



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DROPOUT EM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM ADULTOS: 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 -

Inês Cristina Freitas Ferreira

Porto, julho de 2021



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DROPOUT EM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM ADULTOS: 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 -

Inês Cristina Freitas Ferreira

Trabalho efetuado sob a orientação de Prof.^a Doutora Alexandra Carneiro e Prof. Doutor
Pedro Dias

Porto, julho de 2021

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Alexandra Carneiro por representar uma figura de referência desde o primeiro ano da licenciatura, por ser sinónimo de exigência e disponibilidade. Obrigada por todo o apoio ao longo destes anos, e em especial na realização desta dissertação. Ao Prof. Doutor Pedro Dias que marcou o meu percurso académico pelos seus ensinamentos, pela sua boa disposição e pelas palavras de serenidade nos momentos de desassossego. Muito obrigada!

Agradeço do fundo do coração aos dois pela orientação e por confiarem mais em mim do que eu própria.

A todos os Professores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, por toda a transmissão de conhecimentos, experiências e rigor. Em especial, à Prof.^a Doutora Luísa Campos, por ao longo deste ano ter sido o apoio constante, a palavra certa e por inspirar-me todos os dias a dar o meu melhor a nível pessoal e profissional.

À Sininho por ter caminhado ao meu lado desde o primeiro ano. Por ao longo destes cinco anos termos vivido as vitórias e as derrotas como se fossemos uma só. Quando um engano se transforma numa oportunidade única de crescermos e finalizarmos este percurso juntas. Sem ti, esta dissertação não teria chegado ao fim. Não há palavras para a tua simplicidade e amizade pura.

À Matilde por ser a surpresa destes cinco anos. Por todas as gargalhadas em momentos de desespero e por ser a calma no meio das tempestades. Obrigada por estares sempre presente, quer nos dias de maior distância através de áudios no *whatsapp*, de chamadas e videochamadas, quer na biblioteca a ser a minha motivação.

À Garfe por ser porto seguro e a verdadeira companheira desde o primeiro dia. Por termos conseguido ultrapassar todos os obstáculos e termos vividos grandes sonhos juntas. Obrigada!

À Sara e à Margarida por acreditarem mais em mim do que eu própria e por ouvirem todas as minhas crises existenciais. Por todas as noites de conversas, por me relembrares todos os dias do caminho que percorri até hoje e por nunca me deixares baixar os braços.

À minha família, em especial aos meus pais por todo o amor incondicional, esforço e paciência. Sem vocês nada disto seria possível. Ao meu irmão e à minha cunhada pelo apoio e por este ano me darem o melhor presente, o B. Obrigada por tudo.

Por último, a todas as pessoas que se cruzaram comigo ao longo destes cinco anos, muito obrigada!

Resumo

O *dropout* consiste na decisão unilateral do cliente em encerrar o processo terapêutico após uma primeira sessão, que pode ocorrer pelo não comparecimento à sessão ou através da desmarcação desta sem agendamento de uma próxima. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo geral explorar o papel de variáveis sociodemográficas, de variáveis clínicas e de variáveis do processo no *dropout*, numa amostra clínica de adultos.

A amostra foi constituída por 354 adultos de uma Clínica Universitária de Psicologia, com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos. No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) *Ficha de Pedido de Consulta*; (2) *Informação disponibilizada pelos terapeutas* e o (3) *Brief Symptom Inventory*.

Os resultados, permitiram concluir que, algumas variáveis sociodemográficas - sexo, tipologia familiar e o estado civil - influenciam significativamente o *dropout*. Também foram encontrados resultados significativos nas variáveis clínicas – diagnóstico/ problemática, comorbilidades, medicação, índice de sintomatologia – e o *dropout*. E por último, Também se verificaram resultados significativos nas variáveis do processo – modelo teórico de intervenção, número de sessões total e duração do processo em meses – e o *dropout*.

Conclui-se que o *dropout* não se trata de um fenómeno linear, dado que são diversas as variáveis (sociodemográficas, clínicas, processo) que influem na sua ocorrência.

Palavras-Chave: *Dropout*, Adultos, Variáveis Sociodemográficas, Variáveis Clínicas; Variáveis do Processo

Abstract

Dropout consists in the client's unilateral decision to end therapy after the first session, which can occur by failing to attend the session or by cancelling the appointment without further scheduling a session. The present study generally aimed to explore the role played by various sociodemographic and clinical variables, as well as dropout process variables within a clinical sample constituted by adults.

The sample consisted of 354 adults from a University Psychology Clinic, aged between 18 and 77 years old. The following instruments were used for this study: (1) Form to request psychology services; (2) Information provided by the therapists and (3) Brief Symptom Inventory.

The results allowed to conclude that some sociodemographic variables- sex, family typology and civil status- considerably influence *dropout*. There were also found significant results regarding clinical variables- diagnosis/problem, comorbidities, medication, symptomatology index- and *dropout*. Finally, there were also substantial results concerning the process variables- intervention theoretical model, total number of sessions, and duration of the process in months – and dropout.

Dropout does not constitute a linear phenomenon, given that there are diverse variables (sociodemographic, clinical and process-related) that influence this event.

Keywords: *Dropout*, Adults, Sociodemographic variables, Clinical Variables, Process Variables

Índice

| | |
|-----------------------------------|------|
| Resumo..... | v |
| Abstract | vi |
| Índice de Tabelas..... | viii |
| Índice de Anexos..... | ix |
| Enquadramento teórico | 1 |
| Conceptualização do Dropout | 1 |
| Preditores de Dropout..... | 2 |
| Variáveis do Cliente | 3 |
| Variáveis Clínicas | 4 |
| Variáveis do Processo | 6 |
| Método | 9 |
| Amostra: | 9 |
| Instrumentos: | 10 |
| Procedimentos: | 12 |
| Resultados | 13 |
| Discussão..... | 23 |
| Conclusões | 27 |
| Referências bibliográficas | 30 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. <i>Dados Sociodemográficos dos Participantes</i> | 10 |
| Tabela 2. <i>Caracterização dos Processos da Clínica</i> | 15 |
| Tabela 3. <i>Teste de Qui-Quadrado (X^2) - Associação Entre as Variáveis Sociodemográficas e o Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 19 |
| Tabela 4. <i>Teste de Qui-Quadrado (X^2)- Associação Entre as Variáveis Clínicas e o Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 20 |
| Tabela 5. <i>Teste t para Amostras Independentes - Diferenças Entre as Variáveis Clínicas em função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 21 |
| Tabela 6. <i>Teste de Qui-Quadrado (X^2) - Associação Entre as Variáveis do Processo e o Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 21 |
| Tabela 7. <i>Teste t para Amostras Independentes - Diferenças Significativas Entre as Variáveis do Processo em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 22 |
| Tabela A1. <i>Teste t para Amostras Independentes: Diferenças ao Nível da Idade em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 39 |
| Tabela A2. <i>Teste de Mann-Whitney: Diferenças ao Nível das Variáveis Sociodemográficas em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 39 |
| Tabela B1. <i>Teste T para Amostras Independentes: Diferenças ao nível das Variáveis do Processo em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)</i> | 40 |

Índice de Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A. Diferenças ao Nível de Variáveis Sociodemográficas em Função do Estado do Processo (finalizado vs <i>dropout</i>)..... | 39 |
| Anexo B. Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo em Função do Estado do Processo. | 40 |

Enquadramento teórico

Conceptualização do *Dropout*

A psicoterapia constitui a intervenção de primeira linha em diversas perturbações psicológicas (Leichsenring et al., 2006), que pode ser influenciada por diferentes elementos e ser conduzida a dois desfechos distintos: (1) processo finalizado e (2) *dropout*. O primeiro é caracterizado pelo cumprimento dos objetivos terapêuticos previamente estabelecidos (Swift & Greenberg, 2012) e o segundo é caracterizado por uma interrupção do processo precocemente, por parte do cliente, quando é esperado que os dois intervenientes deste processo (o cliente e o terapeuta) concordem com a sua finalização (Jung et al., 2013).

De acordo com Swift e Greenberg (2012), uma em cada cinco pessoas que procuram acompanhamento psicoterapêutico terminam-no prematuramente, impossibilitando a diminuição significativa da sintomatologia ou problema que, inicialmente, os fez procurar ajuda. Esta interrupção do processo precocemente, por parte do cliente, tem implicações na eficácia das intervenções delineadas para os clientes (Barrett et al., 2008), pelo que se considera necessário uma maior investigação nesta problemática.

Apesar deste fenómeno ser estudado há mais de cinquenta anos (Cooper et al., 2018), a incongruência e complexidade do mesmo resulta quer da incoerência do seu conceito (Reis & Brown, 1999) - *dropout*, término precoce, término unilateral -, quer da diversidade de definições para o *dropout* (Santangelo, 2020; Swift & Greenberg, 2012). Esta inconsistência de definições, apontada como crítica de forma regular na literatura, complica a comparação entre estudos, pois diferentes definições estão associadas a diferentes taxas de *dropout* (Santangelo, 2020).

Lambert (2007) afirma que ocorre *dropout* quando o cliente não comparece a um número limite de sessões válidas para que ocorram melhorias terapêuticas. Outra definição utilizada, assenta na não comparência à primeira sessão (Sales, 2003) ou na falta a uma sessão sem a marcação de uma próxima consulta (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Por outro lado, existem diversos autores (e.g., Fiester & Rudestam, 1975) que consideram a não comparência à última sessão de psicoterapia como critério de abandono ou pela ausência de continuidade após o processo de avaliação (Pelkonen et al., 2000). Outra definição utilizada é baseada no julgamento do terapeuta, isto é, cabe ao terapeuta identificar se o cliente terminou unilateralmente o processo e se obteve ganhos ou não com o mesmo (Swift & Greenberg, 2012). Mais recentemente, Hatchett e Park (2003) introduziram o critério de mudanças clinicamente

significativas, ou seja, os clientes abandonam a terapia antes de terem resolvido os problemas que inicialmente os fizeram procurar ajuda. Algumas das definições acima mencionadas olham para o fenómeno como algo negativo, isto é, como a conclusão do processo terapêutico de forma prematura. Contudo, existem estudos que interpretam este abandono, não com uma lente negativa, mas como um alívio da sintomatologia inicial, frequente durante as primeiras sessões (Crits-Christoph et al., 2001; Schindler et al., 2012).

