

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VIVER O *DROPOUT*: PERCEÇÃO E IMPACTO
NOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

Sofia Alexandra Faustino Correia

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental Integrativo)**

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VIVER O *DROPOUT*: PERCEÇÃO E IMPACTO
NOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

Sofia Alexandra Faustino Correia

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental Integrativo

2018

AGRADECIMENTOS

Gostava de agradecer à professora Doutora Ana Catarina Nunes pela sua fulcral ajuda, pela demonstração de disponibilidade constante para qualquer dúvida, bloqueio ou problema. Pela sua paciência e capacidade de escuta naqueles momentos de “pânico e de frustração” que foram surgindo ao longo deste processo. Pelo seu rigor construtivo, possibilitando tornar os seus alunos futuros profissionais mais competentes e exigentes.

Aos participantes, pela sua disponibilidade, amabilidade, e ajuda preciosa, pois mesmo com agenda cheia e entre consultas, possibilitaram a realização das entrevistas. Sem eles o estudo não seria exequível.

Aos meus pais e ao meu irmão. Por no decorrer dos cinco anos de formação estarem sempre disponíveis para fornecer suporte emocional nos momentos mais frágeis, por acreditarem nas minhas competências e depositarem orgulho nas minhas conquistas.

Há minha prima querida Beatriz pela força e motivação depositada, por valorizar e reforçar cada ganho conseguido ao longo deste longo percurso académico.

Às minhas “miúdas”, Andreia Bastos, Andreia alferes, Amanda, Beatriz, Jéssica e Rita, que ao longo destes cinco anos tornaram-se pessoas únicas e especiais para mim, tendo sido a minha família em Lisboa, tornando este período de formação mais completo e divertido. Agradeço pela sua amizade, companheirismo, apoio emocional e social. Apesar de o sentimento ser igualitário, gostava de realçar a ajuda preciosa da minha companheira de “mansão”, por naqueles fins de dia, quando chegava a casa desanimada e frustrada, me escutar e aconchegar com as suas palavras incentivadoras.

Ao meu “miúdo”, pelo apoio essencial fornecido neste ano, depositando em mim a crença de um futura profissional competente: “Ouvir com olhos de ver os problemas alheios é uma virtude... pois essa atitude psicologicamente audaz faz com que sejas capaz de contornar

o mais pequeno obstáculo ou mente conturbada e estes se transformarem numa simples batalha”. E por tentar transmitir e inculcar a valorização de uma visão mais positiva, não me focando exclusivamente nos aspetos negativos.

RESUMO

Aproximadamente um em cinco clientes desistem do processo psicoterapêutico (Swift, Spencer & Goode, 2018). O *dropout* parece ser um fenómeno bastante prevalente na psicoterapia, podendo ser considerado como um potencial problema. A maioria dos estudos focam-se na consistência dos preditores do *dropout* dos clientes, e nos motivos que levam os mesmos a desistirem da psicoterapia. O presente estudo muda a diretividade dos estudos incidentes no *dropout*, explorando como é que os psicólogos clínicos vivenciam os casos de *dropout* ocorridos ao longo da sua experiência profissional, captando o impacto emocional e profissional que este tipo de fenómeno poderá causar. O estudo conta com nove psicólogos clínicos (membros efetivos e estagiários da Ordem dos Psicólogos Portugueses), apresentando um carácter exploratório, e de natureza qualitativa, recorrendo à análise temática como método de análise dos dados, através do *software* QSR NVivo 12. Os resultados extraídos enfatizam a ausência de uniformização do conceito *dropout*. No momento imediato ao *dropout*, os psicólogos assumem o ocorrido como erro ou falha profissional, posteriormente evidenciam uma visão do fenómeno mais globalizada, integrando quer as suas variáveis quer as dos clientes. Recorrem à intervenção e à supervisão, como auxílio para gerir os referentes casos. Os psicólogos sentem-se tristes, desiludidos, surpresos, entre outras emoções. Os *dropouts* são assimilados como fontes de melhoria e crescimento profissional, no entanto consideram que a falta de experiência profissional, no momento da ocorrência do *dropout*, influenciou o desenrolar dos casos.

São indicadas algumas limitações do presente estudo, bem como sugestões para futuras investigações.

Palavra-chave: *Dropout; visão do psicólogo; vivência do psicólogo; estudo qualitativo*

ABSTRACT

Approximately one out of every five clients give up the psychotherapeutic process (Swift, Spencer & Goode, 2018). The dropout seems to be a very prevalent phenomenon in psychotherapy, and it may be considered as a potential problem. Most studies focus on the consistency of the predictors of the clients' dropout, and the reasons that lead them to give up psychotherapy. This study shows changes the directive of the dropout focused literature, focusing and exploring the way clinical psychologists live the dropout cases that occurred throughout their professional experience, capturing the emotional and professional impact that this type of phenomenon may cause them. The study includes nine clinical psychologists (effective members of the Portuguese order of Psychologist), presenting an exploratory character and a qualitative nature, recurring to the thematic analysis as a data analysis method, through the software QRS NVivo 12. The results that were obtained emphasizes the absence of homogeneity of the concept dropout. Immediately after the dropout, the psychologists assume the event as a professional flaw, but afterwards they show a more global vision of the phenomenon, fitting in their and their clients' variables. They recur to intervision and supervision as help to manage the referent cases. The psychologists feel sad, disappointed, surprised, among other emotions. The dropouts are assimilated as a source of professional improvement and growth, however they consider that the lack of professional experience at the moment of the dropout influenced the way the cases unrolled.

Some limitations of the study are indicated, as well as suggestions for future investigations.

Keywords: Dropout, psychologist vision; psychologist experience; qualitative study

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Conceptualização de <i>dropout</i>	1
Fatores dos clientes	2
Razões apontadas pelos clientes para o <i>dropout</i>	3
Fatores dos Psicoterapeutas	4
Impacto profissional e emocional da vivência dos <i>dropouts</i>	4
Razões apontadas pelos psicoterapeutas para os seus clientes terem concretizado <i>dropout</i>	4
Fatores da Relação	5
Aliança terapêutica	6
Divergência entre a díade relativamente às expectativas	6
Pertinência do Estudo	7
METODOLOGIA	7
Desenho da Investigação	8
Pergunta Inicial	8
Objetivos	8
Caracterização da Amostra	8
Instrumento	9
Guião de Entrevista Semiestruturada	9
Procedimentos	9
Procedimento de seleção e recolha de dados	9
Procedimento de análise de dados	10
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	11
Domínio1: Conceptualização de <i>dropout</i>	12

Dominio2: Possíveis indicadores <i>dropout</i>	14
Dominio3: Vivência do <i>dropout</i>	18
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	35

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Informação sobre o estudo e consentimento informado

Anexo B- Guião de entrevista semiestruturado

Anexo C- Sistema hierárquico de categorias

Introdução

Conceptualização de *dropout*

O *dropout* tem sido um fenómeno bastante presente no percurso e desenvolvimento da psicoterapia ao longo dos anos, sendo considerado como um problema recorrente. Segundo Reis e Brown (2006), 30% a 60% dos clientes em psicoterapia realizam *dropout*. A complexidade do fenómeno é refletido na inconsistência de atribuir uma expressão que o identifique, apresentando várias possibilidades: *Dropout*, Término Precoce, Término unilateral (Reis & Brown, 1999). Isto acaba por se refletir na definição do próprio conceito. O *dropout* tem sido definido de várias formas, incluindo faltar a uma sessão agendada sem concretizar o agendamento da próxima consulta, falha em completar um determinado número de sessões, e tomar a decisão de forma unilateral de terminar o processo terapêutico sem o acordo do terapeuta (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Existe a conceção de que o julgamento do terapeuta é a melhor forma para identificar e definir o que é *dropout* (Gülüm, Soygüt & Safran, 2016), pelo facto de terem a capacidade de diferenciar clientes que terminaram de forma unilateral o tratamento mas que evidenciaram ganhos com o mesmo, comparativamente a clientes que tomam a decisão de abandonar a psicoterapia, mas que não beneficiaram da mesma (e.g., Pekarik, 1985, Swift & Greenberg, 2012) uma vez que muitas vezes os resultados e ganhos com a psicoterapia não são observáveis. Estes últimos são considerados efetivamente como casos de *dropout*, enquanto que os outros, tendo como referência a visão do terapeuta, poderão não o ser.

Recentemente tem surgido na literatura a definição de desistência na psicoterapia associada ao tipo de decisão, podendo esta ser unilateral, partindo do cliente, ou mútua ao nível da díade terapêutica. O término precoce unilateral é designado quando a decisão de abandonar a psicoterapia parte exclusivamente pelo cliente, por outro lado a desistência mútua acontece quando a decisão do término é acordado entre o cliente e psicoterapeuta, (Westmacott, Hunsley,

Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010) chegando a um acordo no qual o psicoterapeuta consegue compreender e aceder ao(s) motivo(s) que levou o seu cliente a abandonar a psicoterapia.

Fatores dos clientes

No fenómeno do *dropout*, os aspetos mais estudados referem-se aos fatores que tendem a aumentar a probabilidade de um determinado cliente abandonar precocemente o processo psicoterapêutico ou acompanhamento psicológico. Os fatores considerados como predisponentes para a ocorrência de *dropouts* tendem a apresentar a seguinte organização: variáveis do cliente, variáveis do psicoterapeuta e variáveis da relação (Anderson, 2015; Roos & Werbart, 2013).

A idade, o género, o estatuto socioeconómico e o nível de escolaridade do cliente, são as variáveis do cliente que ao longo do tempo têm sido consideradas como influenciadoras para a ocorrência de *dropout* em psicoterapia ou acompanhamento psicológico. No entanto, existem já estudos que indicam que a idade e o género parecem não exercer influência no processo de *dropout* (Reis & Brown, 1999).

