



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# *DROPOUT* EM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM ADOLESCENTES: IMPORTÂNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Rita Catarina Santos Mendonça*

Porto, julho de 2021



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# *DROPOUT* EM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM ADOLESCENTES: IMPORTÂNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Rita Catarina Santos Mendonça*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>a</sup> Doutora Alexandra Carneiro e Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, julho de 2021

## Agradecimentos

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Alexandra Carneiro e ao Prof. Doutor Pedro Dias, por terem sido os melhores orientadores que poderia ter tido neste ano. Pela responsividade, apoio contínuo, pelo encorajamento e motivação. Pelo compromisso, exigência e rigor científico. Pelos desafios que me propuseram e que possibilitaram que eu também me desafiasse. Pela oportunidade de integrar a equipa de investigação que considero ser de excelência, por terem contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional e para um maior interesse na área de investigação.

À FEP-UCP por ter sido casa e me ter permitido viver os melhores cinco anos da minha vida. A todos os professores, muito obrigada pela marca que deixaram no meu percurso pessoal e académico. Em especial, à Prof.<sup>a</sup> Doutora Vânia Sousa Lima por ter marcado estes dois últimos anos de forma ímpar, através de todos os conhecimentos partilhados, e, acima de tudo, através do seu exemplo e sensibilidade.

À Sardinha, por ter sido o meu balão de oxigénio durante este ano e na realização da dissertação. Por sermos o apoio e a força incondicional uma da outra, desde o primeiro ano. Pela partilha de conquistas e de inseguranças, pela segurança e conforto que tornam os dias mais difíceis em oportunidades de crescimento. Por terminarmos este caminho juntas e pela certeza de que o *'eu por ti e tu por mim'* será para sempre.

À Matilde, por ter sido das maiores surpresas destes últimos anos. Pela amizade bonita e verdadeira que construímos e que ficará para sempre. À Bia, por tudo o que é para mim. À Sara, pela amizade sincera que nos une desde o primeiro ano. Por todos os momentos que vivemos, por todas as memórias bonitas que partilhamos. Pela importância que tem na minha vida. À Mafalda por sempre a ter sentido presente e por saber que estará sempre comigo.

Ao Ricardo por ser o meu melhor amigo e o meu companheiro de todos os dias. Pela paciência e compreensão. Pela força e incentivo. Pela constante presença e pelo amor que nos une.

À minha estrelinha, a minha avó, e ao meu avô pelo orgulho que sempre tiveram e que sei que têm em mim.

Aos meus pais por terem tornado tudo isto possível. Por todo o esforço e dedicação. Por todo o amor e pelo colo que sempre me deram e que sempre me reconfortou. Por serem o meu exemplo, o meu porto seguro, por me motivarem a dar o melhor de mim e a ser o melhor que posso ser.

## Resumo

O *dropout* assume-se um fenómeno comum na prática clínica em adolescentes, podendo ser definido como o término prematuro do processo terapêutico, pelo cliente, sem a concretização dos objetivos previamente estipulados para a terapia.

Este estudo pretende explorar o papel de variáveis sociodemográficas dos adolescentes e família, variáveis clínicas e variáveis do processo terapêutico no *dropout*, numa amostra de 294 adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, atendidos numa clínica universitária de psicologia. Para a realização do estudo utilizaram-se os instrumentos Ficha de Pedido de Consulta de Menores, Bateria ASEBA e Informação do Processo Terapêutico disponibilizada pelos Terapeutas.

Os resultados indicam uma associação estatisticamente significativa entre o estado do processo e as variáveis sociodemográficas, tipologia familiar, estado civil parental, e diferenças significativas quanto ao NSE. Quanto às variáveis clínicas, apenas se encontraram resultados significativos para a variável tipo de problemas. Foram também encontradas diferenças significativas nas variáveis do processo terapêutico, número de consultas e duração do processo, em função do estado do processo.

Para além de contribuir para o aumento de literacia acerca do *dropout*, o presente estudo possibilitou identificar variáveis relacionadas com este fenómeno, de forma a ajustar a intervenção psicológica às necessidades dos adolescentes, prevenindo o *dropout*.

**Palavras-Chave:** *Dropout*; Adolescentes; Variáveis dos Adolescentes e Família; Variáveis Clínicas; Variáveis do Processo Terapêutico

## **Abstract**

Dropout is a common phenomenon in clinical practice in adolescents, and it can be defined as the premature end of the therapeutic process, by the client, without achieving the goals previously stipulated for the therapy.

This study aims to explore the role of sociodemographic variables of adolescents and family, clinical variables and variables of the therapeutic process in dropout, in a sample of 294 adolescents, aged between 11 and 17 years, attended at a university psychology clinic. To carry out the study, the instruments Request Psychology Services of Minors, ASEBA Battery and Information on Therapeutic Process provided by the Therapists were used.

The results indicate a statistically significant association between process status and sociodemographic variables, family typology, parental marital status, and significant differences at the SES level. As for the clinical variables, only significant results were found for the variable type of problems. Significant differences were also found in the variables of the therapeutic process, number of sessions and duration of the process, depending on the state of the process.

This study contributed to the knowledge regarding dropout and related variables, which can allow psychologists to better adjust psychological interventions to the needs of adolescents, preventing dropout.

**Keywords:** Dropout; Adolescents; Sociodemographic Variables of Adolescents and Family; Clinical Variables and Variables of the Therapeutic Process

## Índice

Índice de Anexos.....	vii
Lista de Abreviaturas .....	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Enquadramento Teórico .....	1
Metodologia .....	9
1. Objetivos Específicos.....	9
2. Amostra.....	9
3. Instrumentos.....	11
3.1. Ficha de Pedido de Consulta – Menores.....	11
3.2. Bateria ASEBA.....	12
3.3. Informação do Processo Terapêutico disponibilizada pelos Terapeutas.....	14
4. Procedimentos de Recolha de Dados .....	14
5. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados.....	15
Resultados .....	17
Discussão.....	25
Conclusões .....	30
Referências Bibliográficas .....	33

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> <i>Associação entre a Variável Sociodemográfica e o Estado de Processo</i> .....	44
<b>Anexo B.</b> <i>Diferenças ao Nível da Variável Sociodemográfica em Função do Estado de Processo</i> .....	45
<b>Anexo C.</b> <i>Associação entre Variáveis Clínicas e o Estado do Processo</i> .....	46
<b>Anexo D.</b> <i>Diferenças ao Nível de Variáveis Clínicas em Função do Estado de Processo</i> .....	47
<b>Anexo E.</b> <i>Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo Terapêutico em Função do Estado do Processo</i> .....	48
<b>Anexo F.</b> <i>Associação entre Variáveis do Processo Terapêutico e o Estado do Processo</i> .....	49

## **Lista de Abreviaturas**

ADM – *Software Assessment Data Manager*

ASEBA – *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

AT – Aliança Terapêutica

CBCL – *Child Behavior Checklist*

CUP – Clínica Universitária de Psicologia

FEP – Faculdade de Educação e Psicologia

NSE – Nível Socioeconómico

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TRF – *Teacher's Report Form*

UCP – Universidade Católica Portuguesa

YSR – *Youth Self Report*

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Distribuição da Classificação de Graffar para a Escolaridade e para a Profissão</i> .....	10
<b>Tabela 2.</b> <i>Recodificação de Variáveis</i> .....	15
<b>Tabela 3.</b> <i>Caracterização Clínica</i> .....	17
<b>Tabela 4.</b> <i>Caracterização dos Processos Terapêuticos</i> .....	20
<b>Tabela 5.</b> <i>Teste de Qui-Quadrado (<math>X^2</math>) – Associação entre Variáveis Sociodemográficas e o Estado do Processo</i> .....	22
<b>Tabela 6.</b> <i>Teste de Mann-Whitney – Diferenças ao Nível da Variável Sociodemográfica em Função do Estado de Processo</i> .....	23
<b>Tabela 7.</b> <i>Teste de Qui-Quadrado (<math>X^2</math>) – Associação entre a Variável Clínica e o Estado do Processo</i> .....	23
<b>Tabela 8.</b> <i>Teste t para Amostras Independentes – Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo Terapêutico em Função do Estado de Processo</i> .....	24
<b>Tabela A.</b> <i>Teste de Qui-Quadrado (<math>X^2</math>) – Associação entre a Variável Sociodemográfica e o Estado de Processo</i> .....	44
<b>Tabela B.</b> <i>Teste t para Amostras Independentes – Diferenças ao Nível da Variável Sociodemográfica em Função do Estado de Processo</i> .....	45
<b>Tabela C.</b> <i>Teste de Qui-Quadrado (<math>X^2</math>) – Associação entre Variáveis Clínicas e o Estado de Processo</i> .....	46
<b>Tabela D.</b> <i>Teste de Mann-Whitney – Diferenças ao Nível de Variáveis Clínicas em Função do Estado de Processo</i> .....	47
<b>Tabela E.</b> <i>Teste t de Amostras Independentes – Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo Terapêutico em Função do Estado do Processo</i> .....	48
<b>Tabela F.</b> <i>Teste de Qui-Quadrado (<math>X^2</math>) – Associação entre Variáveis do Processo Terapêutico e o Estado de Processo</i> .....	49

## Enquadramento Teórico

O *dropout* assume-se como um fenómeno comum na prática clínica em adolescentes, podendo ser designado como o término prematuro do processo terapêutico, sem que haja a concretização dos objetivos estipulados para a terapia (Gaustad & Nunes, 2010; Haan et al., 2013; O’Keefe, Martin, Goodyer et al., 2019).

Para ser possível compreender os motivos pelos quais este acontece, importa salientar, numa primeira instância, a diversidade de definições de *dropout*, assentes em critérios específicos, identificados por vários autores. Sales (2003) perceciona o *dropout* como a não comparência do cliente à primeira sessão do processo terapêutico, considerando o facto de esta ter sido agendada pelo próprio. Por outro lado, Gonzalez et al. (2011) classificam o *dropout* baseado no julgamento do terapeuta, isto é, após o cliente terminar a terapia, o terapeuta decide se o cliente desistiu prematuramente, enquanto Pekarik (1992) identifica o *dropout* em indivíduos que faltaram à última consulta agendada. Outros autores compreendem o *dropout* baseado num número pré-estabelecido de sessões da terapia (Dierker et al., 2001; Haan et al., 2013), que assenta na assunção inerente de que a mesma quantidade de sessões é necessária de modo igualitário para todos os sujeitos (Dossett & Reid, 2020b). Todavia, esta abordagem levanta algumas questões que importam serem tidas em consideração, como o facto de alguns clientes terminarem a intervenção antes do planeado, podendo alcançar melhorias ou diminuição de sintomatologia num período mais curto de tempo do que o esperado (Haan et al., 2013). Esta justificação parece ir de encontro à definição de *dropout* de Hatchett e Park (2003), que assumem que o cliente apenas desiste do tratamento psicológico quando atinge mudanças clinicamente significativas no seu funcionamento, contrariando a ideia de que o *dropout* é um fenómeno que se parece associar a falha na terapia, conforme descrevem Haan et al. (2013).

Porém, Eckshtain e Weisz (2019) enunciaram dois limites potencialmente relevantes acerca das definições de *dropout*. Primeiramente, a não consideração do momento temporal em que ocorreu o término do tratamento. Posteriormente, a não consideração dos motivos que levaram os adolescentes a terminar a terapia, o que não contempla questões associadas com o período desenvolvimental e as competências adquiridas pelos mesmos ao longo do processo terapêutico (Eckshtain & Weisz, 2019). Nesta linha, salienta-se que as designações de *dropout* não aportam a experiência terapêutica do cliente, nomeadamente a natureza das problemáticas (e.g., severidade dos problemas) e/ou o contexto do próprio indivíduo, como os seus recursos familiares (Dossett & Reid, 2020b; O’Keefe, Martin, Target et al., 2019). Desta forma, alguns

autores sugerem a pesquisa futura das teorias apresentadas, uma vez que as razões que levam os adolescentes a terminar o processo terapêutico precocemente podem encontrar-se relacionadas com questões logísticas ou com crenças desajustadas dos jovens, que poderiam ter sido eliminadas, caso tivessem sido exploradas em consulta, o que possivelmente evitaria o abandono da terapia (Eckshtain & Weisz, 2019; Haan et al., 2013; O’Keeffe, Martin, Target et al., 2019; Ormhaug & Jensen, 2016; Wergeland et al., 2015).