Na meta-análise de Sharf (2009), que tinha como objetivo estudar as variáveis de *dropout* em 110 estudos, numa amostra de adultos, concluiu-se que a taxa de *dropout* era de 35.26% e não foram identificadas diferenças no valor da taxa de *dropout* de acordo com a definição utilizada. Por outro lado, na meta-análise de Swift & Greenberg (2012), com a finalidade de analisar o fenómeno de *dropout* e o cálculo da taxa ao longo de 669 estudos com clientes adultos, concluiu-se que estes apresentavam uma taxa de *dropout* de 19.7%. Este valor aumentava quando era adotado o critério do julgamento do terapeuta (37.7%) e apresentava valores mais baixos quando era considerado um número mínimo de sessões (18.3%) ou a falha na conclusão do protocolo de intervenção (18.4%). Importa referir que não existe uma definição mais adequada do que a outra e, por isso, na prática clínica são os terapeutas os responsáveis por escolher qual a mais ajustada tendo em considerações as vantagens e desvantagens que cada definição apresenta.

Preditores de *Dropout*

Ao longo dos anos, várias investigações têm-se dedicado à compreensão deste fenómeno. Para além do cálculo da taxa de *dropout*, é pertinente e necessário compreender o que motiva a existência de *dropout*. Isto justifica-se pelo facto de este fenómeno ter implicações negativas para o terapeuta, para a clínica a que pertence o terapeuta e para o próprio. Para o terapeuta, existe um sentimento de falha e um aumento da perceção de rejeição por parte do cliente (Barrett et al., 2008). Para a clínica, restringe o número de clientes para os quais esta pode prestar serviços (Carpenter et al., 1979). Para o próprio cliente, o *dropout* poderá resultar numa insatisfação com o processo terapêutico (Björk et al., 2009), e pode ter impacto na sociedade, uma vez que existe um aumento do número de casos de doença psicológica (Barrett et al., 2008).

Deste modo revela-se necessário identificar quais os preditores/variáveis que podem levar o indivíduo a abandonar o processo psicoterapêutico. Estes preditores de *dropout* encontram-se relacionados com as diferentes variáveis que podem levar o cliente a abandonar a psicoterapia, porém, não existe um acordo sobre um possível padrão específico de preditores

(Lopes et al., 2015). Apesar da literatura (Benetti & Cunha, 2008) identificar diversas nomenclaturas para a organização das diferentes categorias de variáveis preditoras do *dropout*, para este estudo podemos considerar a organização em: *variáveis do cliente*, *variáveis clínicas* e *variáveis do processo* - que se evidenciam como transversais em diversos estudos (Alves et al., 2020; Hamilton et al., 2011; Roos, 2011).

Variáveis do Cliente

Numa fase inicial na investigação do fenómeno, foram diversos os estudos que se dedicaram a perceber quais as variáveis do cliente, i.e. variáveis sociodemográficas, que pareciam motivar o abandono terapêutico (Backeland & Lundwall, 1975; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Apesar de Roos e Werbart (2013) afirmarem que estas variáveis são as mais estudadas, não é possível prever um padrão comum de variáveis sociodemográficas nos diferentes estudos, dado que existe uma heterogeneidade de características da população alvo e de fatores culturais que influem nesta diversidade de fatores sociodemográficos (Westmacott et al., 2010). Nesta linha e focando na diversidade de fatores sociodemográficos, a meta-análise de Swift e Greenberg (2012) e o estudo de Cooper et al. (2018) afirmam que as mulheres apresentam maior probabilidade de se manterem em contexto psicoterapêutico concluindo-se, assim, que ser do sexo masculino constitui um preditor de *dropout*. Em contrapartida, Wierzbicki & Pekarik (1993) afirmam que não existe evidência que sustente a relação entre o sexo e o *dropout*.

Em relação à idade, a literatura mais recente aponta para a relação entre indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos e o *dropout* (Roseborough et al., 2016). O mesmo estudo permitiu observar que indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos tinham uma maior probabilidade de continuar o processo terapêutico e indivíduos com idades entre os 40 e os 49 anos apresentavam uma probabilidade de 50% de terminar o processo terapêutico. No entanto, Wierzbicki e Pekarik (1993) referem não existir associação entre a variável idade e o *dropout*.

Relativamente ao estado civil, parece haver associação entre indivíduos solteiros e o *dropout*, contudo, os autores alertam para a necessidade de uma interpretação cuidada desta variável uma vez que nunca foi estudada de forma isolada (Rossi et al., 2002). Por outro lado, no estudo de Olfson et al. (2009) que tinha como objetivo explorar os preditores de *dropout* em psicoterapia, nomeadamente o estado civil numa amostra de 9282 indivíduos, referem que indivíduos casados acabam por desistir do processo terapêutico mais frequentemente que os indivíduos solteiros. Uma das possíveis explicações apontadas pelos autores, parece encontrar-

se relacionada com a resposta negativa dos cônjuges ao processo terapêutico e pelo facto de indivíduos solteiros apresentarem um maior envolvimento nas recomendações do terapeuta.

Em relação ao agregado familiar, esta constitui-se como uma variável sociodemográfica importante a ser considerada, uma vez que a literatura refere que indivíduos que vivem sozinhos apresentam uma maior probabilidade de ocorrer *dropout* quando comparados com indivíduos que vivem com a sua família (Rossi et al., 2002).

A literatura ao longo dos anos também é consensual relativamente ao nível educacional, reportando que indivíduos com níveis educacionais mais baixos aumentam a probabilidade de suceder *dropout* (Grilo et al., 1998; Swift & Greenberg, 2012; Zimmermann et al., 2017), por outro lado indivíduos com elevados níveis educacionais apresentam uma maior probabilidade de resultados terapêuticos bem-sucedidos (Baekeland & Lundwall, 1975; Swift & Greenberg, 2012). Segundo Roseborough et al. (2016), indivíduos que tenham concluído o ensino secundário ou que tenham frequentado o ensino superior permanecem em contexto terapêutico mais correntemente.

Em relação às variáveis estatuto profissional e níveis socioeconómicos (NSE), a literatura é consistente e ainda reforça a ligação entre estas. Ou seja, indivíduos que se encontram em situação de desemprego apresentam níveis socioeconómicos mais baixos, o que aumenta a probabilidade do abandono psicoterapêutico. Tal deve-se ao facto de o acompanhamento especializado obrigar à utilização de recursos - dinheiro e tempo, que face à perceção de não obtenção de ganhos pelo cliente pode levá-lo a terminar o processo prematuramente (Jung et al., 2013; Zimmermann et al., 2017). Esta variável (nível socioeconómico), é também relatada, na literatura, como relacionada a outras variáveis preditoras de *dropout*, por exemplo, o abuso de substâncias, antecedentes criminais e determinados traços da personalidade (tal como, a hostilidade e a grandiosidade; Baekeland & Lundwall, 1975).

A transgeracionalidade da psicopatologia é reconhecida como estando associada ao *dropout*, todavia esta relação, na idade adulta, parece ser inexistente na literatura, comparativamente com a literatura em crianças e adolescentes (Kazdin & Wassell, 1999). Deste modo, é reforçada a importância de se pretender estudar a relação da psicopatologia parental dos adultos e o *dropout*.

Variáveis Clínicas

Existem diversos autores que identificam como uma limitação a utilização exclusiva das variáveis do cliente e apontam como necessidade a inclusão de outras variáveis nas

investigações (Harris, 1998; Roos, 2011), como por exemplo as variáveis clínicas. Nesta linha, são algumas as variáveis clínicas que começam a ser incluídas e integradas por diversos autores nos seus estudos, por exemplo a utilização de medicação psiquiátrica. No estudo de Lopes et al. (2015), verificou-se que indivíduos que se encontravam a utilizar medicação psiquiátrica continuam mais facilmente no processo terapêutico quando comparado com indivíduos que não se encontram a utilizar medicação.

Em relação à variável existência de acompanhamento psicológico prévio, a literatura indica que nos casos em que os indivíduos nunca foram acompanhados previamente em psicologia apresentavam maior probabilidade de ocorrer *dropout*, quando comparados com indivíduos que já foram acompanhados previamente (Werner-Wilson & Winter, 2010).

Relativamente ao tipo de problemática ou diagnóstico, McMurrin et al. (2010) referem que existem perturbações específicas, nomeadamente perturbações do comportamento alimentar e perturbações da personalidade, que apresentam maiores taxas de *dropout*. Uma possível explicação para tal, prende-se com o carácter demorado da intervenção característico do tratamento destas perturbações. Os indivíduos que apresentam perturbações de personalidade, têm uma maior dificuldade no estabelecimento de relações, o que tem implicações no estabelecimento da aliança terapêutica e conseqüentemente, na continuação do processo terapêutico (Lingiardi et al., 2005). Em contrapartida, Olfson et al. (2009) referem que esta relação entre diagnóstico e o *dropout* é inexistente. Contudo, são vários os autores que identificam a ausência de diagnóstico ou o tipo de problemática como um preditor de *dropout*. Estes mesmos autores fundamentam que a atribuição de um diagnóstico ou problemática ao cliente poderá aumentar a motivação do mesmo para o processo psicoterapêutico (Philips & Wennberg, 2014; Ricou et al., 2019).

Em relação à variável presença de comorbilidades, o estudo de Lopes et al. (2015) que tinha como objetivo explorar potenciais preditores de *dropout* e demonstrar a eficácia da terapia narrativa para perturbações depressivas major comparado com a terapia cognitiva-comportamental, os resultados demonstraram que indivíduos que apresentavam sintomatologia ansiosa ou perturbação ansiosa como comorbilidade, apresentavam uma maior probabilidade de continuar na terapia, quando comparado com clientes sem esta comorbilidade.