Uma das variáveis mais consistentemente associada ao fenómeno do *dropout* diz respeito ao estatuto socioeconómico. Vários estudos têm encontrado uma forte ligação entre um baixo estatuto socioeconómico e o término unilateral (e.g., Hillis, Alexandre & Eagles, 1993; Reis & Brown, 1999; Rubin, Dolev & Zilcha-Mano, 2016). O nível de escolaridade é outro fator que apresenta consistência na forma como poderá influenciar a ocorrência de *dropout* (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Existe maior tendência para a ocorrência deste fenómeno quando os clientes apresentam menor nível de instrução (Rubin et al. 2016; Swift & Greenberg, 2012). Posto isto, clientes que abandonam a psicoterapia tendem a ter menos escolaridade e menor nível socioeconómico, comparativamente com clientes que permanecem na mesma (Werner-Wilson & Winter, 2010).

Segundo Reis e Brown (1999) o fator demográfico mais consistente, e que está fortemente ligado à ocorrência deste fenómeno diz respeito ao estatuto socioeconómico.

A inconsistência relativamente à influência de outros fatores poderá estar relacionada com a inconsistência na própria definição de *dropout* (Swift & Greenberg, 2012), fazendo com que as conclusões dos vários estudos sejam díspares.

Razões apontadas pelos clientes para o *dropout*. Vários estudos têm indicado que quando os clientes são questionados de forma retrospectiva sobre o(s) motivo(s) que os levaram a abandonar a psicoterapia ou acompanhamento psicológico, a razão mais prevalente diz respeito à insatisfação com o psicoterapeuta e/ou com a psicoterapia. Esta insatisfação é reportada sobretudo quando o término foi unilateral, e não houve um acordo entre as duas partes envolvidas (Anderson, 2015; Roe, Dekel, Harel & Fenning, 2006; Roos & Werbart, 2015, Westmacott et al., 2010).

Outras razões apontadas pelos clientes englobam: o facto de a psicoterapia não lhes trazer benefícios (Westmacott et al., 2010), por se sentirem melhor (Westmacott & Hunsley, 2010), e por acreditarem que já apresentam melhorias (Murdoch, Edwards & Murdoch, 2010), enumerando também como justificação fatores externos ou ambientais (e.g., mudanças geográficas do cliente) (Murdoch et al., 2010). Assim sendo, as razões apontadas poderão ser múltiplas (e.g., cliente sentir-se melhor, insatisfação com a psicoterapia e psicoterapeuta) constatando-se essa diversidade nos vários estudos que se debruçam sob este aspeto.

Quando a decisão é mútua ou quando a razão apontada pelo cliente é de natureza externa/ ambiental, existe tendência para haver concordância entre a díade perante a mesma (Todd, Deane, & Bragdon, 2003; Westmacott et al., 2010).

Fatores do Psicoterapeuta

A maioria dos estudos incidentes sob o *dropout* debruçam-se sobre a perspectiva do cliente, explorando tanto os preditores como as razões apontadas pelos mesmos para terem decidido abandonar a psicoterapia. Sendo a perspectiva do psicoterapeuta e os seus fatores menos atendidos (Roos & Werbart, 2013).

A experiência profissional, a formação do psicoterapeuta, a capacidade de ser flexível e de se adaptar à problemática específica do cliente, de estabelecer aliança terapêutica e fornecer suporte emocional, têm sido variáveis apontadas como potenciais influenciadoras do *dropout*, estando associadas a melhores resultados terapêuticos e a menor ocorrência de *dropouts* (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996; Gülüm et al., 2016; Roos & Werbart, 2013)

Impacto emocional e profissional da vivência dos *dropouts*. Quando um cliente toma a decisão de abandonar a psicoterapia, o psicoterapeuta poderá reagir de variadas formas, podendo experienciar emoções stressantes. O modo como o psicoterapeuta reage ao término do processo pode ter implicações para o seu desenvolvimento profissional e trabalho com os seus futuros clientes (Piselli, 2010).

No que diz respeito ao campo das emoções, os psicoterapeutas podem sentir-se magoados, rejeitados, abandonados ou “traídos” pelos seus clientes e desapontados com a noção de falha (Guy, 1987; Piselli, 2010), reportando sentimentos como frustração, tristeza, culpa, ansiedade e surpresa (Piselli, 2010). As emoções sentidas decorrentes da vivência do *dropout* poderão influenciar a visão que o psicoterapeuta tem de si como profissional, existindo a possibilidade das emoções ativadas interferirem com a capacidade de o mesmo trabalhar de forma eficaz (Piselli, 2010).

Razões apontadas pelos psicoterapeutas para os seus clientes terem concretizado *dropout*.

Os psicoterapeutas poderão processar e interiorizar o processo de *dropout* de dois modos distintos, levando-os à concretização de atribuições, que poderão ser externas ou internas. As

atribuições externas, quando consideram que o motivo ou razão pelo qual o seu cliente abandonou a psicoterapia está relacionado com as variáveis do próprio cliente, tal como, não ter possibilidades financeiras para continuar a suportar as sessões, por falta de motivação para a mudança, ou por apresentar um funcionamento de personalidade pouco adaptativo (Piselli, 2010; Ross & Werbart, 2013). Sendo assim dentro das variáveis dos clientes podem existir razões de natureza situacional/ contextual e intrínsecas. Quando o psicoterapeuta processa a ocorrência do *dropout* relacionando-o com a sua eficácia e capacidade enquanto psicoterapeuta, sentindo alguma culpa pelo ocorrido (Piselli,2010), este tipo de atribuições são de natureza interna.

Existe maior tendência para as atribuições realizadas pelos psicoterapeutas serem externas, considerando as variáveis do cliente as influenciadoras. Hunsley, Aubry, Verstervelt e Vito (1999) e Rank e Dinger (2002) sugerem que os psicoterapeutas apresentam uma tendência para assumir que a psicoterapia apresentou resultados positivos e foi bem-sucedida, ou então realizam atribuições externas, referindo variáveis dos clientes. São pouco os psicoterapeutas que referenciam a insatisfação com o próprio ou com a psicoterapia como razão do *dropout* (Murdock, et al., 2010). Posto isto, constata-se que os clientes e os psicoterapeutas apresentam perspectivas distintas relativamente ao porquê de o processo psicoterapêutico ter terminado, fornecendo justificações e atribuições diferenciadas (Piselli, 2010).

Fatores da Relação

No fenómeno do *dropout* a atenção tem sido orientada para a exploração e para o estudo dos fatores do cliente e do psicoterapeuta, mas de um modo isolado, salientando-se a importância de direcionar a futura investigação para os fatores que captem a relação e o processo psicoterapêutico (Frank,1979; Sharf, Primavera & Diener,2010; Wiezbicki & Pekarik, 1993). A relação entre as variáveis do psicoterapeuta e do cliente irão proporcionar melhores resultados terapêuticos e uma diminuição da probabilidade de ocorrência de *dropout* (Corning,

Malofeeva & Bucchianeri, 2007), reforçando assim a relevância dos estudos que articule estes dois fatores.

Aliança terapêutica. A aliança terapêutica é considerada como um dos elementos fulcrais para uma relação terapêutica eficaz, consistindo na qualidade, fortalecimento da relação colaborativa estabelecida entre o cliente e o psicoterapeuta (Bordin, 1979), podendo ser a qualidade da relação terapêutica um preditor do *dropout*. Uma das consequências de uma pobre aliança terapêutica é o término unilateral (Bordin, 1974; Tryon & Kane, 1993). Os psicoterapeutas que conseguem estabelecer uma aliança terapêutica forte com os clientes apresentam melhores resultados, comparativamente com aqueles no qual esta componente do processo psicoterapêutico não é tão bem conseguida (e.g., Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Luedke, Peluso, Diaz, Freund & Baker, 2017). Segundo Gelso e Fretz (1992) uma forte aliança terapêutica possibilita a permanência do cliente na terapia apesar das dificuldades encontradas e proporcionadas pelo próprio processo terapêutico (Tryon & Kane, 1993). Sharf, Primavera e Diener (2010) realizaram uma meta-análise, onde examinaram 11 estudos que conjugam o *dropout* em psicoterapia e a aliança terapêutica, constatando a existência de uma forte relação entre estas variáveis, realçando que clientes que apresentam uma fraca aliança terapêutica são os que estão mais propensos a desistirem da psicoterapia precocemente.

Quando o término é consentido entre as duas partes, ou seja término prematuro mútuo, a aliança terapêutica é referida como mais forte comparativamente com os terminos precoces considerados unilaterais, no qual a decisão tomada passou exclusivamente pelo cliente (Westmacott et al., 2010).

Divergência entre a díade relativamente a expectativas. A divergência entre as expectativas cliente-psicoterapeuta em relação à percepção de severidade do problema, no qual o psicoterapeuta percebe a(s) problemática(s) do cliente como mais severa(s), comparativamente com a visão do seu cliente, é considerado outro aspeto igualmente

influenciador para a ocorrência de *dropout* em psicoterapia, integrado nos fatores da relação. Corning, Malofeeva e Bucchianeri (2007) debruçaram-se sobre esta possibilidade, verificando que de facto a discrepância na percepção de severidade do problema é um fator influenciador para a ocorrência de *dropout*. Por fim, as percepções distintas da díade relativamente à duração do tratamento, no qual os clientes antecipam necessidade de menos sessões e os psicoterapeutas mais, poderá interferir na satisfação com o processo psicoterapêutico, elevando a possibilidade de ocorrência de *dropout* (Mueller & Pekarik, 2000; Pekarik & Finney- Owen, 1987).

Pertinência do Estudo

A identificação das variáveis preditoras do processo de *dropout*, nomeadamente variáveis demográficas e a exploração das razões apontadas pelos clientes para o término precoce da psicoterapia estão bem estudadas pela literatura, sendo que os estudos se focam maioritariamente na perspetiva do cliente. O presente estudo pretende colmatar as lacunas identificadas na literatura e explorar a visão do psicólogo relativamente ao processo do *dropout*, nomeadamente, a compreensão do fenómeno e as vivências do mesmo após um processo de *dropout*. Desta forma, pretende-se compreender melhor este evento da psicoterapia, possibilitando identificar fatores que permitam antecipar, reduzir e possibilitar uma melhor gestão do processo de *dropout*.