Neste sentido, Dossett e Reid (2020a, 2020b) sugerem uma definição centrada nas necessidades do próprio cliente ao longo da psicoterapia, apontando que o número ideal de sessões terapêuticas deverá ser adaptado às necessidades de cada indivíduo, ao nível da frequência, duração e número de sessões do processo. Não obstante estas visões diferenciadoras deste fenómeno, identifica-se a definição unilateral de *dropout* como a mais comumente aceite pela comunidade científica, caracterizada pelo término prematuro do processo terapêutico, por parte do cliente, após a primeira sessão (e.g., Hatchett & Park, 2003; O’Keeffe, Martin, Target et al., 2019).

Relativamente à taxa de indivíduos que desistem do tratamento, esta é influenciada pela definição de *dropout* adotada em cada investigação (Swift & Greenberg, 2012). Ou seja, as taxas de *dropout* são medidas padrão essenciais para avaliar a eficácia da psicoterapia (Lopes et al., 2018), e variam de acordo com a designação de *dropout* validada em cada estudo (Dossett & Reid, 2020b; Haan et al., 2013; O’Keefe, Martin, Target et al., 2019). Por exemplo, a definição baseada no julgamento clínico e a definição de não comparência à última consulta apresentaram taxas de *dropout* distintas na adolescência, com valores de 63.1% e 56.6%, respetivamente (Warnick et al., 2012). Por outro lado, na definição centrada nas necessidades de cada cliente, a taxa de *dropout* parece variar entre 63.5% e 69.7% (Dossett & Reid, 2020b). Outro exemplo, prende-se com o facto de a definição de *dropout* baseada num número pré-estabelecido de sessões da terapia poder apresentar uma variação entre 76.5% e 93.5% (Dossett & Reid, 2020b).

Independentemente da definição usada, a interrupção precoce do tratamento psicoterapêutico dos adolescentes tem duas grandes implicações. Por um lado, o *dropout* é encarado como um obstáculo para os serviços de saúde mental (Dossett & Reid, 2020b; Johnson et al., 2008). Indivíduos que abandonam o processo terapêutico atrasam os tempos de espera de outros clientes que poderão necessitar de apoio psicológico (Kazdin et al., 1994). Por outro lado, a eficácia do tratamento encontra-se diretamente relacionada com o envolvimento do adolescente durante o processo terapêutico, pelo que terminar a terapia precocemente pode ter repercussões negativas nos jovens, sobretudo porque perturbações psicológicas tendem a

persistir e/ou agravar numa fase mais avançada da vida (Haan et al., 2013). Segundo estes autores, jovens com problemas psicológicos que abandonaram a terapia de modo precoce poderão ser mais propensos a desenvolver comportamentos de recusa no contexto escolar e de dependência de substâncias (Haan et al., 2013).

No que se refere ao estudo sobre os possíveis preditores de *dropout*, este fenómeno parece encontrar-se relacionado com diversas variáveis, ainda que não haja consenso entre autores quanto a um padrão específico de fatores que levam à ocorrência deste tipo de acontecimento (Armbruster & Kazdin, 1994; Lopes et al., 2015). Ainda assim, e no que especificamente diz respeito ao fenómeno do *dropout* no período da adolescência, pode-se considerar que existem alguns fatores de risco que podem ser organizados de acordo com três grandes grupos: 1) características dos adolescentes e família; 2) características clínicas dos adolescentes; 3) características do processo terapêutico.

### ***1. Características dos Adolescentes e Família***

Em relação às características dos adolescentes, salientam-se as variáveis sociodemográficas como os fatores mais associados ao *dropout* (Block & Greeno, 2011; Roos & Werbart, 2013). Nesta linha, é possível identificar a idade como um potencial preditor de *dropout*, nomeadamente em adolescentes mais velhos (Baruch et al., 2009; Haan et al., 2015; Mendenhall et al., 2014). Num estudo de O’Keeffe et al. (2018), jovens mais velhos apresentam maiores taxas de desistência do processo terapêutico, comparativamente a adolescentes mais novos. Esta ideia poderá ser entendida devido à maior responsabilidade e independência que os jovens mais velhos possuem em marcar e/ou em desmarcar consultas com menor apoio dos pais, o que poderá levar ao *dropout* (O’Keeffe et al., 2018).

Haan et al. (2013) indicaram associação entre o sexo e o *dropout*, ideia apoiada por Mendenhall et al. (2014) que concluíram que os indivíduos do sexo masculino apresentam maior probabilidade de abandonar a terapia. Esta evidência é também corroborada por um estudo realizado em adultos (Ricou et al., 2019) que refere que ser do sexo feminino é um preditor de sucesso na intervenção psicológica.

O nível socioeconómico baixo (NSE), a etnia (e.g., perceção de discriminação étnica ou dificuldades associadas à mesma, por exemplo, o idioma) e uma capacidade reflexiva reduzida, crucial ao *insight* terapêutico, parecem estar associados ao *dropout* (Haan et al., 2013; Kazdin, 1996; Kazdin & Mazurick, 1994; Warnick et al., 2012), assim como as crenças desadaptativas dos adolescentes, acerca dos próprios e da intervenção psicológica (Wergeland et al., 2015).

Particularmente no que concerne às características da família dos adolescentes, nomeadamente dos pais, importa, numa primeira instância, sublinhar que o papel das figuras parentais no período da adolescência não poderá ser negligenciado. Esta ideia assenta no facto de que, na maioria dos casos, e contrariamente aos adultos, não são os jovens que procuram acompanhamento psicológico, mas sim adultos que por eles são os responsáveis legais (O’Keeffe et al., 2018). Tendo em consideração o papel ativo dos pais dos adolescentes ao longo de todo o processo terapêutico, realçam-se as características dos mesmos como preponderantes na decisão de desistência terapêutica (O’Keeffe et al., 2018).

Neste sentido, variáveis parentais como níveis educacionais mais baixos tendem a influenciar o término do processo terapêutico de menores, assim como a existência de psicopatologia parental, nomeadamente depressiva e ansiosa (Haan et al., 2013; Kazdin & Wassell, 1999; Wergeland et al., 2015). Tal se deve ao facto de os pais com estas condições clínicas percecionarem baixos níveis de autoconfiança relativamente às suas práticas parentais, podendo experienciar emoções como culpa, vergonha e/ou receio pelo facto de os seus filhos necessitarem de acompanhamento psicológico (Barrett, 2010; Miller & Prinz, 2003). Ainda assim, os estudos que correlacionam a ocorrência de *dropout* com fatores de psicopatologia parental, especificamente relacionados com sintomatologia depressiva, parecem ser inconsistentes (e.g., Reyno & McGrath, 2006).

O agregado familiar (e.g., viver com pais separados) e o estado civil parental também poderão ser possíveis preditores de *dropout*, em virtude de filhos de pais casados serem menos propensos ao *dropout*, ao contrário de famílias monoparentais ou com pais solteiros (Dossett & Reid, 2020b; Haan et al., 2013).

## ***2. Características Clínicas dos Adolescentes***

As características clínicas dos adolescentes são variáveis que podem ser tidas em consideração aquando da realização de estudos sobre o fenómeno do *dropout*, uma vez que alguns autores (e.g., Roos, 2011) parecem assinalar a importância de se investigar a relação entre o abandono precoce da intervenção psicológica e novas variáveis, como, por exemplo, o acompanhamento psiquiátrico ou psicoterapêutico prévio.

Neste sentido, identifica-se que o acompanhamento anterior em psiquiatria em adolescentes tende a ser uma possível variável preditora de *dropout* (Haan et al., 2013). Esta ideia parece não ir de encontro com o que indica Lopes et al. (2015) num estudo com amostra de adultos, que salienta que indivíduos que realizam tratamento farmacológico parecem ter

maior facilidade em permanecer no processo terapêutico, comparativamente com sujeitos que não recorrem a psicofármacos. Porém, sugere-se que esta variável continue a ser alvo de estudo, uma vez que não existe literatura que suporte este pressuposto em investigação com adolescentes.

Relativamente ao historial de acompanhamento psicológico, a comunidade científica parece verificar ausência de informação quanto ao facto de esta poder ser uma variável relacionada com o *dropout* na adolescência, apesar de se assinalar em adultos que a não existência de acompanhamento anterior desta natureza poderá relacionar-se com o término prematuro da intervenção psicológica em curso (Werner-Wilson & Winter, 2010).

A ausência de diagnóstico também é uma variável que se associa a falha da intervenção, o que reforça a importância de existir identificação de problemas, com fim a aumentar a participação e o envolvimento do cliente na terapia (Ricou et al., 2019). Todavia, outras evidências parecem contrariar esta ideia, reforçando que quadros clínicos mais severos, marcados por níveis exacerbados de sintomatologia e problemas de externalização, encontram-se associados a maior risco de *dropout* (Gergov et al., 2021; Lock et al., 2006; O’Keeffe, Martin, Target et al., 2019; Ricou et al., 2019), assim como problemas relacionados com o contexto escolar dos menores (O’Keeffe et al., 2018). Ao nível das comorbilidades parece evidenciar-se que esta variável não tende a estar associada ao *dropout* (e.g., Gergov et al., 2021; O’Keeffe, Martin, Goodyer et al., 2018), apesar de poder ser necessário realizar mais estudos sobre a mesma.

### ***3. Características do Processo Terapêutico***

Apesar de a literatura se focar maioritariamente em fatores prévios ao tratamento, na criança e/ou adolescente e na família, destaca-se a imutabilidade da maioria dessas variáveis, que devido ao seu caráter inalterável, podem condicionar ou predeterminar o fim do tratamento psicoterapêutico (Haan et al., 2013). Em contrapartida, O’Keeffe et al. (2018) mencionam a ausência de correlação significativa entre fatores preditores de adolescentes e dos seus familiares em relação ao *dropout*, o que enfatiza a necessidade deste fenómeno ser compreendido à luz de fatores de índole relacional (Roos & Werbart, 2013). A este nível, considera-se o terceiro grupo de variáveis, as características do processo terapêutico que também parecem ser preditoras de *dropout* (e.g., Haan et al., 2013).

A qualidade da aliança terapêutica (AT), estabelecida entre adolescente e terapeuta, é o fator que mais se relaciona com o sucesso terapêutico (Deakin & Nunes, 2009), visto que esta

se assume como o alvo central da intervenção psicoterapêutica (Horvath et al., 2011). Caso tal não se verifique, principalmente numa fase inicial da terapia, é expectável que haja uma maior probabilidade de desistência da intervenção psicológica, por parte do adolescente (Dossett & Reid, 2020b).

Neste seguimento, a fraca adesão terapêutica e consequente *dropout* parece relacionar-se com a falta de satisfação com o terapeuta e/ou com a intervenção psicológica (Haan et al., 2013). Desta forma, melhores resultados terapêuticos e taxas mais baixas de *dropout* encontram-se associados à maior experiência do terapeuta e à sua flexibilidade em relação à prática clínica e às necessidades de cada cliente (Roos & Werbart, 2013). Pelo contrário, o estudo de Morgan et al. (2020) parece não apontar nesse sentido, afirmando que os motivos que determinam o abandono precoce do tratamento psicológico devem-se ao facto de os jovens não se sentirem confortáveis com o seu terapeuta e por não se sentirem escutados em consulta.

O *Dropout*, enquanto consequência da fraca adesão terapêutica, pode ainda ser justificado pela perceção do acompanhamento psicológico enquanto processo exigente e/ou desadequado face às expectativas do adolescente e dos pais em relação à intervenção (Haan et al., 2013), pelo que se revela crucial a desconstrução de crenças disfuncionais e a consequente compreensão dos objetivos da terapia (Wergeland et al., 2015).

