que a BCT (73,2 dias) tinha melhores resultados do que o tratamento individual (65,1 dias). Fals-Stewart, Birchler e O'Farrell (1996) constataram que a BCT era um tratamento mais eficaz quando comparado com o tratamento individual, em termos dos efeitos nos relacionamentos, dias de consumo de droga, duração da abstinência, e detenções e hospitalizações relacionadas com as drogas. Não apenas os pais beneficiam da BCT como se demonstrou que o funcionamento comportamental dos filhos melhorou mais depois dos pais consumidores terem completado a BCT do que quando completavam terapia comportamental individual ou tratamento psicoeducacional do controlo da atenção (Kelley e Fals-Stewart, 2002).

*Abuso de álcool.* O tratamento do alcoolismo de base familiar mostrou-se eficaz em várias áreas. Primeiro, estes tratamentos apresentam taxas de 57%-86% de compromisso comparadas com taxas de compromisso de 0%-31% para outros tipos de tratamento (Edwards e Steinglass, 1995). Especificamente, o Community Reinforcement and Family Training Approach orgulha-se de

uma taxa de compromisso de 64% comparada com 22% da Johnson Institute Intervention e 14% da taxa de compromisso da Al-Anon. Segundo, quando considera a prestação eficaz do tratamento, Carr (2000b) afirma que os dois pacotes de tratamento mais eficazes são a abordagem de reforço comunitário e a terapia comportamental conjugal. De igual modo, a BCT foi muito estudada, o que levou à conclusão de que constitui uma forma eficaz de tratamento. Terceiro, as intervenções familiares mostraram-se mais eficientes do que os tratamentos individuais quando se considera a prevenção da recidiva (Edwards e Steinglass, 1995). As provas de eficácia são claras e decisivas.

### **Perturbações comportamentais e emocionais da infância**

O tratamento com intervenções familiares com crianças com problemas comportamentais e emocionais tem-se demonstrado de considerável eficácia (Estrada e Pinsof, 1995). Estrada e Pinsof (1995) afirmam que a inclusão dos pais no tratamento dos filhos produz melhor resultado, tanto para os primeiros como para os segundos, do que se os pais não participarem. Numa extensa revisão da literatura, Carr (2000a) concluiu que há provas de que as abordagens familiares são eficazes para crianças que foram fisicamente abusadas ou negligenciadas, que têm problemas de perturbação de comportamento, problemas de atenção ou actividade, problemas de consumo de drogas, ansiedade, depressão e/ou problemas de luto ou problemas psicossomáticos.

As intervenções familiares mostraram-se eficazes para perturbações relacionadas com a ansiedade, por exemplo, fobia do escuro, fobia escolar, ansiedade generalizada e perturbação obsessivo-compulsiva (Carr, 2000a). A terapia familiar também demonstrou eficácia a tratar anorexia nervosa em adolescentes (Eisler, leGrange e Asen, 2002). Em muitos destes estudos as intervenções de base familiar foram comparadas com diferentes grupos de controlo, um dos quais o tratamento individual, e obtiveram melhores resultados.

Com taxas de prevalência da perturbação de défice de atenção/hiperactividade oscilando entre 3% e 7% nas crianças de idade escolar (APA, 2000), torna-se necessário um tratamento eficaz. Hinshaw, Klein e Abikoff (1998) concluíram que as intervenções mais eficazes para os problemas de atenção e hiperactividade são os tratamentos multimodais de base familiar. Este tipo de programas junta tipicamente o uso de medicamentos/Medicina à terapia familiar e o treino dos pais (Carr, 2000a). Tão importante como tratar das crianças é tratar os pais ou ensiná-los a forma de interagir com os filhos.

## **Perturbações afectivas**

As taxas de prevalência durante o tempo de vida da perturbação depressiva *major* andam à roda dos 14-18% (APA, 1994). Demonstrou-se nalguns estudos que a terapia comportamental conjugal diminui os sintomas depressivos em até 50% dos casos examinados e impede igualmente a recidiva (Baucom *et al.*, 1998). A terapia interpessoal conjunta demonstrou a sua eficácia para tratar um parceiro deprimido (Foley, Rounsaville, Weissman, Sholomaskas e Chevron, 1990). Consistente com três estudos diferentes (Beach e O'Leary, 1992; Emanuels-Zuurveen e Emmelkamp, 1996; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling e Salusky, 1991), a terapia conjugal comportamental produziu resultados semelhantes na comparação com a terapia individual, quando se media a depressão pós-tratamento, mas quando se mediam os resultados a nível do casal, a terapia comportamental conjugal era melhor.

O'Leary (1990) também concluiu que quando um cônjuge tem um episódio depressivo após uma discórdia conjugal, a terapia conjugal é um tratamento melhor para o casal quando comparada com a terapia cognitiva. Não apenas a satisfação conjugal aumenta como se confirma que esta diminui nas esposas que receberam terapia cognitiva para um problema depressivo. Dado que a discórdia conjugal é altamente preditiva da depressão, é importante tratar a unidade familiar ou conjugal se se quiser produzir os melhores resultados.

## **Perturbações físicas**

Na sua revisão da literatura, Keicolt-Glaser e Glaser (2001) verificaram que o apoio emocional dos outros era o melhor indicador da saúde física da pessoa. Também afirmaram que o estado civil das pessoas estudadas era um indicador da sua mortalidade, da mortalidade por uma doença específica e da taxa de morbidade. Os investigadores também constataram que a crítica da família era um forte preditor da recidiva da asma, controlo do peso, tensão arterial alta, depressão, esquizofrenia, tabagismo e enxaquecas. Para a maioria destas, há provas experimentais da eficácia das abordagens familiares (Campbell, 2006). Além disso, foram criados alguns tratamentos eficazes para condições físicas, incluindo a artrite reumatóide (Radojevic, Nicassio e Weismann, 1992) e a dor osteoartrítica do joelho (Keefe, Murray e Caldwell, 1996). Além disso, Ewart, Taylor, Kraemer e Agras (1984) verificaram que o treino das competências conjugais reduzia a tensão arterial sistólica nos indivíduos que sofriam deste tipo de problema. Estes estudos e muitos outros apontam na direcção da implicação da família. Quando a família é incluída no tratamento, aumentam os resultados positivos e os indivíduos ficam mais saudáveis.