Metodologia

O presente estudo evidencia um carácter exploratório e descritivo, sendo um estudo de natureza qualitativa. Este tipo de metodologia irá também possibilitar aceder às experiências subjetivas, sendo o grande objetivo do estudo conhecer e aceder as experiências dos psicólogos relativamente ao fenómeno do *dropout*. Por fim, a flexibilidade proveniente das metodologias qualitativas é uma outra característica que reforça a adaptação deste tipo de metodologia no presente estudo (Johnson & Waterfield, 2004; Silverman, 2000).

Desenho da investigação

Questão inicial. Tendo presente o carácter exploratório do referido estudo, o mesmo parte da seguinte questão: Qual a visão e a vivência dos psicólogos clínicos acerca do fenómeno do *dropout*?

Objetivos. De seguida encontram-se referidos os objetivos do estudo:

1. Explorar a compreensão do constructo do *dropout* por parte dos psicólogos.
2. Perceber os vários tipos de *dropout* ocorrentes na experiência dos mesmos.
3. Atender a possíveis marcadores pré-*dropout* identificados.
4. Compreender o modo como os psicólogos lidam com o *dropout*, e que estratégias utilizam de forma a gerir o acontecimento.
5. Compreender o impacto a nível experiencial, percebendo quais as emoções sentidas e como lidam com as mesmas.
6. Perceber o impacto a nível profissional, compreender possíveis implicações para os seus futuros casos.
7. Aceder aos aspetos positivos decorrentes da vivência dos *dropouts*.
8. Atender ao papel do psicólogo no *dropout*, perceber se os mesmos consideram que alguma ação sua tem impacto negativo, de forma a influenciar e aumentar a probabilidade de *dropout*.

Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo conta com nove participantes. Foram realizadas dez entrevistas, no entanto foi excluída uma, aspeto que será explicitado na secção de procedimentos de análise de dados. Posto isto, o estudo contou com a presença de nove psicólogos clínicos, sete do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades entre os 24 e os 42 anos ($M= 32,2$ $DP=6,2$). Relativamente à orientação teórica, cinco referem a orientação Cognitivo-Comportamental Integrativa, três a orientação Psicodinâmica, e um participante

refere a orientação Psicodinâmica como formação base, no entanto na sua prática clínica atual recorre a metodologias cognitivo-comportamentais. Seis participantes apresentam entre cinco a 18 anos de experiência ($M= 8,6$), dois participantes, no momento da concretização da entrevista, encontravam-se a concluir o estágio da Ordem dos Psicólogos Portugueses, e um outro tornou-se membro efetivo recentemente.

Instrumento

Guião de entrevista semiestruturado. Foi construído um guião de entrevista semiestruturado (Anexo B) adaptável à natureza exploratória e qualitativa do presente estudo. Foi concebido tendo como referência a literatura existente acerca da temática. O mesmo foi estruturado em blocos temáticos, organizados em quatro domínios (e.g., Apresentação; Conceptualização de *dropout*; Vivência do *dropout* por parte do psicólogo; Papel do psicólogo no *dropout* e Conclusão e fecho da entrevista), possuindo algum grau de flexibilidade para adequar e concretizar questões pertinentes que surgissem ao longo do momento de recolha de dados.

Procedimentos

Procedimento de seleção e recolha de dados. De forma a avaliar o guião da entrevista, foi realizado um pré teste com o intuito de avaliar se as questões estavam perceptíveis e se apresentavam com uma sequência coerente. Estipulando também o tempo de duração da mesma.

Após este procedimento foram estabelecidos os contactos necessários através de *e-mail* ou telefone, de modo a recrutar psicólogos que tivessem disponíveis para colaborar no presente estudo. Após a confirmação dos mesmos foi agendada a entrevista e concretizada, pessoalmente ou via *Skype*. Antes da mesma ser iniciada, foi fornecido aos participantes o consentimento informado, de forma a ser esclarecido novamente o objetivo do estudo e a participação ser oficializada (Anexo A). Antes de iniciar a entrevista procedeu-se à apresentação do

entrevistador, à apresentação novamente do tema, assegurando a confidencialidade e a possibilidade de desistência, se assim o desejarem a qualquer momento, assinando o consentimento. Foram recolhidos alguns dados sociodemográficos dos participantes como a idade, anos de prática clínica, orientação teórica, e se trabalhavam em prática clínica privada ou numa instituição pública.

A amostra foi de conveniência, no entanto os participantes tinham que cumprir determinados critérios: serem psicólogos clínicos, membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses, ou estarem a concluir o estágio de acesso à Ordem dos Psicólogos Portugueses, trabalharem ou terem trabalhado com população adulta, e terem experienciado casos de *dropout*.

A entrevista semiestruturada foi realizada a cada participante, tendo sido gravada através de áudio. No final da entrevista foi agradecida a participação e disponibilidade dos participantes.

Procedimento de análise de dados. Após a concretização das entrevistas procedeu-se à transcrição das mesmas na sua totalidade, de seguida foram analisadas através do processo de análise temática, método que permite identificar, analisar e reportar padrões (temas) nos dados, organizando os dados detalhadamente (Braun & Clarke, 2006), recorrendo ao *software* QSR NVivo 12. A flexibilidade e a independência fase à teoria e à epistemologia, são dois benefícios da utilização deste método, sendo adequado nos estudos de natureza exploratória. Foram concretizadas dez entrevistas, tendo sido analisadas somente nove, excluindo uma devido a abordar o fenómeno do *dropout* num contexto interventivo específico, com população clínica específica, tornando-se distintas das restantes.

O processo de análise inicia-se quando o investigador começa a evidenciar e a procurar padrões de significados e questões de potencial interesse nos dados. A análise temática integra seis fases (Braun & Clarke, 2006), tendo as mesmas sido concretizadas na análise do presente

estudo. A primeira fase diz respeito à familiarização com os dados, no qual se concretizou a transcrição dos dados, a leitura repetida dos mesmos e a identificação de algumas ideias gerais dos dados. A segunda fase, designada criar categoriais gerais, iniciou-se após a familiarização com os dados, procedendo-se à criação códigos gerais dos dados, permitindo a criação do primeiro sistema de categorias. Procura de temas diz respeito à terceira fase, esta fase envolveu a classificação dos diferentes códigos em potenciais temas, agrupando todos os excertos de dados codificados relevantes dentro dos temas já identificados. A quarta fase envolveu a revisão dos temas, das categorias e dos códigos, tornando-se evidente que alguns temas poderiam ser potenciais temas e outros poderiam juntar-se e tornar-se num único tema. Definir e atribuir nomes aos temas, correspondeu à quinta fase do processo de análise temática, envolvendo a definição e redefinição dos temas que iriam constituir a análise dos dados. Por fim, após a identificação dos temas que iriam integrar na análise, chegou-se a um sistema de categorias final, resultado do processo de codificação, interpretação e recodificação constante ao longo da análise, iniciando-se a redação da análise temática, relacionada com as questões de investigação do presente estudo e com a literatura revista.

Apresentação e discussão de resultados

Decorrente da natureza exploratória do presente estudo, emergiram inúmeras categorias. O desenvolvimento das mesmas decorreu de um processo de construção que compreendeu a renomeação, a junção de categorias, tendo sido outras eliminadas devido à ausência de pertinência e por não serem informadoras para o estudo. Surgiram categorias com uma única fonte, as mesmas foram mantidas devido à sua capacidade informativa, para os resultados do estudo e relacional com os restantes temas e subtemas. As categorias que surgiram apresentam os seguintes critérios de inclusão: a revisão da literatura elaborada sobre a temática estudada, a referência ao tema pelos participantes na entrevista e pela sua pertinência para os objetivos do presente estudo.

A análise temática das entrevistas geraram 94 categorias relacionadas entre si, que proporcionaram diversos temas e subtemas organizados em três domínios distintos: (1) Conceptualização de *dropout*; (2) Possíveis indicadores pré *dropout*; e (3) Vivência do *dropout*. As categorias referidas foram organizadas num sistema hierárquico (Anexo C). De seguida serão explicadas as categorias presentes neste sistema, recorrendo à apresentação de excertos, que possibilitam elucidar as mesmas e a apresentação das reflexões dos mesmos.

Domínio 1: Conceptualização do *dropout*

Qual a definição ou conceção de *dropout*? Como ocorrem os *dropout*? Decorrente da análise das entrevistas, surgiram três temas e as respetivas categorias, neste mesmo domínio (Anexo C). Este domínio direciona-se para o primeiro e segundo objetivos delineados para o presente estudo.

1.1. Conceptualização de *dropout*. Este tema representa a conceção de *dropout* para os participantes inquiridos no estudo. Das 55 referências presentes neste tema, 17 são relativas ao subtema conceção de *dropout*. Dentro deste subtema emergiram outros temas que refletem as distintas definições que os participantes atribuem ao constructo. Em primeiro lugar, surge o término abrupto com sete referências, que reflete a desistência do processo terapêutico de forma repentina, no qual o cliente deixa de aparecer às consultas agendadas *Há aqueles dropouts clássicos que de repente a paciente diz quatro dias antes que “sim vou à consulta”, mas depois desaparece e nunca mais...* (participante 3). De seguida surge a decisão unilateral tomada pelo cliente com cinco referências, transmitindo que a conceção de *dropout* poderá pressupor que o término da psicoterapia é decidido exclusivamente pelo cliente, a tomada de decisão é do mesmo, carecendo um acordo entre as duas partes envolvidas do processo terapêutico *Na minha experiência acho que é uma coisa um bocado unilateral, que até possa ser falado em terapia, mas a experiência, pelo menos assim que me recordo é realmente uma decisão unilateral* (participante 2). A desistência do processo sem atingir resultados (quatro referências),

pressupõe a ideia de desistência do processo terapêutico sem terem sido trabalhados os objetivos terapêuticos estabelecidos, ou alcançados os resultados expectáveis pelo psicólogo *Quando as pessoas vêm eu defino os objetivos com elas, elas dizem-me aquilo que vem à procura neste espaço (...), quando nós estamos a trabalhar nesse sentido, mas ainda não estamos lá, e há um corte, então é aí que eu considero que é o dropout* (participante 2). Por fim, surge o dropout consentido e informado (uma referência), refletindo a ideia de término do processo terapêutico no qual o psicólogo foi informado da intenção do cliente, existindo um desfecho do processo terapêutico de forma harmoniosa (...) *a pessoa acaba por dizer: okay eu não tenho condição financeira para continuar então vou ter que sair. Eu também vejo isto como dropout mas se calhar é um dropout mais consentido, porque (...), o processo (...) estava a dirigir-se para uma parte, e a pessoa por falta de recursos, neste caso recursos financeiros, disse “eu não posso continuar, tenho que sair”* (participante 3).