Não obstante estes factos, parece ser unânime que a díade terapêutica é um fator que carece de maior investigação, com o propósito de prevenir a descontinuação do tratamento psicológico, em casos de adolescentes (Morgan et al., 2020; O’Keeffe et al., 2020; Roos & Werbart, 2013).

A literatura aporta a necessidade de atentar ao desenvolvimento de intervenções psicológicas nas quais os jovens se identifiquem e se permitam envolver (Wright et al., 2020), em consequência de, até ao momento, não estar estabelecida uma relação direta entre os modelos teóricos da prática clínica e o abandono precoce da intervenção (Gergov et al., 2021; Haan et al., 2013). Tal enfatiza a necessidade de se realizar mais investigações neste âmbito, na medida em que não existe uma unanimidade ou uma maioria significativa de estudos que realce a variável do modelo teórico de intervenção como possível preditora de *dropout* (Dossett & Reid, 2020b; Reich & Berman, 2018).

Ainda assim, espera-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) não se encontre relacionada com o término precoce da intervenção psicológica, uma vez que a maioria dos estudos é congruente ao defender que esta abordagem clínica tende a ser a mais eficaz na diminuição de psicopatologia infanto-juvenil (e.g., Riise et al., 2020). Tal tem sido identificado,

por exemplo, em problemas de externalização (Riise et al., 2020), em problemas de depressão e de ansiedade, como perturbações obsessivo-compulsivas (Arnberg & Öst, 2014; McGuire et al., 2015; Morgan et al., 2020; Wright et al., 2020).

Por sua vez, o envolvimento parental também parece revelar-se associado a resultados clínicos e a níveis de eficácia mais positivos, dado que os pais tendem a cooperar com os jovens na adesão à intervenção, potenciando o desenvolvimento de *skills* e *insights* essenciais à terapia (Dowell & Ogles, 2010; Siqueland & Diamond, 1998). Desta forma, de modo a viabilizar o sucesso terapêutico, importa não descurar as expectativas, atitudes e motivação dos pais, que, quando negativas, têm impacto no *dropout* dos filhos (Smith et al., 2013).

No que diz respeito à frequência de sessões ou de consultas psicológicas, parece haver um maior contributo para o sucesso terapêutico em todas as faixas etárias quando o número de sessões é elevado (Roos & Werbart, 2013). Os resultados da meta análise de Wright et al. (2020) parecem ser consistentes com esta informação, sugerindo que o *dropout* é menos provável de suceder quando existe um maior comprometimento, por parte do cliente, um maior número de sessões e/ou um período de tempo mais alargado, ao nível da duração das consultas. Tal se poderá dever ao facto de os clientes terem mais tempo para consolidar aprendizagens no processo de mudança e ainda por terem oportunidade de estabelecer uma AT securizante (Wright et al., 2020). O mesmo estudo verificou que cerca de 35% das desistências dos clientes ocorreram após a primeira consulta psicológica, e daqueles que continuaram o processo terapêutico, apenas cerca de 19% realizaram *dropout* antes da última sessão do processo terapêutico (Wright et al., 2020).

No que tange ao artigo de O’Keeffe et al. (2018), é descrito que o *dropout* pode ocorrer em qualquer momento do acompanhamento psicológico e que o número de sessões até ao momento realizadas não garante nem a diminuição nem a exacerbação de psicopatologia em menores. A mesma investigação revela que os adolescentes que faltam a um número elevado de sessões têm maior probabilidade de realizar desistência terapêutica, além de ter sido confirmado que 65% dos participantes do estudo abandonaram precocemente o processo terapêutico na quarta sessão (O’Keeffe et al., 2018). Pode-se, então, considerar que o não comparecimento às sessões e as desmarcações das mesmas se assumem como potenciais preditores de *dropout* em adolescentes (Kazdin & Wassel, 1998; O’Keeffe et al., 2018).

Em acréscimo, são identificados na literatura alguns outros aspetos, percebidos como obstáculos ao tratamento psicológico, que também poderão explicar a ocorrência de *dropout* (Haan et al., 2013; O’Keeffe, Martin, Target et al., 2019). São exemplos as dificuldades e/ou

barreiras face ao comparecimentos das consultas (e.g., dificuldades de deslocação ao local da realização das consultas), custos dos serviços de saúde mental, estigma associado ao acompanhamento psicológico, as expectativas e premissas do cliente relacionadas com a duração e frequência do mesmo, a insatisfação com o terapeuta e com o serviço prestado e a respetiva perceção da terapia como desorganizada e desestruturada, entre outras (Barrett et al., 2008; Smith et al., 2013). É possível evidenciar a existência de outras variáveis preditoras de *dropout*, como é o caso do tempo de espera, antes de iniciar cada consulta de psicologia (Haan et al., 2013). Contudo, este último elemento carece de maior exploração científica, dado não haver dados recentes sobre esta variável.

Em suma, o estudo do *dropout* em psicoterapia, especialmente em adolescentes, tem sido alvo de interesse e de atenção pela comunidade científica, visto que possibilita conhecer as variáveis que parecem influenciar a ocorrência deste fenómeno e consequentemente ajustar a ação terapêutica às necessidades e especificidades dos clientes, de forma a viabilizar a diminuição das taxas de desistência nos serviços de saúde mental (Dossett & Reid, 2020b). Contudo, dado que se assinala inexistência de consenso relativamente aos fatores que predizem o estado de *dropout* do processo terapêutico, importa realizar novas investigações acerca de outros fatores sociodemográficos e da relação estabelecida entre variáveis do adolescente e do processo terapêutico que possam condicionar o término da intervenção psicológica (Dossett & Reid, 2020b; O’Keeffe et al., 2020).

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo geral explorar o papel de variáveis sociodemográficas dos adolescentes e família, variáveis clínicas e variáveis do processo terapêutico no *dropout*, em adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos. Para o efeito, este constitui-se como um estudo de cariz retrospectivo, de dados previamente recolhidos numa clínica universitária de psicologia em Portugal.

Não obstante as variáveis até ao momento estudadas e tendo em consideração o supramencionado, o presente estudo tem como intuito investigar outras variáveis que se relacionem com o *dropout* e identificar possíveis lacunas na literatura científica.

## Metodologia

### 1. Objetivos Específicos

É possível identificar os cinco objetivos específicos:

1. Caracterizar os processos clínicos dos adolescentes.
2. Caracterizar os processos terapêuticos dos adolescentes.
3. Explorar o papel de variáveis sociodemográficas dos adolescentes e família – sexo, idade, NSE, tipologia familiar, posição da fratria, estado civil parental – no *dropout*.
4. Explorar o papel de variáveis clínicas – tipo de problemas, comorbilidades, uso de medicação, acompanhamento psicoterapêutico prévio, problemas de internalização, problemas de externalização, sintomatologia geral de problemas emocionais e de comportamento – no *dropout*.
5. Explorar o papel de variáveis do processo dos adolescentes – número de sessões do processo terapêutico, duração do processo em meses, número de desmarcações às consultas pelo cliente e pelo terapeuta, número de faltas às consultas pelo cliente e pelo terapeuta, tempo médio em dias entre sessões, modelo teórico de intervenção, participantes no processo terapêutico – no *dropout*.

### 2. Amostra

Relativamente ao processo de amostragem, considera-se a natureza não probabilística intencional do estudo (Almeida & Freire, 2008), uma vez que os participantes foram selecionados objetivamente, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e 17 anos, cujos processos se encontram finalizados ou em *dropout* unilateral.

A amostra é constituída por 294 jovens adolescentes, 130 (44.2%) do sexo masculino e 164 (55.8%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos ( $M = 14.47$ ;  $DP = 1.87$ ). Todos os participantes são estudantes, sendo que 34 (11.6%) frequentam o 2º ciclo do ensino básico, 114 (38.8%) encontram-se no 3º ciclo do ensino básico, 115 (39.1%) frequentam o ciclo de estudos do ensino secundário e 7 (2.4%) frequentam o ensino superior.

Em relação à tipologia familiar, a maioria dos adolescentes, 192 (65.3%), tem uma família tradicional, constituída pela mãe, pai, pelo próprio e/ou pelos irmãos. Em 71 (24.1%) casos são apresentadas outras tipologias familiares, como por exemplo, famílias reconstituídas

(assente na união de um casal com filho(s) de uma união anterior) ou famílias monoparentais (compostas pelo adolescente e por apenas um dos seus progenitores).

Quanto à posição na fratria, 109 (37.1%) ocupam a primeira posição, comparativamente a 144 (49.0%) adolescentes que ocupam outras posições da fratria.

No que concerne ao estado civil parental, 190 (64.6%) dos pais são casados ou encontram-se a viver em união de facto, 61 (20.7%) são divorciados ou separados e 9 (3.1%) encontram-se solteiros e/ou viúvos.

No que se refere ao nível socioeconómico (NSE) das famílias, este é considerado alto ( $Mo^3 = 1$ ). A maioria das mães (160; 54.4%) e dos pais (156; 53.1%) apresentam como habilitações académicas a licenciatura, mestrado ou doutoramento. Ao nível da profissão dos pais, o segundo grau da escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1990) é o grau com maior prevalência nas mães (96; 32.7%) e o primeiro grau é o que mais predomina na maioria dos pais dos adolescentes (114; 38.8%) (cf. Tabela 1).

A amostra integra 217 (73.8%) jovens cujo processo terapêutico se encontra finalizado e 76 (25.9%) jovens que realizaram *dropout* unilateral, após terem iniciado o acompanhamento psicológico.

No presente estudo foram incluídos todos os processos com as características supramencionadas independentemente da tipologia de serviço requisitado. Deste modo, 45 (15.3%) participantes solicitaram avaliação psicológica, 39 (13.3%) psicoterapia, 122 (41.5%) desenvolvimento vocacional, 14 (4.8%) serviços de avaliação e de psicoterapia, 3 (1.0%) avaliação e desenvolvimento vocacional e 4 (1.4%) os três serviços disponibilizados (avaliação psicológica, psicoterapia e desenvolvimento vocacional).

### **Tabela 1.**

*Distribuição da Classificação de Graffar para a Escolaridade e para a Profissão*

	<b>Mãe</b>	<b>Pai</b>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Nível de Escolaridade</b>		
<b>Grau 1.</b> Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	160 (54.4%)	156 (53.1%)
<b>Grau 2.</b> Bacharelato	11 (3.7%)	7 (2.4%)
<b>Grau 3.</b> 12º Ano; ≥ 9 anos de escolaridade	58 (19,7%)	45 (15.3%)
<b>Grau 4.</b> Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	8 (2.7%)	14 (4.8%)
<b>Grau 5.</b> Escolaridade < 4 anos; Analfabetos	0 (0%)	0 (0%)

	Mãe	Pai
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Profissão</b>		
<b>Grau 1.</b> Grandes empresários; Gestores de tipo do setor público e privado (> de 500 empregados); Professores Universitários; Profissões liberais (curso superior)	75 (25.5%)	114 (38.8%)
<b>Grau 2.</b> Médios empresários; Dirigentes de empresas (< de 500 empregados); Dirigentes Intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; Professores do ensino básico e secundário	96 (32.7%)	75 (25.5%)
<b>Grau 3.</b> Pequenos empresários (< de 50 empregados); Quadros médios	23 (7.8%)	20 (6.8%)
<b>Grau 4.</b> Técnicos administrativos; Operários semiqualeificados; Funcionários públicos	38 (12.9%)	17 (5.8%)
<b>Grau 5.</b> Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	12 (4.1%)	4 (1.4%)

### 3. Instrumentos

De modo a viabilizar a realização do estudo, foi possível aceder aos dados dos processos clínicos dos adolescentes, através da Ficha de Pedido de Consulta – Menores (Clínica Universitária de Psicologia [CUP], 2007), das provas da Bateria ASEBA para o período escolar (Achenbach & Rescorla, 2000; versão portuguesa de Achenbach et al., 2014) e da informação do processo terapêutico disponibilizada pelos terapeutas responsáveis por cada processo.

