Instituto Superior Miguel Torga

O que as famílias levam da sessão de Terapia Familiar? Estudo das narrativas de terapias familiares com elementos no espetro do autismo.

Análise do momento final da sessão.

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Familiares

Fernando Alves Nunes

Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

O que as famílias levam da sessão de Terapia Familiar? Estudo das narrativas de terapias familiares com elementos no espetro do autismo.

Analise do momento final da sessão.

What do families take away from the Family Therapy session? Study of the narratives of family therapies with elements on the autism spectrum.

Analysis of the final moment of the session.

FERNANDO ALVES NUNES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização de Terapias Familiares e Sistémicas

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira

Coimbra, outubro de 2025

Agradecimentos

Estudar Psicologia Sistémica não tem, para mim, um fundamento teórico, epistemológico ou etiológico difícil de perceber: é nas pessoas e na conexão com elas que me encontro e encontro o sentido da minha existência. A conclusão desta dissertação marca o fim de uma etapa muito importante da minha vida, e seria injusto não reconhecer e agradecer a todos aqueles que me apoiaram ao longo deste percurso, coloriram este caminho de (des)encontros.

Academicamente há pessoas a quem estou eternamente grato: em primeiro, à Professora Doutora Joana Sequeira, pois, como orientadora, guiou o caminho deste trabalho de forma muito inspiradora; depois à Professora Daniela Sousa pois, sem ela, sinto que não tinha aprendido tanto com este tema, foi algo inesperadamente exigente e encontrei sempre na professora uma forma dedicada, apaixonada e resiliente de trabalhar – desejo, para si, os maiores sucessos e espero poder aprender mais consigo; *last, but not least* à Dra. Eliana Lopes – felizmente acompanhou grande parte do meu percurso universitário, e a nossa relação foi sempre pautada pela sua elegância, empatia e altruísmo, ainda assim, foi capaz de me surpreender com a graciosidade da sua ajuda para este trabalho de elevado grau de exigência a diversos níveis.

Há agradecimentos que tornam as palavras vãs, a emoção apodera-se da voz, que agora trespassa para as mãos, quando tenho de agradecer à minha Família. Mãe Fernanda, Pai Hermano: obrigado por acreditarem e confiarem em mim; somos a prova de que a família não tem por base relações consanguíneas, mas sim pelo Amor. O Amor que provém do divino. Agradeço igualmente à restante família que, por razões particulares, acompanhou a minha jornada até chegar a este momento.

Grato a ti, Leandro, que me dás o discernimento, a estabilidade, a organização e o companheirismo de que preciso. Poder dizer que és meu namorado não é só reflexo da evolução da ciência e de trabalhos como este, mas também reflexo de que és um suporte firme na minha vida.

É na relação que encontro o sentido da minha vida e, nestes momentos, é-me difícil compreender um só conceito de família, talvez as novas organizações familiares sejam aquelas que fazem sentido a cada um. A minha família também é composta pelos meus amigos. Podia escrever o nome dos Amigos, mas serena-me o facto de cada um saber os motivos que, de forma tão singular e íntima, me tornam grato.

Índice

Enquadramento teórico 1

Metodologia 7

Objetivos 7

Participantes 7

Procedimentos 10

Instrumentos 11

Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (ASCN) 11

Instrumento de Resultados Clínicos Sistémicos e Avaliação de Rotina (SCORE- 15) 12

Analise qualitativa 13

Analise quantitativa 14

Resultados e Discussão 15

Avaliação da Mudança Narrativa - ASNC 15

Dimensão A – Singularidades 15

Dimensão B - Natureza da História 18

Dimensão C - Conotação Narrativa 23

Dimensão D - Narração da História 25

Dimensão E – Reflexividade Narrativa 27

Dimensão F - Temas da Sessão 28

Resultados da mudança/evolução percecionada pela família – SCORE 15. 33

Conclusões 39

Referências 41

Anexos 46

Apêndices 53

Resumo

Introdução: A Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) afeta todo o sistema familiar, gerando tanto trajetórias de resiliência (maior bem-estar, apoio social e estratégias de *coping*) como dinâmicas adversas (*stress*, ansiedade e menor eficácia parental). Face a este impacto, a terapia familiar narrativa, promove o descentralizar do "problema" e ressignificar histórias dominantes em histórias alternativas. Dada a escassez de estudos sobre este momento específico, propõe-se analisar detalhadamente os discursos familiares ao longo de diferentes fases de processos terapêuticos narrativos em famílias com elementos no espetro do autismo.

Metodologia: Analisar, através de uma metodologia mista, o processo de mudança narrativa na terapia familiar narrativa com seis famílias, cada uma um elemento no espetro do autismo, e combina a avaliação qualitativa do momento final das sessões (1.ª, 4.ª e 8.ª) através do Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (ASNC) de Sequeira (2012) – ferramenta de análise narrativa que define dimensões preditoras de mudança (singularidades, tempo, causalidade, narração e temas) – com a comparação quantitativa pré-pós intervenção como o instrumento SCORE-15.

Resultados: A maior parte das famílias apresentam transformação narrativa, resultados corroborados com o índices do SCORE-15.

Discussão e conclusão: O momento final da sessão é de elevada importância e permite saber resultados importantes no que respeita à análise qualitativa desse momento. Ainda assim, apesar dos resultados promissores é possível concluir que nem sempre é percetível a mudança narrativa pois há diversos outros fatores implicados.

Palavras Chave: Terapia Familiar Narrativa; Perturbação do Espetro do Autismo; Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa; Mudança terapêutica.

Abstract

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) affects the entire family system, generating both resilience trajectories (greater well-being, social support, and coping strategies) and adverse dynamics (stress, anxiety, and reduced parental efficacy. In response to this impact, narrative family therapy promotes the decentring of the "problem" and the re-signification of dominant stories into alternative stories. Given the scarcity of studies focusing on this specific therapeutic moment, this study proposes a detailed analysis of family discourse across different phases of narrative therapy processes in families with members on the autism spectrum.

Methodology: Using a mixed-methods approach, the study examines the process of narrative change in narrative family therapy with six families, each with a member on the autism spectrum. It combines the qualitative analysis of the final moments of sessions (1st, 4th, and 8th) through Sequeira's (2012) Narrative Change Assessment System (ASNC) – a narrative analysis tool that defines predictive dimensions of change (singularities, time, causality, narration, and themes) – with a quantitative pre-post comparison using the SCORE-15 instrument.

Results: Most families show narrative transformation, a finding that is corroborated by the SCORE-15 indicators.

Discussion and Conclusion: The final moment of the session is highly significant and provides important information regarding the qualitative analysis of change. Nevertheless, despite the promising results, it is clear that narrative change is not always fully observable, as multiple other factors are involved.

Keywords: Narrative Family Therapy; Autism Spectrum Disorder; Narrative Change Assessment System; Therapeutic change.

Enquadramento teórico

Considerando que a Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) é, essencialmente, um problema de comunicação social e relacional, dado que está associada a dificuldades de comunicação e interação social persistentes, é inevitável considerar o seu impacto na família (Associação Americana de Psiquiatria, 2023; Helps, 2016). A par dessa característica estrutural, o segundo critério de diagnóstico é, de acordo com o Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM-V-TR; APA, 2023), a presença de padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades (e.g., persistência em seguir rotinas).

A PEA afeta 1 em cada 100 pessoas no mundo (Zeidan et al., 2022) e os estudos indicam que, por um lado, há famílias mais resilientes, que podem vir a desenvolver, diariamente, um conjunto de ferramentas como a gestão do *stress* e da sobrecarga emocional, a valorização e reforço do suporte social. A investigação científica sugere que estas famílias podem aceitar e percecionar desafios de uma forma positiva e sentem maior bem-estar e satisfação com a vida (Bekhet et al., 2012). Em oposição, há famílias com dinâmicas mais adversas, onde os cuidadores (in)formais (e.g., irmãos) têm maior probabilidade de enfrentar elevados níveis de *stress* (Sim et al., 2018; Spain et al., 2017); experienciar mais cansaço, ansiedade e depressão (Hoefman et al., 2014); vivenciar dificuldades de promover estratégias de *coping* positivas; e sentir baixa eficácia parental (Sim et al., 2018; Spain et al. 2017).

Dado que o problema afeta a família como um todo (Romney & Jones, 2020), o subsistema parental (Hoefman et al., 2014), o conjugal (Hartley et al., 2010) e fraternal (Romney & Jones, 2020), a terapia familiar sistémica parece ser a abordagem mais adequada para a redução do sofrimento individual e relacional (Helps, 2016). Por um lado, Helps (2016) destaca a escassez de resultados sobre a eficácia da terapia familiar na PEA. Por outro, Simon et al. (2020) salientam que já existem trabalhos evidenciando que a psicoeducação e intervenções comportamentais, centradas na orientação parental, são eficazes na mudança e gestão de comportamentos problemáticos e na comunicação familiar.

Goepfert et al. (2015) indicam que a terapia familiar pode ser extremamente benéfica para estas famílias com elemento no espetro do autismo, dado que ajuda a fortalecer os relacionamentos dentro da família, a promover a colaboração e potencia a redução dos conflitos interpessoais. O foco nas interações e na comunicação, durante

a terapia, permite que os membros da família trabalhem juntos para apoiar e valorizar o elemento com PEA melhorando, desde logo, o seu bem-estar e o da família, ao gerar índices de qualidade de vida mais elevados. Assim, a terapia ajuda os pais a construir uma narrativa baseada na esperança e resiliência, crucial para lidar com os desafios diários. Além disso, Goepfert et al. (2015) revelam também a importância de descentralizar a criança como o "problema" e, focar nos padrões familiares que podem estar a contribuir para as dificuldades. Nesse sentido, é sugerido que a família trabalhe em conjunto para encontrar soluções que beneficiem todos os membros.

Embora outras abordagens de intervenção familiar no espetro do autismo tenham sido desenvolvidas, designadamente a terapia estrutural (Parker & Molteni, 2017), a terapia estratégica (Goepfert et al., 2015), a terapia breve centrada nas soluções (Smock Jordan & Turns, 2016), e a terapia focada nas emoções (Robinson, 2018), a nossa análise irá focar-se sobre a terapia narrativa (Monteiro, 2016; Sousa et al., 2025).

A abordagem narrativa assenta no conceito de *storytelling* como metáfora organizadora da identidade e do funcionamento das pessoas e dos vários sistemas relacionais (Sequeira, 2021). Implica, na terapia, ouvir e (re)contar histórias sobre as relações, eventos, pessoas e os seus problemas (Freeman et al., 1997). Os problemas organizam-se através das histórias dominantes ou saturadas que explicam, descrevem e organizam os eventos de forma limitada, problemática e rígida (Sequeira, 2012). Na terapia, ao conversar sobre essas histórias dominantes é possível questionar a realidade das mesmas. Deste modo, torna-se evidente a interdependência entre as narrativas, processos cognitivos e comportamentais, onde a mudança é bidirecional, dado que terapeuta e sistema familiar se influenciam reciprocamente (Sequeira, 2012).

A partir de um enquadramento teórico e clínico sistémico, o Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (ASNC) é o primeiro sistema especificamente desenhado para avaliar narrativas em contexto terapêutico. Através da aplicação deste sistema para a análise de sessões de terapias familiares e de casal, processos terapêuticos de orientação narrativa, observou-se que as dimensões preditoras da mudança narrativa são as singularidades, o tempo, a causalidade, a narração da história e os temas da sessão. Por oposição, ao explorar os insucessos foi possível identificar que as histórias-problemas tendem a permanecer ao longo da terapia (Sequeira & Alarcão, 2013b). Porém, em alguns momentos, há pequenas mudanças, mas elas

acontecem apenas em dimensões específicas da narrativa (e.g. temas, conotação da narrativa e forma de relato das histórias). Pontuam-se as dificuldades em resignificar histórias associadas à psicopatologia/sintomas, o que parece estar relacionada tanto a bloqueios em níveis mais complexos do discurso (pensar no futuro ou introduzir visões mais circulares) como à utilidade funcional do diagnóstico da doença/problema – porque organiza papéis, dá previsibilidade e protege a identidade do sistema. Assim a narrativa dominante mantém-se para a família e para o contexto relacional/social. Isso acaba por reduzir o espaço para negociar e fortalecer versões alternativas, deixando os momentos de singularidade e reflexão muito presos ao contexto imediato em que surgem. A novidade não consegue ganhar continuidade, o que dificulta o desenvolvimento de uma perceção de competência e de agência dentro da família.

Também Sluzki (1998) refere que é importante desequilibrar a história dominante até um "ponto de bifurcação", neste caso, o terapeuta, através da conversação terapêutica, perturba a lógica da narrativa que mantém o problema; quando o sistema chega ao limiar de desequilíbrio, tende a reconfigurar-se qualitativamente. Isso não prevê um resultado exato, mas prevê o tipo de mudança (qualitativa) que pode emergir: deslocamentos no tempo (de a-histórico para histórico), no contexto (de não-contextual para contextual), na causalidade (de explicações lineares para circulares), nas interações (do intrapessoal para o interpessoal), nos valores/avaliações (de rótulos fixos para apreciações mais compostas) e na maneira de contar (de passiva para ativa, de incompetência para competência) (Sluzki, 1998). À medida que essas dimensões se movimentam, vão-se semeando e ancorando "novas histórias" que soam mais plausíveis e férteis: narrativas que ressoam com nos participantes, conectam mais pessoas e contextos, reduzem rótulos que se auto-perpetuam, pressupõem evolução e esperança, e posicionam os membro da família como agentes competentes e responsáveis (Sluzki, 1998).