## Metanálise

Os primeiros estudos baseados na metanálise concluíram que a terapia familiar era uma forma eficiente de tratamento. Especificamente, Hazelrigg, Cooper e Borduin (1987) fizeram a revisão de 20 estudos e descobriram que a terapia familiar tinha um efeito positivo após o tratamento, com um efeito de tamanho médio de Cohen de  $d = 0,50$  versus um grupo de controlo sem tratamento, e um de Cohen de  $d = 0,65$  versus grupos com tratamento diferente. Outra metanálise (Shadish e col., 1993) que incluiu estudos que utilizaram uma atribuição aleatória e doentes em sofrimento demonstrou uma magnitude positiva do efeito de  $d = 0,51$ .

Shadish e Baldwin (2003) realizaram um estudo de 20 metanálises de terapia de casal e familiar, criando uma metametanálise. Concluíram que a terapia conjugal e familiar é uma opção de tratamento empiricamente comprovada, tanto para problemas específicos como para uma gama alargada de problemas. Especificamente, que 1) os tratamentos do casal e de terapia familiar são eficientes quando comparados com o não tratamento, 2) que esses tratamentos são pelo menos tão eficientes, se não mais, do que outras intervenções, como, por exemplo, a terapia individual, e 3) que há pouca diferença de eficácia quando se comparam as diferentes abordagens dentro da disciplina conjugal e familiar.

Não há dúvida de que as intervenções familiares são eficientes numa vasta gama de diagnósticos. Mas serão estes eficientes tratamentos de base familiar competitivos em termos de custos? E como é que esses custos influenciam a difusão do tratamento no contexto dos cuidados de saúde?

## Eficiência da terapia familiar

Como já ficou demonstrado, a terapia familiar revelou-se uma forma eficiente de psicoterapia para alguns problemas e perturbações de saúde mental. Porém, a investigação sobre a eficácia que dá ênfase aos ensaios experimentais e clínicos controlados, em condições específicas, não aborda adequadamente a eficiência da terapia familiar nas situações do mundo real. Ao mesmo tempo que os tratamentos que se mostram eficientes em laboratório, em condições ideais e cuidadosamente controladas, podem revelar efeitos poderosos, a replicação dos mesmos tratamentos em contextos aplicados revela-se mais difícil. Além disso, há poucos estudos conhecidos sobre os custos de fazer terapia familiar em condições de vida real.

Embora haja uma boa base de provas da eficácia da terapia familiar, há muito poucos estudos dirigidos ao problema do custo de incluir este serviço como opção de tratamento nos sistemas de cuidados de saúde e de cuidados de saúde mental. Num esforço para abordar desta questão, foram feitos alguns

estudos de eficiência para investigar o impacto económico do uso da terapia familiar nos sistemas já existentes de cuidados de saúde (por exemplo, Crane, Hillin e Jakubowski, 2005; Law e Crane, 2000; Law, Crane e Berge, 2003). A investigação sobre a eficiência preocupa-se com o efeito dos serviços reais dos técnicos reais às pessoas reais. Por outras palavras, o efeito dos serviços de cuidados de saúde conduzidos nas mesmas condições em que se faz a maior parte da terapia na prática diária.

A vantagem dos estudos de eficiência é que os temas de interesse são as pessoas reais nas condições reais dos serviços. As principais desvantagens destes tipos de estudos são a intrínseca dificuldade de controlo, uma vez que eles têm de investigar as condições na sua forma natural, só se tornando possível um controlo experimental diminuto. Além disso, e dada a dificuldade de criar condições de controlo experimental, não é possível estabelecer relações de causalidade e de causa-efeito. Por consequência, as interpretações têm de ser cautelosas e discutir as associações e relações entre as variáveis, e não a causa e efeito.

Os dados que foram utilizados nos estudos de eficiência a discutir provêm de quatro fontes: 1) uma grande Health Maintenance Organization do Oeste americano (HMO) com 180 000 subscritores na região do Utah; 2) o sistema Medicaid do Estado do Kansas dos EUA; 3) a CIGNA Behavioral Health, a divisão da saúde comportamental da CIGNA, uma grande companhia de seguros de saúde com vários milhões de subscritores; e 4) uma clínica de treino em terapia familiar de uma grande universidade do Oeste.

### Health Maintenance Organization (HMO)

O primeiro conjunto de estudos debruçou-se sobre a possível «redução médica» da terapia conjugal/casal e familiar oferecida num grande sistema HMO local. Ocorre uma «anulação médica» quando as pessoas reduzem a sua utilização dos serviços médicos após algum tipo de psicoterapia ou intervenção comportamental de saúde.

O sistema HMO que recebeu os primeiros estudos sobre a «redução médica» da terapia familiar era típico de muitos desses sistemas de cuidados de saúde dos EUA. Neste tipo de sistema, os empregados e empregadores contratam com a HMO para lhes fornecer todos os cuidados de saúde e de saúde mental. O custo dos cuidados de saúde é partilhado por empregadores e empregados, por um preço fixo ao mês. Nalguns aspectos, o sistema é muito semelhante aos sistemas de cuidados de saúde encontrados em diferentes partes da Europa e Canadá. A principal semelhança é que os doentes recebem todos os seus cuidados de saúde e cuidados de saúde mental no mesmo sistema com uma administração central. As principais diferenças desses sistemas residem nos mecanismos de

pagamento dos serviços de cuidados de saúde. No actual sistema, os doentes e os empregadores pagam conjuntamente os serviços de cuidados de saúde. Em muitos sistemas de cuidados de saúde europeus, os pagamentos têm como base os impostos e vêm de diversos departamentos governamentais, incluindo os sistemas de cuidados de saúde e de serviço social com pouca ou nenhuma contribuição directa dos doentes.