#### 3.1. Ficha de Pedido de Consulta – Menores

A Ficha de Pedido de Consulta – Menores (CUP, 2007) é um formulário preenchido pelo adulto responsável do menor, com a finalidade de marcar consulta de avaliação, de psicoterapia ou de orientação vocacional pela primeira vez na clínica. Este formulário contempla dados sociodemográficos da criança ou do adolescente, como, por exemplo, idade, sexo, agregado familiar e ano de escolaridade. Adicionalmente, inclui a identificação do adulto que pede a marcação de consulta para o menor, nomeadamente dados pessoais (e.g. nome e contacto telefónico) e características demográficas (e.g. habilitações literárias e profissão). A ficha de pedido de consulta contempla ainda questões relacionadas com o problema apresentado pela criança ou adolescente, assim como os motivos que levam o adulto a requisitar os serviços

da clínica. Para além disso, o formulário requer resposta a outras questões de cariz clínico, especificamente se o menor já foi acompanhado por outro psicoterapeuta ou se se encontra a tomar algum tipo de medicação.

### **3.2.Bateria ASEBA**

O *Achenbach System of Empirically Based Assessment* ou Bateria ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2000; versão portuguesa de Achenbach et al., 2014) é um sistema de avaliação psicológica que avalia diversas dimensões (e.g. funcionamento adaptativo e competências) da criança e do adolescente, através do relato de diferentes informadores (Dias & Lima, 2014). A Bateria ASEBA inclui instrumentos psicométricos que avaliam os níveis de psicopatologia de crianças e adolescentes, em idades compreendidas entre os 18 meses e os 18 anos, dividindo-se, assim, em período pré-escolar (18 meses a 5 anos) e em período escolar (6 a 18 anos). Contudo, apenas serão descritas as provas usadas na recolha de dados relativas ao período escolar, uma vez que a amostra do estudo se insere nessa faixa etária.

A *Child Behavior Checklist* (CBCL 6-18; Achenbach, 2001; versão portuguesa de Achenbach et al., 2014) apresenta-se como um questionário dirigido a pais ou a outros cuidadores familiares e/ou institucionais do menor. Constitui-se por 118 itens que contemplam a descrição de problemas emocionais e comportamentais e ainda questões relacionadas com as competências da criança/jovem. Por outro lado, a *Teacher's Report Form* (TRF; Achenbach, 2001; versão portuguesa de Achenbach et al., 2014) inclui 118 itens, dos quais 93 são iguais aos da CBCL. Esta prova destina-se a professores ou a outros profissionais educativos, tendo como finalidade avaliar o desempenho académico, o comportamento na escola por parte da criança/jovem e ainda o funcionamento adaptativo. A *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 2001; versão portuguesa de Achenbach et al., 2014) é um instrumento de autorrelato, preenchido pelos jovens dos 11 aos 18 anos, que propõe avaliar problemas emocionais e comportamentais, assim como as principais competências deste público-alvo.

Nas provas CBCL e TRF, os itens devem ser respondidos tendo em conta os seis meses anteriores ao preenchimento da prova e são apresentados sob a forma de afirmação, sendo, posteriormente, classificados numa escala de *Likert* de três pontos: 0 (“*Não verdadeira*”), 1 (“*De alguma forma ou algumas vezes*”), 2 (“*Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira*”). Em relação aos itens da YSR, estes assumem-se semelhantes aos da CBCL, incluindo, adicionalmente, duas questões de resposta aberta acerca das preocupações e competências que

o jovem apresenta. Os resultados das provas da Bateria ASEBA são apresentados após a cotação de cada instrumento, preenchido por cada informador de modo independente, podendo esta ser realizada manualmente ou através do *Software Assessment Data Manager* (ADM). Salienta-se que os itens de cada questionário encontram-se organizados em duas escalas de primeira ordem: as escalas de síndromes empiricamente validadas (Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo) e as escalas orientadas para o DSM no período escolar (Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Défice de Atenção/Hiperatividade, Problemas de Oposição e Problemas de Comportamento). Em acréscimo, as escalas de síndromes empiricamente validadas encontram-se agrupadas em duas escalas mais amplas de Internalização (obtem-se esta escala a partir da soma dos *scores* das escalas Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas) e Externalização (obtem-se esta escala a partir da soma dos *scores* das escalas de Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo), possibilitando a realização do cálculo do *score* total de problemas da criança/jovem. Ressalva-se, todavia, que as escalas de Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção não se encontram organizadas em nenhuma escala de segunda ordem.

No que diz respeito às qualidades psicométricas relativas à Bateria ASEBA em idade escolar, nomeadamente no que se refere à validade discriminatória dos três instrumentos psicométricos, foram realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) que garantem a adequabilidade da validade dos construtos (Dias et al., 2017). Na amostra clínica do estudo de aferição da bateria ASEBA em Portugal, a CBCL apresentou bons níveis de confiabilidade, confirmados pela análise da consistência interna com recurso ao valor de *Alpha de Cronbach* nos problemas de internalização (.85), de externalização (.91) e no *score* de sintomatologia geral (.93). O mesmo se verifica para a TRF que apresentou valores de .85, .94 e .96 respetivamente às seguintes escalas: problemas de internalização, problemas de externalização e *score* de sintomatologia geral. Por último, para a YSR salientam-se os valores de .87 para os problemas de internalização, .88 para os problemas de externalização e de .94 para o *score* de sintomatologia geral (Dias et al., 2017).

No presente estudo foram incluídas a CBCL, preenchida pelas mães dos adolescentes – uma vez que são os informadores de avaliação psicológica a quem mais se recorre na clínica universitária –, a TRF e a YSR, que integram os processos dos adolescentes.

### **3.3. Informação do Processo Terapêutico disponibilizada pelos Terapeutas**

Com o objetivo de complementar a informação presente na Ficha de Pedido de Consulta – Menores (CUP, 2007) e os dados resultantes da aplicação das provas da Bateria ASEBA, solicitou-se a colaboração dos terapeutas da clínica, com fim a responderem às dúvidas existentes sobre cada processo clínico.

Desta forma, foi construído um documento individual, destinado a cada terapeuta, que questionava algumas informações sobre cada processo dos menores, nomeadamente o diagnóstico clínico e/ou problemáticas identificadas, o modelo teórico de intervenção adotado, os elementos envolvidos no acompanhamento psicológico, o estado do processo terapêutico, o número total de sessões psicológicas e o número de desmarcações de consultas.

## **4. Procedimentos de Recolha de Dados**

Relativamente ao procedimento de recolha de dados, evidencia-se que os dados dos processos terapêuticos foram recolhidos na clínica, entre os meses de setembro de 2020 e maio de 2021. Numa fase inicial, de setembro a início de janeiro, tal foi possível através do acesso aos dados da Ficha de Pedido de Consulta – Menores (CUP, 2007) e aos instrumentos psicométricos da Bateria ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2000; versão portuguesa de Achenbach et al., 2014).

Posteriormente, de janeiro a fevereiro, a recolha de informação de cada processo terapêutico ficou complementada com o acesso às agendas anuais da clínica, desde o ano de 2007 a 2021. Neste sentido, foi possível recolher informação relativa ao número total de sessões, ao número de desmarcações de consultas pelo cliente e pelo terapeuta, ao número de faltas às consultas pelo cliente e pelo terapeuta e, por conseguinte, foi possível calcular o tempo médio entre sessões e a duração do processo terapêutico de cada participante.

Numa fase final, de março a maio, realizaram-se reuniões individuais com os terapeutas responsáveis pelos processos terapêuticos que integram a amostra do estudo, tendo sido possível discutir cada caso individualmente e obter as respostas às dúvidas existentes sobre cada processo clínico.

As questões éticas e deontológicas da amostra encontram-se salvaguardadas, através de um procedimento *standard* que é adotado pela clínica, na primeira sessão de cada processo terapêutico. Cada cliente teve acesso a um documento que contempla as condições de atendimento da clínica, no qual se encontra patente a indicação da vertente de investigação da

clínica e de que os dados recolhidos nas sessões de psicologia poderão ser utilizados para fins de investigação e de formação aos alunos da Faculdade de Educação e Psicologia (FEP) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Porto, e que assegura a questão da confidencialidade de todos os indivíduos no estudo.

## 5. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Após a recolha de dados, utilizou-se o programa informático IBM SPSS *Statistics* 27.0 para análise e tratamento dos dados. Num primeiro momento, recorreu-se à estatística descritiva (Martins, 2011) que engloba um conjunto de medidas de tendência central (e.g. moda, mediana e média) e de dispersão (e.g. frequências e desvio-padrão) que permitiram descrever os dados sociodemográficos da amostra, como a média de idades ou a frequência do género, a caracterização clínica e a caracterização dos processos terapêuticos de adolescentes.

Para se proceder à análise estatística necessária para satisfazer os objetivos específicos deste estudo, foi necessário proceder à recodificação de algumas variáveis, com o intuito de agregar as categorias pré-existentes a novas categorias de variáveis, mais indicadas para a análise estatística desejada (cf. Tabela 2).

### Tabela 2.

#### *Recodificação de Variáveis*

Variáveis	Categorias de Variáveis
Tipologia Familiar	Família Tradicional Outras (e.g., família reconstituída e família monoparental)
Estado Civil Parental	Casados e a Viver em União de Facto Divorciados ou Separados Outros (e.g., solteiros ou viúvos)
Posição da Fratria	1ª Posição da Fratria Outras
Tipo de Problemas	Problemas de Internalização Problemas de Externalização Desenvolvimento Vocacional Outros (e.g., problemas de adaptação, problemas de externalização e de internalização em concomitância, problemas de comportamento alimentar e ausência de diagnóstico)

Variáveis	Categorias de Variáveis
Comorbilidades	Presença de Comorbilidades Ausência de Comorbilidades
Tipo de Acompanhamento de outra área de intervenção	Pedopsiquiatria Psicopedagogia Outras (e.g., terapia da fala, terapia ocupacional)
Quem realizou o pedido de primeira consulta	Jovem e Pais Pais Outros (e.g., professores, psicólogos da escola)
Participantes no Processo	Jovem Jovem e Pais Jovem e um dos Pais Outros (e.g., profissionais do contexto escolar)
Modelo Teórico de Intervenção	TCC TCC e Modelo Sistémico TCC e Outros Modelos (e.g., TCC e Modelo Humanista) Construtivista desenvolvimentalista Outros (e.g., Modelo Narrativo)

Posteriormente, utilizou-se a estatística inferencial que possibilitou testar analiticamente os objetivos da investigação (Martins, 2011), tendo sido possível retirar conclusões sobre a população-alvo (Howell, 2012). Nesse sentido, realizaram-se diferentes testes estatísticos, que foram definidos consoante os objetivos específicos supramencionados. Desta forma, em contexto de *design* inter-sujeitos, recorreu-se a Testes *t* para Amostras Independentes, que tiveram como objetivo estudar a existência de diferenças significativas entre o estado do processo e variáveis intervalares (Martins, 2011), como, por exemplo a idade ou o tempo médio entre consultas. O Teste Mann-Whitney foi também realizado com o propósito de comparar dois grupos de variáveis (Martins, 2011), nomeadamente o estado do processo e o NSE, enquanto variável ordinal. Para além disso, foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado de forma a averiguar a existência de correlação entre variáveis nominais (Martins, 2011), entre o *dropout* e a tipologia familiar, entre outras.

A estimativa do NSE foi calculada através da Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1990), mediante os valores atribuídos à profissão e ao nível de instrução profissional de cada um dos pais dos adolescentes, do qual resultou o seu valor médio.

## Resultados

Os resultados do estudo serão descritos tendo em consideração a ordem dos objetivos específicos supramencionados.

### 1.1. Caracterização dos Processos Clínicos

No que se concerne à caracterização clínica dos participantes, notabiliza-se que apenas serão descritos os dados relativos às respostas dos participantes que foram possíveis de recolher, apesar de toda a informação se encontrar organizada na Tabela 3.