As narrativas podem cristalizar-se tendo como ponto de partida o diagnóstico (Cashin et al., 2013). Um dos principais aspetos referidos pelas famílias é a visão de deficiência sobre os filhos, veiculados no diagnóstico médico e respetivos rótulos sociais dominantes - "defeituosos", "ansiosos" ou "deprimidos". (Solomon & Chung, 2012). Adicionalmente à linguagem do défice, com foco nas dificuldades e limitações identificadas o que reforça uma visão negativa da PEA (Monteiro, 2016). Evans (2019) refere que estas famílias levam para a terapia muitas narrativas de sofrimento,

narrativas depreciativas veiculadas por profissionais e outras pessoas sobre o papel dos pais nas dificuldades - aquilo a que chama de *oughtism* (e.g. “Deviam educá-lo melhor, isso resolvia as coisas”; Simon et al., 2020, p.419).

Também os desafios nas relações sociais são uma fonte comum de frustração, à medida que as famílias observam as dificuldades dos filhos em estabelecer ligações sociais (Monteiro, 2016). As narrativas dominantes sociais, médicas e familiares sobre o autismo organizam a forma como as famílias o percecionam as interações com os filhos (Monteiro, 2016). De modo geral, a terapia narrativa no autismo foca-se na compreensão, questionamento e transformação dessas histórias e narrativas problemáticas e restritivas, colocando a família no foco do processo e incentivando a possibilidade de reescrever as suas histórias e mudar as interações (Suddeath et al., 2017; Helps, 2016).

Em particular, a terapia narrativa pode ser benéfica, no espectro do autismo, com o objetivo de criar um espaço para a ressignificação das histórias familiares e fortalecimento dos laços entre os membros da família (Goepfert et al., 2015), para além de ajudar na redução do sentimento de culpa e na promoção de responsabilidade partilhada, que são indicadores positivos da forma de lidar com os problemas. Durante a terapia narrativa promovem-se reflexões construtivas, surgem narrativas alternativas e reinterpretações de experiências onde os terapeutas reforçam os recursos da família e o sentimento de esperança, o que fortalece os laços afetivos e a cooperação na família (Goepfert et al. , 2015). Adicionalmente, a terapia narrativa pode ser benéfica, no espectro do autismo, ao criar um espaço para a ressignificação das histórias familiares associadas ao diagnóstico e aos seus efeitos e condicionantes na história de viad ada família e no fortalecimento dos laços entre os membros da família (Cashin et al., 2013; Goepfert et al., 2015; Olinger, 2020).

O terapeuta é responsável por ajudar as famílias a gerir as preocupações relacionadas com as orientações clínicas sobre o que devem ou não fazer (Cashin et al., 2013), bem como promover histórias alternativas incentivando à perceção que a vida não se centra só na pessoa com PEA (Romney & Jones, 2020). Através da mudança na linguagem e na narrativa, o terapeuta guia as famílias na construção de uma compreensão mais positiva e funcional dos seus filhos e promove um discurso baseado na aceitação e no reconhecimento das suas particularidades (Monteiro, 2016).

Monteiro (2016) desenvolve uma abordagem terapêutica centrada na construção de narrativas positivas sobre as experiências de indivíduos no espectro e as suas famílias. A autora refere que, para este processo de transformação nas famílias com elemento no espetro do autismo, é importante integrar a compreensão do estilo cerebral no autismo, composto por diferenças e forças. O processo terapêutico foca-se na compreensão do estilo cerebral no espectro do autismo através do "triângulo descritivo" para abordar áreas como a linguagem e comunicação, as relações sociais e respostas emocionais, e o uso sensorial e interesses. Trabalham-se narrativas-chave: 1. passar do sentimento de impotência para competência; 2. da desregulação para o controlo; 3. da dependência para a autonomia e 4. da perturbação para o estilo cerebral (Monteiro, 2016). Espera-se que, com a intervenção terapêutica, as famílias desenvolvam uma visão mais positiva e resiliente sobre o autismo, e que se verifiquem melhorias nas competências de comunicação e sociais dos indivíduos no espectro (Monteiro, 2016). A terapia também contribui para reduzir o estigma associado ao autismo e promove o desenvolvimento da autonomia, ajudando os indivíduos a gerir melhor as suas vidas. Segundo Monteiro (2016), esta abordagem centra-se na valorização das forças, na compreensão das diferenças e no fortalecimento das relações familiares, gerando um impacto positivo PEA.

No protocolo terapêutico breve desenvolvido por Sousa e colaboradores (2025) a partir do modelo de terapia familiar narrativa de Monteiro (2016) é apresentada uma estrutura de desenvolvimento da terapia e das sessões com estratégias e técnicas a implementar. Nesta abordagem, a fase final de cada sessão é um ponto crucial. É o momento em que os intervenientes da família partilham as suas reflexões sobre a sessão que acabou de decorrer e sobre o processo, ou seja, partilham as suas perspetivas em resposta à questão “O que cada um retira da sessão?”.

Esta pergunta, que serve como incentivo para a reflexão sobre a sessão é uma pergunta de natureza circular e reflexiva. O estudo de Huber e Durrant (2014) refere que o momento final das sessões é essencial para consolidar o que foi abordado na sessão e promover continuidade do processo terapêutico.

Na terapia familiar o momento final da sessão organiza perspetivas, valida as vozes de cada um, fazendo sentir que cada elemento da família está “no caminho certo”. Cade (2001) refere que a parte final da sessão reforça as preocupações

principais, ajudando a família a reconhecer as dificuldades e os recursos já utilizados como positivos.

A existência de um espaço para reflexão no final, é um aspeto de grande relevância na abordagem narrativa, pois permite consolidar significados, reenquadrar histórias dominantes e catalisar mudanças que surgem dos próprios elementos da família (White & Epston, 1990). Ao incentivar cada membro da família a refletir sobre as principais conclusões, procura-se a emergência e/ou fortalecimento de novas perspetivas, que refletem narrativas mais complexas e adaptativas (White & Epston, 1990; Monteiro, 2016; Sousa et al., 2025). Os autores destacam este momento da sessão como sendo uma prática benéfica para famílias com um indivíduo no espetro do autismo, promovendo um treino da tomada de perspetiva do outro e o crescimento relacional nas interações diárias que vai além da terapia (Sousa et al., 2025).

Considerando a importância deste momento da terapia e a escassez de estudos sobre esta temática optou-se por proceder a uma análise detalhada dos discursos dos elementos da família e da sua evolução, em distintos momentos da terapia, em terapias familiares narrativas com famílias com elementos no espetro do autismo.

Metodologia

Objetivos

O objetivo geral desta investigação é estudar a mudança das famílias em Terapia Familiar Narrativa, quer ao nível da mudança narrativa, através da análise qualitativa, quer ao nível da mudança clínica, avaliada por meio dos resultados quantitativos.

A análise qualitativa incide sobre o momento final das sessões do processo terapêutico e tem por base a avaliação da mudança narrativa através do Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (ASNC) (Sequeira & Alarcão, 2013) em três momentos distintos da terapia: na primeira sessão, na sessão intermédia (4ª sessão) do processo e na sessão final do processo (8ª sessão).

Relativamente à análise quantitativa, pretende comparar resultados entre o pré e o pós intervenção terapêutica das famílias, através do perfil do Instrumento de Resultados Clínicos Sistémicos e Avaliação de Rotina (SCORE-15 – Vilaça et al., 2015).

Em suma, recorrendo a uma metodologia mista e a um *design* convergente, este estudo assenta na recolha simultânea (ou quase simultânea) de dados qualitativos e quantitativos, em paralelo e com peso semelhante. Procura-se integrar posteriormente os dois conjuntos de resultados, de modo a produzir interpretações mais completas da mudança narrativa e clínica das famílias.

Participantes.

A amostra deste estudo ficou constituída por 6 famílias, correspondendo a um total de 18 pessoas, com idades entre os 12 e 57 anos (média (*M*) = 32.44 anos, desvio padrão (*DP*) = 15.56). O número de elementos por agregado familiar variou entre 2 e 4, com uma *M* = 3 pessoas (*DP* = 0.58). Entre os participantes, 7 eram de famílias nucleares (38.89%), 3 de famílias reconstituídas (16.67%) e 7 de famílias monoparentais (44.44%) **(**Tabela 1).

Em relação ao sexo biológico, dos 18 participantes, 8 (44.44%) eram do sexo feminino e 10 (55.56%) do sexo masculino. Relativamente à relação dos respondentes com o familiar no espectro do autismo havia 4 (33.33%) pais, 6 (50%) mães e 2 (16.67%) irmãos.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos Participantes

Variável	**Categoria**	**n**	**%**
Número de Famílias	-	6	-
Total de Participantes	-	18	-
Idade (anos)	*M*	32.44	-
	DP	15.56	-
Tamanho do Agregado Familiar	*M*	3	-
	DP	0.577	-
	Mínimo – Máximo	12-57	-
Tipologia familiar	Nuclear	2	33.33%
	Reconstituída	1	16.67%
	Monoparental	2	33.33%
	Binuclear	1	16.67%
Sexo Biológico	Feminino	8	44.44%
	Masculino	10	55.56%
Sexo Biológico (Pessoas no Espectro do Autismo)	Masculino	5	83.33%
	Feminino	1	16.67%
Identidade de Género (Pessoas no Espectro do Autismo)	Masculino	6	100%
	Feminino	0	0%
Relação com a Pessoa no Espectro do Autismo	Pai	4	33.33%
	Mãe	6	50%
	Irmã	1	8.33%
	Irmão	1	8.33%
Nacionalidade	Portuguesa	18	100%
Qualificações Académicas (concluídas)	9º ano ou inferior	6	33.33%
	12º ano/Formação Profissional	5	27.78%
	Licenciatura	6	33.33%
	Mestrado	1	5.56%
Região de Residência (NUTS II)	Centro	6	33.33%
	Lisboa	12	66.67%

Nota: n = nº de sujeitos da amostra, % = percentagem

Todos os participantes eram portugueses. Em termos de qualificações académicas, dos 10 pais envolvidos no processo terapêutico, 1 (10%) possuía o 9º ano ou inferior, 3 (30%) tinham o 12º ano ou formação profissional, e 6 (60%) possuíam licenciatura. A residência, de acordo com as regiões NUTS, foi distribuída da seguinte forma: 12 (66.67%) no Centro e 6 (33.33%) na Área Metropolitana de Lisboa. Na Tabela 2 estão descritas algumas características sociodemográficas das famílias.

Tabela 2

Dados sociodemográficos das famílias

Família	Número de elementos do agregado familiar	Distrito de Residência	Etapa do Ciclo Vital Familiar
A	4	Aveiro	Família com filhos adolescentes
B	3	Lisboa	Família com filhos adolescentes
C	3	Coimbra	Família com filhos adolescentes
D	3	Leiria	Família com filhos adultos
E	2	Coimbra	Família com filhos adultos
F	3	Santarém	Família com filhos adolescentes

A caracterização das crianças e jovens, descrita na Tabela 3, demonstra que a idade dos jovens varia entre os 11 e os 18 anos, ou seja, todos se enquadram nas etapas de vida de pré-adolescência, adolescência e adultez emergente. Todos os jovens já tiveram acompanhamentos terapêuticos anteriores.

Tabela 3

Caracterização dos jovens com diagnóstico de PEA

Família	Sexo	Idade (anos)	Idade de diagnóstico (anos)	Escolaridade à data da inclusão	Comorbidades	Acompanhamento
A	Masculino	15	3	10º ano	Não tem.	Pedopsiquiatria.
B	Masculino	12	3	6º ano	Não tem.	Psicologia.
C	Masculino	11	4	6º ano	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	Psicologia; Terapia Ocupacional.
D	Masculino	18	17	1º ano de faculdade	Epilepsia, Asma, Eczema	Psicologia.
E	Feminino	17	17	1º ano de faculdade	Disforia de Género	Psicologia (cessou aquando da inclusão no estudo)
F	Masculino	13	3	8º ano	Não tem.	Psicologia.

Procedimentos

A aprovação do estudo foi recebida no dia 26 de maio de 2022 pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-052/2022). O estudo obedece aos princípios da Declaração de Helsínquia.

Esta dissertação enquadra-se no projeto de doutoramento sobre *NarraTivAS – Narrative Family Therapy in Autism Spectrum: From Clinical Neuroscience to intervention Outcomes*, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (https://doi.org/10.54499/2021.05559.BD) (Sousa, sem data).

Os critérios de inclusão considerava as famílias com membros no espectro do autismo que apresentassem fluência verbal (Quociente de Inteligência superior ou igual a 70), com idades entre 8 e os 18 anos. Os critérios de exclusão correspondiam a membros da família com lesão cerebral, abuso de substâncias, psicose ativa, ideação homicida ou suicida, e perturbações da personalidade.

O protocolo terapêutico segue um modelo estruturado e começa com o conhecimento da família, através da exploração do estilo cerebral do indivíduo diagnosticado com PEA (Monteiro, 2016). Ao mesmo tempo, a família adquire uma nova perspetiva sobre este elemento focada na valorização das suas forças e diferenças (Monteiro, 2016).

As sessões seguem o trabalho desenvolvido por Monteiro (2016), que se baseia em quatro mudanças narrativas descritas anteriormente: da impotência para a competência; da desregulação para o controlo; da dependência para a autonomia e da perturbação para o estilo cerebral.

