



Maria Inês Cardoso Almeida

**A perspetiva dos/as terapeutas acerca da desistência
em psicoterapia: Um estudo qualitativo.**

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Dulce Pinto
e sob coorientação da
Professora Doutora Ana Rita Conde

fevereiro, 2023



Maria Inês Cardoso Almeida

**A perspetiva dos/as terapeutas acerca da desistência
em psicoterapia: Um estudo qualitativo.**

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
Para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde
Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
No dia 14/02/2023, perante o júri seguinte:

Presidente: Professor Doutor Inês Jongenelen

Arguente: Professora Doutora Eugénia Ribeiro (Universidade do Minho)

Orientadora: Professora Doutora Dulce Pinto

fevereiro 2023

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação,
mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Este é o resultado de um trabalho que foi sonhado, idealizado e possível graças a diversas pessoas. Este foi um processo de descoberta pessoal do qual me orgulho bastante e que se deveu a diversas pessoas às quais sou grata por fazerem parte da minha vida. Hoje estou onde sempre sonhei estar.

Começo por agradecer à Professora Doutora Dulce Pinto, que tive a honra de ter como orientadora e que com a dedicação, compreensão e profissionalismo que tanto a caracterizam, permitiu o meu desenvolvimento académico e profissional, tendo sido muitas vezes um exemplo de inspiração de tudo aquilo que quero alcançar enquanto psicóloga e investigadora.

À Professora Doutora Rita Conde, por me ter acolhido e por ter fornecido sempre a sua melhor ajuda e conhecimento. A sua orientação e a partilha constante foram essenciais para o término deste percurso. Agradecer também por toda a motivação e coragem nos momentos de incerteza.

À Universidade Lusófona do Porto. Por ter sido o meu ninho e por se ter tornado na minha segunda casa ao longo destes quase 6 anos. Por me ter visto crescer a nível pessoal, académico e profissional e por me proporcionar, aqueles que caracterizo, como os melhores anos da minha vida. Não poderia ter escolhido melhor.

À Psicologia. Por ser mais que um curso e uma profissão, por ser inspiração diária e por ser uma paixão que me faz querer ajudar, encorajar e promover a autodescoberta, o autocuidado, o conhecimento e a estabilidade de todos/as aqueles/as que me procurem. Não descurem da vossa saúde mental.

A todos os/as meus/minhas colegas de faculdade, por todas as sessões de estudo, cafés ao longo de tardes e tardes naquela esplanada que tem a vista mais bonita para o Porto, a nossa cidade do coração. Por todas as conversas pela noite dentro sobre qualquer que fosse o assunto. Por todos os medos e conquistas que partilhamos.

Agradecer em especial à minha amiga Rita, o primeiro laço afetivo que estabeleci quando entrei na universidade e que tenho a certeza que ficará para o resto da vida. Esta conquista é nossa!

À minha família praxística. Por sempre terem ouvido os meus medos, as minhas dúvidas e acreditarem no meu sucesso pessoal e profissional. Aos meus padrinhos, Hugo e Sofia, que

foram partes essenciais na minha adaptação à faculdade e ao curso. Aos meus afilhados, que serão sempre parte de mim e o meu reflexo. Obrigada!

Aos meus amigos de toda a vida, Marisa e Pedro, que mesmo longe estiveram sempre perto para me encorajar sempre que eu precisava. A vossa força e a vossa coragem são um motivo de orgulho para mim. Que a nossa amizade perdure por muitos mais anos.

Aos meus pais, Carlos e Paula, que permitiram que este sonho fosse possível, que me deram as asas que eu precisava para conseguir voar. A bondade, o esforço e a dedicação que os caracterizam tornaram-me na pessoa sonhadora e ambiciosa que hoje sou. Por acreditarem em mim de uma forma que nunca ninguém acreditará. A vossa menina conseguiu!

À minha irmã Márcia e ao meu cunhado Samuel. As pessoas mais importantes da minha vida e que sempre me encorajaram a querer ser mais e melhor. Obrigada por serem o meu maior exemplo. À minha sobrinha e afilhada Carolina, que nasceu durante estes que foram anos incríveis para mim e que os tornou ainda mais bonitos. Por ser a menina dos meus olhos e a minha ambição para querer ser alguém melhor dia após dia.

Ao João. Por tudo e por tanto. Por ter sido o meu companheiro neste percurso. Por ter sido o meu maior apoio. Pela coragem e por todo o amor. Sem ele, nada teria sido igual. O teu coração e a tua alma são luz na minha vida.

Por fim, agradecer a uma pessoa que não esteve presente fisicamente durante o meu percurso académico, mas que o sonhou comigo durante todo o meu crescimento. O meu avó Silvino. O maior exemplo de vida que eu tenho e que sempre terei. Por sempre ter acreditado em mim. Por todas as vezes em que eu duvidei que seria capaz, senti o alento e o carinho que tanto o caracterizavam. Não esteve presente fisicamente, mas senti todos os dias que estava comigo. Esta conquista também é sua. Obrigada, meu avô!

A todos/as que de uma forma ou de outra, estiveram presentes neste que foi um percurso tão bonito e importante. Pela confiança e pelo encorajamento. Sou grata à vida e grata às pessoas que dela fazem parte. Muito obrigada!

A perspectiva dos/as terapeutas acerca da desistência em psicoterapia: Um estudo qualitativo

Resumo

A investigação sobre a desistência em psicoterapia tem indicado que se trata de uma problemática comum na prática profissional dos/as terapeutas, tendo um impacto negativo a nível pessoal e profissional para os/as mesmos/as. **Objetivos:** Pretende-se compreender e analisar o fenómeno da desistência em psicoterapia, na perspectiva dos/as próprios/as terapeutas, no contexto português. **Método:** Participaram no presente estudo 12 psicoterapeutas, aos quais se administrou individualmente um questionário sociodemográfico para obter dados sociodemográficos/profissionais e uma entrevista semiestruturada. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, recorrendo-se à análise temática dos dados, com recurso ao software NVivo 10. **Resultados:** Com os resultados foi possível perceber a perspectiva pessoal de cada terapeuta sobre a desistência dos/as clientes, os principais fatores de risco da mesma, bem como o impacto que este fenómeno acarreta. **Conclusão:** As consequências provenientes do fenómeno da desistência da terapia devem ser consideradas de forma a diminuir o impacto negativo a nível pessoal, emocional e profissional. Com o presente estudo foi possível compreender que os fatores de risco associados aos/as clientes são os mais associados à desistência, segundo os/as participantes, seguindo-se os dos/as terapeutas e da própria relação terapêutica. Segundo os/as terapeutas, a desistência da terapia é um fenómeno que deve ser normalizado e que promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos/as mesmos, contudo promove sentimentos negativos, como a frustração, tristeza e o questionamento. Deste modo a formação, supervisão e terapia individual revelam-se como essenciais para que os/as terapeutas adquiram estratégias para lidar com este fenómeno, de forma a preservar o seu bem estar e saúde psicológica e emocional.

Palavras-chave: Desistência da psicoterapia, terapeutas, impacto, estudo qualitativo, análise temática.

The therapists' perspective on dropout in psychotherapy: A qualitative study

Abstract

Research on psychotherapy dropout has indicated that this is a common issue in therapists' professional practice, having a negative impact on a personal and professional level for them. **Objectives:** The aim is to understand and analyze the phenomenon of dropout in psychotherapy, from the perspective of the therapists themselves, in the Portuguese context. **Method:** Twelve psychotherapists participated in this study, who were individually administered a sociodemographic questionnaire to obtain sociodemographic/professional data and a semi-structured interview. A qualitative approach was used, resorting to thematic analysis of the data, using the NVivo 10 software. **Results:** With the results, it was possible to perceive the personal perspective of each therapist on the clients' dropout, the main risk factors of the same, as well as the impact that this phenomenon entails. **Conclusion:** The consequences arising from the phenomenon of dropout from therapy should be considered to reduce the negative impact on a personal, emotional and professional level. With the present study, it was possible to understand that the risk factors associated with the clients are the ones most associated with withdrawal, according to the participants, followed by the therapists and the therapeutic relationship itself. According to therapists, dropping out of therapy is a phenomenon that must be normalized and that promotes their personal and professional development, however it promotes negative feelings, such as frustration, sadness and questioning. In this way, training, supervision and individual therapy are essential for therapists to acquire strategies to deal with this phenomenon to preserve their well-being and psychological and emotional health.

Keywords: Dropout from psychotherapy, therapists, impact, qualitative study, thematic analysis.

Índice

Enquadramento teórico.....	1
Método.....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	9
Procedimentos de recolha e análise dos dados.....	9
Resultados.....	11
Discussão.....	21
Conclusão.....	27
Referências Bibliográficas.....	30
Anexos.....	34

Índice de tabelas

Tabela 1: Participantes e amostragem.....	8
Tabela 2: Temas e Subtemas.....	11

Índice de figuras

Figura 1: Mapa Temático do Tema “Indicadores da desistência”.....	12
Figura 2: Mapa Temático do Tema “Impacto da desistência”.....	14
Figura 3: Mapa Temático do Tema “Estratégias promotoras da relação terapêutica”.....	16
Figura 4: Mapa Temático do Tema “Estratégias para diminuir a desistência da terapia”.....	19

Índice de Siglas e Abreviaturas

AT – Análise Temática

CEDIC – Comissão de Ética para a Investigação Científica

EMDR – *Eye, Movement, Dessensitization and Reprocessing*

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

ULP – Universidade Lusófona do Porto

Enquadramento teórico

Desistência do processo terapêutico – definição e prevalência

Quando se desenvolve um processo terapêutico, este tendencialmente termina no momento em que o/a cliente e o/a terapeuta consideram que o/a cliente já demonstra melhorias significativas adquiridas durante a psicoterapia (Murdock et al., 2010). Assim, o/a cliente já detém competências que possibilitam lidar com as dificuldades e/ou desafios que anteriormente não detinha, o que revela a presença de colaboração terapêutica que possibilita a obtenção de resultados positivos para todos os/as envolvidos/as no processo terapêutico (Ferreira et al., 2015).

Contudo, ao longo do processo terapêutico, ocorrem diversos casos em que o/a cliente termina o processo clínico de forma unilateral e sem a decisão conjunta com o/a terapeuta. Este acontecimento denomina-se habitualmente como desistência prematura e/ou precoce em psicoterapia (Hatchett & Park, 2003; Hunsley et al., 1999). Segundo Hatchett e Park, 2003 e Sharf et al., (2010), a desistência em psicoterapia revela uma maior probabilidade de ocorrer quando é estabelecida, entre o/a cliente e o/a terapeuta, uma pobre relação terapêutica e uma baixa qualidade da aliança terapêutica.

O conceito de desistência em psicoterapia não possui uma definição única e consensual (Pinto et al., 2018). Por exemplo, segundo Wierzbicki e Pekarik (1993) o conceito de desistência refere-se a situações em que o/a cliente deixa de comparecer à prática clínica apesar do número de sessões terapêuticas determinado no início do processo clínico. Já segundo Jung et al., (2013), o abandono em psicoterapia refere-se a contextos em que um/uma cliente iniciam um processo terapêutico em conjunto com o/a terapeuta e interrompe o mesmo sem recuperar das problemáticas que o direcionaram até à terapia e sem atingir os objetivos terapêuticos estabelecidos entre o/a próprio/a e o/a terapeuta.

Para além disso, a prevalência de casos referentes ao abandono da psicoterapia também não apresenta elevados níveis de consenso, originando grandes discrepâncias em relação à prevalência do fenómeno. Contudo, segundo Swift e Greenberg (2012), a prevalência de desistência em psicoterapia difere entre os 20% e os 60%, dependendo das características pessoais e do nível sociodemográfico de cada cliente e também da qualidade dos serviços prestados por parte dos/as terapeutas. Deste modo, o fenómeno da desistência em psicoterapia deve ser percecionado como um assunto prioritário por parte dos/as terapeutas e investigadores da área, uma vez, que a literatura revela que um/a em cada cinco clientes

abandonam a terapia de forma prematura e sem o conhecimento do/a terapeuta (Swift & Greenberg, 2012).