Outra variável que tem sido considerada, é o índice de sintomatologia, em que existe uma associação entre o aumento da gravidade da sintomatologia e o *dropout*. São diversos os estudos que apontam para a relação entre a gravidade da sintomatologia com o aumento das taxas de *dropout* (Walitzer et al., 1999). Contudo, na meta-análise de Sharf (2009) esta relação

não se verifica, uma possível hipótese explicativa prende-se com a existência de variáveis adicionais que influem na relação entre a gravidade da sintomatologia e o *dropout*.

Variáveis do Processo

Para além das características supramencionadas (sociodemográficas e clínicas), a inclusão de variáveis do processo, possibilita obter uma leitura do fenómeno na sua totalidade. Deste modo, são algumas as variáveis do processo que começam a ser incluídas e integradas por diversos autores nos seus estudos, por exemplo, o modelo teórico de intervenção. Os resultados encontrados na literatura sobre esta variável divergem. Existem autores que comprovam a relação entre o *dropout* e a abordagem teórica utilizada (Safarzade et al., 2018) e outros referem que não existe evidência relativamente a esta associação (Leichsenring et al., 2019). No estudo de Swift e Greenberg (2012) que tinha como objetivo perceber se existiam diferenças nas taxas de *dropout* dos distintos modelos teóricos de intervenções em diferentes perturbações (e.g., fobia social, ansiedade generalizada), concluiu que estas abordagens específicas por si só não influenciavam as taxas, existem elementos transversais às mesmas, como a aliança terapêutica e a justificação para a problemática. Em contrapartida, são diversos os autores que identificam um aumento da taxa de *dropout* quando utilizada a terapia cognitivo-comportamental (Swift & Greenberg, 2012). Por exemplo, no estudo de Fernandez et al. (2015) no qual estudaram a taxa de *dropout* em intervenções que utilizavam esta abordagem terapêutica, aferiram que este fenómeno pode ocorrer ainda antes do início da intervenção e que durante a mesma pode aumentar até 30% a taxa de *dropout*. Uma possível explicação para tal encontra-se relacionada com um conjunto de moderadores como o diagnóstico, a modalidade utilizada, o *setting* de tratamento e o número de consultas.

A abordagem utilizada também se encontra relacionada com o diagnóstico ou problemática específica uma vez que existem abordagens mais eficazes para o sucesso psicoterapêutico de um determinado diagnóstico/problemática e outras mais predictoras do seu *dropout*. Por exemplo, as perturbações depressivas apresentam taxas de *dropout* elevadas quando é utilizada a terapia cognitivo-comportamental e taxas de *dropout* inferiores quando é utilizada uma abordagem integrativa (Swift & Greenberg, 2014). Este resultado pode ser explicado pelo facto de a terapia cognitivo-comportamental necessitar de um carácter colaborativo e ativo do cliente, que face à sintomatologia depressiva, como sentimentos de desesperança e dificuldades no contacto social, pode dificultar a aliança terapêutica e, consequentemente a continuação no processo terapêutico (Fernandez et al., 2015). Enquanto a abordagem integrativa tem como objetivo promover a mudança gradualmente, através da

utilização de diversos recursos que pertencem a diferentes abordagens psicoterapêuticas (por exemplo, técnicas de intervenção), o que permite uma melhor adequabilidade a cada situação clínica (Fernández-álvarez et al., 2016).

No que concerne a variável número de consultas, Hansen et al. (2002) identificaram o número mínimo de 12 sessões para se obter um bom resultado terapêutico, contudo são diversos os autores que identificam que o fenômeno de *dropout* ocorre de forma prevalente entre a 3ª sessão e a 10ª sessão, uma vez que possibilitam um alívio inicial da sintomatologia (Baekeland & Lundwall, 1975). Ainda sobre esta variável, Craske et al., (2002) afirma que um menor número de consultas semanalmente pode levar ao *dropout* e um maior número de consultas pode encontrar-se associado ao sucesso psicoterapêutico.

No que se refere à variável presença de um estagiário nas sessões, não parecem existir estudos que explorem a relação entre estas duas variáveis. No entanto, importa mencionar alguns estudos que possam trazer algumas ideias quanto à relação entre estas duas variáveis. No estudo de Banham e Schweitzer (2016), que teve como objetivo determinar se as medidas terapêuticas como a eficiência, a eficácia e o *dropout* podem ser utilizadas para avaliar estagiários, participaram 58 estagiários que se encontravam no primeiro ano de uma pós-graduação em psicologia clínica e foram analisados os resultados intervenção de 611 clientes. Um dos resultados sugere uma associação positiva entre a realização da sessão por parte de um estagiário e o *dropout* (em 116 clientes verificou-se *dropout*). Como possível explicação, Hardy et al. (1998) refere que os terapeutas com mais experiência são mais responsivos e Da Rosa Pureza et al. (2017), acrescentam que estes apresentam maior facilidade na realização da avaliação e podem compreender melhor as necessidades do cliente, possibilitando o estabelecimento de uma melhor relação terapêutica

A aliança terapêutica é uma variável importante e transversal aos diferentes estudos sobre o *dropout* e o sucesso terapêutico. Por exemplo, na meta-análise de Sharf et al. (2010), que tinha como objetivo explorar a relação entre o *dropout* em psicoterapia e aliança terapêutica ao longo de 11 estudos. Estes autores compreenderam que os processos em que ocorreram *dropout* apresentavam uma aliança terapêutica negativa, ou seja, a aliança terapêutica negativa é um forte preditor de *dropout*. O estudo de Jeremy et al. (2014) acrescentam, ainda, que a aliança terapêutica em casos de *dropout* não aumentou após a quinta sessão.

Devido à pandemia por COVID-19, que atualmente vivemos, existiu a necessidade de reajustar as modalidades de intervenção com recurso às novas tecnologias que são agora fundamentais para a nova realidade profissional. No estudo de Boldrini et al. (2020), tinha como

objetivos perceber quais os fatores relacionados com a modalidade *online* que tiveram impacto na prática clínica do terapeuta e que contribuíram para a interrupção do processo clínico, bem como perceber quais os fatores que contribuíram para a satisfação dos terapeutas face a esta mudança. Um dos principais motivos, que levou à interrupção do processo, apontados pelos autores foi a falta de privacidade dos clientes em casa para dar continuidade ao processo terapêutico. Em relação à satisfação, apesar dos terapeutas terem utilizado maioritariamente o telefone para realizar a sessão, Boldrini et al. (2020) afirmam que os terapeutas que utilizaram uma modalidade por videoconferência apresentavam maior satisfação face a esta mudança e consequentemente menor taxa de *dropout*. Este resultado é congruente com o do estudo de Mucic e Hilty (2020), que reconhecem a diminuição da taxa de *dropout* face à terapia presencial e que esta modalidade permite uma melhor adesão psicoterapêutica pelos envolvidos no processo. Apesar de alguns autores identificarem as dificuldades técnicas presentes nesta modalidade (por exemplo, má ligação à *internet*, má iluminação; Markowitz et al., 2021), esta também apresenta vantagens, nomeadamente uma maior acessibilidade (Proudfoot et al., 2011), a possibilidade de anonimato adequada para determinadas perturbações (Rodrigo & Tavares, 2016) e a redução do estigma associada à procura de ajuda psicoterapêutica (Cartreine et al., 2010)

Em suma, para compreender este fenómeno na sua totalidade é necessário explorar as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e as variáveis do processo mencionadas anteriormente, assim como outras variáveis que não se encontram descritas, ainda, na literatura.

O *dropout* não é um fenómeno linear, uma vez que não existe uma definição transversal aos diferentes investigadores, nem um consenso das suas variáveis predictoras. A definição utilizada ao longo deste estudo será a de Jung et al. (2013) que afirmam que o *dropout* ocorre como uma decisão unilateral, por parte do cliente, em que este encerra o processo terapêutico após uma primeira sessão e através de duas formas: pelo não comparecimento à sessão ou através da desmarcação desta sem agendamento de uma próxima.

Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em explorar o papel de variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis do processo no *dropout*, numa amostra clínica de adultos.

Método

Este estudo apresenta como objetivos específicos:

1. Caracterizar os processos clínicos de adultos de uma Clínica Universitária de Psicologia;
2. Explorar o papel de variáveis sociodemográficas – sexo, idade, estado civil, tipologia familiar, habilitações académicas, nível socioeconómico – no *dropout*.
3. Explorar o papel de variáveis clínicas – diagnóstico/problemática, comorbilidades, uso de medicação, índice sintomatológico – no *dropout*.
4. Explorar o papel de variáveis do processo – número total de sessões do processo terapêutico, duração do processo em meses, tempo de espera para iniciar o processo, tempo médio entre sessões, número de faltas, número de desmarcações do cliente e dos terapeutas, presença do estagiário, modelo teórico de intervenção – no *dropout*.

Amostra:

A amostra do estudo (de cariz não probabilística) teve em consideração os critérios de inclusão: processos de adultos (a partir dos 18 anos) finalizados e que tenham ocorrido *dropout* unilateral.

A amostra foi constituída por um total de 354 participantes, 235 dos quais são do sexo feminino (66.4%) e 119 do sexo masculino (33.6%), com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos ($M=35.38$, $DP = 13.67$). Relativamente ao estado civil, 133 encontram-se solteiros (37.6%), 109 casados ou a viver em união de facto (30.8%), 44 estão divorciados ou separados (12.4%). Em relação à caracterização da tipologia familiar, 152 (42.9%) enquadra-se numa família tradicional e 82 (23.2%) em outros. Quanto ao nível de escolaridade, verifica-se que a maioria (44.9%) dos participantes concluíram a licenciatura, o mestrado ou o doutoramento e 6 (1.7%) participantes possuem o bacharelato, conforme Tabela 1 onde se caracteriza a escolaridade dos participantes tendo em conta a classificação de *Graffar*. Relativamente ao nível profissional, e tendo em conta a classificação de *Graffar*, 26.6% encontram-se no segundo grau e a minoria (3.4%) dos participantes encontram-se no quinto grau (cf. Tabela 1). No que se refere ao nível socioeconómico dos participantes, este é considerado alto ($MO^3 = 1.50$).