No presente HMO, os prestadores de quase todas as disciplinas de saúde e de saúde mental eram contratados pelo HMO para prestar cuidados às pessoas inscritas nos seus planos. Todos os prestadores são licenciados pelo governo do estado para prestar os cuidados de saúde e os cuidados de saúde mental no estado em que os cuidados são prestados.

Na forma de fichas médicas em papel, foram disponibilizados os dados de todas as pessoas, casais e famílias que receberam os serviços de saúde mental desta HMO. Foram recolhidos os registos de cuidados de saúde dos mesmos indivíduos para os seis meses antes, durante e depois da terapia. Os estudos usaram os cuidados em consulta externa como variável dependente. As consultas externas foram definidas como os cuidados médicos para doença, ferimento, gestão de medicação psicotrópica, rastreio de saúde, cuidados urgentes, trabalho de laboratório ou raios X. Não foram disponibilizados os dados das urgências, da prescrição e da hospitalização.

Os participantes foram seleccionados aleatoriamente a partir dos que tinham utilizado terapia individual, conjugal/casal ou familiar. A fim de assegurar grupos distintos de comparação, a razão do principal tipo de terapia (terapia individual, conjugal/casal ou familiar) e os outros tipos de terapia tinha de ser 3:1, no mínimo.

Foram estudados cinco tipos diferentes de terapia: 1) terapia conjugal/casal; 2) terapia familiar com um paciente identificado (FTIP – *family therapy identified patient*) (identificado como a «razão» de a família procurar terapia); 3) terapia familiar com outros membros da família (FTOP – *family therapy other patient*) (participantes na terapia familiar que não eram o paciente identificado); 4) os que receberam terapia individual; e 5) um grupo de comparação de subscritores HMO que não tinham recebido qualquer forma de psicoterapia.

#### Estudo 1 (Law e Crane, 2000):

Neste estudo, as taxas de utilização dos cuidados médicos dos grupos seleccionados aleatoriamente que receberam diferentes tipos de terapia foram comparados nos seis meses antes da terapia, seis meses após o começo da terapia e ao ano após a terapia. Os resultados sugerem que a terapia familiar está associada a uma diminuição significativa da utilização dos cuidados de saúde após um ano de a terapia começar. No conjunto, os participantes da terapia conjugal/casal e familiar reduziram a utilização dos cuidados médicos em 21% depois da terapia. Outra conclusão interessante (embora não estatisticamente

significativa) foram os 30% de diminuição da utilização dos cuidados médicos nos doentes FTOP. Estes participantes da terapia familiar, que não eram o paciente identificado, apresentaram diminuições significativas na utilização dos cuidados médicos. É evidente que se torna necessário realizar mais investigação no que respeita aos possíveis resultados.

**Quadro 1.** Resultados comparativos entre as taxas de utilização pré e pós-terapia numa HMO.

<i>Tipo de terapia</i>	<i>N.º de sujeitos</i>	<i>Mudança nos cuidados de saúde (%)</i>
TCF <sup>1</sup> combinada	272	-21,5 <sup>2</sup>
Conjugal/casal	52	-21
FTIP	60	-9,5
FTOP	60	-30,5
Individual	60	-10
Grupo de comparação	60	+12,2

\*Terapia conjugal e familiar; \*\* =  $p < 0,05$

### Estudo 2 (Law, Crane e Berge, 2003):

Os «grande utilizadores» ( $N = 65$ ), definidos como quatro ou mais consultas médicas no período de seis meses, foram seleccionados a partir da amostra do estudo 1. A análise das taxas de utilização dos cuidados de saúde destes indivíduos foram incapazes de diferenciar as condições crónicas das condições das pessoas que poderiam estar a sofrer de alguma forma de somatização das suas preocupações emocionais. Por consequência, os resultados contêm sem dúvida pessoas com ambos os tipos de preocupação.

Quando se compara as taxas de utilização de cuidados antes da terapia e ao fim de ano decorrido, após a finalização, os resultados dos grande utilizadores apresentam uma diminuição dramática na utilização dos cuidados de saúde em todos os tipos de terapia, que vão dos 48% para os participantes em terapia individual até 57% para o «outro» paciente da terapia familiar implicado na terapia familiar. Além disso, as reduções dos que receberam terapia de casal e terapia familiar como paciente identificado foram ambas de 50%. Há que focalizar mais investigação neste tipo de consumidor de cuidados de saúde.

**Quadro 2.** Resultados quando se comparam as taxas de utilização pré e pós-terapia nos grandes utilizadores.

<i>Tipo de Terapia</i>	<i>N.º de sujeitos</i>	<i>Mudança nos cuidados de saúde (%)</i>
TCF <sup>1</sup> combinada	43	-53 <sup>2</sup>
Conjugal/casal	15	-50 <sup>2</sup>
FTIP	12	-50 <sup>2</sup>
FTOP	16	-57 <sup>2</sup>
Individual	22	-48 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Terapia conjugal e familiar; <sup>2</sup> =  $p < 0,05$ .