Fatores explicativos da desistência em psicoterapia

Diversos estudos desenvolvidos acerca do fenômeno da desistência em psicoterapia assentam sobre as variáveis dos/as clientes que podem originar a desistência por parte dos/as mesmos/as (Grimes & Murdock, 1989; Kokotovic e Tracey, 1987; Murdock et al., 2010; Woodside et al., 2005;). Segundo Roseborough et al., (2015), os/as clientes podem terminar a terapia precocemente porque não se encontram satisfeitos/as com a terapia e com a relação terapêutica desenvolvida ou por se sentirem melhor em relação ao seu estado no início da terapia. A falta de satisfação dos/as clientes também está relacionada com a sua desistência, uma vez que os/as clientes desenvolvem sentimentos negativos para com a terapia e para com os/as seus/suas terapeutas (Roos & Werbart, 2011). Deste modo, a insatisfação dos/das clientes pode originar falta de confiança e insegurança nos seus potenciais resultados positivos, contribuindo para a sua desistência (Hunsley et al., 1999). Contudo, outros estudos existentes acerca das variáveis dos/as clientes referem que a idade, o baixo nível socioeconómico, menores habilitações literárias, o estado civil, a utilização de medicação e pertencerem a um grupo cultural e social minoritário, são variáveis intimamente ligadas à desistência (Garfield, 1994; Swift & Greenberg, 2012). Relacionado com a idade, é possível compreender que clientes mais jovens, ou seja, com idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos desistem mais facilmente da terapia (Barrett et al., 2008; Oflson et al., 2009; Roseborough et al., 2015). De acordo com a educação e habilitações literárias, os/as clientes que possuem o 12º ano ou que frequentam o ensino superior desistem menos da terapia do que aqueles que não possuem níveis de escolaridade tão elevados (Swift & Callahan, 2011). Relacionado com o estatuto socioeconómico, os/as clientes que possuem um estatuto socioeconómico mais baixo apresentam uma forte ligação à desistência em psicoterapia (Roseborough et al., 2015). Deste modo é importante considerar as diversas variáveis pessoais, educacionais e sociais dos/as clientes para avaliar a probabilidade de o fenómeno de desistência em psicoterapia ocorrer.

De forma a explicar as razões associadas à desistência, os/as clientes tendem a utilizar três justificações: a melhoria significativa da problemática apresentada quando procuraram a ajuda terapêutica, os fatores e/ou obstáculos ambientais e sociais que os/as conduziram à desistência (e.g., constrangimentos financeiros, mudança de casa) e também a insatisfação

com a terapia que originou a desmotivação sobre o processo clínico (Pekarik, 1983) Já os/as terapeutas relatam que todos os/as clientes que desistem da psicoterapia, o fazem devido a erros que ocorrem durante o processo clínico e que desmotivam os/as clientes, originando assim a desistência (Pekarik, 1992 citado por Piselli et al., 2011).

Contudo, existem outros estudos que consideram, que para além dos fatores dos/as clientes, é importante considerar e avaliar as variáveis inerentes aos/as terapeutas (Renk & Dinger, 2002). Por exemplo, diversos desses estudos, consideram que existe uma relação direta entre a prevalência da desistência em psicoterapia e o nível de experiência dos/as mesmos/as. Assim, os/as terapeutas com uma menor experiência e com um menor treino na prática clínica parecem ter mais casos de desistência do que os/as terapeutas com uma maior experiência profissional. Contudo é também verdade que existe grande controvérsia sobre estes resultados (Swift & Greenberg, 2012). Segundo Pinto e Ferreira (2019), compreendemos que não existe relação entre a prevalência da desistência em psicoterapia e a idade, género e etnia dos/das diversos terapeutas que experienciam este fenómeno.

Para além das variáveis dos/as clientes e dos/as terapeutas, estudos mais recentes consideram que as variáveis relacionadas com a interação entre os/as clientes e os/as terapeutas durante a terapia pode estar associadas à desistência (Reis & Brown, 2006). Relacionado com os fatores da terapia, considera-se que estes podem originar a desistência do/a cliente, devido ao estabelecimento de uma baixa aliança terapêutica entre o/a cliente e o/a terapeuta, devido à insatisfação com a terapia por parte do/a cliente e devido a uma avaliação negativa construída pelo/a cliente face ao/a terapeuta (Johansson & Eklund, 2006; Sharf et al., 2010; Westmacott et al., 2010). A relação desenvolvida e mantida entre o/a cliente e o/a terapeuta é um dos maiores preditores da desistência em psicoterapia, pelo que a qualidade da relação terapêutica está intimamente ligada à participação ativa do/a cliente e ao desejo de o/a mesmo/a se manter no processo clínico (Pinto & Ferreira, 2019). Em casos de desistência em psicoterapia, é perceptível que a aliança terapêutica estabelecida entre o/a cliente e o/a terapeuta apresenta pouca qualidade, originando a desistência dos/as clientes (Samstag et al., 1998; Pinto & Ferreira, 2019).

O funcionamento do processo clínico também parece estar intimamente ligado à ocorrência da desistência em psicoterapia. O tempo estabelecido entre a avaliação, o diagnóstico e o início do próprio tratamento pode estar diretamente relacionado com o desinteresse do/a cliente (Alves et al., 2020). O estabelecimento do *setting* terapêutico

também demonstra influenciar a presença dos/as clientes no processo terapêutico, uma vez que, quer a prática clínica privada quer a prática clínica pública apresentam barreiras para o estabelecimento da relação terapêutica, podendo assim a desistência em psicoterapia ocorrer em ambos os contextos (Barret, 2008). Outras situações como a dificuldade em encontrar um serviço de saúde mental, a distância entre o serviço e o local de residência e a necessidade de aguardar em lista de espera para conseguirem iniciar o processo clínico podem condicionar o/a cliente e o desejo para iniciar e/ou se manter no processo terapêutico (Barrett et al., 2008; Deyo & Inui, 1980)

A duração do processo terapêutico constitui-se como um fator importante dentro da terapia para uma maior probabilidade de desistência por parte dos/as clientes, uma vez que a existência de processos terapêuticos mais curtos pode aumentar a probabilidade de os/as clientes desistirem da terapia, enquanto casos clínicos mais longos podem reduzir a ocorrência deste mesmo fenómeno (Barret et al., 2008). Deste modo, a desistência da psicoterapia é um acontecimento que surge frequentemente associada às dificuldades para estabelecer e desenvolver a aliança terapêutica, o que parece ser mais difícil de ocorrer em casos clínicos mais extensos (Benetti & Cunha, 2008).

Impacto da desistência em psicoterapia e estratégias preventivas

Da revisão de literatura, é possível compreender que a desistência em psicoterapia é um fenómeno comum e que origina diversas consequências para todos os/as envolvidos no processo clínico (Knox et al., 2011; Swift & Greenberg, 2012).

A desistência pode impactar negativamente a abordagem clínica do/a terapeuta, o seu desempenho com outros/as clientes, a sua autoestima, o seu desenvolvimento profissional e o seu bem-estar pessoal (Piselli et al., 2011). Assim, este acontecimento é percecionado como uma fonte de stress ocupacional para o/a terapeuta, podendo prejudicar a sua própria confiança e a eficácia pessoal e profissional (Gaudriault & Joly, 2013). De igual modo, a desistência pode originar sentimentos de fracasso, tristeza, desilusão, frustração, confusão, impotência e/ou raiva associados à rejeição e abandono por parte do/a cliente para com o/a terapeuta (Reis & Brown, 1999). Desta forma, compreende-se que os/as terapeutas não conseguem compreender a verdadeira razão pela qual os/as clientes desistem da terapia e, por isso, desenvolvem sentimentos negativos face a este fenómeno (Hunsley et al., 1999).

Para além do impacto negativo nos/as terapeutas, a desistência da psicoterapia também pode implicar consequências para os/as clientes, dado que estes/as podem desenvolver uma

maior hesitação em voltar à terapia, desmotivação para iniciarem um potencial novo processo clínico e a descrença nos serviços prestados (Knox et al., 2011). Deste modo, a descontinuação ou a desistência prematura da terapia é descrita como um problema atual e significativo para todos/as os envolvidos, limitando a eficácia das intervenções clínicas desenvolvidas para as pessoas que apresentam problemáticas ao nível da saúde mental (Barrett et al., 2008; Hatchett & Park, 2003; Reis & Brown, 1999; Swift et al., 2009; Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

O fenómeno de desistência em psicoterapia acarreta consequências para todos/as os/as envolvidos/as no processo clínico e, por isso, é relevante que os/as terapeutas possuam um conhecimento aprofundado acerca dos preditores da desistência em psicoterapia, para conseguirem identificar possível desistências precoces e/ou sinais dos/as clientes que possam revelar a vontade de desistir da terapia. Assim, é importante que os/as terapeutas e os/as investigadores/as desta área, conheçam as diferentes variáveis dos/as clientes, dos/as terapeutas e da própria relação terapêutica e assim consigam antecipar a ocorrência do fenómeno (Alves et al., 2020). Deste modo, segundo Bueno et al., (2001 citados por Alves et al., 2020), os/as terapeutas devem desenvolver diversas intervenções que possam diminuir a prevalência do abandono da psicoterapia, como estabelecer o contacto presente e constante com os/as clientes para conseguirem verificar as possíveis ausências dos mesmos perante as consultas clínicas; focarem-se na compreensão das crenças, pensamentos, emoções e possíveis distorções cognitivas dos/as clientes para melhorar a intervenção clínica e para que os/as clientes se sintam apoiados e compreendidos; prepararem as sessões e intervenções de acordo com as características psicológicas e emocionais dos/as clientes.

De forma a finalizar, a colaboração terapêutica desenvolvida entre o/a terapeuta e o/a cliente é vista como um fator importante para que a terapia tenha sucesso e consiga obter os objetivos pretendidos pelo/a cliente e pelo/a terapeuta. Segundo Ferreira et al., (2015), a colaboração e a mudança terapêutica possuem uma natureza desenvolvimental e estão diretamente relacionados. A aliança terapêutica e o vínculo emocional estabelecido entre o/a terapeuta e os/as clientes são vistos como fator associado ao trabalho que ocorre durante a terapia e que pode ter efeitos positivos ou negativos na mudança dos/as clientes (Ferreira et al., 2015). Deste modo, se a colaboração terapêutica for bem estabelecida desde o início do processo clínico, existe uma menor probabilidade de o/a cliente desistir da terapia, uma vez que possui uma relação de qualidade e de confiança com o/a terapeuta.

Verifica-se que o fenómeno da desistência da psicoterapia por parte do/a cliente é bastante comum e possui diversas consequências negativas para todos os/as envolvidos no processo clínico, ou seja, para os/as clientes, para os/as terapeutas, para a organização em que a psicoterapia ocorre e para a sociedade em geral (Knox et al., 2011; Swift & Greenberg, 2012).

O presente estudo tem como objetivo compreender o fenómeno da desistência em psicoterapia, de um modo aprofundado, a partir da perspectiva dos/as terapeutas. A literatura e investigação sobre o fenómeno de desistência em psicoterapia tem-se focado maioritariamente nas questões de prevalência e nos fatores de risco associados ao mesmo, numa perspectiva quantitativa. Apesar de já existirem alguns estudos de natureza qualitativa, são ainda escassos e, tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem estudos acerca da perspectiva de terapeutas cuja sua prática clínica ocorra em Portugal.

Em específico, pretendemos compreender, a partir da visão dos/as terapeutas, quais são os fatores de risco – dos/as clientes, dos/as próprios/as e da sua interação – que percebem como tendo influência na desistência da psicoterapia. Para além disso, pretendemos igualmente compreender de que forma é que os/as terapeutas percebem o fenómeno em termos do seu impacto, nomeadamente em si próprios/as. Por fim, o presente estudo pretende aprofundar, na ótica dos/as terapeutas, qual o seu entendimento sobre as diversas estratégias terapêuticas que podem ser aplicadas durante o processo clínico, que possibilitem o desenvolvimento de uma relação terapêutica estável entre si e os/as seus/suas clientes e que, por isso, possam diminuir a prevalência da desistência em psicoterapia.