O protocolo aplicado no âmbito deste estudo encontra-se descrito por Sousa e colaboradores (2025) e no Anexo 1 estão descritos os objetivos e metodologias ao longo das sessões. A terapia organiza-se em oito sessões conduzidas por um terapeuta e ao longo de 5 meses, sendo as quatro primeiras sessões realizadas semanalmente e as restantes mensais, e uma sessão de seguimento três meses após a sessão oito.

Em todas as sessões no final solicita-se aos elementos da família que respondam à seguinte questão: “O que cada um retira da sessão”. Esta pergunta pretende identificar e amplificar os principais *insights* a partir da conversa terapêutica (Monteiro, 2016; Sousa et al., 2015). Na Tabela 4 consta a duração, em tempo, que corresponde ao momento final da sessão, onde se verifica que a Família A, seguida da Família E, são as famílias em que este momento durou menos tempo.

Tabela 4

Duração do Momento Final da sessão um, sessão quatro e sessão oito – Famílias A, B, C, D , E e F.

Família	Duração do Momento Final da Sessão um (hh:mm)	Duração do Momento Final da Sessão quatro (hh:mm)	Duração do Momento Final da Sessão oito (hh:mm)	Soma da Duração do Momento final das Sessões (hh:mm)
Família A	00:05	00:16	00:05	00:26
Família B	00:05	00:05	00:28	00:38
Família C	00:05	00:16	00:15	00:36
Família D	00:06	00:45	00:07	00:58
Família E	00:04	00:13	00:11	00:28
Família F	00:06	00:20	00:09	00:35
Média	00:05	00:19	00:12	00:36
Desvio padrão.	00:00	00:12	00:07	00:10

Instrumentos

Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (ASCN)

O Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (ASNC), desenvolvido por Sequeira e Alarcão (2013), é um instrumento observacional utilizado para analisar as mudanças narrativas nas terapias sistémicas de orientação pós-moderna.

O principal objetivo é identificar transformações narrativas ao longo do processo terapêutico, identificando padrões discursivos e relacionais entre clientes e terapeutas.

O ASCN está estruturado em sete dimensões interligadas, permitindo uma análise aprofundada das narrativas (Sequeira & Alarcão, 2013). Estas dimensões incluem (A) as singularidades discursivas, comportamentais e cognitivas; (B) a natureza da história, considerando aspetos como o tempo, espaço, causalidade e interações; (C) a conotação da narrativa, que avalia o significado atribuído à história relatada; (D) a forma de relato da história, observando a sua estrutura e modo de apresentação; (E) a reflexividade narrativa, que envolve reflexão sobre a construção narrativa, fatores discursivos e comportamentais, fatores interacionais e fatores comportamentais que mantêm a narrativa problema; F) os temas da sessão, que correspondem aos assuntos centrais discutidos; e os comportamentos alternativos, nas interações entre os participantes (Sequeira & Alarcão, 2013). O ASNC encontra-se detalhadamente descrito no Anexo 2.

A aplicação do ASNC foi validada em diferentes formatos, como terapia familiar e terapia de casal (e.g., Costa & Sequeira, 2015; Sequeira & Alarcão, 2015). Estudos de acordo entre codificadores/juízes demonstraram que o sistema apresenta boa fiabilidade, com coeficientes Kappa a variar entre "suficiente" e "excelente", consoante a dimensão analisada. O sistema permite identificar micro e macro mudanças ao longo das sessões e fornece uma estrutura para compreender a evolução narrativa dos clientes na terapia.

Instrumento de Resultados Clínicos Sistémicos e Avaliação de Rotina (SCORE- 15)

O instrumento Resultados Clínicos Sistémicos e Avaliação de Rotina (SCORE-15), desenvolvido por Stratton e colaboradores (2014) e a versão portuguesa por de Vilaça e colaboradores em 2015, é um instrumento composto por 15 itens distribuídos em três subescalas: Recursos Familiares (RF), Comunicação na Família (CF) e Dificuldades Familiares (DF) com 5 itens cada. Este questionário de autorresposta avalia o funcionamento familiar e as mudanças terapêuticas, abordando aspetos como as forças e capacidades positivas da família (RF), a qualidade e clareza na comunicação entre os membros (CF) e os problemas ou dificuldades enfrentadas no contexto familiar (DF) (Vilaça et al., 2015). Os resultados são obtidos por meio de uma escala Likert de 5 pontos, onde 1 indica "descreve-nos muito bem" e 5 "descreve-nos muito mal ", sendo que pontuações mais altas refletem um pior funcionamento familiar. As pontuações mínimas e máximas são de 15 a 75, no total da escala; nas subescalas os valores variam entre 5 e 25 (Vilaça et al., 2015). Os resultados podem ser analisados de forma global ou por subescalas.

O instrumento SCORE- 15 aplica-se em indivíduos a partir dos 8 anos de idade. O SCORE 15 prevê aplicações clínicas e tem sido amplamente utilizado para avaliar a eficácia de uma intervenção, sendo por isso aplicado em dois momentos distintos neste estudo. De acordo Miller et al. (2023) considera-se que existe uma mudança clinicamente significativa quando há uma melhoria no total do SCORE-15 em que os participantes se movem de um ponto de corte clínico de 40 ou superior (até ao máximo de 75 da escala) e diminuem em pelo menos 9 pontos da primeira aplicação até à última no decurso da terapia. Adicionalmente, segundo Miller et al. (2023) e Sousa et al. (2024, 2025) é possível constatar se existe uma mudança terapêutica clinicamente significativa de melhoria ou deterioração usando o *Reliable Change Index* (RCI),

permitindo avaliar uma alteração nos resultados que não se deve apenas ao erro da medida. Na Tabela 5, apresentam-se os resultados obtidos por Miller et al. (2023) e Sousa et al. (2024, 2025) e que permitem inferir, do ponto de vista quantitativo, se existe uma mudança clinicamente significativa.

Tabela 5

Pontos de corte e RCI(.05) do SCORE-15, por subescala e total, obtidos por Sousa et al (2024, 2025) e de Miller et al., 2023

	Recursos Familiares	**Dificuldades Familiares**	**Comunicação Familiar**	**Total**
Ponto de Corte (totais) (Miller et al., 2023)	12.60	13.55	13.70	40.37
RCI(.05) (totais) (Miller et al., 2023)	4.02	4.07	5.03	9.52
RCI(0.05) (médias) (Miller et al., 2023)	0.85	0.81	1.01	0.63
RCI(0.05) (médias) (Sousa et al., 2024, 2025)	0.77	0.78	0.65	0.56

Analise qualitativa

Todas as sessões de terapia desenvolvidas foram gravadas em vídeo. De seguida foram transcritas integralmente através do software *Wispper*. As transcrições foram verificadas pelos codificadores. Seguiu-se a seleção dos momentos da sessão a analisar. Estes momentos incluem todos os discursos dos participantes em resposta à questão do terapeuta "O que cada um retira da sessão". Os momentos em causa foram analisados através do ASNC (descrito de seguida), nas dimensões: (A) singularidades; (B) natureza da história; conotação narrativa; (D) narração da história; (E) reflexividade narrativa; (F) temas da sessão. A sessão foi visualizada na totalidade, mas, apenas o momento final foi analisado neste trabalho através do ASNC.

Três juízes (1, 2 e 3) codificaram, de forma independente, os momentos de discurso selecionados. O juiz 1 é a investigadora principal do projeto *NarraTivAS* e os juízes 2 e 3 são mestrandos em Psicologia Cínica do Instituto Superior Miguel Torga. Cada juiz cotou de forma independente os trechos das sessões em análise. As dúvidas ou desacordos nas cotações foram discutidas com o juiz 4 para obtenção de acordo sobre a cotação, preferencialmente, por unanimidade.

Previamente à cotação das sessões em análise neste estudo, foi desenvolvido um processo de formação e treino de codificação com a autora do ASNC (Juiz 4).

Analise quantitativa

A análise quantitativa foi realizada tendo em conta os dados de Sousa et al. (2024; 2025) procurando avaliar os resultados obtidos no SCORE-15 do pré para o pós terapia e, avaliar se a mudança é clinicamente significativa com recurso ao *Reliable Change Index*. Definiu-se ainda, como critérios de evolução dos casos: -1 = deterioração, 0 = indeterminado, 1 = melhoria terapêutica, considerando que esta evolução será definida desde que um dos elementos da família tenha tido uma mudança clinicamente significativa. Se existirem casos em que um elemento melhora e o outro deteriora, considera-se indeterminado.

Resultados e Discussão

Avaliação da Mudança Narrativa - ASNC

Dimensão A – Singularidades

A dimensão das Singularidades corresponde à identificação de estratégias novas, criativas ou alternativas que emergem nos discursos ou comportamentos ao longo das sessões. Foram analisadas as três subcategorias propostas pelo ASNC: A1 (Comportamental), A2 (Discursiva) e A3 (Cognitiva), na Tabela 5.

Tabela 6

Dimensão (A) Singularidades - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES	Família A			Família B			Família C			Família D			Família E			Família F		
ASNC	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(A) Singularidades																		
A1. Comportamental		1			2	3		1			1				1			2
A2. Discursiva	1		1	3	5	12	1	3	13	2	6	7	3		2	1	1	3
A3. Cognitiva	1		1	3	5	12	1	3	11	1	4	7	3		2	1	2	3
TOTAL	2	1	2	6	12	27	2	7	24	3	11	14	6	0	5	2	3	8

No cômputo geral as singularidades discursivas e cognitivas são as mais representadas, enquanto as comportamentais surgem de forma residual. As Famílias B e C destacam-se em termos de volume total de ocorrências nas subcategorias A2 e A3, sugerindo, em termos puramente quantitativos, um maior número de singularidades.

Tabela 7

Exemplos da evolução da dimensão (A) Singularidades – Famílias A, B e F

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Singularidade Comportamental	
Família A		Mãe: *Estão calmos, estão relaxados, não estão tão agressivos. Faz toda a diferença! Conseguem falar! Em casa isto não existe!*	
Família B		Filho: *Nós devemos sempre exprimir os nossos sentimentos. Eu hoje até chorei um pouco! [Mãe faz cara de surpreendida]*	Pai: *Sim! Sim até porque lá está, eu estando agora um bocadinho mais presente e mais participativo em alguns momentos.* (o pai mudou de emprego)

Exemplos da evolução da dimensão (A) Singularidades – Famílias A, B, e C (continuação)

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
	Singularidade Discursiva e Cognitiva		
Família A	Mãe: *Eu acho que esta sessão correu bem que estávamos todos tranquilos, honestos a falar… já que em casa … …efetivamente não há, não temos muitos momentos em que estejamos os quatro a falar.*		Irmão: *Eu acho que esta sessão, se calhar, foi…a mais produtiva para mim… Porque consegui expressar os meus pontos de vista e, acho que correu bem!*
Família B	Pai: *Foi bom… saber que cada um pensa da família no todo, o que cada um pensa da… dos elementos da família.*	Pai: *Não. Porque tu vieste para mudar a minha vida!*	Pai: *Foi conquistada muita coisa até aqui e agora conquistámos outra maneira de nos relacionarmos. E isso é que eu acho que sim também!*
Família C	Pai: *Honestamente, muito honestamente, (pausa) eu acho que estás a participar… participar mais dando essa resposta do que aquilo que eu esperava!*	Pai: *Oh T[filho], deixa de fazer coisas de propósito, porque sinceramente só atrapalha! Repara que, essas estratégias que estás a ter, pelos vistos não funcionam!*	Filho: *A comunicação (…) a mãe conseguiu melhorar os nossos itens de "lavio" (…) Ou seja, eu vou fazer a comparação. Isto que eu estou a dizer dos "Mai Mai" é uma coisa do jogo "The Legend of Zelda", …. Da [Nintendo] 3DS! (…) Porque quando se compra já é permanente! Isto* [comunicação] *também é provável que seja permanente.*

Como se pode confirmar nos exemplos da Tabela 7, na primeira sessão a Família B destacou o facto de poderem partilhar mais abertamente os seus sentimentos, algo que não era tão habitual. Na sessão intermédia surge uma maior consciência da importância da expressão emocional e maior noção de que as mudanças são promovidas no processo terapêutico. Na oitava sessão, são abordadas transformações concretas da família, maior respeito pela diversidade dentro da família, nomeadamente no que toca à expressão de emoções e ao tempo individual de cada elemento para as exprimir.

Outro exemplo desta evolução é a Família C, onde se revela um outro fator importante na sessão oito: as singularidades foram, maioritariamente, assumidas pelo filho (Tabela 7) referindo que a comunicação e a sua autonomia foram mudanças permanentes. Essas transformações foram reafirmadas pelos pais, que se mostraram surpreendidos pela mudança, e acrescentam que a comunicação passou a ser também sobre os aspetos positivos.

Numa perspetiva meta, as singularidades surgem, na primeira sessão, muito centradas no presente e nas novas estratégias comunicativas que emergiram na sessão. Na quarta sessão, as singularidades são mais recorrentes e abordam diversos temas como emoções, relações e comunicação. Na última sessão, para além das singularidades aparecerem substancialmente estão relacionadas com mudanças já concretizadas.

Gonçalves e colaboradores (2011) designam as singularidades de momentos de inovação, que comparam a "tijolos" que a família usa para recontar a sua história. Quanto mais as singularidades se encadeiam, se explicam e se integram na vida, mais a narrativa problemática perde centralidade.