Estudo 3 (Crane, Wood, Law e Schaalje, 2004):

Crane, Wood, Law e Schaalje (2004) exploraram o papel da disciplina profissional, idade, nível de experiência e género dos terapeutas na produção da «redução médica». Os resultados da análise de regressão logística sugere que é a psicoterapia em geral, e não a formação ou as características do terapeuta, que é responsável pela redução da utilização dos cuidados de saúde. pPor outras palavras, todos os técnicos, independentemente da formação, idade, género ou nível de experiência, produziram o mesmo nível de redução da utilização dos cuidados médicos.

Estudo 4 (Crane e Christenson, em revisão):

Crane e Christenson (em revisão) procuraram aprofundar a investigação do «efeito de redução», ao subdividir a variável dependente em diferentes tipos de cuidados em consulta externa. A fim de investigar a «hipótese do *stress*», este estudo considerou em separado algumas áreas específicas dos cuidados em consulta externa. Uma consulta de cuidados de saúde foi classificada como «cuidados urgentes» quando os serviços não faziam parte de cuidados calendarizados regularmente, nem como urgência. O cuidado urgente podia ter sido devido a doenças comuns e/ou crises súbitas que impeliam à procura de ajuda.

As consultas para cuidados urgentes apresentaram uma significativa redução de 47% do período pré para o período pós-intervenção, com mudanças evidentes nos sujeitos que fizeram terapia conjugal e familiar. A redução na utilização de cuidados de saúde foram mais proeminentes para os grande utilizadores e foi encontrada nalguns tipos diferentes de cuidados em consulta externa. Nos grande utilizadores, os que participaram na terapia conjugal e familiar apresentaram reduções significativas de 68% nas consultas de rastreio de saúde, 38% nas consultas por doença, 56% nas visitas a laboratório/raios X e 78%

nas consultas de cuidados urgentes. Estes resultados sugerem que as famílias e indivíduos usam mais os serviços de cuidados urgentes antes da terapia do que depois, possivelmente como reacção à diminuição do facto de o *stress* no sistema familiar (pré-tratamento) ter sido minorado (pós-tratamento).

No seu conjunto, os dados da HMO sugerem que os tratamentos terapia conjugal e familiar reduzem a utilização dos cuidados de saúde em geral, com reduções muito pronunciadas para os grandes utilizadores dos cuidados de saúde.

### Sistema Medicaid do Estado do Kansas

O segundo sistema natural de cuidados de saúde disponível para o estudo usou os dados do sistema Medicaid do Estado do Kansas. Medicaid é um sistema de cuidados de saúde de fundos federais para as crianças pobres e alguns adultos com deficiências. É o maior prestador singular de cuidados de saúde de crianças dos EUA e é administrado separadamente por cada estado.

O primeiro estudo focalizou-se no Estudo 1 de jovens com perturbações de comportamento (Crane e col., 2005). Os dados retrospectivos dos custos dos cuidados de saúde para quase 4000 jovens de múltiplas etnias diagnosticados com «perturbações de comportamento» foram identificados e seguidos por um período de 30 meses. Os custos totais de todos os cuidados de saúde (incluindo os de saúde mental) foram disponibilizados para a investigação.

Foram disponibilizados dados de 3753 jovens. No conjunto, 3086 jovens receberam cuidados que incluíam terapia individual (e não terapia familiar), 503 receberam terapia familiar no domicílio e 164 outros receberam terapia familiar em consultório. Os custos dos cuidados de saúde para um período de 2,5 anos após a terapia foram disponibilizados para análise.

O grupo maior (N = 3086) usufruiu de uma diversidade de serviços mas não de terapia familiar. Neste grupo, 81% eram do sexo masculino, 19% do sexo feminino com uma média de idades de 14,4 (intervalo 5-18). Do ponto de vista étnico, 73% dos jovens eram caucasianos, 18% afro-americanos, 7% hispânicos e 1% nativos americanos e asiáticos.

O segundo maior grupo (N = 503) foram indivíduos que receberam uma larga gama de serviços mas foram os únicos a receber também terapia familiar como serviço domiciliário. Para estes jovens, a média de idade era 14,7 anos (intervalo 5-18) com 91% do sexo masculino e 9% do sexo feminino. Do ponto de vista étnico, aproximadamente 21% eram afro-americanos e 79% caucasianos.

O terceiro grupo (N = 164) foi de jovens que receberam uma gama de serviços semelhantes aos recebidos por todos os outros mas foi o único que recebeu terapia familiar em consultório como parte do seu tratamento. Os que

receberam terapia familiar em consultório incluíam mais indivíduos do sexo masculino (84%) e menos do sexo feminino (16%) mas tinham essencialmente a mesma média de idades (14,2 anos, intervalo 7-18) do que no grupo sem terapia familiar. A etnia incluía jovens caucasianos (68%), afro-americanos (28%), menos hispânicos (4%) e nenhuns nativos americanos ou asiáticos. Não se verificaram diferenças significativas entre as descrições demográficas dos jovens dos três grupos.

O custo médio dos cuidados de saúde para os jovens que não receberam terapia familiar foi \$16,260. Para os que receberam terapia familiar em consultório, o custo médio foi \$11,116. Os jovens que receberam terapia familiar em consultório receberam em média menos \$5,144 (32%) de cuidados do que os que receberam só terapia individual. Os que receberam terapia familiar no domicílio tiveram uma média de \$1,622 durante o período de seguimento. Os que receberam terapia familiar no domicílio foram os menos caros de todos, com uma média de menos 85%, pelo menos, do que qualquer forma de terapia em consultório e 90% menos do que os que não receberam terapia familiar.