Por último, dos 354 participantes da investigação, 219 finalizaram o processo terapêutico (61.9%) e em 135 ocorreu *dropout* (38.1%).

Tabela 1.*Dados Sociodemográficos dos Participantes*

| Dados Sociodemográficos | Participantes |
|---|---------------|
| | n (%) |
| Nível de Escolaridade | |
| Grau 1. Licenciatura; Mestrado; Doutoramento | 159 (44.9%) |
| Grau 2. Bacharelato | 6 (1.7%) |
| Grau 3. 12º Ano; Nove ou Mais Anos de Escolaridade | 109 (30.8%) |
| Grau 4. Escolaridade \geq 4 anos e $<$ 9 anos | 15 (4.2%) |
| Grau 5. Escolaridade $<$ 4 anos; Analfabetos | 0 |
| Profissão | |
| Grau 1. Grandes empresários; Gestores de tipo do setor público e privado ($>$ de 500 empregados); Professores Universitários; Profissões liberais (curso superior) | 65 (18.4%) |
| Grau 2. Médios empresários; Dirigentes de empresas ($<$ de 500 empregados); Dirigentes Intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; Professores do ensino básico e secundário | 94 (26.6%) |
| Grau 3. Pequenos empresários ($<$ de 50 empregados); Quadros médios | 88 (24.9%) |
| Grau 4. Técnicos administrativos; Operários semi-qualificados; Funcionários públicos | 19 (5.4%) |
| Grau 5. Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores | 12 (3.4%) |

Instrumentos:

Neste estudo foram utilizados três instrumentos: (1) *Ficha de Pedido de Consulta* (CUP, 2007); (2) *Informação disponibilizada pelos terapeutas* e o (3) *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1982; versão portuguesa – Inventário de Sintomas Psicopatológico, Canavarro, 1999).

1. Ficha de Pedido de Consulta

A ficha de pedido de consulta é preenchida pelo próprio indivíduo que pede a consulta psicológica. Esta ficha inicia-se com os dados sociodemográficos do próprio, como: nome, idade, data de nascimento, sexo, habilitações literárias, profissão. Também questiona o indivíduo se já teve contacto prévio com a clínica, se já foi visto por algum psicoterapeuta e se de momento se encontra a tomar algum tipo de medicação. De seguida, é apresentado um breve texto que tem como objetivo informar ao cliente de que as próximas questões se destinam a entender melhor as suas necessidades. Começa por questionar os indivíduos sobre as razões que o motivaram a vir à consulta, é pedido que descreva a história do problema (o que na sua visão

originou o problema e algum evento de vida, caso o indivíduo ache pertinente). Por fim, é deixado espaço para que o indivíduo exponha mais alguma informação que ache pertinente para o acompanhamento.

2. Informação Disponibilizada pelos Terapeutas

Este documento destinado aos terapeutas foi construído para o presente estudo com o objetivo de complementar a informação previamente recolhida junto dos processos. Foi solicitado ao terapeuta a sua colaboração para o preenchimento do documento, que era constituído pelo número do processo e algumas informações que facilitassem a identificação do processo, e por fim, algumas questões sobre os processos a incluir no estudo, nomeadamente o diagnóstico clínico e/ou problemática, presença de comorbilidades, modelo teórico de intervenção utilizado e o estado do processo.

3. Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa por Canavarro, 1999)

O BSI tem como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica a nível de nove dimensões: sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, somatização, obsessões-compulsões, hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo, como também a nível de três índices globais: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e o total de sintomas positivos (TSP). Segundo Canavarro (2007), este instrumento pode ser aplicado a partir dos 13 anos de idade e tanto a doentes psiquiátricos como à população em geral. Apesar de ser um inventário de autorresposta com escala de Likert de 5 valores, o indivíduo deverá receber instruções precisas de forma a basear-se nos últimos sete dias para responder aos itens ao longo de oito a dez minutos. Relativamente à cotação, para se obter o total de cada dimensão deverão ser somadas as pontuações (0-4) de cada item. A soma deverá ser dividida pelo número de itens a que pertence a respetiva dimensão. No que se refere à cotação final, quanto maiores os resultados numa dimensão, maior o nível sintomatológico.

A BSI apresenta bons valores de consistência interna (Alfa de *Cronbach*), situados entre .62 e .80 para as nove escalas. A validade do constructo é adequada, apresentando valores estatisticamente significativos ($p < .001$) (Canavarro, 2007).

Procedimentos:

Procedimentos de Recolha de Dados:

Os dados utilizados neste estudo foram recolhidos, numa fase inicial, nos processos de adultos numa Clínica Universitária de Psicologia, durante setembro 2020 a fevereiro de 2021. Estes processos continham a informação recolhida pelo terapeuta, a ficha do pedido de consulta e os instrumentos de avaliação psicológica preenchidos – BSI. Posteriormente, de março a maio de 2021, a recolha foi realizada junto dos terapeutas responsáveis por cada processo de forma a completar a informação em falta.

No final, alguns dados foram recolhidos a partir das agendas da clínica (2007 a 2021) - e.g., número total de consultas, número de desmarcações.

Procedimentos de Análise de Dados:

Para a análise e tratamento de dados foi utilizado o programa estatístico *IBM SPSS Statistics 27.0*.

Importa referir que existiu a necessidade de recodificar algumas variáveis de forma a ser possível realizar a análise estatística desejada: estado civil, tipologia familiar, problemática / diagnóstico; comorbilidades e o modelo teórico de intervenção. O estado civil foi recodificado em solteiros, casados ou a viver em união de facto e divorciados ou separados. Os participantes que, inicialmente, foram categorizados como viúvos foram recodificados para omissos. No que se refere à tipologia familiar foi recodificada em tradicional e outros (reconstruída, monoparental, sozinho e amigo). Em relação às problemáticas/ diagnósticos foram recodificadas em sem diagnóstico, orientação vocacional, problemas de depressão, problemas de ansiedade, problemas do comportamento alimentar, problemas de ajustamento, aconselhamento parental, problemas no relacionamento interpessoal e as restantes problemáticas / diagnósticos foram agrupados na categoria outros. As comorbilidades foram recodificadas para presença de comorbilidades ou ausência de comorbilidades. Por último, o modelo teórico de intervenção foi recodificado em: terapia cognitiva-comportamental, terapia narrativa, terapia sistémica e aconselhamento parental, construtivista desenvolvimental e os restantes modelos foram agrupados na categoria outros.

Para calcular o nível socioeconómico de cada participante recorreremos ao Índice de *Graffar* adaptado por Amaro (1990). Para este cálculo só foram utilizados dois critérios: profissão e o nível de escolaridade. Para obter o resultado, num primeiro momento, cada critério foi classificado de um a cinco e de seguida, foi calculada a média entre os dois valores que

representa o nível no qual o indivíduo se encontra posicionado: Classe I– nível social alto; Classe II - nível médio alto; Classe III– nível médio; Classe IV– nível médio baixo e Classe V - nível baixo.

Recorreu-se à estatística descritiva, que contempla medidas de tendência central (a moda, a mediana e a média) e medidas de dispersão (e.g., como as frequências, o intervalo interquartilico e o desvio padrão) para o tratamento dos dados sociodemográficos (Martins, 2011).

Também se recorreu à estatística inferencial, uma vez que se pretende retirar conclusões sobre a população-alvo através do uso de testes estatísticos (Martins, 2011). Neste sentido, foram utilizados testes de diferenças em contexto de *design* inter-sujeitos para compreender se existem diferenças entre dois grupos (processos finalizados e processos de *dropout*) nas diferentes variáveis do cliente, do processo e clínicas, mais concretamente o Teste *t* para Amostras Independentes para variáveis intervalares e o Teste Mann-Whitney para variáveis ordinais.

Por último, recorreu-se aos testes de associação, mais especificamente ao Teste do Qui-Quadrado para avaliar se existe relação entre duas variáveis nominais.

Resultados

Ao longo desta secção serão apresentados os resultados tendo em consideração os objetivos específicos anteriormente mencionados.

1. Caracterização dos Processos Clínicos

De forma a responder ao primeiro objetivo deste estudo, a Tabela 2 apresenta a caracterização detalhada dos processos de adultos. De salientar que apenas serão referidos os números das respostas que conseguimos obter.

Como pode ser observado, a grande maioria dos processos decorreu em modalidade presencial (337; 95.2%), seguida da modalidade online (10; 2.8%) e por último da modalidade mista (7; 2%).

No que diz respeito às autorizações necessárias para a gravação de áudio, de imagem e de presença de estagiário a maioria dos clientes não autorizou. Na gravação de áudio 45 não autorizaram (12.7%), na gravação de imagem 54 clientes (15.3%) não autorizaram e 36 clientes (10.2%) não autorizaram a presença do estagiário em contexto de consulta.

No que concerne ao contacto prévio com a clínica e ao acompanhamento psicoterapêutico prévio, a maioria dos clientes refere que não teve contacto prévio com a clínica (190; 53.7%) nem acompanhamento psicoterapêutico (159; 44.9%). Por outro lado, das respostas que conseguimos aceder sobre a existência de um acompanhamento em paralelo, 21 clientes (5.9%) tinham acompanhamento, dos quais 20 (5.6%) eram seguidos em psiquiatria e 1 (.3%) em neurologia. No que diz respeito ao uso de medicação 175 dos participantes (49.4%) afirmam não utilizar.

Em relação à presença de psicopatologia dos pais na maioria dos processos é indicado que não existe psicopatologia do Pai (66; 18.6%) ou da Mãe (57; 16.1%). Nos processos em que existia psicopatologia parental, tanto do pai (2; .5%) como da mãe (8; 2.1%) a maioria corresponde a perturbações depressivas.