Por outro lado, contrariamente ao que acontece na generalidade das famílias, a Família A não teve uma evolução significativa nesta dimensão. Ao refletir sobre este aspeto, terapeuta e codificadores consideraram que a forma como as sessões decorreram não permitiu maior profundidade dos temas e, consequentemente, maior evolução, tendo-se focado num só tema central (i.e., a relação entre irmãos). Apesar de reconheceram a importância da comunicação não existiram mudanças relevantes, e como tal, mesmo que possam existir singularidades, estas não são reconhecidas pelos elementos da família. Para Sequeira, (2012), o bloqueio da narrativa, nos casos de insucesso, está fortemente ligados à manutenção de temas que, mesmo quando há oscilações intermédias se mantém dominante durante as sessões de terapia e, consequentemente, não se reflete no momento final da sessão que estamos a analisar. A autora também explica que a narrativa dominante pode tornar-se uma macro-narrativa que regula papéis, discursos e temas, bloqueando a integração de histórias alternativas; por isso, sair do foco no sintoma e incluir outros temas tende a mobilizar recursos e flexibilizar a narrativa. Mesmo quando surgem novidades (singularidades), elas ficam circunscritas se a conversa não se descentrar do problema e se essas novidades não forem amplificadas fora da sessão (Sequeira, 2012)

Em suma, estes resultados vão ao encontro com o que conclui Sequeira, (2012). As singularidades comportamentais (novos comportamentos/estratégias eficazes face a situações antes problemáticas) tendem a surgir sobretudo nas sessões intermédias e finais. Mesmo assim, por si sós não garantem mudança: precisam de ser amplificadas e integradas pelo sistema terapêutico/família e de vir acompanhadas por alterações noutros níveis da narrativa (temas, tempo, causalidade).

Dimensão B - Natureza da História

Tabela 8

Dimensão B1. Tempo - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES	Família A			Família B			Família C			Família D			Família E			Família F		
ASNC	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(B) Natureza da História																		
B1. Tempo																		
Passado						3	1	4	2		1		2					2
Presente	3	1		1	1	5	4	6	6	2	3	2	4	2	1		1	
Futuro						2		4					2	1	1			
Estático	1		1				1		1	1	2					2		
Fixo	4	1		1	1	2	3	2	4	2	2	2	2	1			1	2
Flutuante						3	1	4	2		1	3	2	4	4			2
TOTAL	8	2	1	2	2	15	10	20	15	5	9	7	12	8	6	2	2	6

No que respeita ao tempo, na Tabela 8 observam-se diferentes orientações no discurso das famílias, variando entre passado, presente e futuro, bem como características de estabilidade ou fluidez narrativa (Figura 2 em apêndice). De modo geral, o tempo presente é a subcategoria mais recorrente enquanto as ocorrências do tempo futuro são muito esporádicas. Não se observou tendência mensurável, no que respeita orientações temporais da narrativa.

As categorias estático, fixo e flutuante distribuem-se de modo desigual. Nas narrativas fixas verifica-se uma tendência decrescente, enquanto o tempo flutuante varia de família para família, surgindo quase em exclusivo em sessões intermédias/finais (na Família E, particularmente, existem narrativas de tempo flutuantes desde a primeira sessão). Por fim, a dimensão temporal de estático é a menos cotada, no entanto, é notório que tem maior incidência nas primeiras sessões, exceto nas Famílias A e C, cada uma com uma ocorrência na sessão oito.

Tabela 9

Exemplos da evolução da dimensão B1. Tempo – Famílias F, A, C e F

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Tempo Estático	
Família A	Mãe: *Principalmente com o P[filho] integrado, que é o elemento que falha sempre lá em casa quando…tentamos estar…estar todos!*		Filho*: *Acho que vai ser o mesmo … que disse todas as sessões. (…) Que é sempre a tentar resolver esse problema, ou a tentar dar soluções para resolver… isto, é sempre isso!*

Exemplos da evolução da dimensão B1. Tempo – Famílias F, A, C e F (continuação)

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Tempo Estático	
Família C	Pai: *Ou não gosta de tomar decisões! Oh T[filho], queres levar o azul ou o verde? Escolham vocês! [É sempre assim!]*		Pai: *Foi, foi bom! [T[filho] manipula o material sensorial] E acho que é sempre bom estar a falar, agora acho que nunca é demais estarmos a falar das coisas que são boas! Porque a gente passa a vida a falar das coisas que nos contrariam!*
		Tempo Flutuante	
Família E	**Passado/Presente** *Mãe: É normal, porque também já fomos adolescentes, não é? E também já nos aconteceu, se calhar agora acontece mais, com mais frequência.*	**Passado/Presente** Mãe: *Então, essencialmente, ahhha (pausa) cumprir a minha promessa! Aqui fazer o exercício de cada vez que tamos a falar com alguém, o tratar por L. [filho]!*	**Passado/Presente/Futuro** Mãe: *Isto começa na faculdade, não, começa na escola. Depois na faculdade começa a aumentar. E depois quando fores trabalhar, pronto. É que é!!*
Família C	**Passado/Presente** Mãe: *Esperança de que aquilo que estamos aqui a fazer surta algum efeito (…) Falar assim, geralmente falamos, já falámos com a C. [Psicóloga do HP] também e, já falámos com outras!*	**Presente/Futuro** Pai: *Pois, mas estás-te a orientar para aí pelo que eu vejo! (pausa) Vou ser honesto, estou pouco expectante, mas adoraria [ser surpreendido] pela positiva.*	**Passado/Presente** Pai: *Calma! Da mesma maneira que há bocado estavas a contextualizar, agora estás a isolar as pessoas!*

Nota*. Distingue-se [filho], o elemento com diagnóstico PEA e [irmão], o irmão desse.

Segundo Sequeira e Alarcão (2013b) a forma como as famílias se organizam em torno do tempo, seja fixo no passado, no presente ou no futuro, tem implicações na flexibilidade narrativa das famílias. Famílias que permanecem centradas no tempo estático ou presas ao passado fixo tendem a repetir padrões, como se verifica na maioria das famílias, tal como na Família A (Tabela 9). Estas, mantêm narrativas rígidas e pouco abertas à transformação. Já quando o discurso se desloca para o futuro ou assume uma qualidade flutuante, como na Família C, há maior abertura, flexibilidade e, sobretudo, espaço para imaginar novos cenários – condição fundamental para a mudança. Estas variações são possíveis de identificar na Figura 2 em Apêndices e na Tabela 9. Por outro lado, uma narrativa temporal mais flutuante e orientada para o futuro, abre possibilidade para que a terapia funcione como contexto de desbloqueio, onde se criam novas possibilidades de comunicar, diferentes autopercepções e capacidade de se projetarem para o futuro. Sendo a terceira dimensão do tempo mais presente, surgido com maior incidência na Família E, seguida das Famílias C e D, sugere-se que estas famílias parecem ter conseguido, como refere

Sequeira e Alarcão, (2013b), romper com o tempo estático e mobilizar novas temporalidades, algo que Sluzki (1998) também evidencia como fundamental para a mudança na terapia.

É possível fazer uma análise geral sobre as famílias que pontuaram o tempo como estático, sabendo que está associado a uma narrativa intemporal, ou seja, a algo que "sempre" ocorre. Exceto na Família D, onde a irmã refere que intervém sempre como mediadora nas reflexões/dinâmicas sobre problemas familiares, em todos os outros casos, na primeira e quarta sessões o tempo estático está associado a temas problema, ou mesmo, à dimensão de incompetente ou anormal/doente. Contrariamente ao que acontece na última sessão, no caso da Família C, que o pai refere que "é sempre bom" comunicar sobre tudo (Tabela 9). Na Família A, pelo contrário, verifica-se precisamente o que Sequeira e Alarcão (2013b) apontam: uma circularidade temporal, onde os discursos retomam sempre aos mesmos pontos (tempo passado ou presente), não surge a possibilidade de criar oscilação temporal e/ou imaginar futuros alternativos.

Miguel Gonçalves et al. (2011) abordam a dimensão temporal numa perspetiva intimamente ligada com a progressão do processo terapêutico, em que momentos de inovação, que designa de simples (onde o discurso passa da ação, à reflexão e discussão) tendem a surgir nas primeiras sessões; pelo contrário, os complexos – onde se passa de comparar o antes com o agora e se projeta o futuro – aparecem do meio para o fim em casos de sucesso, marcando consolidação da mudança ao longo da terapia. Nas nossas famílias não emergem narrativas claras, no momento final da sessão, que reflitam esta perspetiva o que pode estar relacionado com as características específicas das famílias no espetro do autismo, onde as narrativas dominantes são muito persistentes e focadas no passado/presente.

Tabela 10

Dimensão B3. Causalidade - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES	**Família A**			**Família B**			**Família C**			**Família D**			**Família E**			**Família F**		
ASNC	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(B) Natureza da História																		
B3. Causalidade																		
Linear		3				1	2	7	1	2	1			2	1	1		
Circular	1	1	1	1	5	8	2	3	4	2	7	7	2		2		1	3
Linear/circular						1		3	3	2	2	3			3		2	
TOTAL	1	4	1	1	5	10	4	13	8	6	10	10	0	2	6	1	3	3

A análise da causalidade refere-se à forma como os acontecimentos são compreendidos em termos de fatores que os explicam e determinam e pode refletir uma visão mais linear ou mais complexa/circular. Observa-se, na Tabela 10 e na figura 3 em Apêndice, uma predominância da causalidade circular em praticamente todas as famílias, em contraste com a linear e mista (linear/circular). As Famílias B, C e D são as que mais recorrem a narrativas circulares, enquanto as narrativas lineares apresentam menor expressão, sendo possível perceber o *outlier* na sessão quatro da Família C (ver Tabela 10). As narrativas com causalidade mista surgem de forma pontual, sem padrão regular. Globalmente, a Família C apresenta o número mais elevado de cotações nesta categoria, seguida pela Família B. A tendência da dimensão linear, estando presente de forma isolada ou na forma mista, nas narrativas, é acentuada na sessão intermédia, com exceção da Família B.

Tabela 11

Exemplos da evolução da dimensão B3. Causalidade – Família C e D

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Causalidade Linear	
Família C	Pai: *E ele está… há coisas no comportamento dele que até tem começado a ter uma certa agressividade, coisas que ele…é um doce de criança, mas ele…pronto, também está a dar o berro, coitado! Felizmente já acabou! É só mais uma semana.*	Pai: *Apesar… sim! Se achássemos que estávamos a perder tempo, eu diria que aflitos estamos nós de trabalho!! (…) Água mole que já bate na pedra há 12 anos!*	Filho: *Ou seja, eu vou fazer a comparação. Isto que eu estou a dizer dos "Mai Mai" é uma coisa do jogo da [Nintendo] 3DS! (…) Porque quando se compra já é permanente! Isto também é provável que seja permanente.*
Família D	Mãe: *Eu tento ouvi-lo, mas ele às vezes ele não tenta ouvir-me, porque ele … há ali situações fixas. (compara situações que ocorrem normalmente associadas à PEA)*	Filho*: *O mais engraçado é que quando ela me pediu para parar é, porque eu sabia, coitada, não conseguia aguentar!* (referindo-se ao episódio de desregulação que ocorreu durante a sessão)	
		Causalidade Circular	
Família C	Pai: *De certa forma, ter alguém externo ao fim ao cabo, porque nós estamos aqui completamente embrenhados dentro disto! Ahhhha, não direi que seja um mediador.*	Pai: *É que do nosso lado, claro que há coisas que ainda se podem fazer, mas não penso sinceramente que seja um bom caminho, pelo menos aquelas em que eu estou a pensar! [Talvez pôr menos comida, …]*	Pai: *Mas a comunicação, T percebeste!? Se houve progressos grandes, deu para perceber, mas reconhecer mesmo que isto tem que ser permanente, como ele estava a dizer, que isto deve ser muito importante!*

Exemplos da evolução da dimensão B3. Causalidade – Família C e D (continuação)

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Causalidade Cicrular	
Família D	Irmã*: *Sim, porque esta troca que houve aqui é a troca que há sempre! Pronto, e eu acho que o M. [filho] já percorreu um caminho muito grande e está muito mais disponível a perceber, ainda que muitas vezes não sozinho, a perceber o lado dos outros.*	Irmã*: *Tu [mãe] pensas muitas vezes naquilo que eu possa sentir, mas se calhar não pensas tanto naquilo que eu te disse que estava a sentir!*	Irmã*: *[Eu acho que o mais importante é ouvir!] E acho que é o que foi aprendido aqui, também! É ouvir e tentar perceber! Ou seja, nós estamos habituados a lidar com muitas pessoas e não estamos habituados a lidar com o M. [filho]! O M. [filho] é… somos todos diferentes! Há muitas pessoas muito parecidas, mas o M. [filho] é especialmente diferente.*

Nota*. Distingue-se [filho], o elemento com diagnóstico PEA e a [irmã] dele.

A causalidade, a par do tempo, são dimensões que organizam níveis superiores da narrativa (Sequeira, 2012) e nestas dimensões há distinções claras entre os casos de sucesso e de insucesso. A circularidade das narrativas está associada a histórias mais complexas, relacionais e abertas ao futuro e ao contexto; a linearidade, pelo contrário, compreende discursos lineares ligados ao sintoma e presos em tempos fixos no passado e presente.

A expressividade das narrativas lineares na sessão intermédia (ver Tabela 26 em Apêndices) está relacionada com o bloqueio narrativo que, segundo Sequeira e Alarcão (2013b), acontece quando há maior rigidez das histórias familiares, marcadas pela causalidade linear, pelo foco no sintoma/doença e perceções de incompetência. Este bloqueio é importante pois, como Sluzki, (1998) e Sequeira e Alarcão, (2013) referem, é através deste ponto de bifurcação que, qualitativamente emerge uma mudança nas narrativas.