**Quadro 3.** Custos de saúde totais para jovens com perturbação do comportamento.

<i>Tipo de terapia</i>	<i>N.º de sujeitos</i>	<i>Média total dos custos dos cuidados de saúde</i>
Sem terapia familiar	3,086	\$16,260*
Terapia familiar em consultório	503	\$11,116*
Terapia familiar domiciliária	164	\$1,622*

\*=  $p < 0,01$

O segundo estudo debruçou-se sobre os custos do tratamento de adultos com esquizofrenia (Christenson, Crane e Hillin, em revisão). A investigação do passado mostrou que a intervenção familiar com doentes esquizofrénicos é eficiente quando incluída como parte do tratamento. A despeito do número de estudos que investigaram o efeito da farmacoterapia nos custos, tem havido pouca atenção prestada ao efeito da intervenção familiar nos custos dos cuidados de saúde. Neste estudo, os dados dos sistemas Medicaid do Kansas foram utilizados para testar dois modelos estruturais dos custos de saúde de 164 doentes com esquizofrenia que tinham participado na intervenção familiar. Os resultados mostraram que um modelo que incluía os efeitos directos ou indirectos da intervenção familiar proporcionava o melhor ajustamento aos dados. Os resultados também comprovavam a hipótese de que a intervenção familiar estava associada a um significativo decréscimo de nos custos totais dos cuidados de saúde. Especificamente, cada intervenção de terapia familiar estava associada a um significativo decréscimo de \$586 nos custos totais dos cuidados

de saúde. É interessante que a disponibilização de tratamentos psicoterapêuticos aumentasse os custos. Para cada tratamento psicoterapêutico efectuado (que não fosse intervenção familiar), os custos hospitalares aumentavam uns significativos \$99. Em termos dos custos médicos totais, cada «outro» serviço de tratamento psicoterapêutico estava associado a um aumento de \$77 nos custos totais dos cuidados de saúde.

Os resultados do sistema Medicaid sugerem que a inclusão da terapia familiar no programa de tratamento de adolescentes não aumenta os custos dos cuidados de saúde. Foi surpreendente que a terapia familiar no domicílio estivesse associada aos jovens que utilizaram menos serviços médicos do que os jovens de qualquer dos outros dois grupos. A terapia familiar em consultório foi menos comum mas também estava associada a custos mais baixos de cuidados de saúde do que nos jovens que não foram submetidos a qualquer forma de terapia familiar.

No segundo estudo, os resultados sugerem que o envolvimento familiar não aumenta os custos totais dos cuidados de saúde. Na realidade, pode haver uma redução nos custos totais dos cuidados de saúde quando as famílias são implicadas nos cuidados.

## **CIGNA Behavioral Health**

A CIGNA Behavioral Health é a divisão de saúde comportamental de uma grande companhia de seguros de saúde dos EUA que tem vários milhões de subscritores.

Foram extraídos os dados sobre os custos facturados de psicoterapia de todas as perturbações da saúde mental, durante um período de quatro anos. Todas as mais de 600 000 contas de psicoterapia individual foram disponibilizadas para análise. Os resultados preliminares sugerem que, para todos os diagnósticos e perturbações mentais, as pessoas que receberam tratamento para a família ou o casal necessitaram de 37% menos psicoterapia, em média, do que as que receberam terapia individual (Prohofsky, 2005).

## **Estudo da projecção de custos do Medicare**

Além dos estudos directos das organizações de cuidados de saúde, foi efectuada uma projecção específica dos custos da inclusão de terapeutas familiares (Christenson e Crane, 2004) a num grande serviço nacional de saúde (Medicare). Embora não projectasse a adição de um serviço, o estudo focalizou-se nos custos de adicionar um grupo específico de novos prestadores de serviços do sistema de cuidados de saúde existente.



A Medicare é um prestador de serviços de cuidados de saúde, a nível nacional dos EUA. Os beneficiários são aproximadamente 43 milhões de adultos seniores e adultos com deficiências. A Medicare fornece uma gama alargada de serviços médicos de saúde e de saúde mental.

Este estudo procurou estimar o custo de adicionar cerca de 39 000 terapeutas familiares e de casal independentes aos corpos de prestadores de serviços de saúde mental. As tendências históricas foram determinadas através do custo da psicoterapia e da informação sobre a sua utilização durante os anos 1999-2001, e as projecções para 2002-2006 foram feitas com a inclusão dos terapeutas familiares. O aumento bruto estimado dos custos pela adição da terapia conjugal e familiar foi \$2.1 milhões anuais para todos os EUA, menos de 1/10 de 1% do orçamento da Medicare para a saúde mental. Esta quantia situa-se bem dentro do erro de medida e constitui assim um potencial aumento sem significado nas despesas da Medicare.

### Clínica de terapia familiar

Esta clínica está situada na Brigham Young University e faz aproximadamente 10 000 horas por ano de terapia individual, de grupo, conjugal/casal e familiar, a custos baixos. Os terapeutas são alunos dos programas de mestrado e doutoramento em terapia conjugal e familiar, psicologia clínica e serviço social. No interesse da presente discussão, só os clientes vistos pelos formando em terapia familiar serão incluídos.

Os elementos sobre a utilização dos cuidados de saúde foram recolhidos em três momentos. Primeiro, no começo da terapia, segundo, seis meses após o começo da terapia e, finalmente, um ano após o começo da terapia. Os dados foram recolhidos a partir de duas fontes diferentes. A primeira foi os auto-registos dos membros da família e os seus relatos sobre a utilização de cuidados de saúde dos cônjuges e filhos mais velhos. A segunda foi o número e tipo de consultas de cuidados de saúde, também obtidos das fichas médicas dos participantes que foram disponibilizadas pelo seu médico de cuidados primários.

O Estudo 1 (Christenson, Crane, Marshall e Schaalje, em preparação) investigou o nível de experiência do terapeuta na produção de um efeito de «redução dos custos» nas pessoas que recebiam serviços de terapia conjugal/casal ou familiar. Foi comparado o número de auto-registos de consultas de cuidados médicos antes e no ano após o começo da terapia (N = 112). Os resultados demonstram que os cuidados de saúde utilizados antes do tratamento sofriam uma diminuição de 37% depois do tratamento.