Método

Participantes e amostragem

Participaram no presente estudo 12 psicoterapeutas, selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: (i) serem membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses e (ii) terem experienciado o fenómeno da desistência em psicoterapia ao longo da sua prática profissional.

Tendo em conta os objetivos do estudo, a seleção dos/as participantes adotou uma estratégia de amostragem intencional, procurando-se identificar e selecionar os/as participantes considerados conhecedores/as do tema que se pretende estudar.

Considerou-se obter o número mínimo de 12 participantes, dado que os estudos de natureza qualitativa que recorrem à análise temática costumam integrar entre 12 a 15 participantes. (Ando et al., 2014). Este número permitirá, à partida, garantir a saturação teórica dos dados, em cumprimento com os pressupostos da análise (Braun & Clarke, 2006).

Assim, o presente estudo integra 12 participantes (cf. tabela 1). Dos/as 12 terapeutas, 10 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 59 anos ($X= 35,92$; $DP= 9,85$).

Em relação ao local de residência, 6 dos/as participantes pertenciam à região Norte, 4 pertenciam à região Sul e 2 à região Centro.

Relativamente à formação de base, 10 dos/as terapeutas possuíam o grau académico de Mestrado em Psicologia. Apenas 1 terapeuta possuía o Doutoramento e apenas 1 possuía o grau de Licenciatura pré-Bolonha. A experiência profissional variava entre os 2 anos e os 37 anos ($M= 10,5$; $DP= 10,00$). Em termos de especialidade de acordo com a OPP, existiam 7 dos/as terapeutas com diversas especialidades e formações certificadas pela OPP, nomeadamente Terapia Psicanalítica e Familiar, Psicoterapia, Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Comunitária, Necessidades Educativas Especiais, Trauma, Mediação de conflitos, Psicologia Forense, Adições, Terapia EMDR e *brainspotting*. Para além disso, 1 dos/as terapeutas possuíam uma graduação em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental e outro/a dos/as terapeutas possuía uma dupla pós graduação em Neuropsicologia.

No que diz respeito ao contexto de trabalho, 7 terapeutas trabalhavam em contexto clínico, 2 em contexto de promoção de saúde, 2 em contexto clínico e escolar e 1 em contexto escolar. Dos/as 7 terapeutas que trabalhavam em contexto clínico, 3 trabalhavam em contexto de clínica privada.

De um modo geral, os/as terapeutas atendiam problemáticas relacionadas com a ansiedade, depressão, perturbações de humor e de personalidade, distúrbios alimentares, autoestima e questões emocionais, dependências e adições, violência doméstica, trauma e luto e questões associadas à separação e ao divórcio.

O volume de casos semanais variava entre 12 e os/as 44 clientes ($X= 24,5$; $DP= 10,59$) e as horas dedicadas à profissão variavam entre 20 horas e as 60 horas ($X= 40$; $DP= 11,48$).

De entre os/as 12 terapeutas, 5 deles/as tinham outras ocupações profissionais, como coach, formador/a e empresário/a.

	Sexo	Local de residência	Formação base	Experiência profissional	Especialidade
Participante 1	Masculino	Porto	Psicologia Clínica e da Saúde	3 anos	-
Participante 2	Feminino	Leiria	Psicologia Clínica e da Saúde	7 anos	Psicologia forense, adições químicas
Participante 3	Feminino	Porto	Psicologia da Educação	17 anos	Mediação de conflitos e formador/a
Participante 4	Feminino	Algarve	Psicanálise	7 anos	Terapia psicanalítica de casal e familiar
Participante 5	Feminino	Lisboa	Psicologia Clínica e da Saúde	7 anos	Psicologia da Educação
Participante 6	Masculino	Aveiro	Necessidades educativas especiais	16 anos	Psicologia da saúde, educação, NEE
Participante 7	Feminino	Lisboa	Psicologia Clínica dinâmica	3 anos	Psicoterapia Cognitiva Comportamental
Participante 8	Feminino	Lisboa	Psicologia Clínica	4 anos	-
Participante 9	Feminino	Porto	Psicoterapia	17 anos	-
Participante 10	Feminino	Porto	Psicologia Clínica	2 anos	Neuropsicologia
Participante 11	Feminino	Porto	Psicologia da Justiça	6 anos	Psicoterapia e psicodrama
Participante 12	Feminino	Porto	Psicologia da Educação	37 anos	Trauma, MDR, <i>brainspotting</i>

Tabela 1. Participantes e amostragem

Instrumentos de recolha dos dados

Para a realização desta investigação foram utilizados dois instrumentos: (i) o questionário sociodemográfico (ii) e um guião de entrevista semiestruturada, construídos especificamente para o efeito da presente investigação.

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido para obter informações sociodemográficas e profissionais de cada participante, tais como: sexo, idade, local de residência, formação base em psicologia, anos de experiência profissional, especialidades pela OPP, contexto de trabalho, principais problemáticas atendidas na consulta, volume de casos semanais e outras ocupações profissionais.

A entrevista semiestruturada foi desenvolvida com base na revisão da literatura sobre o fenómeno da desistência em psicoterapia, procurando explorar a situação profissional dos/as terapeutas, a relação que estabelece com os/as clientes e a perspetiva pessoal e profissional sobre o fenómeno da desistência da terapia.

Procedimento de recolha dos dados

O presente estudo começou por ser submetido para a aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona do Porto, e só após a sua aprovação, se procedeu à recolha dos dados.

Para o recrutamento de potenciais participantes, procedeu-se a uma pesquisa no *linkedin* no sentido de identificar terapeutas e obter o seu contacto de email. Foram identificados/as 357 potenciais terapeutas que, posteriormente, foram contactados/as pela investigadora a informar dos objetivos do estudo e dos seus critérios de inclusão, questionando o seu interesse em participar. Dos 357 contactados/as, 9 responderam afirmativamente. Além disso, recorreu-se também à estratégia do *snow-ball sampling*, pedindo-se a cada participante que indicasse outro/a terapeuta que pudesse integrar o estudo. Através desta estratégia, foram recrutados/as 3 participantes.

Depois de terem sido estabelecidos os contactos com os/as participantes e de estes/as aceitarem e garantirem a sua participação voluntária, foram agendadas as entrevistas com os/as mesmos/as.

É de referir que o consentimento informado foi enviado para cada participante antes da realização das entrevistas. Após a sua leitura e esclarecimento de eventuais dúvidas através de e-mail, os/as participantes reenviaram o documento assinado pelos/as próprios/as. Após a receção do consentimento informado e acordada a data e hora da entrevista, foi enviado o link para o acesso à sala pessoal da plataforma *ZOOM* para a sua realização. As entrevistas ocorreram nesta plataforma uma vez que se revelou mais oportuno para os/as participantes e, desta forma, se conseguiu uma maior abrangência geográfica e evitando deslocações.

No momento em que foi realizada a entrevista com cada participante, deu-se ainda a oportunidade de esclarecer alguma dúvida adicional e procedeu-se, primeiramente, à recolha dos dados sociodemográficos. Por fim, foi aplicado o guião da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em vídeo depois da autorização de cada participante, para depois serem transcritas na íntegra e alvo de análise.

Estratégia de análise dos dados

Utilizou-se a análise temática (AT) como técnica de análise, a partir de um paradigma construtivista, dado que se pretende compreender a perspectiva dos/as terapeutas sobre a desistência da terapia a partir da sua experiência e *background* – daí a natureza construída do fenómeno. Contudo, o paradigma pós-positivista também se encontra presente, uma vez que foi utilizada a análise interjuízes, no sentido de validar a análise realizada e de forma a obter uma verdade absoluta sobre os dados obtidos.

A análise temática é considerada um método de análise flexível e que permite obter um conjunto de dados diversificados, pormenorizados e complexos. A análise temática caracteriza-se por comparar os relatos dos sujeitos, por considerar o modo como os conceitos são definidos, por analisar as assunções implícitas do que é referido pelos/as participantes e por tentar identificar as implicações teóricas e práticas do que é dito (Braun & Clarke, 2006). Este tipo de análise possui um carácter prático e de ampla aplicabilidade, podendo ser aplicada em diversas abordagens qualitativas (Souza, 2019).

Através da análise temática foi adotado um método de codificação indutiva, em que os temas que foram identificados relacionaram-se aos dados, não se ajustando a um quadro de codificação pré-existente e de *data-driven*. É de referir que para se considerar um tema, adotou-se como critérios o número de participantes que abordaram um tema (mínimo 6, cerca de 50% dos/as participantes) em conjunção com o número de referência que integram cada tema (Braun & Clarke, 2006). Recorreu-se ao *software Nvivo 10* (QSR International Pty Ltd, 2020) para a organização, codificação e análise dos dados.

Assim, o processo de análise decorreu em 6 fases principais. Inicialmente a investigadora começou por se (i) familiarizar com os dados obtidos através da transcrição, da leitura e da anotação de ideias sobre cada entrevista, de forma a criar padrões sobre os dados. Depois de se familiarizar com os dados, (ii) iniciou a criação da codificação inicial através dos dados obtidos, em que foram identificados os dados relevantes de cada entrevista, através de uma unidade de análise, ou seja, parágrafo a parágrafo de todas as entrevistas. Após isto, foi criada uma abordagem baseada nos dados, ou seja, baseada nas características dos dados obtidos. Depois da fase de codificação, a investigadora reviu todos os dados codificados e ocorreu a alteração do nome de algumas categorias criadas e a junção de outras. Depois disto, a investigadora (iii) começou a criar temas a partir dos nós que foram relevantes para o estudo, através da análise analítica, em que a investigadora transformou os códigos iniciais

nos temas gerais. De seguida, a investigadora (iv) voltou a rever os temas criados e também a organização dos mesmos, uma vez que ocorreu a necessidade de unir diversos temas e de criar subtemas dentro dos mesmos. A investigadora procedeu (v) à definição e nomeação dos temas e, por fim, (vi) ao resumo e à descrição dos resultados, em que realizou a ligação dos resultados da análise, as questões de investigação deste estudo e a literatura já existente sobre o tema.

No sentido de validar a análise, procedeu-se à codificação interjuízes, em que uma investigadora independente procedeu à codificação de 6 entrevistas (50% dos dados) e calculou-se o grau de acordo entre as investigadoras. Obteve-se um grau de acordo de 84,4%, considerando-se adequado (Vala, 1986).

Resultados

Com a realização da análise dos dados, surgiram quatro temas centrais: 1) Indicadores da desistência da terapia; 2) Impacto da desistência da terapia; 3) Estratégias promotoras da relação terapêutica; 4) Estratégias para diminuir a desistência da terapia.

A Tabela 2, apresentada a seguir, possui um sumário dos temas centrais que surgiram a partir da análise dos dados e os respetivos subtemas. Para cada um dos temas e subtemas é apresentado o número de participantes que os referiram e o respetivo número de referências.

Temas	Subtemas	Número de participantes	Referências
Indicadores da desistência		12	235
	Causas da desistência	12	142
	Sinais da desistência	12	58
	Tipos de desistência	8	37
Impacto da desistência		9	44
	Impacto negativo nos/as terapeutas	9	28
	Impacto positivo nos/as terapeutas	6	19
Estratégias promotoras da relação terapêutica		12	728
	Definição de relação terapêutica	12	273
	Facilitadores da relação terapêutica	11	91
	Obstáculos da relação terapêutica	12	305
	Características promotoras da relação terapêutica	11	76
Estratégias para diminuir a desistência da terapia		12	136
	Estratégias para lidar com a desistência	11	57
	Estratégias para prevenir com a desistência	11	79

Tabela 2. Temas centrais

De seguida, para cada tema geral, será apresentada a sua descrição e os respetivos mapas temáticos. Para além disso, será apresentado alguns excertos das entrevistas e a indicação do participante (P) que referiu o mesmo.