Desta forma, é possível referir que 129 (43.9%) adolescentes se encontravam em processos de desenvolvimento vocacional e que 70 (23.8%) possuem algum tipo de dificuldade ou problemas, tais como problemas de internalização e de externalização, em concomitância, e problemas de adaptação.

Relativamente a comorbilidades, é possível observar que 19 (6.5%) dos adolescentes aportam a existência de comorbilidades, embora 116 (39.5%), não apresente esta especificidade clínica.

Em relação à dimensão de acompanhamento prévio, 135 (45.9%) adolescentes não relatam ter tido acompanhamento psicoterapêutico anterior e 21 (7.1%) evidenciaram já terem experienciado acompanhamento prévio de outra área de intervenção. Alguns exemplos, assentam na área de pedopsiquiatria (15; 5.1%) e de psicopedagogia (3; 1.0%). Por último, verificou-se que 195 (66.3%) dos jovens não tomam medicação, contrariamente à minoria dos adolescentes (34; 11.6%).

Em relação às provas da Bateria ASEBA, salienta-se que apenas uma minoria dos participantes e pessoas significativas as preencheram, apresentando percentagens de 18.4%, 4.4% e 17.7%, respetivamente à CBCL, TRF e YSR.

**Tabela 3.**

*Caracterização Clínica*

	N	%
<i>Tipo de Problemas</i>		
Internalização	39	13.3%
Externalização	18	6.1%

	N	%
Desenvolvimento Vocacional	129	43.9%
Outros	70	23.8%
Dados Omissos	38	12.9%
<b><i>Comorbilidades</i></b>		
Presença de Comorbilidades	19	6.5%
Ausência de Comorbilidades	116	39.5%
Dados Omissos	159	54.1%
<b><i>Acompanhamento Psicoterapêutico Prévio</i></b>		
Sim	102	34.7%
Não	135	45.9%
Dados Omissos	57	19.4%
<b><i>Acompanhamento prévio de outra área de intervenção</i></b>		
Sim	21	7.1%
Não	1	.3%
Dados Omissos	272	92.5%
<b><i>Tipo de Acompanhamento prévio de outra área de intervenção</i></b>		
Pedopsiquiatria	15	5.1%
Psicopedagogia	3	1.0%
Outros	2	.7%
Dados Omissos	274	93.2%
<b><i>Uso de Medicação</i></b>		
Sim	34	11.6%
Não	195	66.3%
Dados Omissos	65	22.1%
<b><i>Preenchimento CBCL</i></b>		
Sim	54	18.4%
Não	240	81.6%
<b><i>Preenchimento TRF</i></b>		
Sim	13	4.4%
Não	281	95.6%
<b><i>Preenchimento YSR</i></b>		
Sim	52	17.7%
Não	242	82.3%

## 1.2. Caracterização dos Processos Terapêuticos

A Tabela 4 mostra os dados que caracterizam os processos terapêuticos, sendo que apenas será descrita a informação que foi que possível de se obter.

Constata-se que o desenvolvimento vocacional foi o serviço mais requisitado na clínica em 122 (41.5%) casos e que os pais se assumem como os indivíduos que solicitaram mais pedidos para a realização da primeira consulta psicológica (182; 61.9%).

Quanto à autorização de presença de estagiários, verifica-se que 37 (12.6%) clientes anuíram com a sua presença, assim como 12 (4.1%) e 8 (2.7%) dos adolescentes que autorizaram a gravação de áudio de consultas e a gravação de imagem de consultas, respetivamente.

Na mesma linha de análise, denota-se que na maior parte das situações participaram unicamente os jovens (113; 38.4%), sendo de referir que em 95 (32.3%) situações envolveram-se no processo terapêutico os jovens e respetivos pais.

Ao nível da dimensão do modelo teórico de intervenção adotado pelos terapeutas, salienta-se que 45 (15.3%) profissionais optaram pela utilização da TCC (45; 15.3%), tendo sido elegidos em 37 (12.6%) processos os modelos de intervenção assentes numa abordagem construtivista desenvolvimentalista, seguindo-se a TCC aliada ao Modelo Sistémico, com 34 (11.6%) processos.

No que à modalidade das consultas diz respeito, indica-se que a maioria dos processos terapêuticos decorreram em modalidade presencial (276; 93.9%). E, em relação ao estado do processo, realça-se que 218 (74.1%) processos dos adolescentes se encontram finalizados, e 76 (25.9%) encontram-se em estado de *dropout*.

Em relação ao número de consultas dos participantes, é possível verificar que este varia entre 1 e 73 ( $M = 6.49$ ;  $DP = 8.81$ ). Quanto à duração do processo, analisou-se que o tempo máximo de duração foi 143 meses ( $M = 7.19$ ;  $DP = 15.94$ ) e que a periodicidade entre consultas varia entre 0 e 118 dias ( $M = 20.61$ ;  $DP = 16.76$ ).

Indica-se que as desmarcações de consultas pelo cliente variam entre 0 e 7 ( $M = .59$ ;  $DP = 1.00$ ), comparativamente ao número de desmarcações realizadas pelo terapeuta, que varia entre 0 e 6 consultas ( $M = .35$ ;  $DP = .75$ ). Em última instância, menciona-se que as faltas às consultas pelo cliente variam entre 0 e 7 ( $MP = .35$ ;  $DP = .89$ ) e as faltas pelo terapeuta entre 0 e 1 ( $M = .01$ ;  $DP = .12$ ).

**Tabela 4.***Caracterização dos Processos Terapêuticos*

	N	%	M	DP	Mín	Máx
<b><i>Tipologia do Pedido</i></b>						
Avaliação	45	15.3%				
Psicoterapia	39	13.3%				
Desenvolvimento Vocacional	122	41.5%				
Avaliação e Psicoterapia	14	4.8%				
Avaliação e Desenvolvimento Vocacional	3	1.0%				
Avaliação, Psicoterapia e Desenvolvimento Vocacional	4	1.4%				
Dados Omissos	67	22.8%				
<b><i>Autorização de Presença de Estagiários</i></b>						
Sim	37	12.6%				
Não	12	4.1%				
Dados Omissos	244	83.0%				
<b><i>Autorização de Gravação de Áudio de Consultas</i></b>						
Sim	5	1.7%				
Não	12	4.1%				
Dados Omissos	277	94.2%				
<b><i>Autorização de Gravação de Imagens de Consultas</i></b>						
Sim	5	1.7%				
Não	8	2.7%				
Dados Omissos	281	95.6%				
<b><i>Quem Realizou o Pedido de Primeira Consulta</i></b>						
Jovem	21	7.1%				
Jovem e Pais	34	11.6%				
Pais	182	61.9%				
Outros	13	4.4%				
Dados Omissos	44	15.0%				
<b><i>Participantes no Processo Terapêutico</i></b>						
Jovem	113	38.4%				
Jovem e Pais	95	32.3%				
Jovem e um dos pais	49	16.7%				
Outros	16	5.4%				
Dados Omissos	21	7.1%				

	N	%	M	DP	Mín	Máx
<b>Modelo Teórico de Intervenção</b>						
TCC	45	15.3%				
TCC e Modelo Sistémico	34	11.6%				
TCC e Outros Modelos	14	4.8%				
Construtivista Desenvolvimentalista	37	12.6%				
Outros	29	9.9%				
Dados Omissos	135	45.9%				
<b>Modalidade das Consultas</b>						
Presencial	276	93.9%				
Online	10	3.4%				
Presencial e Online	6	2.0%				
Dados Omissos	2	.7%				
<b>Estado do Processo</b>						
Finalizado	218	74.1%				
Dropout	76	25.9%				
<b>Número de Consultas, Duração do Processo (em meses), Tempo entre Consultas (em dias), Desmarcações de Consultas e Faltas às Consultas</b>						
Número de Consultas			6.49	7.81	1	73
Duração do Processo (em meses)			7.19	15.94	0	143
Tempo entre Consultas (em dias)			20.61	16.76	0	118
Desmarcações de Consultas pelo Cliente			.59	1.00	0	7
Desmarcações de Consultas pelo Terapeuta			.35	.75	0	6
Faltas às Consultas pelo Cliente			.35	.89	0	7
Faltas às Consultas pelo Terapeuta			.01	.12	0	1

### 1.3. Papel de Variáveis Sociodemográficas dos Adolescentes e Família no *Dropout*

No que respeita à associação entre variáveis sociodemográficas dos adolescentes e família e o estado do processo, verificou-se que existe uma correlação significativa entre esta variável e o sexo, a tipologia familiar e o estado civil parental, conforme a Tabela 5.

Quanto à variável sexo,  $\chi^2(1) = 7.77$ ,  $p = .005$ , os resultados sugerem que a proporção de *dropout* nos rapazes (33.8%) é superior à das raparigas (19.5%).

Relativamente à tipologia familiar,  $\chi^2 (1) = 6.99$ ,  $p = .008$ , evidenciou-se que a proporção de *dropout* na categoria outras tipologias familiares (e.g., reconstituída, monoparental) se revela superior (38.6%) à tipologia de família tradicional (21.9%).

Finalmente, quanto ao estado civil parental,  $\chi^2 (2) = 8.22$ ,  $p = .016$ , verifica-se que existe uma maior percentagem de *dropout* (39.3%) no que diz respeito aos adolescentes cujos pais se encontram divorciados ou separados.

### Tabela 5.

*Teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) – Associação entre Variáveis Sociodemográficas e o Estado do Processo*

Variáveis Sociodemográficas		Finalizado		Dropout		Qui-Quadrado Valor
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>	Masculino	86	66.2%	44	33.8%	7.77*
	Feminino	132	80.5%	32	19.5%	
<b>Tipologia Familiar</b>	Tradicional	150	78.1%	42	21.9%	6.99*
	Outras	44	62.0%	27	38.0%	
<b>Estado Civil Parental</b>	Casados ou em União de Facto	148	77.9%	42	22.1%	8.67*
	Divorciados ou Separados	37	60.7%	24	39.3%	
	Outros	8	88.9%	1	11.1%	

\* $p < .05$

É possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do NSE em função do estado do processo,  $U = 5145.00$ ,  $p = .032$ . Deste modo, o NSE dos participantes em que ocorreu *dropout* evidenciou-se inferior ao dos participantes que finalizaram o processo (cf. Tabela 6). Esta ideia é corroborada pelo facto de o NSE dos adolescentes e família que terminaram o processo terapêutico corresponder, em média, ao primeiro grau da Escala de *Graffar* Adaptada, em comparação com o NSE dos adolescentes e família (correspondente, em média, ao segundo grau da Escala de *Graffar* Adaptada) que terminaram precocemente o processo terapêutico.

**Tabela 6.**

*Teste de Mann-Whitney – Diferenças ao Nível da Variável Sociodemográfica em Função do Estado de Processo*

Variável Sociodemográfica	Finalizados	Dropout	U
	(n = 192) Média (DP)	(n = 65) Média (DP)	
NSE	1.77 (.85)	2.09 (.90)	5145.00*

\* $p < .05$

Em relação à variável posição da fratria, não foram encontradas associações significativas entre esta variável e o estado do processo (cf. Anexo A).

De acordo com o Teste  $t$  para Amostras Independentes, não foram encontradas diferenças significativas ao nível da idade em função do estado do processo (cf. Anexo B).

#### 1.4. Papel de Variáveis Clínicas no Dropout

Relativamente à associação entre variáveis clínicas, verificou-se que existe associação entre o estado do processo e o tipo de problemas,  $\chi^2(3) = 26.04$ ,  $p < .001$ , existindo uma proporção de *dropout* mais elevada (55.6%) nos adolescentes que apresentam problemas de externalização (cf. Tabela 7.).

**Tabela 7.**

*Teste de Qui-Quadrado ( $X^2$ ) – Associação entre a Variável Clínica e o Estado do Processo*

Variável Clínica	Finalizado		Dropout		Qui-Quadrado Valor
	n	%	n	%	
<b>Tipo de Problemas</b>					26.039***
Problemas de Internalização	23	59.0%	16	41.0%	
Problemas de Externalização	8	44.4%	10	55.6%	
Desenvolvimento Vocacional	113	87.6%	16	12.4%	
Outros Problemas	51	72.9%	19	27.1%	

\*\*\* $p < .001$

Em contrapartida, não se evidenciam correlações significativas entre o estado do processo e as variáveis comorbilidades, uso de medicação e acompanhamento psicoterapêutico prévio (cf. Anexo C).