A tendência vincadamente ascendente da causalidade circular ao longo do processo terapêutico implica a aquisição de novas perspetivas sobre os temas dominantes/problema. É possível perceber, com esta tendência, que a atribuição de causalidade circular (Tabela 11) se vai adquirindo com a terapia familiar narrativa.

Dimensão C - Conotação Narrativa

Tabela 12

Dimensão (C) Conotação Narrativa - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES	Família A			Família B			Família C			Família D			Família E			Família F		
ASNC	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(C) Conotação Narrativa																		
Sanidade/ Normal	4	1				2	1		3			1	1		1			2
Doença/ Anormal	2	1			2	1	2	12		1	4			1		1	2	1
TOTAL	6	2	0	0	2	3	3	12	3	1	4	1	1	1	1	1	2	3

As narrativas conotadas como saudáveis ou normais distribuem-se de forma irregular entre as famílias (Tabela 12; Figura 4 em Apêndice). Globalmente, a Família A evidencia o maior número de menções, ainda que com uma diferença quantitativa modesta.

As narrativas doentes ou anormais são substancialmente mais frequentes e constituem a categoria mais representada nesta dimensão (Tabela 12). De forma objetiva, a Família C é a que concentra o maior número absoluto de conotações de doença ou anormalidade. A tendência das famílias revela maior incidência desta dimensão na sessão quatro (ver Tabela 26 em Apêndices), ao que se exclui a Família A.

Tabela 13

Exemplos da evolução das dimensões Normal/Sanidade e Anormal/Doença – Famílias A, D e F

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Sanidade/Normal	
Família A	Irmão: *Acho que estamos muito bem! Apesar de tudo! Estamos bem! (…) Eu acho que…a nossa família…não tem problema nenhum!*	Terapeuta: *E aqui desafio-te aqui, J[irmão] de alterar o tom, …tentar perceber como é que podes também chegar ao P[filho]. Isto faz-te sentido?* Irmão: *Não! (…) Porque eu não quero mudar!*	
Família D	Irmã*: *Sim, porque esta troca que houve aqui é a troca que há sempre! Pronto, e eu acho que o M. [filho] já percorreu um caminho muito grande e está muito mais disponível a perceber, ainda que muitas vezes não sozinho, a perceber o lado dos outros."*	Mãe: *M[filho], ouve, mas tu conseguiste-te controlar!* (O M[filho], aquando da desregulação na sessão conseguiu controlar-se e não escalar para um nível de superior de desregulação)	Irmã* – *Sim, mas eu acho que ele agora ainda não está aí! Mas também acho que isso é ok!* (Referindo-se à ideia da mãe de que às vezes não apetece estudar, mas depende de nós, então temos de fazer.)

Exemplos da evolução das dimensões Normal/Sanidade e Anormal/Doença – Famílias A, D e F (continuação)

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Anormal/Doença	
Família A	Mãe: *Já o P[filho] não é... não aguenta muito tempo de estar à mesa com…connosco. (…) nós sabemos que o P.[Filho] sente-se confortável no mundo dele, …no espaço dele, no quarto dele. (…) mas tentamos contrariar.*	Mãe: *eu não quero que tudo seja perfeitinho, mas eu vejo que alguma coisa…não está bem e que tem que mudar, isso é clarinho,… a comunicação entre vocês (irmãos) dois tá sempre na base da agressividade!*	
Família D	Mãe: *Pronto e eu não vou comprar!!… Não vou ceder!* Resposta: Irmã: *Mas eu acho que também não é uma tentativa de haver um compromisso!*	Mãe: *Porque ele nessa altura não tem a noção, de facto não … pronto, escala, pronto!*	Filho*: *Epá, não sei, não consigo pensar em nada! Eu aprendi atenção! Só que eu não consigo pensar de maneira naquilo que eu aprendi!*
Família F	Pai: *Mas o certo é que eu sei que ele também sente, porque ele não diz.* (…) Mãe: *Porque ele não comunica (…) Ele só fica a barafustar e não está bem.*	Mãe: *Há coisas que... O B[filho] se calhar como todas os meninos autistas, mas o B[filho] principalmente tem muita dificuldade em tirar as conclusões sozinho.*	Pai: *Pois, (…) há coisas difíceis de compreender, pronto! Ou seja, há miúdos que demonstram … sentimentos, a raiva, aquela raiva, aquela tristeza, aquela alegria efusiva… Este não tinha…*

Nota*. Distingue-se [filho], o elemento com diagnóstico PEA e a [irmã] dele.

A Família A mantém uma conotação narrativa em torno de um tema dominante (dimensão F, descrita de seguida) organizada sobre a relação entres irmãos que é percecionada como anormal pelos pais e, muitas vezes, normal, pelos filhos (ver tabela 13). Na quarta sessão, porém, a mãe refere algo muito importante que a sessão promoveu, pois sente que "não é normal" a forma como os irmãos se relacionam e abre, pela primeira vez, espaço para a possibilidade dessa relação vir a mudar. É, no entanto, um momento pontual sem amplificação e repetição durante a terapia. É evidente a tendência contrária desta família quanto à dimensão normal/sanidade, este facto deve-se sobretudo à perceção dos filhos sobre a necessidade de mudança, o que revela uma rigidez importante de refletir.

As Família B e F, apenar de não constarem na Tabela 13 de exemplos nem serem das famílias de maior expressividade, são exemplos ilustrativos do que descrevemos nestas famílias. Na Família B, o pai, revela, desde cedo, uma compreensão e normalização de algumas características do estilo cerebral no espectro do autismo do filho, entre elas, as estereotipias (movimentos motores, uso de objetos

ou fala repetitivos e invariáveis) (APA, 2023), o que, constitui indicador positivo. No final da sessão quatro, emerge o tema das emoções que é conotado como normal/anormal. Neste tema, observa-se a descentralização do elemento com diagnóstico para os pais. Na última sessão, o filho assume um discurso diferente dizendo "não devemos reprimir as emoções". Adicionalmente, na Família F a conversa mantém uma conotação negativa – anormalidade/doença – relativa à forma como o filho interpreta e tira conclusões das interações e das pessoas (ver exemplos na Tabela 13).

Em suma, a conotação narrativa, nas famílias no espetro do autismo, está associada a temas relacionados com o diagnóstico. De acordo com as autoras Sequeira e Alarcão (2012, 2013) a conotação é o tom avaliativo da história: desde descrições baseadas no défice e associadas à doença até narrativas apreciativas. Quando a terapia progride, tende a haver descentralização do sintoma. Gonçalves e colaboradores (2011), concluem algo semelhante com o mapear da conotação por temas pois conclui que é possível ver quando a narrativa fica dominada pelo sintoma, (conotação negativa recorrente) ou quando começa a abrir alternativas (conotação mais rica/positiva), funcionando como um indicador útil de re-autoria e de sucesso.

Dimensão D - Narração da História

Tabela 14

Dimensão (D) Narração da História - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES	Família A			Família B			Família C			Família D			Família E			Família F		
ASNC	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(D) Narração da História																		
Competente	1	1	3		1	9	1	3	4	1	6	7						3
Incompetente	1	7		1			1	15	5	1	8	1		1		1	1	
TOTAL	2	8	3	1	1	9	2	18	9	2	14	8	0	1	0	1	1	3

No que respeita à categoria competente, associada a narrativas em que as intervenientes demonstram capacidade e eficácia na resolução das situações, observa-se uma presença diversificada nas famílias (ver Tabela 14; Figura 5 em Apêndices). A Família D evidencia o maior número total nesta categoria, seguida das Famílias B e C, sendo a tendência ascendente. Em contraste, as narrativas com conotação incompetente, em que os participantes surgem como incapazes ou limitados nas suas ações, também é frequente em várias famílias. A Família C seguida da Família D são as que se destacam nesta dimensão, é possível observar que a sessão intermédia

tem, na globalidade das famílias, uma concentração mais acentuada (ver Tabela 26 em Apêndices).

Tabela 15

Exemplos da evolução das dimensões Competente e Incompetente – Famílias C e D

Família	Exemplo da Sessão um	Exemplo da sessão quatro	Exemplo da Sessão oito
		Competente	
Família C	T: *Descobri que os nossos pontos de vista são parecidos.* [referindo-se ao pai] Pai: *Honestamente, eu acho que estás a participar mais dando essa resposta, do que àquilo que eu esperava!*	Mãe: *Sendo que, em casa há um fator diferente, ele fala muito menos! Em casa, ele fala muito menos! ... Aqui fala muito mais, pronto!*	Mãe: *E, pronto mais uma… mais comunicação, não é? Ele também tem, tem falado mais, tem-se expressado melhor! E, pronto, essas partes são, são sempre boas para nós podermos comunicar melhor. Claro que sim!* (ao refletir sobre as mudanças)
Família D	Irmã**: Sim, porque esta troca que houve aqui é a troca que há sempre! … e eu acho que o M. [filho*] já percorreu um caminho muito grande e está muito mais disponível a perceber, ainda que muitas vezes não sozinho, a perceber o lado dos outros.*	Mãe: *Filho, ouve, mas tu conseguiste-te controlar!* (O M. [filho], aquando da desregulação na sessão não percebeu que conseguiu controlar-se e não escalar para um nível de desregulação superior)	Mãe: *Aquilo vai-lhe lá ficando e ele quer… , e quer, não, pode naquele momento não dizer nada, mas aquilo inconscientemente diz-lhe alguma coisa! (…) Ou seja, leva-o também, quando nós estamos aqui a discutir e a D[terapeuta] a refletir leva, também subtilmente a ir pensando.*
		Incompetente	
Família C	Pai: *Ele costuma alhear-se das coisas! [Mãe acena com a cabeça em sinal de concordância] "Ah decidam vocês!" Aah lá está ele não consegue!*	Pai: *É que eu também não vejo bem, como é que eu posso sair daqui, a não ser pela porta! Porque, sinceramente, nós já tentamos tanta coisa (pausa), não vou dizer que não houve resultados alguns! Mas poucos, e houve coisas que funcionaram, que foram temporárias!*	Filho: *Eu sei, mas eu às vezes tentava dizer, mas a mãe não me ouvia.*
Família D		Filho: *Eu duvido que eu consiga outra vez! (…) O mais engraçado é que quando ela me pediu para parar é, porque eu sabia, coitada, não conseguia aguentar!*	Filho*: *Epá, não sei, não consigo pensar em nada! Eu aprendi atenção! Só que eu não consigo pensar de maneira naquilo que eu aprendi!*

Nota*. Distingue-se [filho], o elemento com diagnóstico PEA e [irmã], a irmã desse.

A Família D apresenta registos de competência e incompetência mas há uma tendência ascendente da competência nas sessões quatro e oito. Estes discursos de competência são mais precocemente introduzidos pela irmã (Tabela 15) que também tem perspetivas mais relacionais e circulares (aspeto mencionado na análise da

dimensão da circularidade). Na quarta sessão, a competência vem maioritariamente associada à regulação autónoma que ocorreu durante a sessão; algo muito importante para as pessoas no espetro do autismo. Esta mudança acontece com a integração do conceito de estilo cerebral na sessão quatro (Monteiro, 2016).

Segundo Sequeira e Alarcão (2013), a conotação de incompetente, quando associada a dimensões causalidade linear e tempo estático, que designa de narrativas do nível superior, (i.e. dimensões que estruturam a forma como a família interpreta a realidade e constrói as suas narrativas), consolida-se o bloqueio narrativo. Ou seja, mesmo quando há alguma variação no nível das interações e dos conteúdos, o tempo fica preso ao passado/presente e a causalidade mantém-se linear, isto impede reconfigurações mais profundas e favorece o retorno à narrativa dominante. Posto isto, os nossos resultados demonstram, com a tendência supramencionada, que a mudança é percetível, pois na sessão última a dimensão de incompetente é, em todas elas, visivelmente mais baixa.

Como é possível ver na Tabela 15 com os exemplos das Famílias C e D, a conotação de incompetência está presente em temas como a comunicação, a autonomia e a incompreensão relativa a temas que os filhos introduzem, "temas descontextualizados".

No estudo de Sequeira, (2012) a competência está associada às terapias de sucesso, traduz a perceção que as famílias têm recursos, capacidade atuação e capacidade de mudança. O mesmo se pode dizer para estas famílias no espetro do autismo, pois percebemos que nas famílias com maior evolução, a Família B e D a perceção de competência tem uma progressão acentuada na última sessão. Confirma-se, inclusivamente, que à medida que a terapia avança, há mais referência de competência, sinal de fortalecimento identitário e relacional (Sequeira, 2012).

Dimensão E – Reflexividade Narrativa

Esta dimensão refere-se à capacidade dos participantes refletirem sobre os processos e conteúdos das narrativas e avalia o grau em que os sujeitos demonstram consciência acerca da forma como constroem e interpretam as suas histórias, englobando tanto narrativas problemáticas como não problemáticas, bem como os fatores discursivos, relacionais e comportamentais envolvidos.