1.2. Tipos de dropout. É o segundo tema emergente com 32 referências, integrando outros subtemas tal como fornecimento de justificação com 16 referências, que reflete os casos no qual o psicólogo teve conhecimento do motivo pelo qual os seus clientes tomaram a decisão de desistir do processo psicoterapêutico *As pessoas que vêm de dropout vêm muito de “ eu acho que isto não está a fazer efeito”, depois há esta pressa do efeito, (...) “muitos deles evocam razões externas de “ ah porque agora não me dá muito jeito, porque agora apareceu-me mais um gasto”* (participante 6). Em oposição, o desaparecimento sem justificação (13 referências), reflete os casos de *dropout* no qual o psicólogo desconhece o motivo pelo qual os seus clientes abandonaram a terapia *Em todos os casos nunca me foi transmitida a informação que iria desistir do processo. (...) Simplesmente deixaram de aparecer...* (participante1); o não agendamento da próxima consulta espelha os *dropouts* que decorreram da ausência de agendamento da sessão seguinte (com duas referências), *Aquilo que dizem é: não quero remarcar ou depois marco, ou adiam esta e depois a outra nunca é mais remarcada*

(participante 8); e por fim o acordo entre as duas partes com uma única referência, é caracterizado por *dropouts* no qual houve possibilidade de negociação entre a díade, existindo uma possível sessão de encerramento dos casos *E depois existem casos em que vem havendo essa ideia, da pessoa querer terminar, é uma coisa que é trabalhada, ou seja há um fim trabalhado, mesmo que seja aparentemente um dropout (...) têm um desfecho* (participante 4).

Os temas conceção de dropout e tipos de dropout poderão interrelacionar-se, devido à noção de *dropout* dos participantes ser possivelmente construída pelos tipos de casos que vão tendo ao longo da sua experiência profissional.

1.3 Momento do dropout. Este tema com seis referências é dividido em dois subtemas, diferenciando o término numa fase inicial do processo (cinco referências), representando os psicólogos que referem que alguns dos seus casos de *dropout* ocorreram numa fase precoce do processo *Para mim o dropout é quando há um abandono precoce, a pessoa vem uma primeira sessão... pode haver logo ai um explicar como é que vai decorrer a psicoterapia, a pessoa até deixa marcado para a sessão seguinte e não aparece* (participante 5); do término numa fase adiantada do processo (uma referência), refletindo que o *dropout* poderá ocorrer num processo terapêutico longo, a nível temporal *Término é exatamente quando a pessoa (...) pode ser um bocadinho mais à frente na terapia* (participante 6).

Domínio 2: Possíveis indicadores pré *dropout*

Os psicólogos conseguem captar e identificar características gerais ou invariantes dos seus vários casos de *dropout*? Evidenciam sinais que podem apontar para um possível *dropout*? Algum comportamento verbal ou não verbal diferenciador? Este domínio vai ao encontro do terceiro objetivo do presente estudo (Anexo C).

2.1. Características dos clientes. Este tema retrata características transversais identificadas pelos psicólogos, dos clientes que efetuaram *dropout*. Das 24 referências presentes neste tema, seis são relativas ao subtema pouca consciência da problemática e/ ou baixa motivação, que se

refere à dificuldade do cliente em ter uma percepção clara dos seus problemas e do impacto dos mesmos no seu bem-estar, carecendo de motivação para realizar e se entregar ao processo terapêutico *Acho que tem sobretudo a ver com a percepção da pessoa em relação ao seu problema, capacidade de consciência sobre realmente a presença de um problema (...) a motivação (...) é necessário fazer um trabalho motivacional e sinto que esse trabalho é sempre mais difícil depois com pacientes que acabam por desistir* (participante 1); A falha no estabelecimento da relação terapêutica (seis referências) transmite a incapacidade sentida pelo psicólogo de estabelecer ligação e relação com estes clientes *Também diria que uma coisa comum... é... foram pessoas com quem a relação não estava estabelecida* (participante 2). Dificuldades estruturais, é outra subcategoria inserida neste tema (cinco referências), no qual uma das características comuns dos clientes que efetuaram *dropout* diz respeito a características de personalidade disfuncionais, manifestando padrões de funcionamento pouco adaptativos: *Todos eles eram pacientes borderlines, uns um bocadinho mais psicóticos* (participante 6). Agir na relação o que está a ser difícil pensar, com duas referências, reflete a dificuldade dos clientes em elaborar cognitivamente e emocionalmente determinadas temáticas, tornando-se incapazes de os partilhar em terapia, sendo a única e capaz manifestação a rutura na relação terapêutica *Pessoas que têm mais tendência para agir, de fazer acting out, muitas das vezes podem agir na terapia coisas que não estão a conseguir pensar, ou seja agem por exemplo cortando, fazendo uma rutura, porque está a ser muitas das vezes difícil estar a elaborar determinadas coisas na terapia... uma tendência se calhar para a ação por exemplo (...) De agir na relação terapêutica aquilo que também está a ser difícil de pensar* (participante 4). Condição financeira é outro subtema, no qual um psicólogo refere que os seus clientes *dropout* eram pessoas com dificuldades financeiras *Acho que a questão financeira pode ser um deles... uma condição financeira desfavorável (...) se calhar em termo socioeconómicos* (participante 5). Surge também a falta de abertura para aceder às vulnerabilidades (uma referência), refletindo a

dificuldade sentida do psicólogo em conhecer e explorar as temáticas mais sensíveis *Eram pacientes que colocavam muitas barreiras ao próprio processo terapêutico deles, (...) havia sempre uma parte que ninguém podia mexer, e quando a terapia avançava de forma que provavelmente se ia tocar em determinadas coisas deles, normalmente eles iam embora* (participante 6). Sensação de incompreensão do cliente pelo terapeuta, é outro subtema com uma referência, que reflete possivelmente a ausência de uma relação terapêutica forte que possibilitasse uma comunicação entre a díade mais fluida e genuína *Ela deverá ter sentido que eu não a estava a perceber (...)* (participante 9). Por fim, surge a expectativa irrealista face ao papel do psicólogo e desinvestimento face ao processo (uma referência) *Há muitas pessoas que têm dificuldade em investir nelas próprias então acham que deve ser o psicólogo a investir, (...) e não percebem que nós enquanto psicólogos investimos nas pessoas mas se elas não investirem nelas próprias não há nada feito, não se pode fazer uma terapia com sucesso (...)* (participante 6).

2.2. Sinais percebidos pelos psicólogos. Este tema espelha sinais captados pelos psicólogos indicativos de *dropout*, seja no decorrer do processo terapêutico ou após o *dropout*, identificados de forma retrospectiva. Neste tema surgem 35 referências, seis delas relativas ao subtema relação terapêutica não estabelecida ou pouco genuína como sinal captado pelos psicólogos para a possível ocorrência de *dropout* *Quando se sente que na primeira sessão não fui capaz de criar uma ligação com aquela pessoa (...) senti logo que a paciente não iria voltar (...) senti muita dificuldade em me ligar a ela, eu acho que sentir que não conseguimos criar uma relação com alguém é um sinal (...)* (participante 7). Os atrasos, faltas ou desaparecimento periódico (sete referências) efetuados pelos clientes, e as questões financeiras, dificuldades de horário e de acessibilidade física (cinco referências) levam os psicólogos a ponderar um possível *dropout*:

As faltas são um bom indicador, as faltas os atrasos (participante 4).

Uma pessoa que venha com dificuldades no estacionamento: “está a ser muito difícil chegar aqui”(...) apresenta imensas dificuldades do mundo, de fora, de trânsito, que vem de fora, porque o horário não dá, porque o trabalho não dá (participante 4).

Relutância em agendar a próxima sessão (três referências) foi outro sinal captado e nomeado pelos psicólogos *Realmente às vezes ficam resistentes em marcar uma próxima sessão, e até começam a pensar em alternativas: “ ah depois eu posso entrar em contacto para vermos qual é a melhor opção (participante1).* Alguns clientes demonstraram, através do seu comportamento não-verbal, uma postura desconfortável em terapia (três referências) *A forma como se sentam (...) o próprio comportamento de não se deixar estar, eram sempre mais tensos, incapazes de relaxar (participante 6).* Outro sinal extraído, igualmente com três referências, depreende-se pela dificuldade em pensar sobre a problemática *Se a pessoa também muitas das vezes está aqui a ter algumas resistências a alguns dos temas que também estamos a falar (...) muitas das vezes são pessoas que começam a dar muita importância aos factos por isso dizer que não têm nada a dizer, não têm nada para falar, ou de que já não têm tema para falar, ou que está tudo igual ou que sentem que está tudo igual (participante 4).* De seguida, o subtema ausência de identificação de sinais, (três referências) reflete a incapacidade de alguns psicólogos em identificar possíveis sinais, referindo a ausência dos mesmos *Ahhh muito pelo contrário... muito pelo contrário, sem sinais (participante 3).* A observação de progressos (duas referências) espelha que os casos que apresentam avanços terapêuticos poderão constituir outro indicador de possível *dropout* *É um caso que eu tinha (...) que estava a correr muito bem, (...) nós sentimos que estamos a conseguir conquistar, e sentia que tínhamos uma ótima relação de confiança (...) é um jovem com vinte anos, que estava a fazer progressos (...) quando os casos estão a correr bem às vezes também pode ser sinal (participante 4).* Os psicólogos captam nos seus clientes de *dropout* dificuldades na componente emocional e no modo como a exprimem em contexto psicoterapêutico, precisamente dificuldade na experiência emocional (duas

referências) *Alguma ausência até de alguma emoção, ou seja, quase como se estivesse a evitar relacionar-se emocionalmente com aquilo que está a ser falado* (participante1). A sensação captada pelo psicólogo que o seu cliente ostenta grande desapontamento para com a psicoterapia e o que a mesma lhe está a proporcionar, insere-se no subtema sentimento de falha para com a psicoterapia (uma referência) *E neste caso o que eu vinha a sentir nas sessões... e era uma mulher que nunca faltava, que vinha sempre, mas sempre uma sensação de falhanço, de não estar a conseguir de decidir que aquilo não estava a servir, não estava a dar nada* (participante 4). Por fim, igualmente com uma referência, surge o subtema pedido de espaçamento de consulta, como outro sinal evidenciado *Já imaginando na terceira sessão, quer começar a fazer uma terapia uma vez por mês (...)* (participante 4).