Tema 1: Indicadores da desistência

Neste tema (Figura 1), todos/as os/as participantes (100%) avaliaram os indicadores que estão diretamente relacionados com o fenómeno da desistência por parte dos/as clientes.

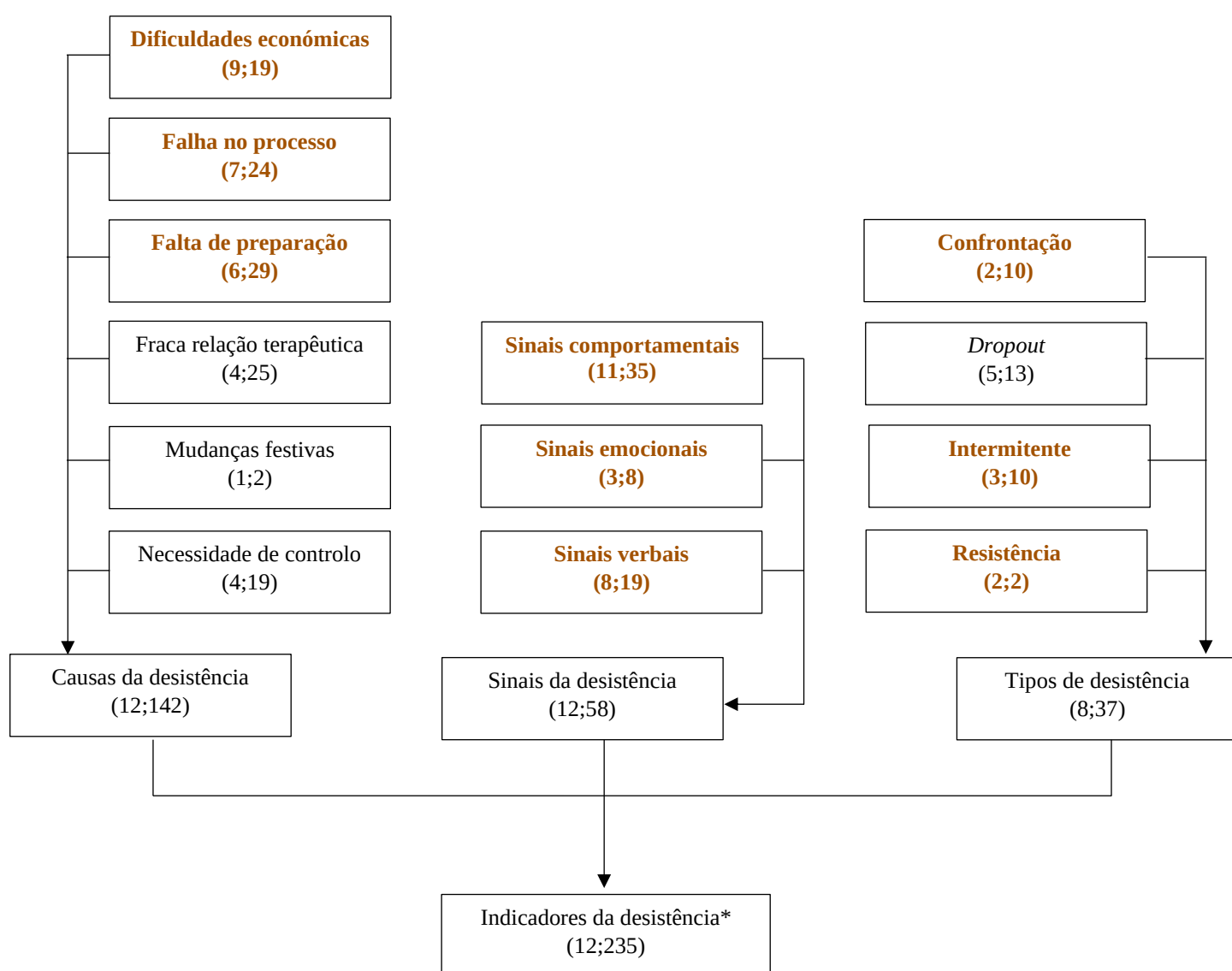


Figura 1. Mapa Temático do Tema “Indicadores da desistência”

* Os números entre parênteses presentes nos mapas temáticos dizem respeito ao número de participantes e ao número de referências que integram cada categoria.

1.1. Causas da desistência

Os doze participantes (100%) abordaram as causas que estão diretamente relacionadas com a desistência por parte dos/as clientes, nomeadamente as dificuldades económicas (P10: “sim, questões económicas também é um dos grandes motivos para o qual a pessoa às vezes para”), a falha no processo terapêutico (P1: “...nós temos a noção muito bem de quem desiste porque não consegue...ou por alguma falha no processo...”), a falta de preparação por parte dos/as clientes (P6: “Mas as pessoas desistem porque não querem enfrentar os seus problemas...”), o fraco estabelecimento da relação terapêutica (P8: “...o não estabelecimento da relação é uma delas...”), as mudanças festivas (P2: “...férias de natal, férias de verão, sinto que tenho muitas desistências...”) e a necessidade de controlo dos/as clientes (P1: “as maiores motivações aqui para a desistência são a necessidade de controlo...”).

1.2. Sinais da desistência

Os sinais que os/as clientes revelam no momento da desistência da terapia foram abordados pela totalidade dos participantes (100%), dividindo-se nos sinais comportamentais, verbais e emocionais. Os sinais comportamentais foram os mais abordados pelos/as participantes (91,6%), seguindo-se dos sinais verbais (75%) e, por fim, dos sinais emocionais (25%).

a. Sinais comportamentais

Nos sinais comportamentais, os/as participantes abordaram o espaçamento das consultas (P8: “quererem espaçar...e em quanto tempo é que conseguimos resolver isso...”), o esquecimento das consultas (P1: “...começa a dizer se temos consulta e que já não se lembrava...”), a falta de envolvimento (P5: “um sinal que eu acho que é muito evidente é o pouco envolvimento...”) e o reagendamento das consultas (P2: “quando um cliente é certinho semanal ou quinzenal e diz que vai ver na agenda e depois marca...”).

b. Sinais verbais

Nos sinais verbais referiram o questionamento dos/as clientes (P10: “questionar tudo”); (P10: “...mas porque isto é assim, mas eu não concordo, questionamento...”) e a incapacidade dos/as mesmos para avaliarem o seu progresso (P6: “...a conversa quando o cliente começa a dizer que não sente que está melhor, que sente que aquilo não vai fazer nada...”).

c. Sinais emocionais

Nos sinais emocionais falaram sobre a desmotivação (P1: “...depois começamos a ler os sinais, a pessoa aparece na consulta mais desmotivada...”), frustração (P1: “...a própria expressão de frustração com o processo...nós sentimos logo ali uma distância...”).

1.3. Tipos de desistência

Os tipos de desistência estão relacionados com as divisões que os/as participantes criaram em torno da desistência dos/as clientes e a origem da mesma e foi abordado por oito dos/as participantes (66,6%). Os/as participantes referiram a confrontação (P1: “...há o por confrontação em que o cliente diz que quer desistir...”), o *dropout* (P9: “bem, eu a desistência considero quando eles fazem mesmo *dropout*...”), a intermitente (P4: “a maioria das desistência que eu tenho são de pessoas que vão à primeira consulta, vão à segunda e acabam por desistir...”) e a resistência (P10: “estava aqui a pensar em casos que desistiram basicamente porque estavam um pouco resistentes...”) como os diferentes tipos de desistência que experienciaram ao longo da profissão.

Tema 2: Impacto da desistência

O seguinte tema (Figura 2) relacionado com o impacto positivo e/ou negativo decorrente da desistência dos/as clientes e percecionado pelos/as terapeutas, foi abordado pela totalidade dos/as participantes (100%).

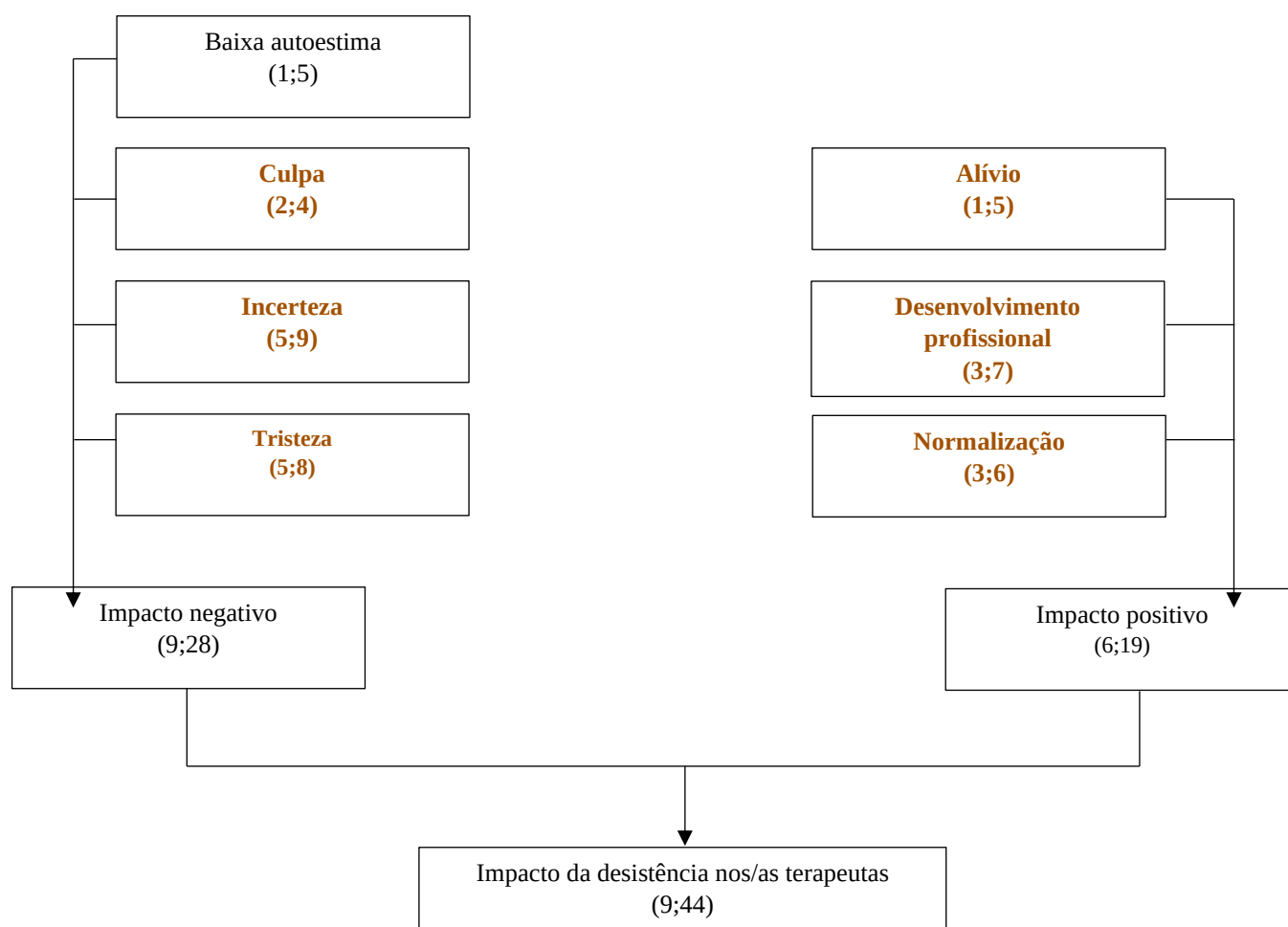


Figura 2. Mapa Temático do Tema “Impacto da desistência”

2.1. Impacto negativo nos/as terapeutas

Relativamente ao impacto negativo que a desistência apresenta nos/as terapeutas, este foi abordado por nove participantes (75%), onde referiram a baixa autoestima (P10: “...então mexe muito com a nossa autoestima e com o que nós acreditamos sobre nós próprios enquanto profissionais...”), a culpa (P1: “...culpa também, ativa a culpa, porque apesar de tudo sentimo-nos responsáveis...”), a incerteza (P7: “...nós colocamo-nos em causa, o que é que correu mal, o que é eu fiz e o que é que não fiz...”) e a tristeza (P4: “...aconteceu-me que é a pessoa desaparece e nós ficamos um bocado tristes.”) como componentes negativos associadas à desistência dos/as clientes.