Através do recurso ao Teste de Mann-Whitney, é possível constatar a ausência de diferenças significativas ao nível das variáveis problemas de internalização, de externalização e de sintomatologia geral em função do estado do processo (cf. Anexo D).

### 1.5. Papel de Variáveis do Processo Terapêutico no *Dropout*

Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do número de consultas em função do estado do processo,  $t(290) = 2.052$ ,  $p = .041$ , sendo que os processos finalizados apresentaram um maior número de consultas do que os processos de *dropout*.

Relativamente à duração, em meses, do processo terapêutico em função do estado do processo, identificam-se diferenças estatisticamente significativas,  $t(291) = 2.088$ ,  $p = .038$ , sendo que os processos finalizados apresentaram uma duração do processo superior aos processos de *dropout* (cf. Tabela 8).

#### Tabela 8.

*Teste t para Amostras Independentes – Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo Terapêutico em Função do Estado de Processo*

Variáveis do Processo Terapêutico	Finalizados	<i>Dropout</i>	
<b>Número de Consultas</b>	( $n = 217$ )	( $n = 75$ )	
	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	$t(290)$
	7.04 (8.58)	4.91 (4.66)	2.052*
<b>Duração do Processo em meses</b>	( $n = 217$ )	( $n = 76$ )	
	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	$t(291)$
	8.33 (17.96)	3.92 (6.80)	2.088*

\* $p < .05$

Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas ao nível das variáveis desmarcação de consultas pelo cliente e pelo terapeuta, faltas às consultas pelo cliente e pelo terapeuta e tempo médio entre sessões, em dias, em função do estado do processo (cf. Anexo E).

No que concerne às variáveis modelo teórico de intervenção e participantes do processo terapêutico, não se evidenciam associações significativas entre estas variáveis e o estado do processo (cf. Anexo F).

## Discussão

Considerando que não existe consenso em relação aos fatores que predizem o estado de *dropout* no período da adolescência, o presente estudo teve como objetivo explorar a associação entre variáveis sociodemográficas do adolescente e família, variáveis clínicas e variáveis do processo terapêutico e o *dropout*, numa amostra de 294 adolescentes. Para o efeito, realizou-se a caracterização dos processos clínicos e terapêuticos dos adolescentes que solicitam o início do acompanhamento psicológico numa clínica universitária de psicologia. Adicionalmente, foi possível examinar as variáveis, sociodemográficas, clínicas e do processo terapêutico, que se encontram associadas ao término prematuro da intervenção psicológica, através da realização de testes estatísticos de associação e de diferenças entre grupos e da consideração da variável estado do processo. Desta forma, em consonância com os pressupostos teóricos presentes no enquadramento teórico, torna-se relevante considerar a relação entre os resultados obtidos no estudo e a literatura atual sobre o fenómeno do *dropout*.

De forma geral, a comunidade científica aporta que as variáveis sociodemográficas dos adolescentes tendem a ser os fatores que mais predizem o *dropout* (Block & Greeno, 2011; Roos & Werbart, 2013), conclusão que se parece verificar no presente estudo. Esta ideia é corroborada pelo facto de as variáveis sociodemográficas dos adolescentes e da família se assumirem como o grupo de variáveis que nesta investigação mais se associou ao término prematuro do processo terapêutico.

Os resultados sugerem que existe uma associação estatisticamente significativa entre o estado do processo e o sexo dos participantes do estudo, sendo possível indicar que os rapazes apresentam uma proporção de *dropout* superior à das raparigas. Estes dados parecem ser consistentes com o que é reportado por Haan et al. (2013) e por Mendenhall et al. (2014), de

que os rapazes tendem a ter maior probabilidade de desistir da intervenção psicológica em comparação com as raparigas.

Relativamente às variáveis tipologia familiar e estado civil dos pais, o estudo evidenciou que existe uma associação significativa entre estas variáveis e o estado do processo. Ao nível da primeira variável, verificou-se que o estado de desistência da terapia parece assumir uma proporção mais elevada na categoria outras tipologias (e.g., família monoparental e reconstituída) em comparação com a tipologia família tradicional. Ao nível do estado civil dos pais, o presente estudo aponta que os participantes cujos pais se encontram divorciados ou separados têm uma proporção de *dropout* superior aos restantes estados civis. Considerando a literatura, estes resultados parecem enrobustecer o que tem vindo a ser fundamentado por alguns autores. De acordo com Haan et al. (2013), o agregado familiar, nomeadamente viver com pais separados parece constituir-se como uma variável potencialmente preditora de *dropout*. Dossett e Reid (2020b) justificam o mesmo ponto de vista, relatando que o estado civil parental parece influenciar o estado de *dropout*, no sentido em que adolescentes com famílias monoparentais ou com pais que se encontram divorciados ou separados são mais propensos a terminar precocemente a terapia, contrariamente aos que têm pais casados. Nesta linha, é possível refletir que o estado civil parental pode condicionar o término da terapia, na medida em que pais divorciados ou separados tendem a apresentar maiores níveis de conflito conjugal ou parental que, para além de exacerbarem os problemas de internalização e de externalização dos filhos (Cummings et al., 2015; Davies & Cummings, 1994), podem dificultar o seu envolvimento parental no processo terapêutico. Em contrapartida, quando os pais são casados e/ou vivem juntos tende a existir uma dinâmica familiar mais ajustada, que se pode traduzir num maior ajustamento psicológico dos adolescentes (Howard et al., 2019), assim como num maior envolvimento parental no contexto terapêutico, com níveis de eficácia mais positivos (Dowell & Ogles, 2010; Siqueland & Diamond, 1998).

Aquando da análise de diferenças entre as dimensões do estado do processo e o NSE, é possível verificar que estas variáveis têm diferenças estatisticamente significativas. A maioria dos adolescentes cujos processos foram finalizados integram famílias que apresentam uma classe alta de NSE, em comparação com os processos de *dropout*, cujos adolescentes e respetiva família verificaram pertencer a uma classe média alta. As diferenças entre os dois grupos deverão ser compreendida à luz do possível enviesamento da amostra. Esta é homogénea e com reduzida variabilidade em relação ao NSE, relativamente ao facto de os pais dos participantes apresentarem um elevado nível de instrução e de profissão e de não existir participantes e famílias com um NSE diminuto, o que *a priori* já tenderia a prever e a condicionar os resultados.

Nesta linha de raciocínio, os resultados obtidos parecem, ainda assim, seguir a tendência do que tem vindo a ser identificado na literatura, de que quanto menor for o NSE, maior o risco de ocorrência de *dropout* (Haan et al., 2013; Kazdin, 1996).

Uma vez que vários autores, como Baruch et al. (2009) e O’Keeffe et al. (2018), destacam a idade como um fator de risco para o *dropout*, especificamente em adolescentes mais velhos, era expectável que neste estudo fossem relatadas diferenças significativas entre essa variável e o estado do processo, o que não se confirmou. Além disso, devido à ausência de investigações relativas à variável posição da fratria em função do *dropout*, pretendeu-se neste estudo explorar a associação entre estas variáveis. Porém, também não foram encontradas correlações ao nível destas dimensões, pelo que se propõe que em estudos futuros a posição da fratria seja uma variável que seja tida em consideração, dado acreditar-se que pode influenciar o *dropout*.

Em relação às variáveis clínicas, a variável que mais se releva, na sua associação com o estado do processo, é o tipo de problemas. A este nível, evidencia-se que os problemas de externalização são a dimensão que assume uma maior proporção de ocorrência de *dropout* em relação aos outros tipos de problemas. De modo a viabilizar a compreensão destes resultados, é lícito considerar que existe consonância com o que tem vindo a ser descrito nos estudos científicos. Os problemas de externalização e, por sua vez, quadros clínicos mais severos, marcados por níveis exacerbados de sintomatologia, parecem relacionar-se com um maior risco de desistência do processo terapêutico (e.g., Gergov et al., 2021). Este tipo de problemas encontra-se documentado na literatura como mais prevalente em adolescentes do sexo masculino (Carr, 2014; Chi & Cui, 2020; Leadbeater et al., 1999; Liu, 2004) fator que como supramencionado também se verificou associado ao *dropout*. Todavia, parece que se poderá questionar o motivo pelo qual tal acontece. Considerando o que referem os autores Salbach-Andrae et al. (2009) em relação aos problemas de externalização, é possível assumir que estes se expressam de modo observável, objetivo e concreto, em contrapartida aos problemas de internalização. Por essa razão, os adolescentes com problemas de externalização (e.g., perturbação desafiante de oposição), e as suas famílias, poderão necessitar de uma intervenção mais intensiva, que poderá obrigar a um maior envolvimento na terapia (Carr, 2014). Desta forma, o *dropout* pode resultar como consequência do facto de os adolescentes com problemas de comportamento terem prognósticos menos positivos e uma menor resposta à intervenção psicológica (Carr, 2014). É também possível mencionar que não seria previsto que os resultados do conjunto de provas da Bateria ASEBA, aplicadas numa fase inicial do processo terapêutico, não evidenciassem diferenças estatisticamente significativas em função do estado do processo.

Este pressuposto foi sustentado tendo por base o facto de que numa fase inicial do acompanhamento psicológico tenderiam a existir níveis mais elevados de internalização, de externalização e de sintomatologia geral, em comparação com a fase final do processo de adolescentes. Ainda assim, uma possível justificação para a ausência de diferenças pode assentar no facto de não terem sido aplicadas as provas psicológicas a todos os adolescentes e pessoas significativas, o que pode enviesar aqueles que poderiam ser os resultados significativos do presente estudo. Contudo, para colmatar esta falha na investigação, sugere-se que sejam realizados novos estudos que pretendam explorar a relação entre estas variáveis.

O presente estudo também analisou a relação estabelecida entre o estado do processo e a variável comorbilidades, não tendo sido identificada uma associação significativa entre estes elementos. No que diz respeito às comorbilidades, os resultados parecem ir de encontro com o que é referido na literatura, no sentido em que esta variável não se encontra correlacionada com o *dropout* (e.g., O’Keeffe, Martin, Goodyer et al., 2018). Porém, as evidências do presente estudo podem estar fortemente relacionadas com o facto de não ter sido possível aceder à existência ou ausência de comorbilidades num número significativo de adolescentes.

Os estudos científicos realizados em amostras de adultos têm sugerido que indivíduos que realizam tratamento farmacológico parecem ter uma maior facilidade em permanecer no processo terapêutico (e.g., Lopes et al., 2015). No que concerne a adolescentes e aos resultados deste estudo em particular, tal não se corroborou, uma vez que não foram encontradas correlações de cariz significativo entre a toma de medicação dos jovens e o estado do processo.

Dado que na literatura parece não constar informação sobre se o acompanhamento psicoterapêutico prévio nos adolescentes se revela como possível fator de risco para a ocorrência de *dropout*, pretendeu-se verificar se existe correlação entre esta variável e o estado do processo. Contrariamente ao que se constata nos adultos, de que a ausência de historial de acompanhamento psicoterapêutico se poderá relacionar com o abandono da intervenção psicológica (Werner-Wilson & Winter, 2010), no presente estudo não se assinala presença de associação entre o acompanhamento psicológico anterior e o estado do processo no período da adolescência. Não obstante esta conclusão, parece ser premente que mais estudos fundamentem o resultado alcançado.

No que toca às variáveis do processo terapêutico, compreende-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis número total de consultas e duração do processo em meses, em função do estado do processo. Relativamente ao número total de consultas, os resultados confirmam que os processos finalizados apresentam um maior número de consultas em comparação com os processos de adolescentes que abandonaram a terapia.