Domínio 3: Vivência do dropout

Qual o(s) motivo(s) que levam os clientes a realizar *dropout*? Quais as estratégias utilizadas para gerir o acontecido? Quais as emoções sentidas? A vivência destes casos influencia os casos seguintes? Quais os aspetos positivos extraídos desta vivência? Será que alguma ação do psicólogo contribui para a ocorrência do *dropout*? Este domínio vai ao encontro dos restantes objetivos deste estudo (Anexo C).

3.1 Motivos do dropout segundo a visão do psicólogo. Este tema representa os motivos que os psicólogos consideram que conduziram os seus clientes a desistirem do processo psicoterapêutico. Este tema está organizado em três subtemas, fatores do psicólogo, com oito referências, fatores do cliente, com 26 referências e desconhecimento do motivo, com duas referências. Os primeiros são referentes a motivos provenientes da influência de variáveis dos psicólogos tal como falta de sintonia com o timing do cliente (cinco referências), no qual os psicólogos consideram que não atenderam ao ritmo do seu cliente, tornando o processo psicoterapêutico possivelmente intenso e rápido *Aquele primeiro que disse há pouco tenho claramente certeza que fui eu que fiz essa má gestão com os meus timings e não com os deles*

(participante 9). A orientação teórica utilizada, falta de empatia e contra identificação são outros subtemas emergentes com uma referência. Relativamente à contra identificação, a psicóloga considera que a identificação e empatia estabelecida com outro interveniente da vida da cliente, devido à fase da vida da cliente ser, naquele momento, bastante idêntica à sua, fez sentir-se pouco ligada emocionalmente à mesma, considerando a transferência de identificação e ligação, o motivo pelo qual a sua cliente realizou *dropout* *Tem a ver com coisas minhas da minha vida. (...) É uma mulher...que eu acho que não consegui agarrar tão bem porque (...) nós fomos mães mais ou menos ao mesmo tempo, ou seja são experiências de maternidade muito próximas, (...) a minha paciente (...) muito rejeitante em relação ao filho, muito evitante, muito crítica (...), e eu acho que nessa fase, exatamente por ser uma fase da minha vida ... primeiro acabada de ser mãe, depois porque me identifiquei muito ao bebé e pouco com ela, à dor dela, fiquei mais uma coisa de contra identificação ou seja mais “coitado do bebé”* (participante 4). Relativamente à orientação teórica utilizada *Às vezes ... isto mais no início da carreira se calhar pela questão mais dinâmica e não definir bem objetivos de avaliação, objetivos da terapia, metodologia que ia utilizando sessão a sessão... como era uma coisa muito mais vaga e abstrata, acontecia perder muito as pessoas no início e eu aí tinha alguns dropouts iniciais.* (participante 5); por fim a falta de empatia *Os tais outros pacientes que me dizem que fui eu que não tinha percebido... posso efetivamente ter sido eu que em algum momento não fui empático* (participante 9).

No subtema fatores do cliente, emerge o subtema evitamento das suas vulnerabilidades, (sete referências) refletindo a dificuldade dos clientes em explorar e trabalhar as temáticas mais sensíveis e dolorosas, acabando por desistir do processo terapêutico, como forma de impedir o acesso a tais temáticas *Uma terapia é de alguma maneira ir transformar isso, portanto há um medo gigante de mexer nestas coisas (...) havia um receio muito grande de destruir tudo, portanto naturalmente há um receio tão grande que ela acaba por fugir* (participante 4). Já a

idealização desajustada do psicólogo e processo psicoterapêutico, (cinco referências) transmite a ideia que certos clientes ingressam num processo terapêutico, com uma concepção errônea do que é um processo terapêutico e qual a função do psicólogo *Não estavam disponíveis para realizar realmente o que é que é uma psicoterapia, ou seja as pessoas vêm um bocadinho na ilusão do que é uma psicoterapia, do que é falar com um psicólogo, do que é que é às vezes uma expectativa até exagerada, quase mágica que os problemas desaparecem (...)* (participante 8). Aspectos do funcionamento dos clientes, características da personalidade, é outro motivo da desistência do processo terapêutico, com cinco referências *Neste caso específico acho que tem mais a ver com características da pessoa, porque a pessoa fez N dropouts, N terapeutas insuficientes (...)* (participante 7). De seguida surge influência de terceiros, com três referências, no qual os psicólogos reportam que elementos externos à psicoterapia, elementos de elevada proximidade dos seus clientes, influenciaram a desistência do processo terapêutico *É engraçado que foi quando encontrou uma namorada, quando encontrou outra relação lá fora que corta, e era uma coisa que ele fazia curiosamente na vida, portanto ele fez ali* (participante 4). Os subtemas não é o momento da pessoa e transferência apresentam duas referências. O primeiro reflete a indisponibilidade (psicológica) para realizar um processo terapêutico. A transferência diz respeito à influência sentida na relação terapêutica de outras relações externas a este contexto *Depois também há muitas questões relacionais não é, nós sabemos que a relação com o outro é se calhar 99% das questões que vêm, e portanto a proposta de mais uma vez de vou-me relacionar com uma pessoa, as patologias da relação que a psicoterapia também levanta, abre fantasmas de relacionamentos que correram bem, que não correram bem* (participante 8).

Por fim, dentro do subtema fatores do cliente emergem a fraca relação terapêutica e zanga não elaborada face ao terapeuta (uma referência). A primeira anuncia como motivo da ocorrência do *dropout* o facto de a relação terapêutica não ter sido bem conseguida, impedindo o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida. A segunda reflete a dificuldade dos

clientes em comunicarem ao psicólogo aspectos do contexto psicoterapêutico que estão a causar desconforto e inquietação *Às vezes há algumas zangas com o terapeuta, zangas por causa dos honorários, ou porque nós estamos a cobrar as consultas ou porque não estamos a dar aquilo que eles querem, porque dissemos qualquer coisa (...), e então como há uma dificuldade grande de colocar isso na relação e de dizer “ eu estou zangado consigo” de pensar sobre a zanga as pessoas agem e vão-se embora e isso pronto às vezes também acontece (...)* (participante 4).

Por último, o subtema desconhecimento do motivo transmite a incapacidade de dois psicólogos identificarem os motivos pelo qual os seus clientes desistiram da psicoterapia *Não consigo identificar, a sessão correu bem, lá fora a T disse-me que ela saiu toda contente e depois disse que não queria remarcar* (participante 9).

É visível que os participantes enumeram frequentemente fatores relacionados com aspectos externos a si (fatores do cliente), comparativamente com fatores internos (do psicólogo), indo ao encontro da literatura (e.g., Murdock, et al., 2010).

3.2 Reflexões pós *dropout*. Este tema representa os pensamentos e reflexões que os psicólogos realizam após constatarem que os seus clientes tinham concretizado *dropout*. Integra 26 referências com diversos subtemas. O primeiro, culpabilização e ativação de inseguranças, com 15 referências, referida por todos os psicólogos, reflete a atribuição de culpa e questionamento da competência enquanto profissional, colocando-se em causa como possível fator determinante para o desenrolar dos *dropouts* *Fico logo no pensamento que não sou uma boa terapeuta, não estou a fazer um bom trabalho, o que é que aconteceu?, a culpa é minha? (...) o que é que eu podia ter feito de diferente para que esta pessoa não desistisse? ao quê que eu não prestei atenção para que isto depois viesse acontecer?* (participante 2). O segundo subtema emergente, indisponibilidade psicológica para a psicoterapia (cinco referências), refere-se à consideração por parte dos psicólogos, que possivelmente os seus clientes não estavam preparados, a nível psicológico e emocional, para ingressarem e concretizarem um processo

psicoterapêutico *Foi muito certo para mim, esta mulher não estava preparada (...) e há casos em que nós sentimos isso (...) nós temos que perceber que as pessoas têm o tempo delas e temos de respeitar o tempo delas* (participante 4). A atribuição de responsabilidade conjunta, espelha a reflexão pós *dropout* integrando tanto as variáveis e influências do psicólogo como as do cliente (quatro referências). Surgindo esta reflexão, em três participantes, após a reflexão de atribuição de culpa pelo sucedido *Percebermos que realmente nós não estamos ali a fazer trabalho sozinhos e que há aspetos da outra pessoa que também influenciam e acho que esta capacidade de separar o eu e o outro, perceber que coisas são minhas (...) e dos outros* (participante 1). No quarto e último subtema, expectativa irrealista face ao processo terapêutico, com duas referências, dois psicólogos refletem que alguns clientes *dropout* pretendiam realizar psicoterapia, no entanto apresentavam uma noção distorcida do que era a mesma e qual as suas implicações *E mais uma vez eu acho que estava à espera de outra coisa, acho que é uma questão da expectativa, ele queria que as coisas desaparecessem assim (estalou os dedos)* (participante 8).

Na generalidade os participantes, num momento recente ao *dropout*, colocam-se em causa, questionando a sua competência enquanto profissional, culpabilizando-se pelo sucedido. Posteriormente, num momento mais longínquo, refletem de forma mais ponderada, integrando quer fatores do próprio, quer dos clientes. É de salientar que a questão da responsabilidade assumida pelos psicólogos vai ao encontro da literatura (e.g., Piselli, 2010), no entanto é curioso que quer no presente estudo como na literatura (e.g., Murdock et al., 2010) os psicólogos referem frequentemente como motivos da ocorrência dos *dropouts* componentes dos clientes.