O Estudo 2 (Jakubowski, Crane e Christenson, em preparação) focalizou-se no problema de investigação básica do auto-registo do uso dos cuidados médicos *versus* a revisão das fichas médicas. Por outras palavras, estarão os

auto-registos e os registos sobre outros membros da família tão significativamente correlacionados que permitam eliminar a necessidade de rever as fichas, quando se faz investigação que tem por base a família?

No caso dos auto-registos, o número de consultas de cuidados de saúde estava significativamente correlacionado com as fichas médicas ( $r = .541$ ,  $p < .001$ ,  $n = 147$ ). Além disso, os registos do cônjuge sobre a utilização dos cuidados de saúde do parceiro tinha uma correlação positiva significativa com os registos médicos ( $r = .665$ ,  $p < .001$ ,  $n = 149$ ). Finalmente, os registos da utilização dos cuidados médicos pelos filhos tinha uma correlação positiva significativa com os registos médicos ( $r = .703$ ,  $p < .001$ ,  $n = 42$ ).

No seu conjunto, o tratamento proporcionado pelos formandos em terapia familiar estava associado a uma diminuição do uso de cuidados médicos, no mínimo tão alta como a da terapia executada por terapeutas profissionais. Além disso, o auto-registo e os registo do uso dos cuidados médicos na família são bons substitutos da revisão feita à mão das fichas médicas.

## Resumo e conclusões

A investigação relacionada com a eficácia e a eficiência da terapia familiar tem mostrado bons resultados experimentais. Além disso, documentaram-se reduções do uso de cuidados médicos depois de os grande utilizadores de cuidados de saúde participarem em terapia familiar. Também a inclusão da terapia familiar nos programas de cuidados de saúde não parece aumentar os custos globais desses cuidados. Se esses resultados forem replicados em estudos adicionais, os gestores dos cuidados de saúde talvez passem a permitir que a terapia familiar seja oferecida àqueles que solicitem esses serviço, e poderão beneficiar dessa modalidade terapêutica.

Há, como é evidente, algumas limitações à investigação sobre a eficiência apresentada aqui. Primeira, o facto de não se poderem estabelecer relações de causa-efeito e só os delineamentos verdadeiramente experimentais o permitirem. Felizmente que a investigação sobre a eficácia que apresentámos demonstra relações de causa-efeito nas formas experimentais de terapia de casal e familiar.

Segunda, que, na investigação sobre a eficiência, não é apropriado fazer comparações directas entre os grupos que receberam diferentes formas de terapia, ou receberam tratamento de diferentes terapeutas. Há, indubitavelmente, diferenças pré-existentes entre pessoas e famílias que receberam diferentes formas de tratamento, e de diferentes terapeutas. Porém, esses resultados são interessantes e sugestivos da eficiência da terapia familiar quando aplicada às situações do mundo real, e de que provavelmente os custos não aumentam consideravelmente.

Em termos da investigação sobre a eficácia, o delineamento experimental com atribuição aleatória a grupos possibilita o estabelecimento de comparações

directas. Na maioria dos casos, a terapia familiar produziu resultados melhores do que os do grupo de controlo, e resultados tão bons, se não melhores, do que outras formas de terapia.

## **Implicações clínicas**

As principais implicações para os clínicos estão relacionadas com os grupos de defesa e as políticas: as políticas relativas aos cuidados de saúde são determinadas por diferentes tipos de pessoas que actuam em diferentes capacidades. Elas procuram muitas vezes saber a posição dos especialistas e outros gestores, dos contribuintes, dos utentes e dos prestadores de serviços prestigiados. As pessoas que determinam as políticas podem estar interessadas na informação que esta investigação lhes dá, mas é menos provável que gastem o seu tempo a ponderá-la, a menos que os consumidores ou técnicos respeitados o tragam à sua atenção.

Bem podemos imaginar a quantidade de informação relacionada com todas as formas de cuidados médicos que os decisores, gestores e contribuintes têm de processar regularmente. Talvez isso seja possível, mas é provavelmente improvável que se actualizem regularmente em matéria de investigação sobre a eficiência dos custos da terapia familiar. Parece que o melhor mecanismo para manter informados os decisores de peso terá de vir dos prestadores e utilizadores do serviço.

Outro grupo de grande influência que poderá desejar ser informado será o dos antigos utilizadores dos serviços de terapia familiar. O objectivo não é explorar as famílias por objectivos egoístas. É, antes, dar uma «voz» àqueles a quem as políticas dos serviços de saúde mental se destinam beneficiar. Nomeadamente, quando as famílias procuraram, receberam e beneficiaram de serviços de terapia familiar que não eram disponibilizados pelos seus planos de cuidados de saúde. Planos esses que elas ajudaram a pagar, quer directamente através de deduções ao salário, ou, indirectamente, através dos impostos. Parece-nos que as famílias deveriam poder escolher receber serviços de terapia familiar se o desejassem e, em especial, quando esses serviços de saúde mental já estão à disposição nos seus planos de cuidados de saúde.

Os clínicos que desejam defender a inclusão geral da terapia familiar, podem ser eles próprios a fazê-lo. Mas também podem encorajar as famílias com quem trabalham a fazer o mesmo. É certo que, a haver algum encorajamento, ele só deve ocorrer depois de findo o tratamento, e sem usar métodos coercivos ou pouco éticos. A verdade é que os decisores escutam as famílias que querem dar a cara e partilhar a sua história.

Também é verdade que poucas grandes companhias ou organizações prestadoras de serviços de saúde conseguem fazer um levantamento da garantia da

qualidade relativamente a um serviço para o qual ainda não têm cobertura. Daí que será pouco provável que através dos seus processos regulares de controlo de qualidade descubram o valor dos serviços de terapia família para os utentes.