Como pode ser observado na Tabela 2, na dimensão de diagnóstico/ problemas a maioria dos participantes apresentam problemas de ansiedade (48; 13.6%), 43 (12.1%) aconselhamento parental, 31 clientes (8.8%) por orientação vocacional, 30 clientes (8.5%) apresentam problemas de ajustamento, 26 clientes (7.3%) apresentam problemas de depressão, 24 clientes (6.8%) apresentam problemas ao nível do relacionamento interpessoal, 44 clientes (12.4%) não se inserem em nenhuma das problemas anteriores e 3 (.8%) não apresentam problemática ou diagnóstico. Na dimensão de presença de comorbilidade 162 (45.8%) casos não apresentavam.

Relativamente ao modelo teórico de intervenção utilizado, na maioria dos processos foi utilizada a terapia cognitiva-comportamental (93; 26.3%), em 39 processos (11%) foi utilizada a terapia sistémica e aconselhamento parental, em 29 processos (8.2%) foi utilizada terapia narrativa, em 27 dos processos (7.6%) foi utilizada a abordagem construtivista desenvolvimentista e em 60 processos (16.9%) foram utilizadas outros modelos teóricos de intervenção.

Como se consta na Tabela 3 o número mínimo de consultas foi 1 e máximo de 74 ($M = 6.71$; $DP = 9.75$) e a duração média do processo, em meses, é de 5.56 ($DP = 11.96$). Para iniciar o processo terapêutico existiu um tempo mínimo de espera de 0 dias e um máximo de 74 dias e o intervalo de tempo médio entre sessões, em dias, é de 21.23 ($DP = 24.61$). Quanto ao número de desmarcações por parte do terapeuta variaram entre 0 e 13 ($M = .34$; $DP = 1.10$) e por parte do cliente entre 0 e 20 ($M = 1.45$; $DP = 1.52$). Para finalizar, o número de faltas por parte do cliente variou entre 0 e 20 ($M = 1.59$; $DP = 2.4$).

Tabela 2.*Caracterização dos Processos da Clínica*

| | N | % | M | DP | Mínimo | Máximo |
|--|-----|------|---|----|--------|--------|
| <i>Modalidade utilizada</i> | | | | | | |
| Presencial | 337 | 95.2 | | | | |
| Online | 10 | 2.8 | | | | |
| Mista | 7 | 2.8 | | | | |
| <i>Autorização de Gravação</i> | | | | | | |
| Gravação de Áudio | | | | | | |
| Sim | 33 | 9.3 | | | | |
| Não | 45 | 12.7 | | | | |
| Valores Omissos | 275 | 77.5 | | | | |
| Gravação de Imagem | | | | | | |
| Sim | 22 | 6.2 | | | | |
| Não | 54 | 15.3 | | | | |
| Valores Omissos | 278 | 78.5 | | | | |
| <i>Presença de Estagiário</i> | | | | | | |
| Sim | 35 | 9.9 | | | | |
| Não | 36 | 10.2 | | | | |
| Valores Omissos | 283 | 79.9 | | | | |
| <i>Contacto Prévio com a Clínica</i> | | | | | | |
| Sim | 36 | 10.2 | | | | |
| Não | 190 | 53.7 | | | | |
| Valores Omissos | 226 | 36.2 | | | | |
| <i>Acompanhamento Psicoterapêutico Prévio</i> | | | | | | |
| Sim | 97 | 27.4 | | | | |
| Não | 159 | 44.9 | | | | |

| | | |
|---|-----|------|
| Valores Omissos | 98 | 27.7 |
| <i>Acompanhamento Paralelo</i> | | |
| Sim | 21 | 5.9 |
| Psiquiatria | 20 | 5.6 |
| Neurologia | 1 | .3 |
| Não | 13 | 3.7 |
| Valores Omissos | 320 | 90.4 |
| <i>Uso de Medicação</i> | | |
| Uso de medicação | 75 | 21.2 |
| Não uso | 175 | 49.4 |
| Valores Omissos | 104 | 29.4 |
| <i>Presença de Psicopatologia Parental</i> | | |
| Pai | | |
| Sim | 8 | 2.3 |
| Não | 66 | 18.6 |
| Valores Omissos | 280 | 79.1 |
| Mãe | | |
| Sim | 19 | 5.4 |
| Não | 57 | 16.1 |
| Valores Omissos | 278 | 78.5 |
| <i>Preenchimento do BSI</i> | | |
| Sim | 60 | 16.9 |
| Não | 294 | 83.1 |
| <i>Diagnóstico/ Problemática</i> | | |

| | | |
|--|----|------|
| Aconselhamento Parental | 43 | 12.1 |
| Orientação Vocacional | 31 | 8.8 |
| Problemas de Depressão | 26 | 7.3 |
| Problemas de Ansiedade | 48 | 13.6 |
| Problemas do Comportamento Alimentar | 10 | 2.8 |
| Problemas de Ajustamento | 30 | 8.5 |
| Problemas do Relacionamento Interpessoal | 24 | 6.8 |
| Outros | 44 | 12.4 |
| Sem Diagnóstico | 3 | .8 |
| Valores Omissos | 95 | 26.8 |

Presença de Comorbilidade

| | | |
|-----------------|-----|------|
| Sim | 71 | 20.1 |
| Não | 162 | 45.8 |
| Valores Omissos | 121 | 34.2 |

Modelo Teórico de Intervenção

| | | |
|---|-----|------|
| Terapia Cognitiva-Comportamental | 93 | 26.3 |
| Terapia Narrativa | 29 | 8.2 |
| Terapia Sistémica e Aconselhamento Parental | 39 | 11 |
| Construtivista Desenvolvimental | 27 | 7.6 |
| Outros | 60 | 16.9 |
| Valores Omissos | 106 | 29.9 |

Número Total de Consultas, Duração do Processo em Meses, Tempo de Espera Para Iniciar o Processo, Tempo Médio de Espera Entre Sessões, Número de Desmarcações do Terapeuta e do Cliente e Número de Faltas

| | | | | |
|---|-------|-------|---|-----|
| Número Total de Consultas | 6.71 | 9.75 | 1 | 74 |
| Duração do Processo em Meses | 5.56 | 11.96 | 0 | 98 |
| Tempo de Espera Para Iniciar o Processo em Dias | 12.19 | 10.74 | 0 | 74 |
| Intervalo de Tempo Médio Entre Sessões em Dias | 21.23 | 24.61 | 0 | 202 |
| Número de Desmarcações do Terapeuta | .34 | 1.10 | 0 | 13 |
| Número de Desmarcações Cliente | .45 | 1.52 | 0 | 20 |
| Número de Faltas | 1.59 | 2.4 | 0 | 20 |

2. Papel de Variáveis Sociodemográficas no Dropout.

No que concerne ao segundo objetivo, foi possível verificar que existe uma associação significativa entre o estado do processo com as variáveis sociodemográficas: sexo, $\chi^2(1) = 4.722, p = .030$, tipologia familiar, $\chi^2(1) = 10.91, p < .001$ e estado civil, $\chi^2(2) = 7.042, p = .030$ (cf. Tabela 3). Em relação ao sexo, os resultados do teste sugerem que existe uma proporção de *dropout superior* nos participantes do sexo feminino (42.1%) comparativamente com os do sexo masculino (30.3%) Relativamente à tipologia familiar, parece existir uma proporção de *dropout superior* na tipologia outros (50%), que inclui tipologia familiar reconstruída, tipologia familiar monoparental, sozinho e amigos. No que concerne ao estado civil, os resultados sugerem que existe uma maior proporção de *dropout* em participantes divorciados ou separados (50%).

Tabela 3.

Teste de Qui-Quadrado (X^2) - Associação Entre as Variáveis Sociodemográficas e o Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| Variáveis Sociodemográficas | | n (%) | | Qui-Quadrado Valor |
|-----------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|-----------------------|
| | | Finalizado | Dropout | |
| Sexo | F | 13.6 (57.9%) | 99 (42.1%) | 4.72* |
| | M | 83 (69.7%) | 36 (30.3%) | |
| Tipologia Familiar | Tradicional | 109 (71.7%) | 43 (28.3%) | 10.91*** |
| | Outros | 41 (50%) | 41 (50%) | |
| Estado Civil | Solteiro | 87 (65.4%) | 46 (34.6%) | 7.04* |
| | Casado ou a viver em união de facto | 79 (72.5%) | 30 (27.5%) | |
| | Divorciado ou separado | 22 (50%) | 22 (50%) | |

* $p < .05$, *** $p < .001$

Foram testadas as diferenças ao nível das variáveis sociodemográficas: habilitações académicas, nível socioeconómico e idade – em função do estado do processo, não tendo sido encontradas diferenças significativas (cf. Anexo A).

3. *Papel de Variáveis Clínicas no Dropout.*

No diagnóstico/problemática existe uma associação significativa com o estado do processo, $\chi^2(8) = 64.727$, $p < .001$. Os resultados apontam que existe uma maior proporção de *dropout* nos participantes sem diagnóstico (100%). Na variável presença de comorbilidade existe uma associação significativa com o estado do processo, $\chi^2(1) = 7,215$, $p = .007$. O resultado do teste aponta para a existência de uma proporção de *dropout* superior nos participantes com comorbilidade (47.9%) comparativamente com os participantes sem comorbilidades (28.6%). Por último, verifica-se associação significativa entre o estado do processo e os participantes utilizarem medicação, $\chi^2(1) = 4.174$, $p = .041$. Verifica-se uma proporção de *dropout* superior em participantes que utilizam medicação (48%), comparativamente com os participantes que não usam medicação. Em contrapartida, não foram encontradas associações entre a variável clínica de existência de acompanhamento prévio e o estado do processo (cf. Tabela 4).

Tabela 4.