3.3. Estratégias utilizadas para gerir *dropout*. Este tema evidencia estratégias que os psicólogos recorrem para gerir os *dropouts* que vão tendo ao longo da sua experiência clínica. É constituído por seis subtemas, com um total de 24 referências. A primeira estratégia, com sete referências, corresponde a analisar, refletir e escrever, sobre os casos *dropout*. A intervisão

e a supervisão (seis referências), reflete a valorização da partilha entre profissionais, e a relevância de um dos principais recetores de partilha dos casos *dropout*, respetivamente *É sempre com supervisão e acho que ajuda bastante, por um lado a supervisão ajuda muito (...) quando há um distanciamento e quando recontamos a história se calhar também nos apercebemos de coisas que não correram tão bem, coisas que nós não estamos ali a ver no momento* (participante 4). A psicoterapia pessoal é outra estratégia utilizada, realçando a possibilidade de partilha de conteúdos mais pessoais do profissional que possam emergir decorrente dos casos (três referências). Por fim, emergem os subtemas momentos de lazer e partilhar a vivência dos dropouts com amigos (uma referência).

3.4. Impacto do dropout. O impacto emocional e profissional que os casos *dropout* proporcionam aos psicólogos, é o seguinte subtema que irá ser explicitado. O mesmo integra o impacto emocional com 33 referências, impacto profissional com 11 referências, e ausência de impacto nos casos de curta duração, com três referências, agregando diversos subtemas. Inserido no subtema impacto emocional, o subtema com mais referências, 11 referências, é referente à emoção tristeza, mencionada por oito participantes. Outras emoções anunciadas é a frustração (cinco referências), a ativação de inseguranças (três referências), estando este estado emocional estritamente ligado à reflexão pós *dropout* culpabilização e ativação de inseguranças.

Para mim é sempre um bocadinho difícil por causa daquilo que estava a dizer do primeiro instinto ser sempre perceber o que é que eu fiz de mal, o que é que se calhar não correu tão bem da minha parte. Senti realmente este receio de isto voltar a acontecer e depois será que ainda me vou sentir mais incompetente (participante 1). O subtema engloba as restantes emoções: desilusão, sentimento de impotência e surpresa (três referências), zanga, sentimento de abandono (duas referências) e por fim culpa (uma referência). Alguns destes resultados vão

ao encontro da literatura, nomeadamente a referência às emoções de tristeza, frustração, culpa e surpresa (e.g., Piselli, 2010).

Relativamente ao subtema, impacto profissional, que espelha a influência da ocorrência dos *dropouts* nos seguintes casos dos psicólogos, o mesmo integra o subtema maior auto consciência, com cinco referências, no qual os psicólogos afirmam que os casos de *dropout* tornaram-nos mais atentos e alertas para possíveis sinais que pudessem apontar para um futuro *dropout*. Estando igualmente atentos aos erros cometidos ou às falhas, de forma a não os repetir *Passa-se a ter atenção, quando se percebe o que é o dropout (...), passa-se a ter atenção a esses pontos, passa-se a estar consciente com esses pontos, então essas falhas não acontecem a seguir, pelo menos na mesma forma* (participante 9). A necessidade de clarificar o que é um processo psicoterapêutico e o que ele envolve, nas primeiras sessões, atribuindo maior atenção às expectativas iniciais do cliente, (quatro referências), foi um dos aspetos refletidos e considerados pouco claros nos processos terapêuticos dos clientes que concretizaram *dropout* *Talvez na gestão da expectativa inicial, isso se calhar faço agora com mais cuidado nas primeiras consultas, o que é que é a psicoterapia, o que é o psicoterapeuta, o que é a relação terapêutica, e o que este espaço pode dar ao cliente e o que é que não pode dar* (participante 5). Com uma referência emergem os subtemas dificuldade em aceitar o dropout e receio de novos dropouts, refletindo a complexidade da vivência deste fenómeno para o psicólogo e a sua influência para os casos seguintes *Acho que influencia sempre, eu acho que é inevitável, (...) por exemplo, uma coisa que custa neste caso do rapaz que vai embora assim e nunca mais volta é preencher a hora dele, ainda me custa...* (participante 4); a ausência de impacto nos casos de curta duração (três referências) é o último subtema do impacto do dropout, refletindo a inexistência de influência quer emocional e profissional em casos de curta duração, possivelmente devido à ligação e à relação terapêutica ainda não estar estabelecida *Com aquela que foi muito rápido foi: okay, não sei se senti assim grande coisa, não havia vinculação*

emocional, foi uma coisa muito rápida (participante 3).

3.5 Aspectos que alterariam nos casos de *dropout*. Este tema, com 18 referências, engloba conteúdos que os psicólogos, após refletirem retrospectivamente, gostariam de alterar nos casos de *dropout*, caso tivessem essa possibilidade. Seis referências estão relacionadas com a meta comunicação sobre o processo, no qual os psicólogos relatam que deveriam ter conversado e exposto aos seus clientes certas temáticas que estavam a surgir na relação terapêutica *Eu acho que há determinadas questões ou determinados aspetos que se calhar se manifestaram e que eu até poderia ter refletido sobre eles com a pessoa, mas pelo receio de não ser o momento certo ou se calhar pelo facto de eu ser pouco experiente e não querer arriscar demasiado se calhar não o fiz e acho que até poderia em alguns casos ter sido benéfico falar sobre eles* (participante 1); uma postura terapêutica mais ativa durante o processo (referido por quatro psicólogos), seria um ingrediente a ser alterado caso pudessem voltar atrás, assumido assim um papel mais diretivo e assertivo enquanto terapeutas na díade *Este homem eu teria sido mais rígida nas regras da terapia... as datas, as horas, os pagamentos... teria sido muito mais rígida nisso. Não por uma questão minha mas porque eu acho que isso teria sido muito destruturante para ele, porque era um homem que precisava de estrutura* (participante 6). Já o subtema nenhuns, postula que três participantes não procediam a qualquer alteração nos casos de *dropout*. A necessidade de expor o caso em supervisão e terapia pessoal é mencionada por um psicólogo como um possível recurso que teria sido benéfico para partilhar alguns dos seus casos *Eu acho que nesse caso devia, eu própria ter falado mais na minha terapia do que é que estava a sentir, estava a sentir coisas difíceis* (participante 4). O subtema relativo a respeitar o timing do cliente (duas referências), relaciona-se com um dos motivos identificado pelos psicólogos pelo qual os seus clientes concretizam *dropout*, motivo este dependente de fatores do próprio psicólogo, sendo assim após a identificação do fator que contribuiu para o *dropout*, reconhecem que o mesmo podia ser alterado (...) *teria tido muito mais calma, teria tido efetivamente os*

timings delas (participante 9); por fim, com uma referência, emerge o subtema melhor gestão das expectativas iniciais, assumindo que o aspecto a melhorar seria regular melhor as expectativas do cliente face ao que é um processo psicoterapêutico.

3.6. Fatores positivos extraídos. Este tema integra três subtemas, representando aspectos positivos obtidos com as vivências dos *dropouts* (total 12 referências). O primeiro, crescimento profissional, com nove referências, reflete a importância dos *dropout* para o crescimento e melhoramento enquanto profissional (...) *nós temos mesmo de lidar com os dropouts porque fazem parte da profissão, não... é inevitável não é? (...) Nós estamos sempre a aprender e óbvio que por um lado aprendemos sempre para outros casos não é? Que conseguimos estar mais atentos a nós, à relação, aquilo que está acontecer portanto eu acho que é muito rico* (participante 4). O segundo, a possibilidade de reflexão, é referido por dois psicólogos como outro aspecto positivo decorrente destas experiências *Eu acho que esta parte da reflexão é o aspecto mais positivo...refletirmos acerca do nosso papel, na forma como a mensagem às vezes chega à outra pessoa* (participante 1). O terceiro e último, maior auto consciência, reflete a capacidade de estar mais desperto a possíveis marcadores que requerem ser trabalhados e discutidos na relação terapêutica *Além disso, estou mais atenta, de perceber que algumas coisas podem ter a ver com esta coisa da relação, estar mais em campo de batalha, estar mais presente e devolver isso, e me ter ajudado na técnica... sim é o mais positivo* (participante 8, uma referência).

3.7 Contribuições do psicólogo para o dropout. Este tema ilustra a percepção dos psicólogos acerca da sua possível contribuição para a ocorrência do *dropout*. Das 20 referências presentes neste tema, sete são relativas ao subtema falta de experiência profissional, que refere a possível influência da pouca experiência clínica nos casos de *dropout*, sendo a experiência, os anos de prática clínica, um ingrediente de melhoria e crescimento profissional *Eu tenho um bocado medo que provavelmente devido há minha inexperiência (...) talvez tenha ido um pouco rápido*

demais (participante 3). De seguida surge a falta de sintonia com o cliente (com igualmente sete referências), no qual cinco psicólogos consideram que não acompanharam devidamente o ritmo do seu cliente, impondo de forma implícita o seu ritmo, ou o ritmo que consideravam que os seus clientes eram capazes de acompanhar *Influência de psicoterapeuta fazendo asneiras sim, claro que sim... como disse há bocado nós para estarmos ao ritmo do cliente, eu estar a ver e a achar que eles deviam ver o que eu estava a ver, mas não tem de ser aquilo que eu estou a ver não é?(...)* (participante 5); Por fim, surgem os subtemas contra transferência e falta de empatia. A contra transferência espelha a influência de aspetos pessoais de dois psicólogos (e.g., maternidade e divórcio) nos casos de *dropout*, por serem temáticas presentes nas problemáticas dos seus clientes *Foi uma fase da minha vida que eu estava a passar por um processo muito complicado pessoal e a pessoa tinha coisas, havia ali duas coisas que eram muito semelhantes àquilo que eu estava a passar.* (Participante 6); na falta de empatia, a psicóloga declara que a capacidade de estabelecer ligação emocional poderá ser distinta entre clientes, considerando que numa cliente em especial, este processo não se desenvolveu, acabando possivelmente por influenciar a sua desistência da terapia *Houve também uma parte em mim que não ficou muito... isto falo mais em termos afetivamente, ligada a esta mulher (...) tem a ver com alguns processos de empatia que podem ser mais difíceis (...), quando tempo é que a pessoa pode aguentar ou a pessoa pode aguentar uma terapia que não conseguimos empatizar* (participante 4).