Tabela 16

Dimensão (E) Reflexividade Narrativa - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES ASNC	Família A			Família B			Família C			Família D			Família E			Família F		
	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(D) Reflexividade Narrativa																		
E1. Reflexão sobre a elaboração de narrativas problemáticas	2	2			3	1	2	8	3	1		1		1	2	1	1	
E1. Reflexão sobre a elaboração de narrativas não problemáticas				1	1	10	1		3	1	1	3	2		3			2
E2. Reflexão sobre os fatores discursivos		1		1	1	1	2	3	3		9	2	2	1		1		
E3. Reflexão sobre os fatores relacionais e interativos	2	2	1		7	4	3	10	5	4	8	9	5	2	3	1	4	2
E4. Reflexão sobre os fatores comportamentais		1			4	2	1	6	1	1	1	7					1	1
TOTAIS	4	6	1	2	16	18	9	27	15	5	19	22	9	4	8	3	6	4

De forma global, esta é uma das dimensões mais ricas em número total de ocorrências, em quase todas as famílias (Tabela 16). No conjunto da Dimensão E, observa-se que as Famílias C, D e B reúnem as maiores cotações totais, seguidas pelas Famílias D e E, com a Família A a apresentar os valores mais baixos. A distribuição global demonstra uma forte presença de processos reflexivos em todas as famílias, embora com variação significativa nos volumes absolutos entre sistemas. A E3., reflexão sobre os fatores relacionais e interativos configura a dimensão mais presente desta categoria. Sendo o momento final da sessão, compreende-se que a dimensão reflexividade narrativa apresente estes resultados quantitativos, muito expressivos.

Dimensão F - Temas da Sessão

Tabela 17

Dimensão (F) Temas da sessão - Famílias A, B, C, D, E e F

DIMENSÕES ASNC	Família A			Família B			Família C			Família D			Família E			Família F		
	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8	S1	S4	S8
(F) Temas																		
Temas-Problema relacionados com a PEA	2			1	2		3	1	1	2	1	1	1			4	1	
Outros Temas-Problema	5	3	1		1		2	2	1	3	3	3	1	1	1	4	4	1
Temas não Problema	4	3	3	4	6	6	4	2	4	4	6	5	5	4	3	4	5	7
TOTAL	11	6	4	5	9	6	9	5	6	9	10	9	7	5	4	12	10	8

Os temas das sessões foram a única dimensão que foi analisada na totalidade da sessão e não apenas no momento final da mesma. Foi feita uma análise de conteúdo e posteriormente organizados em três grupos, Temas-Problema ligados ao diagnóstico de PEA, Outros Temas-Problema e Temas Não-Problema (Tabela 17). Esta opção justifica-se também pela adoção da mesma categorização nos estudos de Sequeira (2012). Segundo Sequeira (2012), os temas da sessão fazem parte do nível intermédio da narrativa e correspondem aos conteúdos que organizam as histórias em sessão, espelhando perspetivas sobre a moral dos eventos e o papel dos protagonistas.

Nos Temas-Problema relacionados com a PEA, as ocorrências são baixas, concentrando-se sobretudo na sessão inicial (Tabela 17). Na dimensão Outros Temas-Problema, os padrões são distintos entre famílias e destacam-se as Famílias A, D e F. Os Temas Não-Problema, por sua vez, constituem a subcategoria dominante em termos de ocorrências.

Tabela 18

Exemplos da evolução da Dimensão F. Temas da Sessão – Família A

Sessão	**Tipologia dos Temas**	**Identificação dos Temas**
Primeira	Temas-Problema - PEA	1. Isolamento do filho no espetro (comer rápido para se isolar).
	Outros Temas-Problema	1. Relação entre o Pai e o filho (limites); 2. Interação entre irmãos (partilha de vídeos; entre a provocação de casa e a separação da escola); 3. **Adolescência (Rótulo negativo);** 4. **O papel protetor da mãe (confortável para o irmão, mas não para o filho);** 5. Pedidos para a terapia (maior autonomia para os filhos).
	Temas Não-Problema	1. Temas de interesse (animais da família, política); 2. Genograma (família); 3. Descrição da família e forma como cada elemento perceciona essa descrição (diversidade, preocupada); 4. Reflexão final (filhos não reconhecem problemas na família, pais identificam a comunicação que precisa de mudança).
Quarta	Temas-Problema - PEA	
	Outros Temas-Problema	1. Jantar temático (ausência de interação entre irmãos); 2. Resistência dos filhos à mudança; 3. Interação entre irmãos (mãe expectante e com esperança pois os filhos perceberam que a comunicação pode ser diferente).
	Temas Não-Problema	1. Atividades em família (viagem); 2. História individual dos pais e como se conheceram; 3. Reflexão final: pais reforçam que o momento entre os irmãos como positiva.
Oitava	Temas-Problema - PEA	
	Outros Temas-Problema	1. Relação entre irmãos (mudanças com retrocesso).
	Temas Não-Problema	**1. Adolescência e as suas características;** **2. *Overfunctioning* (perceção de quem se esforça mais);** 3. Reflexão final (e o que o filho considera que cada elemento retira da sessão).

Tabela 19

Exemplos da evolução da Dimensão F. Temas da Sessão – Família B

Sessão	Tipologia dos Temas	Identificação dos Temas
Primeira	Temas-Problema - PEA	1. Pedidos para a terapia (ajudar no foco do filho e de toda a família, **mais momentos em família,** falta de autonomia do filho).
	Outros Temas-Problema	
	Temas Não-Problema	1. Temas de interesse (música; profissões); 2. Genograma; 3. Descrição da família e perspética de cada elemento (união, amor, conforto); 4. Temas diversos introduzidos pelo filho de preocupação/interesse (guerra, fama, humanidade).
Quarta	Temas-Problema -PEA	1. Ausência de autonomia (dormir na sua cama sozinho) vs Autonomia (desfralde repentino); 2. Significado do autismo para a família ("filho não concorda com a partilha de características, refere "sou o único").
	Outros Temas-Problema	**1. Culpa e abandono (pai face à mãe e ao filho) e escrita de diário (integrar o diagnóstico do filho) e gerir emoções.**
	Temas Não-Problema	1. Atividades em família (ir a Fátima); 2. Conquistas do filho (medalha de corta mato); 3. Superpoderes (forças e fragilidades de cada elemento); 4. Momento emotivo entre a família (abraços); 5. Expectativas para o futuro; **6. Reflexão final: partilha de sentimentos, mãe confessa que arranjou uma forma de lidar sozinha com o que sentia face ao diagnóstico.**
Oitava	Temas-Problema - PEA	
	Outros Temas-Problema	
	Temas Não-Problema	1. Maior coesão da família (introduz o filho); 2. Despedida/fim do processo terapêutico (desejo do filho de continuar); 3. Mudança e evolução da família (metáfora do casulo à borboleta); **4. Presença mais constante do pai (mudou de emprego);** **5. Exprimir emoções (evolução de todos os elementos);** 6. Momento emotivo (filho abraça os pais e depois à terapeuta);

Tabela 20

Exemplos da evolução da Dimensão F. Temas da Sessão – Família E

Sessão	Tipologia dos Temas	Identificação dos Temas
Primeira	Temas-Problema - PEA	1. Autismo (aceitação do diagnóstico).
	Outros Temas-Problema	**1. Identidade de género (negação do pai).**
	Temas Não-Problema	1. Temas de interesse (artes plásticas, artistas de interesse); **2. Faculdade (entrada);** 3. Genograma (família); 4. Descrição da família; e forma como cada elemento perceciona essa descrição (felicidade, interajuda, unida); 5. Pedidos para a terapia: estratégias para mãe lidar com o autismo; passar mais tempo em conjunto (mãe-filho).

Exemplos da evolução da Dimensão F. Temas da Sessão – Família E (continuação)

Sessão	Tipologia dos Temas	Identificação dos Temas
Quarta	Temas-Problema - PEA	
	Outros Temas-Problema	1. contexto social da identidade de género (esconder).
	Temas Não-Problema	1. Faculdade (receção ao caloiro, amizades); **2. Questões de identidade de género e identidade sexual (exploração da história com recurso à linha do tempo);** 3. Objetivos e perspetivas futuras; 4. Reflexão final sobre a sessão.
Oitava	Temas-Problema - PEA	1. Falta de autonomia.
	Outros Temas-Problema	
	Temas Não-Problema	**1. Faculdade (reflexão sobre o primeiro semestre);** 2. Superpoderes. Mãe: Criatividade, Justiça, Empatia, Partilha; filho vê na mãe Gratidão, Aceitação, Amor, Assertividade, Resiliência; 3. Reflexão final sobre a sessão.

Tabela 21

Exemplos da evolução da Dimensão F. Temas da Sessão – Família F

Sessão	Tipologia dos Temas	Identificação dos Temas
Primeira	Temas-Problema - PEA	1. Interesses restritos (pais descrevem que o filho está focado apenas nos seus interesses); 2. Relação Pai-filho; **3. Dificuldade com imprevistos e importância da previsibilidade/rotina (e.g. hora do lanche, jantar e estudo);** 4. **Capacidade cognitiva vs. capacidade de adaptação à rotina.**
	Outros Temas-Problema	1. Estratégia de *coping*, caminhar e conversar sem telemóvel; **2. Comunicação com a mãe vs. comunicação com o pai;** **3. Uso excessivo de ecrãs (tempo de computador e telemóvel);** 4. Processo da separação dos pais.
	Temas Não-Problema	1. Temas de interesse (mangás, jogos entre outros); 2. Genograma; 3. Descrição da família; e forma como cada elemento perceciona essa descrição (descontraídos, amizade e compreensão, entre outros); 4. Pedidos para a terapia.
Quarta	Temas-Problema - PEA	1. O filho fala mais sobre os seus interesses.
	Outros Temas-Problema	**1. Gestão do tempo de ecrã;** **2. Comunicação com a mãe vs. comunicação com o pai (pai pede que o filho fale mais com ele);** 3. Divórcio (reflexão sobre as mudanças, adaptação, conforto e regras); 4. Autonomia (tarefas de casa).
	Temas Não-Problema	1. Temas de interesse (interesse por professores carismáticos); 2. Amizades do filho; 3. Construção da personalidade; 4. Importância da guarda partilhada (sair da zona de conforto com a mãe); 5. Reflexão final: ajudar o pai emocionalmente e comunicação pai-filho.

Exemplos da evolução da Dimensão F. Temas da Sessão – Família F (continuação)

Sessão	Tipologia dos Temas	Identificação dos Temas
Oitava	Temas-Problema - PEA	
	Outros Temas-Problema	1. Comunicação (quando está sem telemóvel).
	Temas Não-Problema	**1. Adaptação na escola e nas duas casas ("tudo se transforma"; cit. filho);** **2. Pais compreendem o ritmo do filho (tempo de processamento);** **3. Evolução do filho (autonomia na escola, mais assertivo e resiliente)** **4. Tempo de ecrã (equilibrado)** **5. Mudança na comunicação pai-filho (deixou de recorrer apenas à mãe);** **6. Perceção dos limites (do pai, da mãe e dos outros);** 7. Reflexão final: a evolução que gera emoção.

Entre os temas problema mais frequentes, surge a falta de autonomia, aparecendo em todas as famílias, seja relacionada com as tarefas domésticas, funções executivas ou o estudo (Tabelas 18 a 21). A comunicação e a qualidade das relações — em particular entre pais e filhos — também surgem com frequência, tal como a interação entre irmãos, sempre que há irmãos. A gestão de rotinas e de tempo de ecrã é recorrente, sobretudo quando associada a negociação de regras. Existem temas específicos e únicos que as famílias trazem às sessões, como identidade de género e a separação dos pais. Há temas que estão previstos serem introduzidos (constam no protocolo terapêutico) como, na primeira sessão, a discussão da estrutura da família nuclear ou alargada através do genograma, a descrição da família, entre outros. Estes, surgem sempre categorizados como não-problema. Observa-se a redução de temas associados ao diagnóstico nas sessões finais em várias famílias e aumento de indicadores positivos, como coesão, expressão emocional e reconhecimento da evolução.

No estudo dos insucessos terapêuticos de Sequeira e Alarcão, 2013, conclui-se que nas sessões onde o tema "narrativa-problema" domina completamente – presente/passado –, não há abertura consistente para temas alternativos (e.g. as emoções), o que impede a amplificação de singularidades e o deslocamento da narrativa, facto que acontece na Família A.

O que se pode concluir com os exemplos das Tabela 18 a 21 é que se verifica a descentração do sintoma ao longo do processo. Em várias famílias o tema PEA/sintoma ou outros temas problema são substituídos, em sessões posteriores, por temas não problema (identificados a negrito). Alinhado com Sequeira e Alarcão,

(2013) conclui-se que a emergência de outros temas pode ser importante pois desequilibra a narrativa problemática. A introdução dos temas específicos previstos no protocolo terapêutico, como são, interesses, o genograma com a exploração da descrição de cada elemento na família, o estilo cerebral, entre outros, são exemplos da validade da diversificação temática como contributo para a mudança narrativa mais geral. Estas conclusões também se verificam no estudo de Gonçalves et al., 2011.

Resultados da mudança/evolução percecionada pela família – SCORE 15

No SCORE-15 total foi possível observar melhorias clinicamente significativas nas Famílias C e E.

Na Família C, o pai e membro no espectro do autismo apresentam melhorias clinicamente significativas e, por sua vez, Família A observou-se uma deterioração clinicamente significativa no membro no espectro do autismo. Nas restantes famílias, os resultados do ponto de vista da significância clínica foram indeterminados. Contudo, foi possível constatar uma tendência decrescente entre o pré e o pós teste na maioria dos indivíduos (Tabela 22, cf. valores a negrito). Este decréscimo é indicativo de mudanças positivas, dado que reflete melhorias na perceção do funcionamento familiar.

Considerando o critério estabelecido de evolução do processo terapêutico no SCORE-15 total, das 6 famílias temos uma família com deterioração (Família A), três indeterminadas (Famílias B, D e F) e, duas com melhoria clinicamente significativa (Família C e E).