Teste de Qui-Quadrado (X^2)- Associação Entre as Variáveis Clínicas e o Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| Variáveis Clínicas | | n (%) | | Qui-Quadrado Valor |
|---------------------------------------|--|-------------|------------|-----------------------|
| | | Finalizado | Dropout | |
| Diagnóstico / Problemática | Sem diagnóstico | 0 (0%) | 3 (100%) | 64.72*** |
| | Orientação Vocacional | 29 (93.5%) | 2 (6.5%) | |
| | Problemas de Depressão | 10 (38.5%) | 16 (61.5%) | |
| | Problemas de Ansiedade | 24 (50%) | 24 (50%) | |
| | Problemas de Comportamento | 1 (10%) | 9 (90%) | |
| | Alimentar | | | |
| | Problemas de Ajustamento | 21 (70%) | 9 (30%) | |
| | Aconselhamento Parental | 42 (97.7%) | 1 (2.3%) | |
| | Problemas no Relacionamento Interpessoal | 14 (58.3%) | 10 (41.7%) | |
| | Outros | 30 (68.2%) | 14 (31.8%) | |
| Presença de Comorbilidade | Sim | 37 (52.1%) | 34 (47.9%) | 7.22* |
| | Não | 114 (70.4%) | 48 (29.6%) | |
| Uso de Medicação | Sim | 37 (52.1%) | 34 (47.9%) | 4.17* |
| | Não | 115 (65.7%) | 60 (34.3%) | |
| Acompanhamento Prévio | Sim | 60 (61.9%) | 36 (48%) | .28 |
| | Não | 93 (58.5%) | 66 (41.5%) | |

*p < .05, ***p < .001

Foi testada a diferença ao nível do índice de sintomatologia em função do estado do processo (finalizado vs. *dropout*). De acordo o Teste t para Amostra Independentes, existem diferenças significativas entre os processos finalizados e os processos de *dropout* ao nível do índice de sintomatologia, $t(58) = -3.81$, $p < .001$. Os participantes cujos processos foram classificados como *dropout* apresentam maior índice de sintomatologia do que os participantes que finalizaram o processo (cf. Tabela 5).

Tabela 5.

Teste t para Amostras Independentes - Diferenças Entre as Variáveis Clínicas em função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| | Estado do Processo | | t (58) |
|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| | Finalizado (n = 35) Média (DP) | Dropout (n = 25) Média (DP) | |
| Índice de Sintomatologia | 1.75 (.37) | 2.16 (.46) | -3.810*** |

*** $p < .001$

4. *Papel de Variáveis do Processo no Dropout.*

Relativamente ao quarto e último objetivo, verificou-se que existe associação significativa entre o estado do processo e o modelo teórico de intervenção utilizado, $\chi^2(4) = 38.97, p \leq .001$. Os resultados do teste sugerem que existe uma proporção de *dropout* superior nos processos em que foi utilizado o modelo teórico de intervenção outros, que inclui modelo humanista, terapia cognitiva, terapia cognitiva-comportamental com terapia narrativa e o modelo integrativo.

Quanto à variável presença de estagiário, não existe associação com o estado do processo (cf. Tabela 6).

Tabela 6.

Teste de Qui-Quadrado (X^2) - Associação Entre as Variáveis do Processo e o Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| Variáveis do Processo | | n (%) | | Qui-Quadrado |
|-------------------------------|---|------------|------------|--------------|
| | | Finalizado | Dropout | Valor |
| Modelo Teórico de Intervenção | Terapia Cognitiva-Comportamental | 49 (52.7%) | 44 (47.3%) | 38.97*** |
| | Terapia Narrativa | 21 (72.4%) | 8 (27.6%) | |
| | Terapia Sistémica e Aconselhamento Parental | 37 (94.9%) | 2 (5.1%) | |
| | Construtivista Desenvolvimental | 26 (96.3%) | 1 (3.7%) | |
| | Outros | 31 (51.7%) | 29 (48.3%) | |

| Variáveis do Processo | | n (%) | | Qui-Quadrado Valor |
|------------------------|-----|------------|------------|-----------------------|
| | | Finalizado | Dropout | |
| Presença de Estagiário | Sim | 19 (54.3%) | 16 (45.7%) | 1.13 |
| | Não | 15 (41.7%) | 21 (58.3%) | |

*** $p < .001$

Foram testadas as diferenças ao nível das variáveis do processo em função do estado do processo: número total de sessões do processo terapêutico e a duração do processo em meses (cf. Tabela 7). No que concerne ao número total de sessões do processo terapêutico, os processos finalizados apresentam um número total de sessões superior ($M = 8.11$; $DP = 1.72$) aos processos em que se realizou *dropout* ($M = 4.46$; $DP = 4.39$), $t(351) = 3.47$, $p < .001$. Em relação à variável de duração do processo em meses os processos finalizados apresentam uma maior duração do processo em meses ($M = 7.38$; $DP = 14.61$), quando comparados com os processos em que se realizou *dropout*, $t(349) = 3.70$, $p < .001$. Em relação às variáveis do processo: tempo de espera para iniciar o processo, tempo médio de espera entre sessões, número de faltas por parte do cliente e número de desmarcações quer do cliente quer do terapeuta, não se verificou diferenças em função do estado do processo (cf. Anexo B).

Tabela 7.

Teste t para Amostras Independentes - Diferenças Significativas Entre as Variáveis do Processo em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| | Estado do Processo | | |
|------------------------------|--------------------|-------------------|---------|
| | Finalizados | Dropout | |
| Número Total de Sessões | (n = 218) | (n = 135) | t (351) |
| | <i>Média (DP)</i> | <i>Média (DP)</i> | |
| | 8.11 (11.72) | 4.46 (4.39) | 3.47*** |
| Duração do Processo em Meses | (n = 217) | (n = 134) | t (349) |
| | <i>Média (DP)</i> | <i>Média (DP)</i> | |
| | 7.38 (14.61) | 2.60 (3.95) | 3.70*** |

*** $p < .001$

Discussão

Apesar de o *dropout* psicoterapêutico ser estudado há mais de 50 anos, ao longo da revisão da literatura foi possível identificar algumas lacunas na literatura nomeadamente, na compreensão do fenómeno na sua totalidade, ao não realizar uma leitura integrada das diferentes categorias de variáveis (Cooper et al., 2018). Deste modo, a presente investigação teve como objetivo explorar o papel de variáveis sociodemográficas, de variáveis clínicas e de variáveis do processo no *dropout*, numa amostra clínica de adultos. Para a sua concretização foi realizada uma caracterização dos processos clínicos de adultos de uma clínica universitária de Psicologia e a exploração do papel de variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis do processo no *dropout*.

Quanto à exploração do papel de variáveis sociodemográficas no *dropout*, apenas se verificou a existência de associações significativas nas variáveis sexo, estado civil e tipologia familiar.

No que diz respeito ao *sexo*, os resultados demonstram que existe uma maior proporção de *dropout* nas mulheres do que nos homens. Deste modo, o sexo feminino parece constituir-se como um fator de risco para o *dropout*. Este resultado não vai de encontro ao que a literatura indica, uma vez que o sexo feminino se pode, na literatura, constituir como um possível fator protetor para a finalização do processo psicoterapêutico (Cooper et al., 2018; Swift & Greenberg, 2012). Esta incongruência com a literatura poderá ser justificada pelas características da amostra, dos 354 participantes, 235 são do sexo feminino e os restantes 119 participantes são do sexo masculino, o que representa uma discrepância significativa ao nível do N entre os dois grupos.

No que concerne à *idade*, esta variável não é consistente ao longo da literatura. Alguns autores (e.g., Roseborough et al., 2016) afirmam a existência de uma relação entre a idade e o *dropout*, e ainda especificam as idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos como as mais preditoras deste fenómeno. Por outro lado, outros estudos não reportam esta relação (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Os resultados do presente estudo parecem ir de encontro com este último estudo, ao não se verificarem diferenças estatisticamente significativas ao nível da idade em função do estado do processo, sendo possível concluir que a idade não parece, nesta amostra, influir na ocorrência de *dropout*.

Quanto ao estado do processo, os resultados apontam para uma maior proporção de *dropout* em indivíduos divorciados ou separados. Este resultado contraria o estudo de Rossi et al. (2002), uma vez que estes autores enfatizam existir relação entre indivíduos solteiros e o *dropout*. Este dado poderá justificar-se devido ao facto de a amostra do estudo anteriormente

mencionado incluir participantes com idades iguais ou superiores a 14 anos, o que limita uma comparação direta com os dados do presente estudo.

No que diz respeito à *tipologia familiar*, também se verifica uma associação entre esta variável e o estado do processo, visto que os resultados indicam existir uma maior proporção de casos de *dropout* na categoria de outros tipos de tipologia familiar (reconstruída, monoparental, com amigo ou sozinho), comparativamente com a tipologia familiar tradicional. Estes resultados vão de encontro aos dados apresentados por Rossi et al. (2002), em que indivíduos que vivem sozinhos parecem apresentar uma maior probabilidade de experienciar *dropout* quando comparados com indivíduos que vivem com a sua família.

Na realização de testes de diferenças, não foram encontradas diferenças significativas ao nível das *habilitações académicas* em função do estado do processo. Roseborough et al. (2016) identificaram uma associação entre o *dropout* e as habilitações académicas de adultos, acrescentando que indivíduos com elevadas habilitações académicas apresentam uma maior probabilidade de finalizar o processo terapêutico. O resultado do presente estudo é consistente com a literatura, uma vez que a amostra do estudo é maioritariamente composta por indivíduos com habilitações académicas elevadas.

Apesar da relação entre o *dropout* e o NSE estar bem documentada ao longo da literatura (Baekeland & Lundwall, 1975), sugerindo que indivíduos com níveis NSE mais baixos apresentam uma maior probabilidade de realizar *dropout* psicoterapêutico, não foram encontradas diferenças significativas ao nível do NSE em função do estado do processo. Este dado pode ser justificado pelo facto de a amostra apresentar um NSE bastante homogéneo, posicionado num nível médio alto.