A análise das entrevistas possibilitou a extração dos resultados acima descritos e refletidos. Os resultados extraídos foram ao encontro dos objetivos delineados para o presente estudo. Primeiramente, os resultados ostentam mais do que uma proposta de definição do constructo de *dropout*, reforçando a diversidade na atribuição de definição do mesmo constructo, indo ao encontro da literatura (e.g., Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Foi questionado aos psicólogos qual era a sua conceção de *dropout* devido à literatura

referir que o julgamento do terapeuta é a melhor forma para identificar e definir este constructo (Gülüm, et al., 2016). Os resultados referentes aos tipos de *dropout*, relatados pelos psicólogos, poderão decorrer e estar relacionados com as vivências de *dropouts* que os mesmos foram tendo ao longo da sua experiência clínica. Em segundo lugar, os resultados permitem captar que as características dos clientes que concretizaram *dropout*, identificadas pelos psicólogos, identificadas no decorrer do processo psicoterapêutico, ou após a constatação do *dropout* e reflexão do mesmo, estão relacionadas com os motivos pelos quais consideram que os seus clientes concretizaram *dropout* (e.g., Falha no estabelecimento da relação terapêutica e Fraca relação terapêutica). Em terceiro lugar, é sentido pelos psicólogos, numa primeira instância, que os casos de *dropout* decorreram de falhas ou erros profissionais, culpabilizando-se pelo ocorrido. Posteriormente, num momento mais longínquo e racional ao *dropout*, os psicólogos refletem o acontecido, integrando tanto as suas possíveis influências no caso, como as variáveis e influências dos clientes. Os resultados indicam quais as estratégias recorridas pelos psicólogos com a finalidade de gerir os *dropouts*, destacando-se analisar, refletir e escrever sobre os referentes casos, a intervenção, e a supervisão. Ao nível do impacto emocional, os *dropouts* acionam nos profissionais emoções tal como tristeza, frustração, surpresa e culpa. O impacto emocional captado, e algumas das emoções referidas vão ao encontro do que é descrito no estudo de Piselli (2010). Foi também constatado que a vivência destes casos condiciona e influencia os seguintes casos dos psicólogos, indo mais uma vez ao encontro da literatura revista (Piselli, 2010). Os mesmos vêem os casos de *dropout* como possíveis fontes de mudança e melhoria de aspetos pouco conseguidos nos casos referidos, realçando maior atenção atribuída a possíveis sinais indicativos de *dropout*, estando assim, mais alerta para possíveis sinais nos casos futuros. Apesar dos constrangimentos do *dropout* mencionados, os psicólogos encaram a vivência dos *dropouts* construtivamente, refletindo a contribuição dos mesmos para o melhoramento e aperfeiçoamento profissional. Por último, os psicólogos reconhecem que a

pouca experiência clínica (no início da carreira) e a inadaptação do ritmo do processo terapêutico às necessidades do cliente, poderá ter condicionado os seus casos, intensificando a possibilidade de *dropout*. É de realçar que a dimensão da amostra do presente estudo impossibilita a realização de inferências dos resultados.

Conclusão

O presente estudo teve como propósito a exploração da visão e vivência dos psicólogos clínicos sobre o fenómeno do *dropout*, extraindo possíveis marcadores dos *dropouts*; compreendendo o impacto dos mesmos para os psicólogos, a nível emocional e profissional; conhecendo o modo como os psicólogos gerem tais acontecimentos; e a perceção da sua influência sobre os mesmos. Assim, este estudo possibilitou o aumento da compreensão do fenómeno do *dropout* por parte dos psicólogos, em contexto da intervenção psicológica na área clínica.

No que diz respeito às implicações para a prática clínica, importa realçar que o presente estudo possibilitou compreender melhor o fenómeno do *dropout*, conhecer possíveis marcadores pré *dropout*, tornando os profissionais mais atentos à ocorrência dos mesmos, de forma a os conseguir prevenir e reduzir. O estudo também descreve como os profissionais gerem e encaram este fenómeno.

Relativamente às limitações do presente estudo, a primeira relaciona-se com o tamanho da amostra do mesmo, teria sido benéfico a nível científico, o estudo integrar mais participantes, possibilitando assim a saturação das categorias e a ocorrência de inferências sobre os resultados. Outra limitação depende-se pela ausência de clarificação de alguns aspetos referidos pelos participantes no decorrer das entrevistas. Esta clarificação teria simplificado o processo de análise das mesmas. Por último, alguns psicólogos inquiridos tinham poucos anos de prática clínica, tendo igualmente vivenciado poucos casos *dropout*, o que poderá ter condicionado alguns resultados extraídos.

Importa salientar alguns aspetos positivos do presente estudo: o guião da entrevista exclusivamente construída para o estudo e a realização do pré teste que permitiu o aperfeiçoamento do mesmo. A utilização de uma metodologia que possibilitou a exploração e análise dos dados de forma abrangente. O carácter inovador do presente estudo devido à ausência de estudos portugueses sobre esta temática, sobretudo com foque na visão dos psicólogos e a possibilidade de extração de ideias introdutórias potencialmente interessantes, dos resultados extraídos.

É de salientar para futuras investigações, o potencial interesse em captar não somente a visão do psicólogo mas também a visão dos clientes, ocorrendo interligação e a compreensão do fenómeno do *dropout* segundo as duas visões em díades. Seria igualmente atraente compreender melhor os marcadores pré *dropout*, possibilitando os profissionais identificarem-nos no decorrer do processo psicoterapêutico, com fim a descobrir as melhores estratégia interventivas a aplicar.

Esta investigação pretende dar ênfase aos psicólogos e à evolução do conhecimento científico sobre as suas próprias vivências, redirecionando o foco dos que se ocupam em conhecer o outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, K. N. (2015). Premature termination of outpatient psychotherapy: Predictors, reasons, and outcomes. (Doctoral dissertation, University of Nebraska). Retrieved from: <http://digitalcommons.unl.edu/psychdiss/74>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(6), 842-852.
- Blatt, S. J., Sanislow III, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 64*(6), 1276-1284.
- Bordin, E. S. (1974). *Research strategies in psychotherapy*. John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252-260. <http://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Corning, A. F., Malofeeva, E. V., & Bucchianeri, M. M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(2), 193-204.
- Frank, J. D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 310-316. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.310>
- Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2016). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 1-23*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.

- Hillis, G., Alexander, D. A., & Eagles, J. M. (1993). Premature termination of psychiatric contact. *International Journal of Social Psychiatry, 39*(2), 100-107.
<https://doi.org/10.1177/002076409303900203>
- Johnson, R., & Waterfield, J. (2004). Making words count: the value of qualitative research. *Physiotherapy Research International, 9*(3), 121-131.
<https://doi.org/10.1002/pri.312>
- Luedke, A. J., Peluso, P. R., Diaz, P., Freund, R., & Baker, A. (2017). Predicting dropout in counseling using affect coding of the therapeutic relationship: An empirical analysis. *Journal of Counseling & Development, 95*(2), 125-134.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12125>
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 37*(2), 117-123. <https://doi.org/10.1037/h0087701>
- Murdock, N. L., Edwards, C., & Murdock, T. B. (2010). Therapists' attributions for client premature termination: Are they self-serving?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(2), 221-234.
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 22*(1), 86-91.
<https://doi.org/10.1037/h0088531>
- Pekarik, G., & Finney-Owen, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Mental Health Journal, 23*(2), 120-130.
- Piselli, A., Halgin, R. P., & MacEwan, G. H. (2011). What went wrong? Therapists reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research, 21*(4), 400-415.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.573819>

- 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>
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(3), 311-316.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G., & Fennig, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 529-538. <https://doi.org/10.1348/147608305X90412>
- 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>
- Rubin, A., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2016). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1241910>
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage Publications.
- 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.

- Swift, J. K., Spencer, J., & Goode, J. (2018). Improving psychotherapy effectiveness by addressing the problem of premature termination: Introduction to a special section. 1-3. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1439192>
- Todd, D. M., Deane, F. P., & Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 133-147. <https://doi.org/10.1002/jclp.10123>
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 33-36. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.1.33>
- 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. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology, 66*(9), 965-977. <https://doi.org/10.1002/jclp.20702>
- 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.

Anexos

Anexo A

Informação sobre o estudo e consentimento informado

Consentimento Informado

Eu, Sofia Alexandra Faustino Correia, venho por este meio convida-lo(a) a participar num estudo sobre o *Dropout* ou Término Precoce em psicoterapia / acompanhamento psicológico, tendo como objetivo explorar a vivência interna do psicólogo e a (s) estratégia (s) / resposta (s) utilizada (s) após se depararem com casos que terminaram precocemente o processo ou as sessões. O estudo será realizado no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, do Núcleo Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativo pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Caso esteja interessado em participar será realizado uma entrevista com a duração aproximada de quarenta minutos, sendo gravada através de áudio. Existe a possibilidade da entrevista ser realizada via *Skype*, se assim o desejar.

Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial, servindo apenas para o propósito de investigação científica. O seu nome não irá ser identificado, sendo-lhe atribuído um número/código. Após a conclusão do estudo as gravações serão eliminadas.

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo a possibilidade de desistir se assim o quiser, a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Caso queira obter informações adicionais e esteja interessado(a) em conhecer os resultados do estudo, após a conclusão do mesmo, poderá solicitar uma cópia ou realizar questões, entrando em contacto comigo através:

Telemóvel: 918279221

Correia eletrónico: sofiacorreia95@hotmail.com

Declaro que tomei conhecimento sobre o objetivo do presente estudo e estou esclarecido(a) sobre a forma como irá decorrer, aceitando participar:

(Assinatura do participante)

Obrigado pela sua participação!