2.2. Impacto positivo nos/as terapeutas

Já o impacto positivo dos/as terapeutas, este subtema foi abordado por seis dos doze participantes (50%), sendo que estes/as referiram o alívio (P1: “já senti alívio para ser extremamente honesto/a...”), o desenvolvimento profissional (P12: “...já consigo não ficar tão zangada e não canalizar a minha energia, já penso ok isto aconteceu e vamos fazer outra coisa.”) e a normalização (P11: “eu lido dessa forma, eu tento normalizar...”) da desistência como componentes positivas associadas à desistência dos/as clientes.

Tema 3: Estratégias promotoras da relação terapêutica

O terceiro tema (Figura 3), 9 dos/as participantes (75%) abordaram os fatores diretamente relacionados com a relação terapêutica e com os aspetos que estão envolvidos na promoção da mesma.

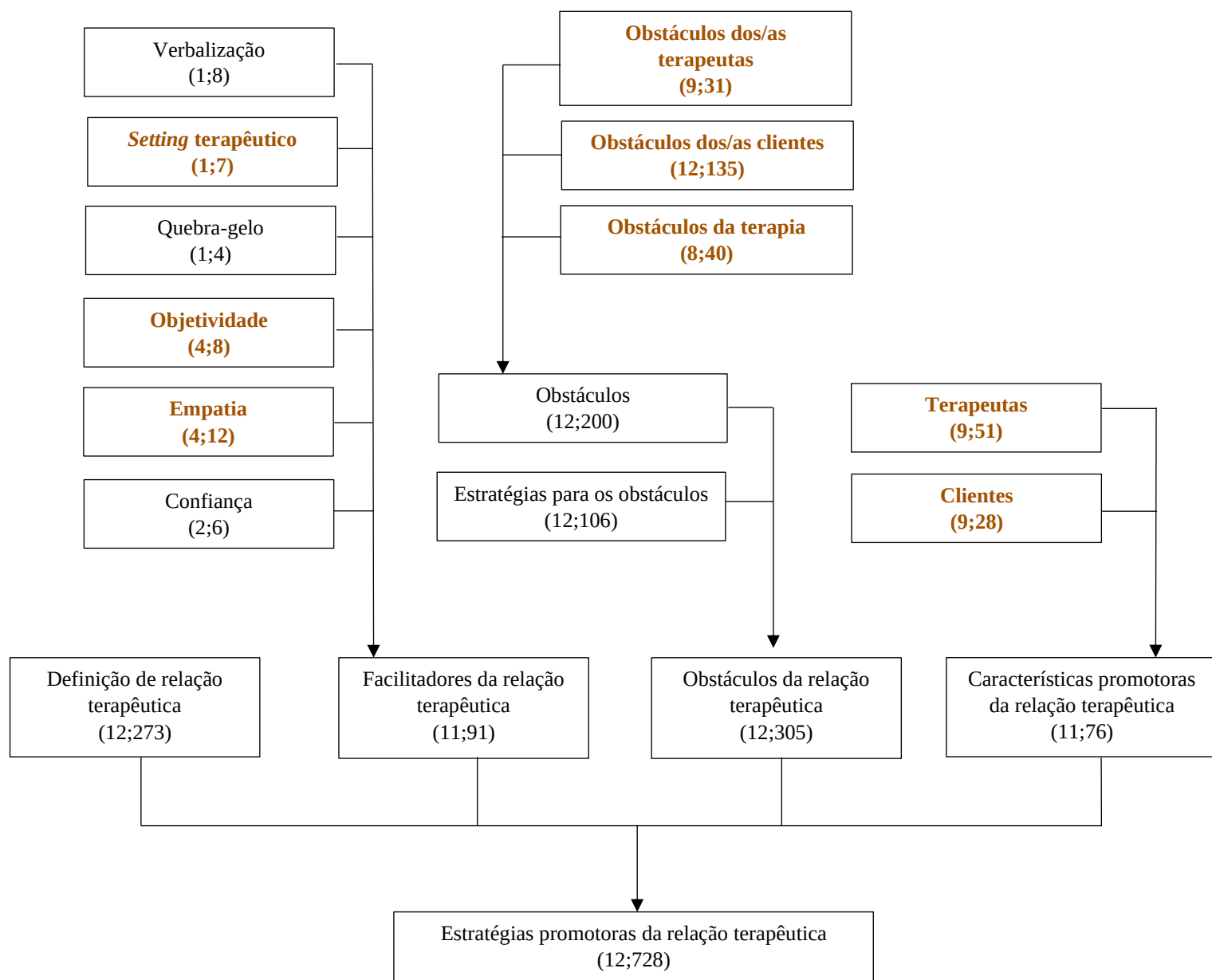


Figura 3. Estratégias promotoras da relação terapêutica

1.1. Facilitadores da relação terapêutica

Relativamente aos facilitadores da relação terapêutica, este foi abordado por onze dos/as doze participantes (91,6%) e foram elaborados a partir da perspectiva dos/as mesmos/as. Deste modo, surgiram seis facilitadores principais: confiança (P7: “em termos profissionais é mantermos...uma relação de confiança...”), empatia (P1: “criar, lá está a empatia é fulcral...”), objetividade (P5: “também acho que há outras coisas que contribuem...o sermos muito claros e objetivos...”), quebra-gelo (P2: “acho que aqueles minutos de quebra-gelo, onde basicamente não falamos de nada importante ou que não consideramos importante...”), *setting* terapêutico (P6: “o *setting* é muito importante... o *setting* da sala de um psicólogo deve ser acolhedor, de tranquilidade...”) e verbalização (P1: “é facilitador verbalizar o que o outro não consegue...”).

1.2. Obstáculos da relação terapêutica

Referente aos obstáculos da relação terapêutica assinalados pelos/as terapeutas, estes dividiram-se em dois subtemas: as estratégias para ultrapassar os obstáculos terapêuticos, e foram abordadas pela totalidade dos/as participantes (100%) e os próprios dos obstáculos, em que foram abordados igualmente pelos doze participantes do estudo (100%). Os obstáculos da relação terapêutica incluem os obstáculos da terapia, os obstáculos do/a terapeuta e os obstáculos do/a cliente.

a. Estratégias para os obstáculos terapêuticos

Tal como já mencionado, este subtema foi abordado pela totalidade dos/as participantes (100%) e dividiu-se cinco componentes principais para os/as terapeutas de modo a conseguirem lidar com os obstáculos entre terapeuta e cliente. Deste modo, surgiram a metacomunicação (P1: “a tal metacomunicação, nós olharmos e percebermos...”), a organização pessoal (P1: “a organização pessoal e da pessoa em si...”), a psicoeducação (P8: “faço muita psicoeducação, coloco os meus clientes a escrever, passo trabalhos de casa...”), a supervisão (P4: “...a minha estratégia é falar em supervisão...”) e a terapia individual (P1: “...terapia individual...apoio psicológico...”).

b. Obstáculos terapêuticos

Os doze participantes (100%) abordaram os que consideram ser os principais obstáculos que condicionam a relação terapêutica e estes dividiram-se em três obstáculos principais: terapia, terapeuta e cliente.

Referente aos obstáculos da terapia, estes foram abordados por oito dos doze participantes (66,6%) e surgiram a falta de investimento (P6: “...desorganização dos serviços, pouca atenção aos recursos humanos da área da psicologia e pouco investimento...” e a periodicidade das consultas (P2: “...também me parece que é a periodicidade de consultas...acredito que é mais difícil construir a relação.”).

Os obstáculos dos/as clientes foram abordados pela totalidade dos/as participantes (100%) e surgiram a conjugação dos horários (P2: “...vejo que a grande parte da maioria dos meus clientes se concentram numa faixa horário...acaba por ser difícil dar resposta adequada...”), a falta de preparação (P1: “quando o cliente não está preparado...para se envolver no processo...”), o fator financeiro (P3: “o que impede que as pessoas consigam ter um acompanhamento sistemático é o fator financeiro...”), as questões de personalidade (P4: “...algumas questões de personalidade também porque as defesas estão muito enraizadas...” e a resistência (P9: “...resistência das pessoas às vezes em aderirem ao processo...”).

Por fim, os obstáculos dos/as terapeutas foram mencionados por nove dos participantes (75%) e surgiram a conjugação de horários (P11: “...a maior dificuldade neste momento não tem a ver com a própria prática, mas sim com a dificuldade no meu horário...”), a formação (P4: “o que eu sinto que é um grande obstáculo para mim é saber como vou trabalhar determinada coisa, é saber como é que vou trabalhar com a pessoa que tenho à minha frente...”), a frustração (P7: “talvez o sentimento de frustração é um grande obstáculo...”); (P7: “frustração acaba por ser aqui sempre um entrave, mas a frustração é mais nossa do que deles...” e as questões de identidade (P1: “...a comparação, aquele psicólogo está a fazer aquilo, será que devia fazer o mesmo... é muito difícil no início ter perceção disto tudo.”).

1.3. Características promotoras da relação terapêutica

As características que promovem o desenvolvimento da relação terapêutica foram abordadas por onze dos/as participantes (91,6%) e dividiram-se nas características dos/as terapeutas e nas características dos/as clientes.

a. Clientes

As características dos/as clientes focadas na promoção da relação terapêutica foram abordadas por nove dos doze participantes (75%) e dividiram-se na abertura ao apoio (P6: “eu posso-te dizer que há uma abertura imensa do apoio psicológico às pessoas... as pessoas procuram mesmo os serviços...”), nas crenças pessoais (P1: “...porque depois de muito tempo que estamos a acompanhar uma pessoa, nós começamos inerentemente a perceber o que é a linha de base da pessoa.”) e nas expectativas pessoais (P5: “...mas depois também temos as questões inerentes aos clientes... sem dúvida que as questões das pessoas ditam muito do que acontece a seguir...”).

b. Terapeutas

Semelhante aos/as clientes, as características dos/as terapeutas foram mencionadas por nove participantes (75%) e dividiram-se na confrontação (P4: ...sou muito pouco confrontativa, envolvo aquilo tudo na compreensão de eu compreendo que faz isto, mas acontece isto...); (P4: “há algumas pessoas com quem eu sou mais confrontativa...”), empatia (P7: “eu também sou muito empática, também sou muito das relações de confiança, sou muito de dar ao outro, de ajudar o outro de estar lá para o outro...”), gestão emocional (P1: “...é preciso lá está muita gestão emocional...”), honestidade (P7: “...e sobre o que é essencial na relação terapêutica hmm sermos muito transparentes na relação terapêutica, não andarmos com esquemas, temos de ser honestos e sinceros...”), humor (P12:...o meu modelo de intervenção é muito através do humor e do acolhimento...”), (P4: “ eu às vezes utilizo o humor para fazer esta confrontação, brinco um bocadinho com as coisas...” e investimento (P7: “...se queremos que ele invista na relação, nós também temos de investir na relação, não é só mais um paciente, é o paciente e é ver todos os pacientes como o paciente, não são números...”).

Tema 4: Estratégias para gerir a desistência da terapia

Por fim, o último tema relacionou-se com a perceção dos/as terapeutas acerca das estratégias utilizadas para diminuir a prevalência de casos de desistência da terapia (Figura 4), e foi abordado pela totalidade dos/as participantes.