Em resumo, dado que diversas revisões demonstraram que a terapia familiar é eficiente e que a sua inclusão nos sistemas de cuidados de saúde não parece aumentar os custos desses cuidados, talvez seja agora o momento para começar a esclarecer os decisores e começar a oferecer este tipo de cuidados às famílias que desejem recebê-lo.

## Referências

- ALEXANDER, J., BARTON, C., GORDON, D., GROTPETER, J., HANSSON, K., HARRISON, R., e col. (1998), *Blueprints for violence prevention, book three: Functional Family Therapy*, Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
- ALEXANDER, J. F.; PARSONS, B. V. (1973), «Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism», *Journal of Abnormal Psychology*, 81, pp. 219-225.
- ALEXANDER, J. F.; Sexton, T. L. (2002), «Functional Family Therapy (FFT) as an integrative, mature clinical model for treating high risk, acting out youth», in J. LEBOW (ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy, volume IV: Integrative/Eclectic* Nova Iorque, John Wiley, pp. 111-132.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Autor. Edição portuguesa: *DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística – 4.ª edição*, Lisboa, Climepsi Editores, 1996.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th ed.)*. Washington, DC: Author. Edição portuguesa: *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística – 4.ª edição texto revisto*, Lisboa, Climepsi Editores, 2002.
- BAUCOM, D. H.; SHOHAM, V.; MUESER, K. T.; DAIUTO, A. D.; STICKLE, T. R. (1998), «Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 53-88.
- BEACH, S. R. H.; O'LEARY, K. D. (1992), «Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy versus cognitive therapy», *Behavior Therapy*, 23, pp. 507-528.
- BRAY, J.; JOURILES, E. (1995), «Treatment of marital conflict and prevention of divorce», *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 461-473.
- CAMPBELL, T. L. (2006), «Improving health through family interventions», in D. R. CRANE e E. S. MARSHALL (eds.), *Handbook of Families and Health: Interdisciplinary Perspectives*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- CARR, A. (2000a), «Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation I: Child-focused problems», *Journal of Family Therapy*, 22, pp. 29-60.
- CARR, A. (2000b), «Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation II: Adult-focused problems», *Journal of Family Therapy*, 22, pp. 273-295.
- CHAMBERLAIN, P. (1990), «Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step», *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 2, pp. 21-36.

- CHAMBERLAIN, P.; MIHALIC, S. (1998), «Blueprints for violence prevention, book eight: Multidimensional treatment foster care», Bolder, CO, Center for the Study and Prevention of Violence.
- CHAMBERLAIN, P.; REID, J. B. (1998), «Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 624-633.
- CHRISTENSON, J. D.; CRANE, D. R. (2004), «Estimating the Cost of Direct Reimbursement of Marriage and Family Therapy under Medicare», *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (4), pp. 515-525.
- CHRISTENSON, J. D.; CRANE, D. R.; HILLIN, H. H. (em revisão), *Family Intervention and Health Care Costs for Kansas Medicaid Patients with Schizophrenia*.
- CHRISTENSON, J. D.; CRANE, D. R.; MARSHALL, E. M.; SCHAALJE, G. B. (no prelo). *The Effect of Marital and Family Therapy on Health Care Use in a University Based Training Clinic*.
- COTTRELL, D.; BOSTON, P. (2002), «Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (5), pp. 573-586.
- CRANE, D. R. (1996), *Fundamentals of Marital Therapy*, Nova Iorque, Brunner/Mazel.
- CRANE, D. R.; CHRISTENSON, J. D. (em revisão), *The Medical Offset Effect: Patterns in Medical Utilization Reductions for High Utilizers of Health Care*.
- CRANE, D. R.; HILLIN, H. H.; JAKUBOWSKI, S. (2005), «Costs of Treating Conduct Disordered Medicaid Youth with and without Family Therapy», *The American Journal of Family Therapy*, 33 (5), pp. 403-413.
- CRANE, D. R.; WOOD, N. D.; LAW, D. D.; SCHAALJE, B. (2004), «The relationship between therapist characteristics and decreased medical utilization: An exploratory study», *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26 (1), pp. 61-69.
- DONOHUE, B.; AZRIN, N.; LAWSON, H.; FRIEDLANDER, J.; TEICHER, G.; RINDSBERG, J. (1996), «Improving initial session attendance of substance abusing and conduct disordered adolescents: A controlled study», *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, pp. 1-13.
- DUNN, R.; SCHWEBEL, A. (1995), «Meta-analytic review of marital therapy outcome research», *Journal of Family Psychology*, 9, pp. 58-68.
- EDWARDS, M.; STEINGLASS, P. (1995), «Family therapy treatment outcomes for alcoholism», *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 475-509.
- EISLER, I.; LEGRANGE, D.; ASEN, E. (2002), «Family Interventions», in J. TREASURE, U. SCHMIDT e E. VAN FURTH (eds.), *Handbook of Eating Disorders* (2.<sup>a</sup> ed.), Chichester, Wiley.
- EMANUELS-ZUURVEEN, L.; EMMELKAMP, P. M. (1996), «Individual behavioral-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in maritally distressed couples», *British Journal of Psychiatry*, 169, pp. 181-188.
- ESTRADA, A. U.; PINSOFF, W. M. (1995), «The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood», *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 403-440.
- EWART, C. K.; TAYLOR, C. B.; KRAEMER, H. C.; AGRAS, W. S. (1984), «Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital communication training», *Behavior Therapy*, 15, pp. 473-484.
- FALS-STEWART, W.; BIRCHLER, G. R.; O'FARRELL, T. J. (1996), «Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 959-972.