Tabela 22

Evolução dos membros das Famílias no SCORE-15 total

Família	**SCORE-15 - Total**						
	Pré (*M*)	**Pós (*M*)**	**Ponto de Corte = 2.72 (Miller et al., 2023)**	**Mudança (S1-S8)**	***RCI(.05)* =.63 (Miller et al., 2023)**	***RCI(.05)* =.56 (Sousa et al., 2024. 2025)**	**Evolução**
A (N002)							
[A]	2.40	3.27	Pré<2.72<Pós	-.87	**D**	**D**	-1
Mãe	2.53	2.07	**2.72>Pré>Pós**	.47	I	I	
Pai	1.80	1.93	Pré<Pós<2.72	-.13	I	I	
Irmão	1.87	2.00	Pré<Pós<2.72	-.13	I	I	
B (N006)							
[A]	1.87	1.73	**2.72>Pré>Pós**	.13	I	I	0
Mãe	1.67	1.40	**2.72>Pré>Pós**	.27	I	I	
Pai	1.80	1.27	**2.72>Pré>Pós**	.53	I	I	

Evolução dos membros das Famílias no SCORE-15 total (continuação)

Família	SCORE-15 - Total Pré (*M*)	Pós (*M*)	Ponto de Corte = 2.72 (Miller et al., 2023)	Mudança (S1-S8)	*RCI(.05)* =.63 (Miller et al., 2023)	*RCI(.05)* =.56 (Sousa et al., 2024. 2025)	Evolução
C (N010)							
[A]	2.13	2.00	**2.72>Pré>Pós**	.13	I	I	1
Mãe	1.13	1.60	**2.72>Pré>Pós**	-.47	I	I	
Pai	1.93	1.27	**2.72>Pré>Pós**	.67	**M**	**M**	
D (N014)							
[A]	3.27	2.80	**Pré>Pós>2.72**	.47	I	I	0
Mãe	2.27	2.13	**2.72>Pré>Pós**	.13	I	I	
Irmã	2.53	2.53	2.72>Pré=Pós	0	=	=	
E (N015)							
[A]	1.80	1.13	**2.72>Pré>Pós**	.67	**M**	**M**	1
Mãe	2.00	1.47	**2.72>Pré>Pós**	.53	I	I	
F (N017)							
[A]	2.33	2.13	**2.72>Pré>Pós**	.20	I	I	
Mãe	1.87	2.00	**2.72>Pré>Pós**	-.13	I	I	0
Pai	1.87	1.33	**2.72>Pré>Pós**	.53	I	I	

Nota: Valores positivos acima do *RCI(.05)* são indicativos de melhoria clinicamente significativa, valores negativos abaixo do *RCI(.05)* são indicativos de deterioração clinicamente significativa e, valores entre este intervalo são indeterminados. [A] = pessoa com perturbação do espectro do autismo; D = deterioração, I = indeterminado; M= melhoria; = sem mudança; **identifica indivíduos com valores acima do ponto de corte clínico de Miller et al. (2023) e que tiveram uma diminuição do pré para o pós.

Nos Recursos Familiares foi possível observar melhorias clinicamente significativas no pai da Família B e no membro no espectro do autismo da Família E. Por oposição, na Família A observou-se uma deterioração clinicamente significativa no membro no espectro do autismo. Nas restantes famílias, os resultados do ponto de vista da significância clínica foram indeterminados ou sem mudança (i.e., Mãe da Família C e irmã da Família D). Apesar disso, foi possível constatar uma tendência decrescente entre o pré e o pós na maioria dos indivíduos (Tabela 23, cf. valores a negrito), com elementos a obterem valores superiores ao ponto de corte clínico identificado por Miller et al.(2023) de 2.53.

Relativamente ao critério estabelecido de evolução do processo terapêutico nos recursos familiares, das 6 famílias temos uma com deterioração (Família A), três indeterminadas (Famílias C, D e F) e, duas com melhoria clinicamente significativa (Família B e E).

Tabela 23

Evolução dos membros das Famílias na dimensão de Recursos Familiares do SCORE-15

Família	SCORE-15 – Recursos Familiares Pré (*M*)	Pós (*M*)	Ponto de Corte = 2.53 (Miller et al., 2023)	Mudança (S1-S8)	*RCI(.05)* =.82 (Miller et al., 2023)	*RCI(.05)* =.77 (Sousa et al., 2024. 2025)	Evolução
A (N002)							
[A]	2.00	3.20	Pós>2.53>Pré	-1.20	D	D	-1
Mãe	2.60	2.00	**Pré>2.53>Pós****	.60	I	I	
Pai	1.80	2.00	2.53>Pós>Pré	-.20	I	I	
Irmão	2.00	1.80	**2.53>Pré>Pós**	.20	I	I	
B (N006)							
[A]	1.60	1.40	**2.53>Pré>Pós**	.20	I	I	1
Mãe	1.60	1.20	**2.53>Pré>Pós**	.40	I	I	
Pai	2.00	1.00	**2.53>Pré>Pós**	1.00	M	M	
C (N010)							
[A]	1.80	2.00	2.53>Pós>Pré	-.20	I	I	0
Mãe	1.00	1.00	2.53>Pré=Pós	0	=	=	
Pai	2.00	1.60	**2.53>Pré>Pós**	.40	I	I	
D (N014)							
[A]	3.00	2.40	**Pré>2.53>Pós****	.60	I	I	0
Mãe	2.20	1.80	**2.53>Pré>Pós**	.40	I	I	
Irmã	2.40	2.40	2.53>Pré=Pós	0	=	=	
E (N015)							
[A]	2.40	1.00	**2.53>Pré>Pós**	1.40	M	M	1
Mãe	1.80	1.20	**2.53>Pré>Pós**	.60	I	I	
F (N017)							
[A]	2.60	2.00	**Pré>2.53>Pós****	0.60	I	I	
Mãe	2.00	1.80	**2.53>Pré>Pós**	0.20	I	I	0
Pai	2.40	1.80	**2.53>Pré>Pós**	0.60	I	I	

***Nota**:* Valores positivos acima do *RCI(.05)* são indicativos de melhoria clinicamente significativa. Valores negativos abaixo do *RCI(.05)* são indicativos de deterioração clinicamente significativa e. valores entre este intervalo são indeterminados. [A] = pessoa com perturbação do espectro do autismo; D = deterioração. I = indeterminado; M= melhoria; = sem mudança; **identifica indivíduos com valores acima do ponto de corte clínico de Miller et al.(2023) e que tiveram uma diminuição do pré para o pós.

Na Comunicação Familiar não foi possível observar melhorias nem deteriorações clinicamente significativas. Mas foi possível constatar uma tendência decrescente entre o pré e o pós na maioria dos indivíduos (Tabela 24, cf. valores a negrito), exceto no caso dos elementos no espectro do autismo da Família A e D, onde

ambos obtiveram valores superiores ao ponto de corte clínico de 2.74 (Miller et al., 2023). Para além disso, os elementos no espectro do autismo da Família B e D não obtiveram mudanças entre o pré e o pós (Tabela 24).

No que se refere ao critério estabelecido de evolução do processo terapêutico na comunicação familiar todas as famílias encontram-se num nível indeterminado.

Tabela 24

Evolução dos membros das Famílias na dimensão de Comunicação Familiar do SCORE-15

Família	SCORE-15 – Comunicação Familiar Pré (M)	Pós (M)	Ponto de Corte = 2.74 (Miller et al., 2023)	Mudança (S1-S8)	RCI(.05) =1.01 (Miller et al., 2023)	RCI(.05) =.65 (Sousa et al.. 2024, 2025)	Evolução
A (N002)							
[A]	3.00	3.60	Pós>Pré>2.74	-.60	I	I	
Mãe	2.60	2.40	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	0
Pai	2.00	1.60	**2.74>Pré>Pós**	.40	I	I	
Irmão	2.00	2.20	2.74>Pós>Pré	-.20	I	I	
B (N006)							
[A]	2.00	2.00	2.74>Pré=Pós	0	=	=	0
Mãe	1.80	1.20	**2.74>Pré>Pós**	.60	I	I	
Pai	1.60	1.20	**2.74>Pré>Pós**	.40	I	I	
C (N010)							
[A]	1.80	1.60	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	0
Mãe	1.40	1.80	2.74>Pós>Pré	-.40	I	I	
Pai	1.40	1.00	**2.74>Pré>Pós**	.40	I	I	
D (N014)							
[A]	3.40	3.40	Pré=Pós>2.74	0	=	=	0
Mãe	2.20	2.00	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	
Irmã	2.40	2.60	2.74>Pós>Pré	-.20	I	I	
E (N015)							
[A]	1.40	1.20	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	0
Mãe	1.60	1.00	**2.74>Pré>Pós**	.60	I	I	
F (N017)							
[A]	2.60	2.40	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	
Mãe	2.40	2.20	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	0
Pai	1.40	1.20	**2.74>Pré>Pós**	.20	I	I	

Nota: Valores positivos acima do *RCI(.05)* são indicativos de melhoria clinicamente significativa. Valores negativos abaixo do *RCI(.05)* são indicativos de deterioração clinicamente significativa e. valores entre este intervalo são indeterminados. [A] = pessoa com perturbação do espectro do autismo; D = deterioração. I = indeterminado; M= melhoria; = sem mudança; **identifica indivíduos com valores acima do ponto de corte clínico de Miller et al.(2023) e que tiveram uma diminuição do pré para o pós.

Nas Dificuldades Familiares foi possível observar melhorias clinicamente significativas no pai da Família C, no membro no espectro do autismo da Família D e, no pai da Família F. Por oposição, na Família A observou-se uma deterioração clinicamente significativa no membro no espectro do autismo, considerando o *RCI(.05)* de Sousa et al. (2024, 2025). Nas restantes famílias, os resultados do ponto de vista da significância clínica foram indeterminados. Apesar disso, foi possível constatar uma tendência decrescente entre o pré e o pós na maioria dos indivíduos (Tabela 25, cf. valores a negrito), com elementos a obterem valores superiores ao ponto de corte clínico identificado por Miller et al. (2023) de 2.71(Tabela 24).

Relativamente ao critério estabelecido de evolução do processo terapêutico nas dificuldades familiares, temos apenas uma família com deterioração (Família A) e uma com melhoria (Família D), sendo as restantes num nível indeterminado.

Tabela 25

Evolução dos membros das Famílias na dimensão de Dificuldades Familiares do SCORE-15

Família	**SCORE-15 – Dificuldades Familiares**						
	Pré (*M*)	**Pós (*M*)**	**Ponto de Corte = 2.71 (Miller et al.. 2023)**	**Mudança (S1-S8)**	***RCI(.05)* =.81 (Miller et al.. 2023)**	***RCI(.05)* =.78 (Sousa et al.. 2024. 2025)**	**Evolução**
A (N002)							
[A]	2.20	3.00	Pós>2.71>Pré	-.80	I	D	
Mãe	2.40	1.80	**2.71>Pré>Pós**	.60	I	I	-1
Pai	1.60	2.20	2.71>Pós>Pré	-.60	I	I	
Irmão	1.60	2.00	2.71>Pós>Pré	-.40	I	I	
B (N006)							
[A]	2.00	1.80	**2.71>Pré>Pós**	.20	I	I	0
Mãe	1.60	1.80	2.71>Pós>Pré	-.20	I	I	
Pai	1.80	1.60	**2.71>Pré>Pós**	.20	I	I	
C (N010)							
[A]	2.80	2.40	**Pré>2.71>Pós****	.40	I	I	0
Mãe	1.00	2.00	2.71>Pós>Pré	-1.00	D	D	
Pai	2.40	1.20	**2.71>Pré>Pós**	1.20	M	M	
D (N014)							
[A]	3.40	2.60	**Pré>2.71>Pós****	.80	I	M	1
Mãe	2.40	2.60	2.71>Pós>Pré	-.20	I	I	
Irmã	2.80	2.60	**Pré>2.71>Pós****	.20	I	I	
E (N015)							
[A]	1.60	1.20	**2.71>Pré>Pós**	.40	I	I	0
Mãe	2.60	2.20	**2.71>Pré>Pós**	.40	I	I	

Evolução dos membros das Famílias na dimensão de Dificuldades Familiares do SCORE-15 (continuação)

Família	SCORE-15 – Dificuldades Familiares Pré (*M*)	Pós (*M*)	Ponto de Corte = 2.71 (Miller et al.. 2023)	Mudança (S1-S8)	*RCI(.05)* =.81 (Miller et al.. 2023)	*RCI(.05)* =.78 (Sousa et al.. 2024. 2025)	Evolução
F (N017)							
[A]	1.80	2.00	2.71>Pós>Pré	-.20	I	I	
Mãe	1.20	2.00	2.71>Pós>Pré	-.80	I	D	0
Pai	1.80	1.00	**2.71>Pré>Pós**	.80	I	M	

Nota: Valores positivos acima do RCI(.05) são indicativos de melhoria clinicamente significativa. valores negativos abaixo do RCI(.05) são indicativos de deterioração clinicamente significativa e. valores entre este intervalo são indeterminados. [A] = pessoa com perturbação do espectro do autismo; D = deterioração. I = indeterminado; M= melhoria; = sem mudança; **identifica indivíduos com valores acima do ponto de corte clínico de Miller et al.(2023) e que tiveram uma diminuição do pré para o pós.