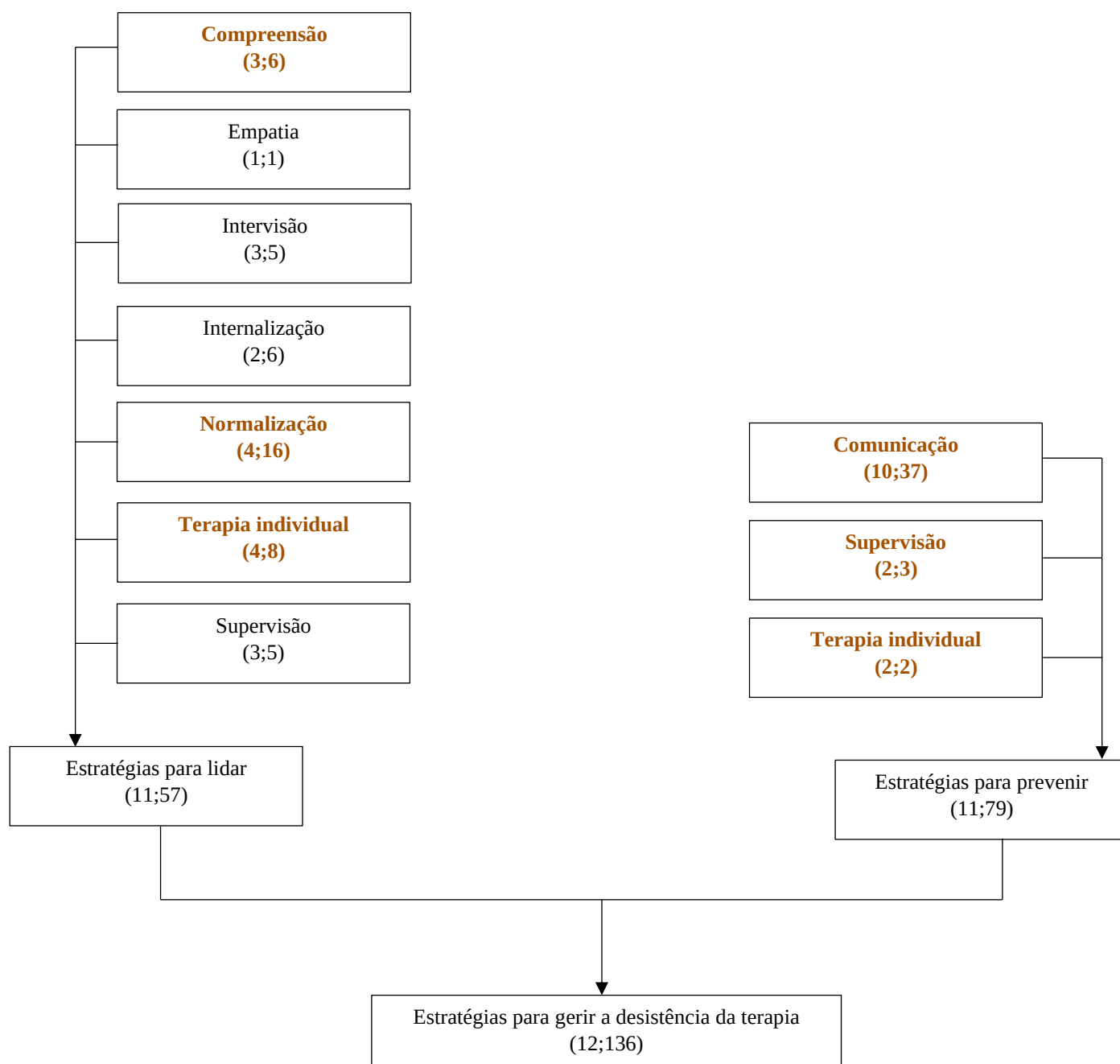


Figura 4. Mapa Temático do Tema “Estratégias para diminuir a desistência da terapia”

4.1. Estratégias para lidar com a desistência

As estratégias que os/as terapeutas referiram como úteis para lidar com a desistência dos/as clientes foi abordada por onze participantes (91,6%) e foram referidas a supervisão (P1: “...trazer para a supervisão, trazer para a psicoterapia individual, caso faça sentido...”), a psicoterapia (P3: “a melhor forma de gerir situações frustrantes na nossa vida é antes de sermos psicólogos, sermos acompanhados por um...”), a normalização (P6: “eu acho que se

nós temos a noção que o cliente vai desistir da consulta, devemos abertamente pôr-lhe a questão...” a internalização (P2: “...portanto que é uma coisa que é normal hmm para não internalizarem as desistências...”), a intervenção (P9: “...são os espaços onde posso ventilar as minhas coisas, como te disse há pouco, as supervisões, a intervenção, a conversa com um colega...”), a empatia (P1: “...tentar mostrar empatia, isso é difícil quando nos sentimos frustrados, mas sermos compreensivos...”) e a compreensão (P1: “...pronto, é um processo, a terapia é um processo e a rutura pode ou não fazer parte...”).

4.2. Estratégias para prevenir a desistência

Referente às estratégias mencionadas pelos/as participantes para prevenir e/ou diminuir a prevalência dos casos de desistência por parte dos/as clientes, este subtema foi também abordado por onze dos participantes (91,6%) e foram referidas a terapia individual (P2: “...por isso ser tão importante a parte da psicoterapia individual”), a supervisão (P1: “a supervisão ajuda muito neste tipo de questões”) e a comunicação (P4: “...eu também gosto de dizer que podem sempre terminar quando quiserem, mas que seria importante se sentirem assim à vontade de terminar, de falarmos sobre isso”); (P10: “questionar diretamente o motivo pela qual está a pensar em desistir ou algo do género...”).

Discussão

A discussão será estruturada de forma a compreender de que modo os resultados permitem responder aos objetivos do presente estudo. Assim, focar-se-á nos fatores de risco para a desistência segundo os/as terapeutas, no impacto positivo e negativo da desistência dos/as clientes e nas estratégias que promovem a relação terapêutica e que podem diminuir a prevalência da desistência.

Fatores de risco associados à desistência da terapia

Os/as terapeutas referem os obstáculos associados aos/às próprios/as, associados aos/às cliente e a própria relação terapêutica desenvolvida e mantida entre ambos/as, tal como nos indica a literatura existente sobre a temática (Garfield, 1994; Grimes & Murdock, 1989; Pinto & Ferreira, 2019; Reis & Brown, 2006; Samstag et al., 1998; Swift & Greenberg, 2012).

Da análise dos resultados, é possível entender que os/as terapeutas mencionam com maior frequência os obstáculos terapêuticos associados aos/as clientes, percebendo-se que consideram o/a cliente como a maior fonte de origem da desistência em terapia. De seguida, referem os obstáculos associados aos/as terapeutas e, por fim, a relação terapêutica e o processo terapêutico. Estes dados vão ao encontro da literatura existente sobre o tema já que estes são os principais aspetos mencionados na literatura sobre os fatores de risco associados à desistência da terapia. Muitos estudos indicam que o fenómeno da desistência da terapia assenta sobre as variáveis dos/as clientes (Grimes & Murdock, 1989; Kokotovic e Tracey, 1987; Murdock et al., 2010; Woodside et al., 2005).

Outros estudos de Garfield (1994) e de Swift e Greenberg (2012) referem a influência das variáveis dos/as clientes na desistência da terapia, contudo estes referem diferentes variáveis do que outros estudos. Estes 3 autores consideram a idade, menores habilitações literárias, o estado civil e a pertença a um grupo minoritário como as variáveis dos/as clientes que mais se relacionam com o processo da desistência. Contudo, no presente estudo os/as profissionais não destacam o papel destas características dos/as clientes no processo de desistência terapêutica.

Segundo o presente estudo, os/as terapeutas consideram que nos fatores de risco dos/as clientes surgem a dificuldade para conjugar horários para a marcação de consultas, a falta de preparação dos/as clientes e a ambição de resultados rápidos e num curto espaço de tempo, as questões de personalidade e as características inerentes a cada cliente e a resistência que cada cliente apresenta para cumprir objetivos e tarefas propostos no processo terapêutico. O estatuto socioeconómico foi o único fator de risco mencionado pelos/as terapeutas que vai ao encontro do estudo anteriormente mencionado, uma vez que segundo os/as participantes o fator financeiro tem ainda um grande peso na tomada de decisão sobre manter ou desistir da terapia (P3: “o que impede que as pessoas consigam ter um acompanhamento sistemático é o fator financeiro...”).

Segundo os/as terapeutas sobre os fatores de risco dos/as mesmos/as, surgem também a dificuldade de conjugação de horários com os/as clientes, a falta de formação, a frustração, uma grande lista de espera de clientes e as questões de identidade que referenciam diferenças entre terapeutas e clientes como os principais obstáculos evidenciados pelos/as participantes deste estudo. Estes resultados aproximam-se da literatura uma vez que consideram que é importante considerar e avaliar as variáveis associados aos/as terapeutas (Renk e Dinger

2002). O estudo de Swift e Greenberg (2012) refere que o nível de experiência profissional e a falta de treino na profissão parece influenciar o facto dos/as clientes desistirem da terapia, o que é corroborado pelo presente estudo, já que os/as terapeutas consideram que a falta de investimento na profissão, a inexistência de formações para problemáticas específicas e a ausência de desenvolvimento profissional podem estar relacionadas com a desistência dos/as clientes.

Na descrição dos resultados, é possível constatar que os/as terapeutas referem as características da relação terapêutica e do processo terapêutico como podendo também influenciar o fenómeno da desistência dos/as clientes. Neste âmbito, salientam as dificuldades económicas associadas à dificuldade para manter o processo clínico, a falta de investimento na saúde mental em Portugal e a ausência de respostas para com a mesma e a periodicidade de consultas - ou seja, os/as terapeutas percecionam o maior risco de desistência quando os/as clientes começam a manifestar um padrão de espaçar e a reagendar as consultas, o que pode estar relacionado com os problemas económicos e com a falta de investimento na área da saúde mental.

Mais uma vez estes resultados corroboram a literatura, havendo estudos que destacam a importância das variáveis relacionadas com a interação entre os/as clientes e os/as terapeutas e a influência destas no processo de desistência (Reis & Brown, 2006) denotando-se a importância da relação terapêutica e da colaboração terapêutica. Ao longo do presente estudo, percebeu-se a importância que os/as participantes revelam em relação à aliança terapêutica e de como relação de qualidade mantida entre cliente e terapeuta parece influenciar positivamente a terapia e a motivação de ambos/as. Estes dados aproximam-se dos estudos de Samstag et al., (1998) e de Pinto e Ferreira (2019) já que estes/as defendem que alianças terapêuticas de pouca qualidade estão interligadas ao fenómeno da desistência dos/as clientes.

Impacto da desistência nos/as terapeutas

No que se refere ao impacto da desistência indicado pelos/as profissionais, os/as mesmos/as referem o impacto negativo e o impacto positivo associado ao *dropout* dos/as clientes. Deste modo, percebe-se que existem diferenças em relação à literatura existente, uma vez que, a literatura em torno do impacto da desistência da terapia foca-se no domínio

negativo, não referenciando o impacto positivo e construtivo deste mesmo fenômeno, evidenciado pelos/as participantes deste estudo.

Os resultados indicam que os/as participantes do estudo abordaram com maior frequência o impacto negativo, contudo o impacto positivo foi também referido pelos/as mesmos/as. Segundo os/as participantes, estes/as evidenciam a baixa autoestima, a culpa, a incerteza e a tristeza como principais sintomas negativos. Estes dados vão ao encontro da literatura existente e que aborda que a desistência possui um impacto negativo na vida profissional e pessoal de cada terapeuta, traduzindo-se em problemáticas na autoestima, no desenvolvimento profissional e no bem estar pessoal de um/a terapeuta que experiencie este fenômeno (Piselli et al., 2011). Os dados existentes no presente estudo também parecem equiparar-se ao estudo de Reis & Brown (1999), uma vez que estes referenciam os sentimentos de tristeza e de desilusão associados à rejeição e ao abandono dos/as clientes para com o/a terapeuta e a terapia.