- FALS-STEWART, W.; O'FARRELL, T. J.; BIRCHLER, G. R. (1997), «Behavioral couples therapy for male substance-abusing clients: A cost outcomes analysis», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp. 789-802.
- FOLEY, S.; ROUNSAVILLE, B.; WEISSMAN, M. S.; HOLOMASKAS, D.; CHEVRON, E. (1990), «Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes», *International Journal of Family Psychiatry*, 10, pp. 29-42.
- GORDON, D. A.; ARBUTHNOT, J.; GUSTAFSON, K. E.; MCGREEN, P. (1988), «Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents», *American Journal of Family Therapy*, 16, pp. 243-255.
- HAASEN, C.; PRINZLEVE, M.; ZURHOLD, H.; REHM, J.; GÜTTINGER, F.; FISCHER, G.; e col. (2004), «Cocaine use in Europe-A multi-centre study», *European Addiction Research*, 10, pp. 139-146.
- HAZELRIGG, M. D.; COOPER, H. M.; BORDUIN, C. M. (1987), «Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis», *Psychological Bulletin*, 101, pp. 428-442.
- HENGGELER, S. W.; CLINGEMPEEL, W. G.; BRONDINO, M. J.; PICKREL, S. G. (2002), «Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, pp. 868-874.
- HENGGELER, S. W.; PICKREL, S. G.; BRONDINO, M. J.; CROUCH, J. L. (1996), «Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy», *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 427-428.
- HENGGELER, S. W.; SCHOENWALD, S. K.; BORDUIN, C. M.; ROWLAND, M. D.; CUNNINGHAM, P. B. (1998), *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*, Nova Iorque, Guilford.
- HENGGELER, S. W.; SHEIDOW, A. J. (2002), «Conduct disorder and delinquency», in D. H. SPRENKLE (ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy*, Alexandria, VA, American Association for Marriage and Family Therapy, pp. 27-52.
- HINSHAW, S.; KLEIN, R.; ABIKOFF, H. (1998), «Childhood attention deficit hyperactivity disorder: Nonpharmacological and combination approaches», in P. NATHAN e J. GORMAN (eds.), *A Guide to Treatments that Work*, Nova Iorque, Oxford University Press, pp. 26-41.
- JACOBSON, N. S.; DOBSON, K.; FRUZZETTI, A. E.; SCHMALING, K. B.; SALUSKY, S. (1991), «Marital therapy as a treatment for depression», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, pp. 547-557.
- JAKUBOWSKI, S. F.; CRANE, D. R.; CHRISTENSON, J. D. (no prelo), *Marriage and family therapy research in health care: Investigating the accuracy of self and family members reports of medical visits*.
- KELLEY, M. L.; FALS-STEWART, W. (2002), «Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp. 417-427.
- KIECOLT-GLASER, J. K.; NEWTON, T. L. (2001), «Marriage and health: His and hers», *Psychological Bulletin*, 127, pp. 472-503.
- KEEFE, F.; MURRAY, P.; CALWELL, D. (1992), «Spouse assisted coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain», *Arthritis Care and Research*, 9, pp. 279-291.
- LAW, D. D.; CRANE, D. R. (2000), «The influence of Marital and Family Therapy on health care utilization in a Health Maintenance Organization», *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (3), pp. 281-291.

- LAW D. D.; CRANE, D. R.; BERGE, J. M. (2003), «The Influence of Marital and Family Therapy on High Utilizers of Health Care», *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, (3), pp. 353-363.
- LIDDLE, H. A. (2002), «Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse: Finding from the Multidimensional family Therapy research program», in L. S. HARRIS (ed.), *Problems of Drug Dependence 2001: Proceeding of the 63rd Annual Scientific Meeting* (NIDA Research Monograph No. 182, NIH Publication No. 02-5097, pp. 113-115), Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- NAPIER, A. Y.; WHITAKER, C. (1978), *The family crucible*, Nova Iorque, Harper Perennial.
- PROHOFSKY, J. A. (2005), «Relational Therapies and Managed Care», texto apresentado na conferência anual da The American Association for Marriage and Family Therapy, Kansas City, KS.
- RADOJEVIC, V.; NICASSIO, P.; WEISMAN, M. (1992), «Behavioural intervention with and without family supports for rheumatoid arthritis», *Behaviour Therapy*, 23, pp. 13-30.
- RAMSTEDT, M. (2002), «Alcohol consumption and the experience of adverse consequences – A comparison of six European countries», *Contemporary Drug Problems*, 29, pp. 549-575.
- SANTISTEBAN, D. A.; SZAPOCZNIK, J.; PEREZ-VIDAL, A.; KURTINES, W. M.; MURRAY, E. J.; LAPERRIERE, A. (1996), «Efficacy of intervention of engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness», *Journal of Family Psychology*, 10, pp. 35-44.
- SHADISH, W. R.; BALDWIN, S. A. (2003), «Meta-analysis of marital and familiar therapy interventions», *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, p. 547.
- SHADISH, W. R.; MONTGOMERY L. M.; WILSON, P.; WILSON, M. R.; BRIGHT, I.; OKWUMABUA, T. (1993), «Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 992-1002.
- SPRENKLE, D. H. (ed.) (2002), *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*, Alexandria, VA, American Association for Marriage and Family Therapy.
- STANTON, M. D.; SHADISH, W. R. (1997), «Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies», *Psychological Bulletin*, 122, pp. 170-191.
- STRATTON, P. (2005), *Report On The Evidence Base of Systemic Family Therapy*, Association for Family Therapy.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005, Setembro), *Results from the 2004 national survey on drug use and health: National findings*. Retrieved November 7, 2005, from <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/trends.htm#Use>
- WALDRON, H. B. (1997), «Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials», in T. H. OLLENDICK E R. J. PRINZ (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol. 19, Nova Iorque, Plenum Press, pp. 199-234.