Quanto ao terceiro objetivo do estudo, que pretendia explorar o papel de variáveis clínicas no *dropout*, apenas foram encontrados resultados significativos em relação às variáveis de diagnóstico/ problemática, presença de comorbilidades, uso de medicação e índice de sintomatologia.

Relativamente à variável *diagnóstico/problemática*, os resultados sugerem que existe uma proporção de *dropout* superior nos processos em que não existe diagnóstico/ problemática, em comparação com os processos finalizados em que se verifica uma maior proporção de aconselhamento parental. Este resultado é consonante com as conclusões da literatura. A atribuição de um diagnóstico ou problemática ao cliente encontra-se diretamente relacionada com o aumento da motivação do cliente para a continuação no processo psicoterapêutico (Philips & Wennberg, 2014; Ricou et al., 2019). Por outro lado, a não atribuição de um diagnóstico ou problemática pode encontrar-se relacionado com a finalização precoce do

processo por parte do cliente, sem que antes seja recolhida toda a informação necessária pelo terapeuta para completar a avaliação psicológica do indivíduo. Esta finalização precoce pode, também, encontrar-se relacionada com os elevados níveis sintomatológicos dos participantes, que face a uma perceção de melhorias durante as primeiras sessões desistem unilateralmente do processo terapêutico – relação que se encontra bem documentada na literatura (Crits-Christoph et al., 2001; Schindler et al., 2012).

Este elevado índice sintomatológico pode, também, estar relacionado com a presença de comorbilidade nos indivíduos e, conseqüentemente com a ocorrência de *dropout*. O presente estudo verifica que existe uma maior proporção de *dropout* em indivíduos que tenham comorbilidades, que vai de encontro com as conclusões do estudo de Gersh et al. (2017). Neste sentido, uma possível justificação para este resultado prende-se com o facto da existência de comorbilidades implicar um maior envolvimento na terapia, por parte do cliente, para que seja possível ocorrer diminuição de sintomatologia e conseqüentemente um aumento do seu bem-estar.

Como pode ser constatado através destes últimos resultados, existe associação significativa entre o estado do processo e o índice sintomatológico. Estes encontram-se consonantes com a literatura, uma vez que indivíduos com níveis sintomatológicos mais elevados apresentam maior probabilidade de desistir do processo psicoterapêutico (Walitzer et al., 1999). Complementarmente, e apesar de não ser um objetivo estudar as diferenças entre os sexos dos participantes ao nível do índice sintomatológico, foi possível averiguar que os participantes do sexo feminino apresentam um maior índice de sintomatologia do que os participantes do sexo masculino - este dado é congruente com o resultado da variável sexo supramencionado.

A literatura sugere que o *uso de fármacos* é um fator protetor para a continuação no processo terapêutico (Lopes et al., 2015). Os resultados do presente estudo, que indicam existir uma proporção superior de *dropout* nos participantes que utilizam medicação em comparação com os participantes que não a utilizam, não são consistentes com os dados de estudos anteriores. Ainda assim, esta associação deverá ser interpretada com cautela, uma vez que esta variável resulta do autopreenchimento da ficha de pedido de consulta pelo cliente, na qual não existe especificação sobre a tipologia da medicação, podendo os clientes estar medicados para um outro problema que não o relacionado pelo motivo de pedido de consulta ou diagnóstico atribuído pelo terapeuta. Para além disso, no presente estudo pode equacionar-se a possibilidade de que os clientes que apresentam sintomas mais graves serem também aqueles que consumiam medicação, logo apresentando uma maior probabilidade de desistirem do processo.

No que toca à *variável acompanhamento prévio*, não foram encontradas associações significativas com o estado do processo. O resultado do presente estudo contraria os resultados da investigação de Werner-Wilson e Winter (2010), ao indicar que a inexistência de um acompanhamento psicológico prévio pode estar relacionada com uma maior probabilidade de ocorrer *dropout*.

O presente estudo teve como quarto objetivo a exploração do papel de variáveis do processo no *dropout*. Apenas foram encontrados resultados significativos em relação às variáveis número total de sessões, duração do processo em meses e o modelo teórico de intervenção.

Em relação ao *número total de sessões*, os processos finalizados apresentam maior número de consultas quando comparados com os processos em que ocorreu *dropout*. A literatura sugere que este fenómeno tende a ocorrer frequentemente entre 3^a sessão e a 10^a sessão, acrescentando que quanto maior o número de sessões planeadas menor será a probabilidade de ocorrer *dropout* (Santangelo, 2020). Também na *variável duração do processo em meses*, se verificou que processos finalizados apresentam uma maior duração terapêutica do que os processos em existiu um abandono da terapia. Isto poderá justificar-se pelo facto de indivíduos com processos psicoterapêuticos mais longos tenderem a perceber melhorias significativas, o que poderá aumentar a motivação e a probabilidade de finalizar o processo (Barrett et al., 2008).

Relativamente às variáveis *tempo de espera em dias para iniciar o processo* e o *tempo médio entre sessões*, parecem ser inexistentes as investigações que utilizem estas variáveis para compreender a sua relação com o *dropout*. A não significância entre o tempo de espera em dias para iniciar o processo pode encontrar-se relacionada com a política da clínica universitária de Psicologia em que o estudo foi realizado, ao assegurar a maior brevidade para iniciar o processo. No que se refere à não significância entre o tempo médio entre sessões, uma possível explicação pode remeter para o facto de as sessões e a periodicidade entre as mesmas ser estabelecida entre o terapeuta e o cliente, tendo em consideração as necessidades do cliente e os objetivos do processo terapêutico.

No que diz respeito à ausência de resultados significativos quanto à *variável número de faltas do cliente* e ao *número de desmarcações* quer do cliente quer do terapeuta, uma possível explicação para este resultado pode encontrar-se relacionada com algumas características dos clientes da clínica, como a sua elevada adesão no processo terapêutico.

Relativamente à *variável presença de estagiário* em consulta, também não foram encontradas associações significativas com a *variável estado do processo*. A literatura sobre a

a relação entre estas duas variáveis parece ser inexistente, apesar de alguns autores indicarem que existe relação entre o *dropout* e as consultas de psicologia realizadas pelos estagiários (Banham & Schweitzer, 2016). Uma possível explicação pode encontrar-se relacionada com menor experiência destes profissionais, o que ter implicações no estabelecimento da relação terapêutica (Da Rosa Pureza et al., 2017). Na clínica onde foi realizada o estudo, o número de respostas relativas à presença de estagiário em contexto terapêutico é consideravelmente inferior aos processos em que esta informação se encontra omissa, o que pode ter efeitos na significância dos resultados obtidos.

Embora a literatura não apresente consenso em relação à associação entre o modelo teórico de intervenção e o *dropout*, o estudo de Safarzade et al. (2018) comprova a sua relação com este fenómeno. Os resultados do presente estudo vão de encontro com a citação anterior, dado que se verificou associação significativa entre o *modelo teórico de intervenção* e o estado do processo. Ao nível do *dropout* existe uma maior proporção na categoria outros modelos teóricos de intervenção que não foram categorizados de modo individual. Nos processos finalizados parece existir uma maior proporção de processos que tenham utilizado como modelo teórico de intervenção a abordagem construtivista desenvolvimental em problemáticas como a orientação vocacional que, por serem processos mais contidos no tempo, parecem apresentar elevada prevalência de finalização.

Conclusões

Este estudo de carácter exploratório teve como objetivo principal explorar o papel de variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis do processo no *dropout*, numa amostra clínica de adultos.

De modo geral, os resultados indica-nos que determinadas variáveis como o sexo, a tipologia familiar, o estado civil, o diagnóstico/problemáticas, a presença de comorbilidades, a utilização de medicação, o índice de sintomatologia, o modelo teórico de intervenção, o número de sessões total e a duração do processo em meses, parecem estar associadas à ocorrência do *dropout*.

É importante perceber que o *dropout* existe e é um fenómeno complexo e prevalente na realidade psicoterapêutica (Cooper et al., 2018; Roos, 2011). Deste modo, uma leitura rigorosa e integrada das diferentes variáveis que podem levar ao *dropout* (sociodemográficas, clínicas e do processo), permitirá aos profissionais desenvolver metodologias que possibilitem a sua

identificação e a sua prevenção. Também, poderá permitir a definição de práticas clínicas de acordo com as idiossincrasias do cliente e proporcionar um ambiente potencialmente seguro, de forma a que o cliente se encontre motivado para permanecer em contexto terapêutico, o que poderá aumentar a eficácia da terapia (McMurrin et al., 2010; Swift & Greenberg, 2014), e assim, contribuir para a diminuição do *dropout*.

Ainda assim, é possível identificar algumas limitações. A primeira limitação prende-se com o facto de em algumas variáveis não termos informações sobre os processos, o que resulta em diversos valores omissos, o que consequentemente pode comprometer a significância dos resultados. Adicionalmente, a recodificação de algumas variáveis (e.g., tipologia familiar, diagnóstico/ problemas, comorbilidades e o modelo teórico de intervenção) pode ter, também, influenciado a significância dos resultados obtidos. Outra limitação identificada está relacionada com a existência de variáveis que apresentam pouca representatividade e por esse mesmo motivo, foram excluídas da investigação (e.g., psicopatologia parental, gravação de áudio e imagem). Por último, a exclusão da variável aliança terapêutica, a relação desta variável com o estado do processo encontra-se bem documentada ao longo da literatura, contudo a metodologia utilizada para avaliar as dimensões da aliança terapêutica é suscetível a viés, uma vez que a avaliação das três dimensões da aliança terapêutica (relação, objetivos e tarefas) decorre da perceção do terapeuta.

Também é possível identificar pontos fortes do presente estudo, nomeadamente a sua contribuição para um maior conhecimento sobre o fenómeno e a leitura completa e integrada das diferentes categorias de variáveis que podem levar ao *dropout*.