Contudo, de acordo com o presente estudo percebeu-se que os/as terapeutas percebem alguns casos de desistência como positivos para a sua prática profissional e para o seu bem-estar enquanto psicólogo/a. Com o decorrer das entrevistas realizadas, foi possível compreender que os/as terapeutas referiram o impacto construtivo, o desenvolvimento profissional e a normalização do fenômeno como componentes associadas à desistência dos/as clientes. Assim, compreende-se que os/as terapeutas percebem alguns casos terapêuticos como frustrantes para os/as mesmos, devido à ausência de progresso, de resultados e/ou a características dos/as clientes. Deste modo, quando os casos que frustram os/as terapeutas desistem da terapia, estes/as revelam alívio por esse mesmo caso terminar precocemente.

Os/as terapeutas também referem que, apesar da tristeza e desilusão provenientes de casos de desistência, percebem que este fenômeno promove o crescimento profissional e a construção de um/a terapeuta mais bem preparado para casos futuros e idênticos. Por fim, foi possível entender que os/as participantes percebem a desistência da terapia como um processo normativo e que ocorre em todos os casos terapêuticos e, por isso, o impacto do mesmo acaba por ser menor devido à capacidade de normalização dos/as terapeutas.

Estratégias preventivas da desistência da terapia

É destacar que os/as terapeutas focam as estratégias preventivas da desistência da terapia, sendo um dos temas bastante abordado por todos/as os/as participantes, fazendo-se notar a importância do mesmo para o percurso profissional e para o bem estar de cada terapeuta. Segundo a literatura existente, os/as terapeutas devem adotar diversas estratégias de prevenção de forma a diminuir os casos de desistência durante o seu percurso profissional (Alves et al., 2020)

De acordo com os resultados obtidos, percebe-se que os/as participantes referem a comunicação aberta com os/as clientes, a supervisão de outros/as profissionais mais velhos/as e mais experientes e a terapia individual dos/as próprios/as terapeutas de forma que estes/as adquiram bem estar pessoal, emocional e profissional de forma a conseguirem lidar com as suas próprias problemáticas de forma a não prejudicar a relação terapêutica com os/as clientes.

Estes resultados vão ao encontro literatura existente sobre o tema e que refere que os/as terapeutas devem possuir um conhecimento aprofundado sobre os/as seus/suas clientes, das características pessoais dos/as mesmos/as e sobre a própria relação terapêutica mantida entre ambos/as, de forma a conseguirem antecipar o fenómeno (Alves et al., 2020). Os/as participantes deste estudo consideram que através da comunicação com os/as clientes, conseguem fomentar a relação terapêutica, estabelecer a colaboração terapêutica, a confiança entre terapeuta e cliente.

Segundo a literatura existente nos estudos de Bueno et al., (2001 citados por Alves et al., 2020), estabelecer um contacto presente e constante com os/as clientes é uma estratégia que promove a diminuição da prevalência do abandono da terapia e, nos/as participantes, esta estratégia ocorre através da comunicação e da aliança terapêutica. Deste modo, através da comunicação com os/as clientes, os/as terapeutas podem compreender o funcionamento de cada pessoa, as suas variáveis, as suas crenças, pensamentos, possíveis distorções cognitivas, de forma a garantirem uma resposta mais fundamentada e mais bem preparada. Assim, percebe-se a importância da relação terapêutica, através da aliança, colaboração e demonstração de competências profissionais, como a escuta ativa e a empatia.

Deste modo, entende-se que os/as terapeutas revelam que a relação terapêutica possui importância para a diminuição deste fenómeno, tanto direccionada para os/as clientes, como para os/as próprios/as. A terapia individual de cada terapeuta também é uma componente

abordada pelos/as mesmos/as e que possibilita uma maior preparação para as suas problemáticas e para as dos/as seus/suas clientes.

Para além disso, a supervisão de profissionais mais velhos/as e mais experientes revela-se importante para os/as participantes, já que todos/as eles/as referem utilizar este meio de preparação para a sua profissão enquanto psicólogos/as. Através da supervisão, os/as terapeutas revelam sentirem compreendidos/as, de forma a conseguirem perceber que o que acontece durante a terapia, pode acontecer com outros/as profissionais. A supervisão parece auxiliar os/as terapeutas nas tomadas de decisão perante temáticas e problemáticas específicas, originando respostas mais bem preparadas de forma a garantir o bem estar dos/as clientes.

Assim, percebe-se que segundo os/as terapeutas a terapia adquire bastante importância para a prevenção da terapia e que a literatura enaltece a terapia e a relação terapêutica como essencial para os/as clientes e para os/as terapeutas, bem como para diminuir a desistência da terapia.

Estratégias para lidar com a desistência da terapia

Os resultados do presente estudo indicam que existem diversas estratégias que os/as terapeutas consideram como essenciais para conseguirem lidar de uma forma positiva com o fenómeno do *dropout*, entre elas surgem a supervisão, psicoterapia, normalização, internalização, intervisão, empatia e compreensão. Estas demonstram ser estratégias eficazes para os/as participantes do estudo no que toca à prática profissional, sendo bastante implementadas ao longo da mesma.

O estudo de Bueno et al., (2001 citados por Alves et al., 2020) salienta a importância da relação terapêutica e da promoção de características terapêuticas, tal como indicado anteriormente no caso da empatia, da compreensão ou escuta ativa. Assim, os/as participantes fornecem importância a características que devem ser implementadas e trabalhadas pelos/as mesmos/as ao longo de todo o desenvolvimento profissional.

Deste modo, os/as participantes salientam o contacto presente com os/as clientes, a preparação do/da cliente para o processo, o fornecimento de informações atualizadas sobre o seu estado e também sobre a sua progressão desde o início da relação terapêutica como componentes associadas à capacidade de comunicação dos/as próprios/as para com os/as clientes. Segundo os/as terapeutas, a compreensão dos fatores internos, das características

dos/as clientes e das razões que promovem a desistência dos/as mesmos possibilita a estes/as consigam normalizar e lidar de forma menos impactante com a desistência e, por isso, possuírem uma visão positiva sobre o fenómeno. A compreensão para com o/a cliente promove a relação terapeuta entre todos/as os/as envolvidos/as e desenvolve o não julgamento por parte do/a terapeuta e o/a cliente sentir-se aceite, podendo originar o retorno à terapia em casos de desistência.

O estudo de Samstag et al., (1998) revela a importância do treino profissional para a diminuição das taxas de abandono da terapia, para o/a terapeuta possuir maior atenção às intervenções associadas ao sucesso terapêutico e para promover o seu próprio desenvolvimento e o da relação terapêutica. O treino profissional parece surgir associado às técnicas de supervisão, intervenção e psicoterapia individual, uma vez que os/as participantes do estudo consideram que promove o seu próprio desenvolvimento, bem-estar pessoal e promove a qualidade das relações com os/as outros/as.

Assim, de forma a terminar, percebe-se que segundo os/as terapeutas existem diversas estratégias que possibilitam que os/as mesmos consigam lidar com o fenómeno da desistência da terapia. Deste modo, parece ser essencial para os/as profissionais, o desenvolvimento e o treino profissional através de estratégias como o caso da supervisão, com terapeutas mais experientes, a intervenção com colegas de profissão com experiências semelhantes e a terapia individual dos/as terapeutas de forma a adquirem estratégias para as suas próprias problemáticas. Revela-se igualmente importante para os/as mesmos/as, a compreensão do/a cliente e da sua possibilidade de desistir, a capacidade de normalizar o processo e de empatizar com os anteriormente mencionados, de forma a lidar de forma positiva e com menores consequências para o/a terapeuta.

Conclusão

Apesar da existência de estudos quantitativos acerca da desistência da terapia a partir da perspectiva dos/as terapeutas, a investigação qualitativa sobre este tema é bastante escassa o que torna, por essa razão, este estudo bastante importante para permitir o aumento do conhecimento sobre esta temática.

Para além disso, este estudo foi importante para avaliar a perspectiva que os/as terapeutas possuem sobre os seus percursos profissionais, a forma como percebem os mesmos e que consequências positivas e/ou negativas o fenómeno da desistência da terapia pode afetar e

condicionar o percurso profissional de cada terapeuta. O estudo foi útil para avaliar diversas componentes associadas à prática profissional da Psicologia, nomeadamente a relação terapêutica com os/as clientes, os fatores de risco que podem afetar esta mesma relação e originar a desistência dos/as clientes para com a terapia.

Este estudo veio priorizar a importância da terapia individual, do treino e da formação na área da Psicologia, para que os/as profissionais consigam lidar de melhor forma com a desistência dos/as clientes, tornando o impacto deste fenómeno em algo construtivo e positivo ao invés de um impacto negativo e que origine sentimentos de tristeza e de frustração nos/as terapeutas, uma vez que a literatura em torno do tema apenas se foca no impacto negativo da desistência, não valorizando a possibilidade de os/as terapeutas sentirem emoções positivas em torno de algumas desistências que ocorram ao longo da sua prática profissional.

Considerando as limitações do estudo, em primeiro lugar, deveu-se à dificuldade para recrutar participantes que respeitassem os critérios de inclusão decididos para este estudo e também à ausência de resposta dos/as que respeitavam os critérios de inclusão. Por outro lado, considero que foi uma limitação o facto de a amostra de participantes ser na sua maioria composta por mulheres, tendo apenas dois homens a constituir a mesma. A dificuldade de acesso ao *Nvivo* para a análise dos dados constituiu-se também uma limitação. Devido à facilidade de contacto por parte dos/as participantes e da própria investigadora, todas as entrevistas ocorreram *online*, o que dificultou a observação dos comportamentos e do discurso não verbal dos/as participantes.

Como recomendações para estudos futuros, sugere-se a realização de um estudo que associe a perspetiva dos/as clientes à perspetiva dos/as terapeutas, de forma a avaliar as diferenças sobre as causas para a ocorrência da desistência e para obter uma perspetiva sobre o impacto da desistência da terapia segundo os/as clientes. Por outro lado, seria também importante realizar um estudo sobre a desistência da terapia a partir de grupos de participantes em fases de trabalho distintas (e.g., terapeutas em ano profissional júnior e terapeutas próximos da reforma) para avaliar se a perspetiva de ambos os grupos difere de acordo com a idade, experiência profissional e com a fase de carreira em que se encontram.

Considero que este estudo foi bastante enriquecedor para a minha formação profissional e que contribuiu para a aprendizagem acerca diversas componentes importantes associadas à desistência dos/as clientes da terapia, estratégias para prevenir a mesma e estratégias para

lidar de forma positiva e construtiva, de forma que o impacto deste fenómeno permita o crescimento profissional ao invés dos sentimentos negativos como solidão, frustração e tristeza.