Sofia Alexandra Faustino Correia

Ana Catarina Nunes da Silva

Faculdade de psicologia da Universidade de Lisboa

ANEXO B

Guião de entrevista semiestruturado

Guião da entrevista

1. Apresentação

Blocos temáticos	Objetivos
Apresentação	Apresentar-me como: Sofia Correia, Estudante do 5º Ano da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
Consentimento informado	Fornecimento e leitura do consentimento informado para participação no estudo.

2. Conceptualização de *dropout*

Blocos Temáticos	Objetivos	Perguntas exemplo
Definição de <i>Dropout</i> do participante	Perceber a concepção dos psicólogos sobre <i>Dropout</i> / Término precoce.	<i>O que é para si Dropout ou Término precoce? Como define Dropout?</i>
Facultar definição	Dar uma definição geral aos psicólogos e pedir que se baseiem nessa mesma definição.	O <i>dropout</i> é percebido como tomar a decisão de forma unilateral de terminar o processo terapêutico sem o acordo do terapeuta (Wierzbicki & Pekarik, 1993)
Momento de ativação de memórias relacionadas com casos <i>Dropout</i>	Ativar memórias associadas a casos <i>Dropout</i> vivenciados pelos psicólogos.	<i>Gostava que recorda-se e tivesse em mente os vários casos de Dropout que já vivenciou.</i>

Blocos Temáticos	Objetivos	Perguntas exemplo
Características comuns aos casos Dropout	Conhecer e aceder a características gerais ou invariantes dos vários casos de <i>Dropout</i> que os psicólogos vivenciaram.	<i>Consegue extrair características gerais/ invariantes dos vários casos de Dropout vividos?</i>
Sinais/ Marcadores apercebidos	Saber se houve sinais/marcadores percebidos e observados pelos psicólogos. Alterações do comportamentos verbais e não-verbais do(s) cliente(s).	<i>Evidenciou sinais no(s) seu (s) cliente(s), que apontassem para um possível Dropout?</i> <i>Algum comportamento verbal e não-verbal diferenciador?</i>
Como ocorreu o Dropout	Perceber se o(s) cliente(s) comunicou/ comunicaram ou não a sua vontade de terminar a psicoterapia/ acompanhamento psicológico. Caso o psicólogo tenha sido informado da intenção do(s) cliente(s), perceber se o(s) cliente(s) apresentou/ apresentaram alguma justificação.	<i>Como ocorreu o Dropout/ término?</i> <i>Forneceu/ Forneceram alguma justificação?</i>

3. Vivência do *dropout*

Blocos Temáticos	Objetivos	Perguntas exemplo
Atribuições realizadas pelos Psicólogos	<p>Perceber as explicações que os psicólogos realizaram para justificar o <i>Dropout</i>/ término precoce.</p> <p>Realização de atribuições internas ou externas.</p>	<i>Qual/Quais o(s) motivo(s) que considera que levou ao término da psicoterapia/ acompanhamento psicológico?</i>
Vivencia interna e Estratégias utilizadas	<p>Aceder ao modo como os psicólogos vivenciaram o acontecimento.</p> <p>Quais foram os seus pensamentos / experiencia interna.</p> <p>Forma(s) de gerir/ lidar com o <i>Dropout</i> (estratégias)</p>	<p><i>Quando se deparou com o (s) Dropout(s) o que pensou?</i></p> <p><i>Como reagiu?</i></p> <p><i>Como geriu o(s) Dropout(s)?</i></p>
Impacto a nível experiencial/ interno	<p>Compreender quais as emoções sentidas pelos psicólogos.</p> <p>Aceder às estratégias utilizadas.</p>	<i>Como se sentiu perante Dropout/ Término precoce?</i>
Impacto a nível profissional	<p>Perceber se houve implicações para os casos futuros.</p> <p>Perceber se houve alteração da perceção de competência dos psicólogos.</p> <p>Compreender caso os psicólogos pudessem voltar atrás, se fariam algo diferente, se mudavam alguma coisa.</p>	<p><i>A vivência deste (s) caso (s) influenciou de algum modo os seus casos seguintes?</i></p> <p><i>Caso pudesse voltar atrás, teria feito algo de forma diferente?</i></p>
Aspetos positivos da vivência do(s) Dropout(s)	<p>Compreender se os psicólogos conseguem extrair aspetos positivos com esta(s) experiencia(s).</p>	<i>Consegue extrair aspetos positivos que tenham surgido com esta(s) experiencia(s)?</i>

4. Papel do psicólogo no *Dropout*

Blocos temáticos	Objetivos	Exemplo de perguntas
Papel do psicólogo	Perceber a percepção dos psicólogos sobre a sua contribuição para o <i>Dropout</i> .	Sente que teve alguma influência, influencia essa que contribui-se para o <i>dropout</i> ?

5. Conclusão e fecho da entrevista

Blocos temáticos	Objetivos	Exemplo de perguntas
Conclusão	Perceber se os psicólogos querem acrescentar mais alguma informação. Perceber se têm alguma questão, que queiram esclarecer. Agradecer a participação dos psicólogos no estudo.	<i>Gostaria de acrescentar algo ao que já foi dito?</i> <i>Tem alguma dúvida/ questão que queira esclarecer?</i> <i>Para finalizar queria agradecer a sua participação neste estudo, o seu contributo foi essencial!</i>

ANEXO C

Sistema hierárquico de categorías

Sistema hierárquico das categorias

Categorias	Fontes	Referencias
1. Conceptualização do <i>dropout</i>	9	55
1.1 Conceção de <i>dropout</i>	9	17
Término abrupto	5	7
Decisão unilateral tomada pelo cliente	4	5
Desistência do processo sem atingir resultados	3	4
<i>Dropout</i> consentido e informado	1	1
1.2 Tipos de <i>dropout</i>	9	32
Fornecimento de justificação	8	16
Desaparecimento sem justificação	8	13
Não agendamento da próxima consulta	2	2
Acordo entre as duas partes	1	1
1.3 Momento do <i>dropout</i>	4	6
Término numa fase inicial do processo	4	5
Término numa fase adiantada do processo	1	1
2. Possíveis Indicadores pré <i>dropout</i>	9	59
2.1 Características dos clientes	9	24
Pouca consciência da problemática e/ou baixa motivação	4	6
Falha no estabelecimento da relação terapêutica	4	6
Dificuldades estruturais	4	5
Agir na relação o que está a ser difícil pensar	1	2
Condição financeira	1	1
Falta de abertura para aceder às suas vulnerabilidades	1	1
Expectativa irrealista face ao papel do psicólogo e desinvestimento face ao processo	1	1
2.2 Sinais percecionados pelos psicólogos	9	35
Relação terapêutica não estabelecida ou pouco genuína	5	6
Atrasos, faltas ou desaparecimento periódico	3	6
Questões financeiras, dificuldades de horário e de acessibilidade física	1	5

Relutância em agendar a próxima sessão	2	3
Postura desconfortável em terapia	2	3
Dificuldade em pensar sobre a problemática	1	3
Ausência de identificação de sinais	3	3
Observação de progressos	1	2
Dificuldade na experiência emocional	1	2
Sentimento de falha para com a psicoterapia	1	1
Pedido de espaçamento de consulta	1	1
3. Vivência do dropout	9	183
3.1 Motivos do dropout segundo a visão do psicólogo	9	36
3.1.1 Fatores do psicólogo	4	8
Falta de sintonia com o <i>timing</i> do cliente	2	5
Orientação teórica utilizada	1	1
Contra identificação	1	1
Falta de empatia	1	1
3.1.2 Fatores do cliente	8	26
Evitamento das suas vulnerabilidades	4	7
Características de personalidade	4	5
Idealização desajustada do psicólogo e processo psicoterapêutico	3	5
Influência de terceiros	2	3
Não é o momento da pessoa	2	2
Transferência	1	2
Fraca relação terapêutica	1	1
Zanga não elaborada face ao terapeuta	1	1
3.1.3 Desconhecimento do motivo	2	2
3.2 Reflexões pós dropout	9	26
Culpabilização e ativação de inseguranças	9	15
Indisponibilidade psicológica para a psicoterapia	3	5
Atribuição de responsabilidade conjunta	3	4
Expectativas irrealistas face ao processo terapêutico	2	2
3.3 Estratégias utilizadas para gerir dropout	9	24
Analisar, refletir e escrever	4	7

Intervisão	5	6
Supervisão	4	6
Psicoterapia pessoal	3	3
Momentos de lazer	1	1
Partilhar a vivência dos <i>dropout</i> com amigos	1	1
3.4 Impacto do dropout	9	47
3.4.1 Impacto emocional	9	33
Tristeza	8	11
Frustração	4	5
Inseguranças	2	3
Desilusão	3	3
Sentimento de impotência	1	3
Surpresa	3	3
Sentimento de abandono	2	2
Zanga	2	2
Culpa	1	1
3.4.2 Impacto profissional	8	11
Maior auto consciência	5	5
Maior atenção às expectativas iniciais do cliente	4	4
Dificuldade em aceitar o <i>dropout</i>	1	1
Receio de novos <i>dropouts</i>	1	1
3.4.3 Ausência de impacto nos casos de curta duração	2	3
3.5 Aspetos que alterariam nos casos de <i>dropout</i>	9	18
Meta comunicação sobre o processo	4	6
Postura terapêutica mais ativa durante o processo	4	4
Nenhuns	3	3
Expor o caso em supervisão e terapia pessoal	1	2
Respeitar o <i>timing</i> do cliente	2	2
Melhor gestão das expectativas iniciais	1	1
3.6 Fatores positivos extraídos	8	12
Crescimento profissional	6	9
Possibilidade de reflexão	2	2

Maior auto consciência	1	1
3.7 Contribuições do psicólogo para o <i>dropout</i>	9	20
Falta de experiência profissional	6	7
Falta de sintonia com o cliente	5	7
Contra transferência	2	3
Falta de empatia	2	3