Quanto ao fator duração do processo em meses também se verifica que a intervenção psicológica parece ter uma duração superior nos indivíduos com processos finalizados, do que nos processos em que ocorreu *dropout*. Ambos os resultados são consonantes com a literatura. Roos e Werbart (2013) destacam que o sucesso terapêutico tende a ser superior quando os indivíduos, independentemente da sua faixa etária, frequentam um maior número de consultas psicológicas. Também o estudo de Wright et al. (2020) parece ir de encontro com os resultados obtidos, reconhecendo que o abandono da terapia é menos provável de se suceder quando existe um maior número de consultas de psicologia e/ou um período mais alargado de tempo, ao nível da duração das consultas. Porém, autores como O’Keeffe et al. (2018) alertam que se deve gerar uma leitura alternativa em relação a estes resultados, reforçando que o número de sessões realizadas até ao momento em que os menores desistem da terapia, não garante nem a diminuição nem a exacerbação de sintomatologia psicopatológica dos adolescentes.

A literatura evidencia que o não comparecimento às sessões e que as desmarcações realizadas face às mesmas são elementos que influenciam o *dropout* (Kazdin & Wessell, 1998; O’Keeffe et al., 2018), defendendo que os menores que faltam a um maior número de consultas estão mais suscetíveis de abandonar a intervenção psicológica (O’Keeffe et al., 2018). Os resultados estatísticos parecem distanciar-se do posicionamento mencionado, uma vez que se identifica não haver diferenças significativas ao nível das variáveis faltas às sessões e desmarcações de consultas, em função do estado do processo. A ausência de diferenças parece traduzir que existe uma grande adesão e envolvimento ao processo por parte do cliente e que, por parte do terapeuta também existe um grande cumprimento em garantir que as consultas de psicologia são asseguradas nos dias para os quais estavam agendadas, conforme já seria expectável.

Outra das questões que se considerou pertinente foi perceber se existiam diferenças de cariz significativo ao nível do tempo, em dias, entre as sessões em função do estado do processo, resultado que não se verificou. Os dados presentes nas investigações parecem não ser concordantes o que foi evidenciado neste estudo, uma vez que o tempo de espera antes de iniciar cada consulta de psicologia tende a ser uma dimensão que se associa ao *dropout* (Haan et al., 2013). Uma possível explicação para a não significância destes resultados pode remeter para o facto de existir pouca variabilidade de tempo entre consultas, no sentido em que o período temporal entre cada sessão tende a ser homogêneo para todos os menores. Desta forma, parece ser possível hipotetizar que os terapeutas da clínica universitária tendem a propor aos clientes uma periodicidade breve entre consultas, tendo em conta as necessidades dos adolescentes e os objetivos terapêuticos estabelecidos. Em relação aos processos que parecem apresentar um

intervalo entre sessões com valores elevados, ressalva-se que estes tendem a ser pontuais, podendo encontrar-se relacionados com sessões de *follow-up*.

Não obstante a escassez de investigações acerca da relação causal entre o modelo teórico de intervenção adotado na terapia e o *dropout* (Dossett & Reid, 2020b; Gergov et al., 2021; Haan et al., 2013; Reich & Berman, 2018), conjecturava-se existir associação entre estas variáveis no presente estudo, o que não se verificou. Poderá justificar-se este resultado tendo em consideração que não foi possível obter informação relativa à abordagem de intervenção utilizada pelo terapeuta em quase metade dos adolescentes.

Os resultados do presente estudo indicam ainda a ausência de associação entre a variável participantes no processo terapêutico e o estado do processo, ou seja, que o envolvimento na terapia de pessoas significativas dos adolescentes não é um fator que determina o *dropout*. A ausência de associação parece contribuir para a importância de se recorrer a múltiplos informadores dos vários contextos de vida dos menores, aquando da avaliação e da intervenção psicológica (Carneiro et al., 2017), uma vez que os envolvidos poderão constituir-se como uma mais-valia para o reconhecimento de dificuldades, problemas e competências dos adolescentes (Carneiro et al., 2017; Rescorla et al., 2016) e para o conseqüente processo de mudança.

## Conclusões

Este estudo objetivou explorar o papel de variáveis sociodemográficas do adolescente e família, variáveis clínicas e variáveis do processo terapêutico no *dropout*, numa amostra de adolescentes de uma clínica universitária.

Os resultados sugerem que existe uma associação estatisticamente significativa entre o estado do processo e as variáveis sexo, tipologia familiar, estado civil parental e tipo de problemas. Também se verificou que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do NSE, número de consultas, e da duração do processo em meses.

Em relação aos pontos fortes, salienta-se que este estudo é inovador, no sentido em que destaca alguns aspetos que parecem ainda não terem sido alvo de investigação quanto ao *dropout*, nomeadamente os problemas de desenvolvimento vocacional, que se revelam o tipo de problemática mais prevalente nesta amostra. Considerando que este tipo de processos tende a ter maior brevidade temporal em comparação com os demais, devido às questões vocacionais pontuais que tendem a ser exploradas em consulta, pode ser lícito, em novos estudos, conjecturar-se que, nestas situações, o *dropout* poderá ter menor probabilidade de ocorrer.

Para além de contribuir para o aumento da literacia acerca do fenómeno do *dropout*, o presente estudo possibilita aferir implicações para a prática clínica. O conhecimento das características típicas dos adolescentes que influenciam o *dropout* permite que o contexto terapêutico e os terapeutas ajustem a intervenção psicológica às necessidades e idiossincrasias dos adolescentes, com a finalidade de diminuir problemas ou dificuldades e facilitar o processo de mudança, potenciando o desenvolvimento de competências ao longo de todo o processo, prevenindo assim a ocorrência de *dropout*.

Ainda assim, é possível destacar aquelas que se consideram ser as limitações deste estudo. Em primeiro lugar, o elevado número de valores omissos no que diz respeito às respostas dos adolescentes em relação a algumas variáveis parece ser um fator que condicionou a possível significância de alguns resultados. Em segundo lugar, o facto de, em algumas variáveis, ter sido necessário agrupar as categorias das mesmas, o que pode ter possibilitado a diminuição da robustez dos resultados. Em terceiro lugar, a não inclusão nas análises estatísticas de variáveis que devido ao seu reduzido *n* assumiam baixa representatividade da amostra, embora sejam variáveis sustentadas na literatura como fatores de risco para o *dropout*. Outro aspeto que limita este estudo assenta na ausência de consideração da variável AT, que é descrita pela comunidade científica como o elemento que maior se associa ao sucesso terapêutico (Deakin & Nunes, 2009). No que se refere a este ponto, é importante sublinhar que se tentou integrar neste estudo a variável mencionada, tendo sido requerido, no momento de recolha de dados, aos terapeutas a avaliação da sua perceção acerca das três dimensões da AT (relação, objetivos e tarefas), baseadas na definição transteórica de Bordin (1979). Todavia, excluiu-se essa variável do estudo, dado que se verificou enviesamento sobre a perceção da AT, nomeadamente nos processos mais antigos da clínica, o que poderia comprometer a objetividade dos resultados. Não obstante este obstáculo, propõe-se que ao nível das dimensões mencionadas seja realizada, pelos terapeutas, uma monitorização terapêutica em todos os processos de adolescentes, sendo possível contornar o viés anteriormente gerado e permitir, desta forma, desenvolver novos estudos relacionados com o *dropout* e no qual se pudessem incluir esta variável. Também a variável existência de psicopatologia parental foi um fator que não foi incluído no estudo, dado não ter sido possível obter respostas para a maioria dos participantes. Contudo, também se sugere que novas investigações sobre o *dropout* integrem esta variável, visto que também tem sido apontada como um fator que influencia a desistência terapêutica em casos de adolescentes (Haan et al., 2013; Wergeland et al., 2015)

Outra limitação do estudo diz respeito à ausência de dados sobre o acordo entre informadores do processo terapêutico. Porém, tal não se revelou possível de se realizar, uma

vez que a maioria dos processos dos adolescentes não integrou o preenchimento das provas da Bateria ASEBA. Ainda assim, dada a prevalência de desacordo sobre os problemas ou diagnósticos clínicos que a literatura indica existir entre adolescentes e os seus informadores (e.g., Rescorla et al., 2016), é de particular relevância uma maior exploração sobre esta variável, uma vez que se poderá constituir como um fator de risco para o *dropout* (Hoffman & Chu, 2015).

Outras orientações para estudos futuros poderão englobar a consideração de outras variáveis, por exemplo o tipo de modalidade em que ocorreu o processo terapêutico (presencial ou *online*). Embora pareçam não existir diferenças significativas entre a diminuição de problemas (e.g., ao nível de problemas de comportamento) em adolescentes e o tipo de modalidade de intervenção (Baños et al., 2017), revela-se necessário avaliar objetivamente se esta variável influencia a ocorrência de *dropout*.

Refletindo que o término precoce da terapia poderá ser influenciado por inúmeros motivos, nomeadamente por crenças desajustadas dos adolescentes e da família sobre os próprios, sobre os seus problemas ou dificuldades e sobre a intervenção terapêutica (Wergeland et al., 2015), propõe-se que seria pertinente realizar, complementarmente a investigações de cariz quantitativo, análises qualitativas, que permitam compreender outros motivos que poderão desencadear o fenómeno do *dropout*.

## Referências Bibliográficas

- Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Sousa Lima, V., Machado, B., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do sistema de avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o período pré-escolar e escolar*. Psiquilibrios Edições.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Psiquilibrios Edições.
- Amaro, Fausto. (1990). Escala de *Graffar* Adaptada.
- Armbruster P., Kazdin A.E. (1994) Attrition in child psychotherapy. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (16th ed., pp. 81-108). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9041-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9041-2_3)
- Amberg, A., & Öst, L. G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 275-288. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.947316>
- Baños, R. M., Etchemendy, E., Mira, A., Riva, G., Gaggioli, A., & Botella, C. (2017). Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 8 (10). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00010>
- Barrett, H. (2010). The delivery of parent skills training programmes: Meta-analytic studies and systematic review of what works best. *Family and Parenting Institute*. <http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/3475/1/TheDeliveryOfParentSkillsTrainingProgrammes.pdf>
- Barrett, M. S., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *National Institute of Health*, 46(2), 248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762228/pdf/nihms103569.pdf>

- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A follow-up study of characteristics of young people that dropout and continue psychotherapy: Service implications for a clinic in the community. *Child and Adolescent Mental Health, 14*(2), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x>
- Block, A. M., & Greeno, C. G. (2011). Examining outpatient treatment dropout in adolescents: A literature review. *Child and Adolescent Social Work Journal, 28*(5), 393-420. <https://doi.org/10.1007/s10560-011-0237-x>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Carneiro, A., Dias, P., Pinto, R., Baião, R., Mesquita, A., & Soares, I. (2017). Agreement and disagreement on emotional and behavioral problems in a sample of preschoolage children. *Journal of Psychoeducational Assessment, 37*(2), 154-168. <https://doi.org/10.1177%2F0734282917736392>
- Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual* (1st ed.). Psiquilibrios.
- Chi, X., & Cui, X. (2020). Externalizing problem behaviors among adolescents in a southern city of China: Gender differences in prevalence and correlates. *Children and Youth Services Review, 119*, 105632. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105632>
- Clínica Universitária de Psicologia. (2007). *Ficha de Pedido de Consulta de Menores*.
- Cummings, E. M., Koss, K. J., & Davies, P. T. (2015). Prospective relations between family conflict and adolescent maladjustment: Security in the family system as a mediating process. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(3), 503-515. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9926-1>

- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 387–411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000300003>
- Dias, P., Lima, V. S. (2014). Avaliação psicológica clínica: aspetos conceptuais, empíricos e práticos. In P. Monteiro (ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. (pp.45-58). Lidel
- Dias, P., Sousa Lima, V., César Machado, B., Campos, J. & Carneiro, A. (2017). Bateria ASEBA para os períodos pré-escolar e escolar. In M. Gonçalves, M. Simões & L. Almeida (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde instrumentos de avaliação* (1st ed., pp. 3-27). Pactor.
- Dierker, L., Nargiso, J., Wiseman, R., & Hoff, D. (2001). Factors predicting attrition within a community initiated system of care. *Journal of Child and Family Studies*, 10(3), 367-383. <https://doi.org/10.1023/A:1012581027044>
- Dossett, K. W., & Reid, G. J. (2020a). Defining dropout from children’s mental health services: A novel need-based definition. *Journal of Child and Family Studies*, 29(7), 2028-2038. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01631-1>
- Dossett, K. W., & Reid, G. J. (2020b). Predicting dropout from children’s mental health services: using a need-based definition of dropout. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(1), 13-26. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00990-x>
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 151-162. <https://doi.org/10.1080/15374410903532585>

- Eckshtain, D., & Weisz, J. R. (2019). Making sense of youth psychotherapy dropout from depression treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(10), 945. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.008>
- Gastaud, M. and Numes, M.L. (2010). Treatment dropout in psychoanalytical psychotherapy: searching for definition. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247–54. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300012>
- Gergov, V., Lindberg, N., Lahti, J., Lipsanen, J., & Marttunen, M. (2021). Effectiveness and predictors of outcome for psychotherapeutic interventions in clinical settings among adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, 347. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628977>
- Gonzalez, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D., & Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(5), 356-367. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0323-y>
- Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Haan, A. M., Boon, A. E., Vermeiren, R. R., Hoeve, M., & de Jong, J. T. (2015). Ethnic background, socioeconomic status, and problem severity as dropout risk factors in psychotherapy with youth. *Child & Youth Care Forum*, 44(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9266-x>
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.40.3.226>

- Hoffman, L. J., & Chu, B. C. (2015). Target problem (mis) matching: Predictors and consequences of parent–youth agreement in a sample of anxious youth. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.015>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 365-372. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Howard, K. R., Reinecke, M. A., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., & Jordan, N. (2019). Marital and parent-child relationships during treatment for adolescent depression: child-driven and bidirectional effects. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(11), 1841-1850. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00566-x>
- Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology* (8th ed.). Cengage Learning.
- Johnson, E., Mellor, D., & Brann, P. (2008). Differences in *dropout* between diagnoses in child and adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13*(4), 515-530. <https://doi.org/10.1177/1359104508096767>
- Kazdin, A. E. & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychopathology, 28*(2), 160-172. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15374424jccp2802\\_4](https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15374424jccp2802_4)
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1*(1), 133–156. <https://doi.org/10.1177/1359104596011012>
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late *dropouts* over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 1069. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.62.5.1069>
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(4), 332. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.29.4.332>

- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Siegel, T. C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 549-557. <https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00013>
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.35.5.1268>
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 639-647. <https://doi.org/10.1002/eat.20328>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2015). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.001>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2018). Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(2), 123-127. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2267>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM® SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1st ed.). Psiquilibrios Edições.

- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8), 580-593. <https://doi.org/10.1002/da.22389>
- Mendenhall, A. N., Fontanella, C. A., Hiance, D. L., & Frauenholtz, S. (2014). Factors associated with treatment attrition for Medicaid-enrolled youth with serious emotional disturbances. *Children and Youth Services Review*, 40, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2014.02.011>
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy*, 34(4), 517-534. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80033-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80033-3)
- Morgan, A. J., Ross, A. M., Yap, M. B., Reavley, N. J., Parker, A., Simmons, M. B., Scanlan, F., & Jorm, A. F. (2020). What works for mental health problems in youth? Survey of real-world experiences of treatments and side effects. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.13087>
- O’Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I. M., Kelvin, R., Dubicka, B., Reynolds, S., ... & Midgley, N. (2019). Prognostic implications for adolescents with depression who drop out of psychological treatment during a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(10), 983-992. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.019>
- O’Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I. M., Wilkinson, P., Consortium, I., & Midgley, N. (2018). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 28(5), 708-721. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576>
- O’Keeffe, S., Martin, P., Target, M., & Midgley, N. (2019). ‘I just stopped going’: A mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. *Frontiers in Psychology*, 10(75). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00075>

- O'Keeffe, S., Martin, P., & Midgley, N. (2020). When adolescents stop psychological therapy: Rupture–repair in the therapeutic alliance and association with therapy ending. *Psychotherapy*, 57(4), 471-490. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000279>
- Ormhaug, S. M., and Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 28(2), 235–249. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189617>
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 91-98. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199201\)48:1%3C91::AID-JCLP2270480113%3E3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199201)48:1%3C91::AID-JCLP2270480113%3E3.0.CO;2-W)
- Reich, C. M., & Berman, J. S. (2018). Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research*, 30(1), 23-40. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1534018>
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Turner, L. V., Árnadóttir, H., Au, A., Caldas, J. C., Chen, Y., Decoster, J., Fontaine, J., Funabiki, Y., Guomundsson, H. S., Leung, P., Liu, J., Maras, J. S., Markovic, J., Oh, K. J., da Rocha, M. M., Samaniego, ... & Zasepa, E. (2016). Collateral reports and cross-informant agreement about adult psychopathology in 14 societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 381-397. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9541-2>
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems-a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47, 99-111. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x>
- Ricou, M., Marina, S., Vieira, P. M., Duarte, I., Sampaio, I., Regalado, J., & Canário, C. (2019). Psychological intervention at a primary health care center: predictors of success. *BMC Family Practice*, 20(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1005-9>

- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L. G. (2020). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101954. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(3), 136-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0710-z>
- Sales, C. (2003). Understanding prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 81-90.
- Siqueland, L., & Diamond, G. S. (1998). Engaging parents in cognitive behavioral treatment for children with anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(1), 81-102. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80022-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80022-9)
- Smith, T., Linnemeyer, R., Scalise, D., & Hamilton, J. (2013). Barriers to outpatient mental health treatment for children and adolescents: Parental perspectives. *Journal of Family Psychotherapy*, 24(2), 73-92. <https://doi.org/10.1080/08975353.2013.792203>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028226>
- Warnick, E. M., Gonzalez, A., Robin Weersing, V., Scahill, L., & Woolston, J. (2012). Defining dropout from youth psychotherapy: How definitions shape the prevalence and predictors of attrition. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 76-85. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00606.x>

- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., Öst, L. G., Havik, O. E., & Heiervang, E. R. (2015). Predictors of dropout from community clinic child CBT for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.004>
- Werner-Wilson, R. J., & Winter, A. (2010). What factors influence therapy drop out?. *Contemporary Family Therapy, 32*(4), 375-382. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9131-5>
- Wright, I., Mughal, F., Bowers, G., & Meiser-Stedman, R. (2020). Dropout from randomised controlled trials of psychological treatments for depression in children and youth: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders, 28*, 880-890. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.039>

# **ANEXOS**

**Anexo A.** Associação entre a Variável Sociodemográfica e o Estado de Processo

**Tabela A.**

Teste de Qui-Quadrado ( $X^2$ ) – Associação entre a Variável Sociodemográfica e o Estado de Processo

Variável Sociodemográfica			Finalizado		Dropout		Qui-Quadrado Valor
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Posição da Fratria</b>	1ª Posição	84	77.1%	25	22.9%	.396	
	Outras	106	73.6%	38	26.4%		

\* $p < .05$

**Anexo B.** *Diferenças ao Nível da Variável Sociodemográfica em Função do Estado de Processo*

**Tabela B.**

*Teste t para Amostras Independentes – Diferenças ao Nível da Variável Sociodemográfica em Função do Estado de Processo*

<b>Variável Sociodemográfica</b>	<b>Finalizados</b> (n = 218) <i>Média (DP)</i>	<b>Dropout</b> (n = 76) <i>Média (DP)</i>	<i>t (291)</i>
Idade	14.44 (1.86)	14.53 (1.92)	-.32

\*  $p < .05$

**Anexo C. Associação entre Variáveis Clínicas e o Estado do Processo**

**Tabela C.**

*Teste de Qui-Quadrado ( $X^2$ ) – Associação entre Variáveis Clínicas e o Estado de Processo*

Variáveis Clínicas		Finalizado		Dropout		Qui-Quadrado
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	Valor
<b>Comorbilidades</b>	Presença de Comorbilidades	14	73.7%	5	26.3%	.397
	Ausência de Comorbilidades	77	66.4%	39	33.6%	
<b>Uso de Medicação</b>	Sim	25	73.5%	9	26.5%	.043
	Não	140	71.8%	55	28.2%	
<b>Acompanhamento</b>	Sim	75	73.5%	27	26.5%	.001
<b>Psicoterapêutico Prévio</b>	Não	99	73.3%	36	26.7%	

\* $p < .05$

**Anexo D. Diferenças ao Nível de Variáveis Clínicas em Função do Estado de Processo**

**Tabela D.**

*Teste de Mann-Whitney – Diferenças ao Nível de Variáveis Clínicas em Função do Estado de Processo*

<b>Variáveis Clínicas</b>	<b>Finalizados</b>	<b>Dropout</b>	
<b>CBCL</b>	(n = 39)	(n = 15)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>U</i>
Problemas de Internalização	16. (8.43)	18.80 (5.00)	238.000
Problemas de Externalização	10.82 (7.77)	11.00 (7.48)	283.500
Total de Problemas	44.44 (21.16)	51.87 (14.54)	221.500
<b>TRF</b>	(n = 8)	(n = 5)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>U</i>
Problemas de Internalização	14.50 (9.04)	13.40 (9.63)	18.500
Problemas de Externalização	7.63 (8.77)	5.00 (4.53)	18.000
Total de Problemas	39.50 (24.15)	45.40 (25.07)	19.000
<b>YSR</b>	(n = 30)	(n = 23)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>U</i>
Problemas de Internalização	17.37 (9.90)	18.74 (14.27)	333.500
Problemas de Externalização	11.73 (7.52)	12.41 (8.49)	317.500
Total de Problemas	50.57 (21.94)	54.30 (36.65)	342.000

\*  $p < .05$

**Anexo E.** *Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo Terapêutico em Função do Estado do Processo*

**Tabela E.**

*Teste t de Amostras Independentes – Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo Terapêutico em Função do Estado do Processo*

<b>Variáveis do Processo Terapêutico</b>	<b>Finalizados</b> (n = 218) <i>Média (DP)</i>	<b>Dropout</b> (n = 76) <i>Média (DP)</i>	<i>t (292)</i>
<b>Desmarcações de Consultas pelo Cliente</b>	.56 (1.02)	.67 (.97)	-.867
<b>Desmarcações de Consultas pelo Terapeuta</b>	.36 (.79)	.30 (.65)	.594
<b>Faltas às Consultas pelo Cliente</b>	.32 (.96)	.42 (.66)	-.845
<b>Faltas às Consultas pelo Terapeuta</b>	.01 (.12)	.01 (.12)	.039
	<b>Finalizados</b> (n =215) <i>Média (DP)</i>	<b>Dropout</b> (n = 75) <i>Média (DP)</i>	<i>t (288)</i>
<b>Tempo Médio entre Sessões</b>	21.48 (16.42)	18.12 (17.58)	1.500

\*  $p < .05$

**Anexo F.** Associação entre Variáveis do Processo Terapêutico e o Estado do Processo

**Tabela F.**

Teste de Qui-Quadrado ( $X^2$ ) – Associação entre Variáveis do Processo Terapêutico e o Estado de Processo

Variáveis do Processo Terapêutico		Finalizado		Dropout		Qui-Quadrado Valor
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Modelo Teórico de Intervenção</b>	TCC	27	60.0%	18	40.0%	2.798
	TCC e Modelo Sistémico	24	70.6%	10	29.4%	
	TCC e Outros Modelos	9	64.3%	5	35.7%	
	Construtivista	28	75.7%	9	24.3%	
	Desenvolvimental					
	Outros	18	62.1%	11	37.9%	
<b>Participantes do Processo Terapêutico</b>	Jovem	87	77.0%	26	23.0%	.569
	Jovem e Pais	69	72.6%	26	27.4%	
	Jovem e um dos Pais	36	73.5%	13	26.5%	
	Outros	12	75.0%	4	25.0%	

\* $p < .05$