Referências Bibliográficas

- Alves, S. P., Fonte, C. A. & Martins, L. (2020). Abandono do tratamento em psicoterapia: Fatores sociodemográficos, institucionais e clínicos. *Contextos Clínicos*, 13–(1), 36–59. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.131.03>
- Ando, H., Cousins, R. & Young, C. (2014). Achieving saturation in thematic analysis: Development and refinement of a codebook. *Comprehensive Psychology*, 3–(4), 1–7. <http://doi.org/10.2466/03.CP.3.4>
- 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: Theory, Research, Practice, Training*, 45–(2), 247.
- Bennetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S (2008). Abandono de tratamento psicoterapêutico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60–(2), 48–59.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3–(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Deyo, R. A., & Inui, T. S. (1980). Dropouts and broken appointments: a literature review and agenda for future research. *Medical Care*, 18–(11), 1146–1157. [10.1097/00005650-198011000-00006](https://doi.org/10.1097/00005650-198011000-00006)
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C. & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo dois casos de insucesso terapêutico – um caso finalizado e de um caso de desistência. *Análise Psicológica*, 2–(34), 165–177. [10.14417/ap.938](https://doi.org/10.14417/ap.938)
- Gaudriault, P., & Joly, V. (2013). Construire la relation thérapeutique. *Paris: Dunod*. [10.3917/dunod.gaudr.2013.01](https://doi.org/10.3917/dunod.gaudr.2013.01)
- Grimes, W. R., & Murdock, N. L. (1989). Social influence revisited: Effects of counselor influence on outcome variables. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 26, 469 – 474. <https://doi.org/10.1037/h0085465>
- Hatchett, G.T. & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40–(3), 226–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>

- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M. & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 36–(4), 380–388. <https://doi.org/10.1037/h0087802>
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric outpatient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 140–147. [10.1007/s00127-005-0009-z](https://doi.org/10.1007/s00127-005-0009-z)
- 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 Psychiatry Psychother.* 35–(1), 181–190. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000300005>
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, S. & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21–(2), 154–167. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.534509>
- Kokotovic, M., & Tracey, T. J. (1987). Premature termination at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 80–82. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.1.80>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0019786>
- Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60–(7), 898–907. [10.1176/ps.2009.60.7.898](https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.898)
- Pinto, D., Sousa, I., Pinheiro, A., Freitas, A. C. & Ribeiro, E. (2018). The therapeutic collaboration in dropout cases of narrative therapy: an exploratory study. *Revista de Psicoterapia*, 29–(110), 167–184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.209>
- Pinto, D. & Ferreira, A. (2019). Prevenir a desistência em psicoterapia: A relevância da aliança terapêutica. In Ribeiro, E. (Ed.), *Aliança Terapêutica: Da Teoria à Prática Clínica* (pp. 115–132). Psiquilibrios Edições.

- 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>
- QSR International Pty Ltd. (2020) NVivo. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Regulamento (extrato) n.º 258/2011 do Ministério da Educação e Ciência (2011). Diário da República: II série, n.º 78. <https://dre.pt/application/conteudo/870174>
- Regulamento n.º 637/2021 da Ordem dos Psicólogos Portugueses.* (2021). Diário da República: II série, n.º 134. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_ao_637_2021.pdf
- Reis, B.F. & Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 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. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.3.311>
- Renk, K., & Dinger, T.M. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of clinical psychology*, 58–(9), 1173–1181. <https://doi.org/10.1002/jclp.10075>
- Roos, J., & Werbart, A. (2011). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Roseborough, D.J., McLeod, J.T. & Wright, F.I. (2015). Attrition in Psychotherapy: A survival analysis. *Research on Social Work Practice*, 26–(7), 803–815. <https://doi.org/10.1177/1049731515569073>
- Samstang, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of

- therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7-(2), 126-143.
- 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. [10.1037/a0021175](https://doi.org/10.1037/a0021175)
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328 –335. [10.1037/a0017003](https://doi.org/10.1037/a0017003)
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21-(2), 1-8. [10.1080/10503307.2010.541294](https://doi.org/10.1080/10503307.2010.541294)
- 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>
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Afrontamento.
- 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. [10.1080/10503301003645796](https://doi.org/10.1080/10503301003645796)
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190–195. [10.1037/0735-7028.24.2.190](https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190)
- Woodside, D. B., Carter, J. C., & Blackmore, M. A. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2277–2281. [10.1176/appi.ajp.161.12.22](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.22)

Anexos

Anexo I. Exemplo de Termo de Consentimento Informado

Caro/a psicólogo/a,

No âmbito da elaboração da Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona do Porto, está a ser desenvolvido um estudo qualitativo acerca da perspetiva dos/as psicólogos/as sobre a desistência em psicologia clínica/psicoterapia. Este mesmo estudo foi previamente validado pela Comissão de Ética e Deontologia da Universidade Lusófona do Porto.

Para poder participar no estudo precisa de ser psicólogo/a, membro júnior ou membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), e de já ter experienciado o fenómeno da desistência por parte de um/a ou mais dos/as seus/suas clientes.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a sua participação no nosso trabalho de investigação. Caso aceite participar, terá de responder a um breve questionário sociodemográfico e a uma entrevista semiestruturada desenvolvida para o propósito específico do estudo, prevendo-se uma duração total da sua participação de aproximadamente 45 a 60 minutos.

É relevante reforçar que não existem respostas certas nem erradas e que todas serão anónimas e confidenciais.

Comprometemo-nos a armazenar e a manusear todos os dados recolhidos de forma eticamente responsável, cumprindo com as diretrizes regulamentares de proteção de dados e de condução de investigação em psicologia da CEDIC e da OPP.

A sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento, se assim o entender. Não existe qualquer implicação decorrente da sua eventual desistência.

A sua colaboração é deveras importante. Desde já, obrigada pela sua participação!

Eu, _____ (assinatura do/a participante), depois de informado/a, declaro que aceito participar neste estudo.

_____, __/__/____

Anexo II. Exemplo de Questionário Sociodemográfico

Código Não Identificável: _____

Género: Mulher ☐ Homem ☐ Outro ☐

Data de Nascimento ____/____/____

Naturalidade: _____

Zona de Residência: _____

Estado Civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de facto ☐Divorciado(a)/Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

Se respondeu solteiro(a): Encontra-se em alguma relação? _____

Se sim, há quanto tempo? _____

Número de elementos do agregado familiar: _____

Quem são os elementos do agregado familiar? (grau de parentesco, escolaridade, profissões):

Número de filhos(as): _____

Idade dos filhos(as): _____

Grau Académico: Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐Formação base em Psicologia:
_____Formação específica em Psicologia:
_____Membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses: Efetivo ☐ Psicólogo(a) Júnior ☐

Anos de experiência profissional: _____

Contexto de trabalho: Clínico ☐ Escolar ☐ Organizacional ☐

Outro: _____

População-alvo:

Orientação teórica preferencial: Cognitivo-Comportamental ☐ Humanismo ☐

Psicanálise ☐ Construtivismo ☐

Outra: _____

Problemáticas atendidas na psicoterapia: Depressão ☐ Ansiedade Generalizada ☐
 Perturbação de Pânico ☐ Perturbação Bipolar ☐ Esquizofrenia ☐ POC ☐
 Boderline ☐

Número médio de horas semanais que dedica à profissão: _____

Número médio de clientes que atende durante uma semana: _____

Distância entre o trabalho e casa: _____

Outras ocupações profissionais:

Percentagem (%) de casos, que em média, atende e acabam por desistir da psicoterapia?

Anexo III. Guião da Entrevista Semiestruturada

Nota Introdutória:

Esta é uma entrevista que foi desenvolvida no âmbito da minha Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Enquanto investigadora deste estudo, estou interessada em ouvir a sua história e perspetiva acerca do fenómeno de desistência em psicoterapia. Deste modo, colocar-lhe-ei diversas questões direcionadas para aumentar o meu conhecimento sobre a sua experiência pessoal e profissional para com a desistência em psicoterapia, bem como sobre o impacto que este fenómeno possa ter acarretado para si. Assim, a sua tarefa é de me contar alguns aspetos que considere importantes, relacionados com esta temática. Eu irei orientá-lo(a) ao longo da entrevista para que possamos terminar em cerca de 45 a 60 minutos.

Importa salientar que não existem respostas certas ou erradas, e que todas as informações obtidas nesta entrevista serão anónimas e confidenciais. Enquanto investigadora, comprometo-me a salvaguardar os seus dados segundo aquilo que é eticamente proposto, tal como expresso no Termo de Consentimento Informado.

A sua colaboração é fundamental para nós! Tem alguma dúvida ou questão que eu possa esclarecer antes de iniciarmos as questões relacionadas com a entrevista?

Questões de iniciação

Neste momento inicial da entrevista, gostaria de lhe colocar algumas questões sobre a sua situação profissional, em geral.

1. Em geral, como é que descreve a sua situação profissional atual?
 - a. Houve alterações ao longo do tempo?
 - i. Se sim, quais?
 - b. Que obstáculos identifica no que diz respeito à sua prática profissional?
 - i. Que estratégias utiliza/utilizou para lidar com esses obstáculos?

- c. Para si, o que representa ser psicólogo/a?
- d. Alguma vez considerou desistir ou mudar de carreira profissional?
 - i. Se sim, quais foram as suas motivações?
 - ii. O que o/a fez manter-se na carreira?
- e. Em geral, como é que avalia o seu bem-estar e realização profissional?
 - i. O que é que poderia contribuir para melhorar o seu bem-estar e realização profissional?

Questões específicas

Agora, gostaria de lhe colocar algumas questões relacionadas com as relações que habitualmente estabelece com os/as seus/suas clientes.

- 2. De uma forma geral, como descreve as relações que habitualmente estabelece com os/as seus/suas clientes? (Para ajudar a concretizar, pedir exemplos.)
 - a. Houve/têm havido alterações ao longo da sua experiência profissional?
 - i. Se sim, em que sentido?
 - b. Que aspetos considera facilitarem o modo como habitualmente estabelece as relações com os/as seus/suas clientes?
 - c. Que obstáculos identifica no estabelecimento da relação com os/as seus/suas clientes?
 - i. Que estratégias utiliza/utilizou para lidar com esses obstáculos?

De seguida, irei colocar-lhe algumas questões sobre a desistência em psicoterapia em específico, de acordo com a sua perspetiva pessoal e com o impacto que este fenómeno possa ter acarretado para si.

3. De acordo com a sua experiência, em que situações é que considera que houve desistência da psicoterapia? (Para ajudar a concretizar, pedir exemplos.)

a. Que motivos identifica para a desistência ter acontecido?

b. Alguma vez se apercebeu que esse(s) processo(s) poderia(m) terminar em desistência?

i. Se sim, que sinais identificou? (entre outros aspetos, explorar se os/as clientes verbalizaram a intenção de desistir e como o fizeram/que razões alegaram)

1. Que estratégias utilizou/tentou utilizar para prevenir esse desfecho?

2. Como é que o(s)/a(s) cliente(s) respondeu(ram) a essas estratégias?

ii. Se não, caso se tivesse apercebido e/ou os/as clientes lhe tivessem comunicado a intenção de desistirem, que estratégias poderia ter utilizado/tentado utilizar para prevenir esse desfecho?

iii. Nos casos em que houve desistência por parte de clientes seus/suas, que impacto tiveram esses casos para si? (explorar o que sentiu/pensou, como é que isso afetou o sentido de competência pessoal/a sua relação com outros/as clientes)

iv. Como é geriu esse impacto?

- v. Haveria algo mais que pudesse ter feito?
- vi. Se fosse hoje, teria feito algo de diferente em relação a esses/as clientes?

Questões de finalização

Para concluir, vou colocar-lhe algumas questões para compreender a sua percepção sobre esta entrevista e pedir-lhe alguns conselhos sobre a desistência em psicoterapia que pudesse dar aos/às psicólogos que estão a iniciar o seu percurso profissional.

- 4. Existe alguma informação que queira acrescentar àquilo de que falámos até aqui para além do que abordámos das questões que lhe coloquei?
- 5. Imagine que conhece alguém que irá iniciar em breve a sua prática profissional enquanto psicólogo/a.
 - a. O que lhe diria acerca da desistência em psicoterapia?
 - b. Que conselhos lhe daria sobre como lidar com a desistência?

Terminamos, assim, a nossa entrevista. Uma vez mais, muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo IV. Acta CEDIC

**REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E DEONTOLOGIA PARA A INVESTIGAÇÃO
CIENTÍFICA (CEDIC_FPED) DA FPED/ULP**

Ata n.º 23

23 de Fevereiro de 2022

Ano letivo 2021/2022

ANEXO

PARECER 1

Título de Projecto: Fatores do/a terapeuta e práticas clínicas: Estudos qualitativos e mistos em psicoterapia

Autor/a: Dulce Pinto

Supervisão:

Revisor 1:

Favorável com recomendações (Consultar Grelha 1)

Revisor 2:

Favorável (Consultar Grelha 2)

Decisão Final CEDIC/FPED:

- A Comissão de Ética assume por unanimidade ambos o pareceres. O parecer deve ser considerado pelos autores como "Favorável com recomendações".