Face ao exposto podemos identificar algumas sugestões para investigações futuras, especificamente uma categorização diferente das variáveis supramencionadas que possibilitasse obter uma visão ampla sem perder o valor intrínseco de cada categoria. A segunda sugestão encontra-se relacionada com a integração da variável aliança terapêutica e a utilização de um instrumento de avaliação para avaliar a mesma, junto do terapeuta e do cliente, de forma a diminuir a possibilidade de viés e obter resultados fidedignos. Também seria interessante incluir as diferentes modalidades de intervenção em futuras investigações sobre o fenómeno. Outra sugestão, que seria uma valia, diz respeito à identificação de características pré *dropout* que possibilitem aos terapeutas a identificação das mesmas ao longo do processo e a possibilidade de prevenir o *dropout*, por exemplo, através da avaliação formal em diferentes momentos. Sabemos que um possível preditor de *dropout* encontra-se associado a uma diminuição da sintomatologia percebida pelo cliente, a possibilidade de termos diferentes momentos de avaliação permite a monitorização desta sintomatologia e a identificação de uma

possível diminuição da mesma. Para finalizar, seria interessante aliar à metodologia quantitativa uma metodologia qualitativa de forma a recolher informações das experiências e percepções tanto dos terapeutas como dos clientes sobre o *dropout*, o que possibilitaria uma leitura mais enriquecedora do fenómeno.

Referências bibliográficas

- Alves, S. P., Fonte, C. A., & Martins, L. S. M. (2020). Abandono do Tratamento em Psicoterapia: Fatores Sociodemográficos, Institucionais e Clínicos. *Contextos Clínicos*, 13(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.131.03>
- Amaro, Fausto (1990). Escala de Graffar Adaptada.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738–783. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Banham, J. A., & Schweitzer, R. D. (2016). Trainee-therapists are not all equal: Examination of therapeutic efficiency, effectiveness and early client dropout after 12 months of clinical training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 148–162. <https://doi.org/10.1111/papt.12071>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy*, 45(2), 247–267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Benetti, S. P., & Cunha, T. R. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48–59.
- Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 109-119. <https://doi.org/10.1002/erv.911>
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>
- Canavarro, M. C. (1999). Relações Afectivas e Saúde Mental. Quarteto.

- Canavarro, M.C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões., C. Machado., M. M. Gonçalves & L. S, Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados Para a População Portuguesa* (1ªed., vol.III, pp.305-331). Quarteto
- Carpenter, P. J., Del Gaudio, A. C., & Morrow, G. R. (1979). Dropouts and terminators from a community mental health center: Their use of other psychiatric services. *Psychiatric Quarterly*, 51(4), 271–279. <https://doi.org/10.1007/BF01082830>
- Cartreine, J. A., Ahern, D. K., & Locke, S. E. (2010). A roadmap to computer-based psychotherapy in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(2), 80–95. <https://doi.org/10.3109/10673221003707702>
- Clínica Universitária de Psicologia. (2007). Ficha de Pedido de Consulta de Adultos.
- Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L., & Feeny, N. C. (2018). Rethinking research on prediction and prevention of psychotherapy dropout: A mechanism-oriented approach. *Behavior Modification*, 1–24. <https://doi.org/10.1177/0145445518792251>
- Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Donald-Sherbourne, C., Bystritsky, A., Katon, W., & Sullivan, G. (2002). Treating panic disorder in primary care: A collaborative care intervention. *General Hospital Psychiatry*, 24(3), 148–155. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00174-3](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00174-3)
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M., & Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 145–154.
- Da Rosa Pureza, J., Da Silva Oliveira, M., & Andretta, I. (2017). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento*, 31(74). <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.ao10>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., Ramtahal, N., Fernandez E, Salem D, Swift JK, &

- Ramtahal N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(6), 1108–1122.
- Fernández-álvarez, H., Consoli, A. J., & Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist, 71*(8), 820–830. <https://doi.org/10.1037/amp0000100>
- Fiester, A. R., & Rudestam, K. E. (1975). A multivariate analysis of the early dropout process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*(4), 528–535. <https://doi.org/10.1037/h0076884>
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., & McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 52*, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>
- Grilo, C. M., Money, R., Barlow, D. H., Goddard, A. W., Gorman, J. M., Hofmann, S. G., Papp, L. A., Shear, K. M., & Woods, S. W. (1998). Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 39*(6).
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(3), 333–343. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- Hardy, G. E., Barkham, M., Stiles, W. B., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time- limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 304–312. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.304>

- Harris, P. M. (1998). Attrition revisited. *American Journal of Evaluation*, 19(3), 293–305.
<https://doi.org/10.1177/109821409801900303>
- Jeremy, D., Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). Previous research has shown that the therapeutic alliance. *Anales de Psicología*, 30(3), 985–994.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(3), 181–190. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000300005>
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 28(2), 160–172. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2802_4
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233–259.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233>
- Leichsenring, F., Sarrar, L., & Steinert, C. (2019). Drop-outs in psychotherapy: a change of perspective. *World Psychiatry*, 18(1), 32–33. <https://doi.org/10.1002/wps.20588>
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 45–53.
<https://doi.org/10.1080/10503300512331327047>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. 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>

Markowitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T., & Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *American Journal of Psychiatry*, 178(3), 240–246. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050557>

Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir (1ªed.). Psiquilíbrios Edições.

McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>

Mucic, D., & Hilty, D. M. (2020). Psychotherapy Using Electronic Media.

https://doi.org/10.1007/978-3-030-24082-0_15

Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N., Hwang, I., Druss, B., Wang, P., Wells, K., Pincus, H. A., & Kessler, R. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60(7), 898–907. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.7.898>

Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 329–336.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00015>

Philips, B., & Wennberg, P. (2014). The importance of therapy motivation for patients with substance use disorders. In *Psychotherapy*, 51(4), 555–562.

<https://doi.org/10.1037/a0033360>

Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L., & Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 82–97.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2011.573807>

- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 36(2), 123–136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- 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>
- Rodrigues, C. G. & Tavares, M. de A. (2016). Psicoterapia online: Demanda crescente e sugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 735-744.
- Roos, J. (2011). Left behind: A review of therapist and process variables influencing dropout from individual psychotherapy.
- 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>
- Roseborough, D. J., McLeod, J. T., & Wright, F. I. (2016). Attrition in psychotherapy: A survival analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 803–815. <https://doi.org/10.1177/1049731515569073>
- Rossi, A., Amaddeo, F., Bisoffi, G., Ruggeri, M., Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Dropping out of care: Inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *The British Journal of Psychiatry*, 181(4), 331–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.331>
- Safarzade, S., Rahimian Boogar, I., & Talepasand, S. (2018). The role of demographical factors in prediction of successful termination of individual psychotherapy. *Journal of Research and Health*, 8(3), 198–209. <https://doi.org/10.29252/jrh.8.3.198>
- Sales, C. (2003). Understanding prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 81–90.

- Santangelo, P. R. (2020). Terminación Prematura en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 181–195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.3163>
- Schindler, A., Hiller, W., & Witthöft, M. (2012). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 365–370. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001063>
- Sharf, J. (2009). *Meta-analysis of Psychotherapy Dropout*.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *IPsychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. Educational Publishing Foundation. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. In *Behavior Modification*, 23(1), 129–151. <https://doi.org/10.1177/0145445599231006>
- 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>

Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-Mckean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research, 20*(4), 423–435. <https://doi.org/10.1080/10503301003645796>

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190–195. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.24.2.190>

Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(2), 312–321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

Anexos

Anexo A. Diferenças ao Nível de Variáveis Sociodemográficas em Função do Estado do Processo (finalizado vs *dropout*)

Tabela A1.

Teste t para Amostras Independentes: Diferenças ao Nível da Idade em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| | Estado do Processo | | |
|-------|--------------------|-------------------|---------|
| | Finalizados | Dropout | |
| Idade | (n = 186) | (n = 117) | t (301) |
| | <i>Média (DP)</i> | <i>Média (DP)</i> | |
| | 35.22 (14.22) | 35.62 (12.78) | -.250 |

* $p < .05$

Tabela A2.

Teste de Mann-Whitney: Diferenças ao Nível das Variáveis Sociodemográficas em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| | Estado do Processo | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------|
| | Finalizados | Dropout | |
| Habilitações Académicas | (n = 177) | (n = 103) | u |
| | <i>Ordem Média</i> | <i>Ordem Média</i> | |
| | 137.76 | 145.21 | 8630.5 |
| Nível Socioeconómico | (n = 161) | (n = 103) | u |
| | <i>Ordem Média</i> | <i>Ordem Média</i> | |
| | 129.11 | 137.8 | 7746 |

* $p < .05$

Anexo B. Diferenças ao Nível de Variáveis do Processo em Função do Estado do Processo.

Tabela B1.

Teste T para Amostras Independentes: Diferenças ao nível das Variáveis do Processo em Função do Estado do Processo (finalizado vs dropout)

| | Estado do Processo | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| | Finalizados | Dropout | |
| Tempo de Espera para Iniciar o Processo | (n = 141) <i>Média (DP)</i> | (n = 80) <i>Média (DP)</i> | t (219) |
| | 11.43 (10.48) | 13.51 (11.13) | -1.39 |
| Tempo Médio de Espera entre Sessões | (n = 212) <i>Média (DP)</i> | (n = 134) <i>Média (DP)</i> | t (344) |
| | 21.88 (21.28) | 20.20 (29.18) | .62 |
| Número de Faltas por Parte do Cliente | (n = 217) <i>Média (DP)</i> | (n = 135) <i>Média (DP)</i> | t (350) |
| | 1.59 (2.71) | 1.59 (1.77) | .01 |
| Número de Desmarcações do Terapeuta | (n = 217) <i>Média (DP)</i> | (n = 135) <i>Média (DP)</i> | t (350) |
| | .40 (1.31) | .25 (.64) | 1.23 |
| Número de Desmarcações do Cliente | (n = 217) <i>Média (DP)</i> | (n = 135) <i>Média (DP)</i> | t (350) |
| | .49 (1.81) | .39 (.91) | .148 |

* $p < .05$