Conclusões

A análise qualitativa dos momentos finais das sessões 1, 4 e 8, em seis famílias, permitiu concluir que as Famílias B, C e D apresentaram uma transformação narrativa mais expressiva, resultado que é corroborado pelos índices do SCORE-15, onde também se observaram melhorias significativas. A Família E, por sua vez, não revelou uma mudança narrativa evidente, segundo a análise qualitativa do ASNC, embora tenha demonstrado uma evolução relevante nos resultados do SCORE-15, especialmente na escala total e na subescala de Recursos Familiares. Este dado sugere que os momentos finais de algumas sessões podem não refletir as mudanças narrativas ocorrida ao longo do processo terapêutico, sobretudo quando fatores individuais, como dificuldades de expressão verbal, limitam a verbalização da reflexão ou da experiência interna. Por outro lado, parece que a Família A não apresenta uma mudança narrativa significativa nos momentos a que este estudo objetivou estudar, configurando um caso de insucesso terapêutico, o que é confirmado pelos índices do SCORE-15.

Na Família F, por sua vez, não foi possível determinar com exatidão se existiu mudança narrativa. Ainda que na Dimensão F seja uma família com resultados significativos, nas outras dimensões a mudança é pouco expressiva. Podemos assim concluir que o sucesso terapêutico, através da análise do momento final das sessões 1, 4 e 8 da Família F, configura-se como indeterminado. Este resultado é corroborado com os dois instrumentos em estudo, ASNC e SCORE-15.

As dimensões que se mostraram mais centrais na transformação narrativa foram as singularidades discursivas e cognitivas, a presença de causalidade circular, a perceção de competência face aos eventos e pessoas e a diversificação temática das narrativas, incluindo tópicos não centrados no problema e focados em aspetos mais normativos da vida familiar e dos seus contextos. Estes resultados reforçam a importância do momento final da sessão como um espaço de integração e reorganização das histórias familiares, onde emergem mudanças significativas e processos de ressignificação que sustentam a evolução terapêutica. Além disso, confirmam a pertinência e a eficácia da abordagem desenvolvida por Sousa e colaboradores (2024) junto de famílias com um elemento no espetro do autismo, disponibilizando um modelo estruturado que orienta o desenvolvimento da intervenção e favorece a construção de narrativas mais complexas, flexíveis e menos centradas na problemática da PEA. Do ponto de vista clínico, estes resultados sugerem

que os terapeutas familiares podem beneficiar de estratégias que valorizem sistematicamente o momento final das sessões, promovendo reflexão, circularidade e co-construção de significados, potenciando, assim, a emergência de narrativas transformadoras e promotoras de mudança.

Apesar dos contributos obtidos, importa reconhecer algumas limitações deste estudo. A reduzida dimensão da amostra e a especificidade das famílias envolvidas restringem a generalização dos resultados. Apesar da formulação de um objetivo de integração dos dados, a concretização desta etapa pode ser limitada, uma vez que os instrumentos utilizados avaliavam dimensões distintas da mudança (narrativa e autoperceção de mudanças clínicas). O facto de a análise incidir apenas sobre momentos específicos do processo terapêutico constitui igualmente uma limitação relevante, pois pode não permite traçar os contornos evolutivos da mudança narrativa. Acresce ainda a possibilidade de fatores não controlados, como a aliança terapêutica, a adequação metodológica ou acontecimentos externos, influenciarem os resultados, bem como a limitação decorrente do foco na dimensão verbal da narrativa, que pode não refletir plenamente mudanças expressas de forma não verbal, particularmente significativas em casos de perturbação do espetro do autismo.

Com base nestes resultados, futuras investigações poderão aprofundar o estudo da mudança narrativa em amostras mais amplas e diversificadas, ao explorarem diferentes problemáticas e contextos clínicos. Seria igualmente pertinente investigar intervenções orientadas para desbloquear dimensões narrativas de nível superior (i.e. São as dimensões de topo da narrativa, representados nas dimensões tempo, espaço e causalidade, que organizam as premissas do sistema e determinam como os eventos e conteúdos se estruturam em histórias), como o trabalho com o tempo futuro, a causalidade circular ou a ressignificação de narrativas psicopatológicas, bem como examinar processos de consolidação e amplificação da reflexividade dentro e fora das sessões. Por fim, recomenda-se a análise integral de todos os momentos das sessões, de modo a captar de forma mais específica e detalhado o processo de mudança e compreender de que modo os terapeutas integram conscientemente o momento final como ferramenta clínica promotora de transformação narrativa e de estrutura da mudança ao longo do tempo.

Referências

American Psychological Association. (2022). *APA - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR*. https://www.appi.org/dsm5tr

Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in Family Members of Persons with Autism Spectrum Disorder: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(10), 650–656. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671441

Cade, B. (2001). Building alternative futures: The solution-focused approach. *Counselling and Psychotherapy*, 182–216.

Cashin, A., Browne, G., Bradbury, J., & Mulder, A. (2013). The Effectiveness of Narrative Therapy With Young People With Autism. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *26*(1), 32–41. https://doi.org/10.1111/jcap.12020

Costa, D. I. da F. P. B. da, & Sequeira, J. (Orientadora). (2015). *A Mudança Narrativa num Grupo de Educação Parental: Tempo, Causalidade, Forma de Relato e Temas da Narrativa*. http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/531

Evans, M. (2019). Oughtism and Oughtistic Narratives in the Lives of Autistic People and their Families. *Ought: The Journal of Autistic Culture*, *1*(1). https://doi.org/10.9707/2833-1508.1013

Freeman, J. C., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families* (pp. xvii, 321). W W Norton & Co.

Goepfert, E., Mulé, C., von Hahn, E., Visco, Z., & Siegel, M. (2015). Family System Interventions for Families of Children with Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *24*(3), 571–583. https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.009

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *21*(5), 497–509. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207

Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, *24*(4), 449–457. https://doi.org/10.1037/a0019847

Helps, S. (2016). Systemic psychotherapy with families where someone has an autism spectrum condition. *NeuroRehabilitation*, *38*(3), Artigo 3. https://doi.org/10.3233/NRE-161314

Hoefman, R., Payakachat, N., van Exel, J., Kuhlthau, K., Kovacs, E., Pyne, J., & Tilford, J. M. (2014). Caring for a Child with Autism Spectrum Disorder and Parents' Quality of Life: Application of the CarerQol. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(8), 1933–1945. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2066-1

Huber, F., & Durrant, M. (2014). The Break (and Summary) in Solution- Focused Brief Therapy: Its Importance and Client Experiences*. *Journal of Solution Focused Practices*, *1*(1). https://oasis.library.unlv.edu/journalsfp/vol1/iss1/7

Miller, R. B., Nebeker-Adams, C. A., Anderson, S. R., Bradford, A. B., & Johnson, L. N. (2023). The development of a reliable change index and cutoff score for the SCORE-15. *Journal of Marital and Family Therapy*. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmft.12600

Monteiro, M. J. (2016). *Family Therapy and the Autism Spectrum: Autism Conversations in Narrative Practice*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315735948

Olinger, C. (2020). Privileging Insider-knowledges in the World of Autism. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, *2010*(2), 37–50. https://doi.org/10.3316/informit.244111538067699

Parker, M. L., & Molteni, J. (2017a). Structural Family Therapy and Autism Spectrum Disorder: Bridging the Disciplinary Divide. *The American Journal of Family Therapy*, *45*(3), 135–148. https://doi.org/10.1080/01926187.2017.1303653

Peterson, L., Jones, E., & Salscheider, K. (2016). Social Work Student Learning Experiences of Family Therapy: Improving Competency in Pedagogy Through Qualitative Research. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *37*(3), 301–316. https://doi.org/10.1002/anzf.1157

Robinson, A. (2018). *Emotion-Focused Therapy for Autism Spectrum Disorder: A Case Conceptualization Model for Trauma-Related Experiences*. Journal of Contemporary Psychotherapy. https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-018-9383-1

Romney, J. S., & Jones, E. R. (2020). A Systemic Treatment of Families with a Child Diagnosed with Autism Spectrum Disorder Using a Narrative Lens. *The American Journal of Family Therapy*, *48*(5), 478–494. https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1745718

Sequeira, J. (2012). Narrativa, Mudança e Processo Terapêutico—Contributos para a Clínica e para a Investigação Sistémicas. *Tese de Doutoramento*. https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/838

Sequeira, J., & Alarcão, M. (2013). Porquê não mudam as famílias? Narrativas de terapias familiares de insucesso. *Temas em Psicologia*, 203–219. https://doi.org/10.9788/TP2013.1-15

Sequeira, J., & Alarcão, M. (2015). Sistema de avaliação da mudança narrativa, estudos de validação. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.15

Sequeira, J., Vicente, H. T., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M. I., Neves, S., Santo, H. E., & Guadalupe, S. (2021). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Version IV (FACES IV): Validation Study in the Portuguese Population. *Journal of Child and Family Studies*, *30*(7), 1650–1663. https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3

Sim, A., Vaz, S., Cordier, R., Joosten, A., Parsons, D., Smith, C., & Falkmer, T. (2018). Factors associated with stress in families of children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, *21*(3), 155–165. https://doi.org/10.1080/17518423.2017.1326185

Simon, G., Evans, M., Cano, F. U., Helps, S. L., & Vlam, I. (2020). Autism and Systemic Family Therapy. Em K. S. Wampler & L. M. McWey (Eds.), *The Handbook of Systemic Family Therapy* (1.ª ed., pp. 407–432). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch98

Sluzki, C. E. (1998). *Strange attractors and the transformation of narratives in therapy*. https://hdl.handle.net/1920/516

Smock Jordan, S., & Turns, B. (2016). Utilizing Solution-Focused Brief Therapy with Families Living with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Family Psychotherapy*, *27*(3), 155–170. https://doi.org/10.1080/08975353.2016.1199766

Sousa, D., Castelo-Branco, M., Monteiro, M. J., & Sequeira, J. (2025). *Brief Narrative Family Therapy and Autism Spectrum Disorder: A Neuro-Informed Intervention.*

Sousa, D., Ferreira, A., Sequeira, J., Monteiro, M. J., Simões, M., & Castelo-Branco, M. (2024). Brief report: Caregivers' well-being in families with neurodevelopmental disorders members during COVID-19: implications for family therapy. *Frontiers in Psychiatry*, *15*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1409294

Sousa, D., Paulete, R., Sequeira, J., Monteiro, M., Simões, M., & Castelo-Branco, M. (2024, dezembro). *Bridging body and mind: Exploring Therapeutic Change Through physiological data and self-reflection.* 3rd Meeting of Cibit, Coimbra, Portugal.

Sousa, D., Paulete, R., Sequeira, J., Monteiro, M., Simões, M., & Castelo-Branco, M. (2025, agosto). *Bridging body and mind in Narrative Family Therapy with individuals on the autism spectrum: Evidences from family functioning and physiological data.* EFTA-RELATES 2025, Lyon, France.

Sousa, D. S. N. D. (sem data). *Narrative family therapy in autism spectrum: From clinical neuroscience to intervention outcomes*. https://doi.org/10.54499/2021.05559.BD

Spain, D., Sin, J., Paliokosta, E., Furuta, M., Prunty, J. E., Chalder, T., Murphy, D. G., & Happé, F. G. (2017). Family therapy for autism spectrum disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5), Artigo 5. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011894.pub2

Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE -15 index of family functioning and change. *Journal of Family Therapy*, *36*(1), 3–19. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12022

Suddeath, E. G., Kerwin, A. K., & Suzanne M. Dugger. (2017). *Narrative Family Therapy: Practical Techniques for More Effective Work with Couples and*

Families. https://scholarlypublishingcollective.org/amhca/jmhc/article-abstract/39/2/116/389593/Narrative-Family-Therapy-Practical-Techniques-for?redirectedFrom=fulltext

Vilaça, M., De Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Portuguese Validation Studies. *The Spanish Journal of Psychology*, *18*, E87. https://doi.org/10.1017/sjp.2015.95

White, M., & Epston, D. (1990). *Literate means to therapeutic ends* (p. 155). Dulwich Centre Publications.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, *15*(5), 778–790. https://doi.org/10.1002/aur.2696

Anexos

Anexo 1

Objetivos das Sessões do Protocolo de Sousa et al.(2025)

Sessão(ões)	Objetivos e Estratégias
Primeira	(1) Estabelecer uma relação terapêutica, com o proporcionar do conforto à família e ao elemento com diagnóstico de PEA (integrar o estilo cerebral) ao adotar uma postura colaborativa, compreensiva, empática e de escuta ativa. (2) Defender a perspetiva do estilo cerebral do elemento com autismo: as sessões iniciam ao envolver o elemento do espetro, através dos seus pontos de interesse e/ou ponto de entrada sensorial numa com o objetivo de o validar e o integrar em todas as conversas; reforçar a possibilidade de utilizar os materiais sensoriais e de haver pausas breves. (3) Desenvolver uma compreensão profunda das perspetivas e desafios familiares através de técnicas, como as perguntas circulares. Nesta etapa é desenvolvido o Genograma de forma colaborativa. (4) Estabelecer um mapa descritivo partilhado das principais rotinas interacionais e padrões de comunicação. (5) Explorar os objetivos e expectativas para o processo terapêutico e mudar da postura linear (elemento - problema) para a postura relacional e, em simultâneo, co-construir objetivos ajustados às expectativas de cada membro da família e do sistema. (6) Identificar e amplificar os principais insights de cada membro da família a partir da conversa terapêutica ao promover um momento de reflexão e integrar as diversas perspetivas que surgiram no decorrer da sessão. (7) O objetivo geral da primeira sessão é identificar os principais temas/narrativas dominantes de cada membro e sua família.
Segunda, Terceira e Quarta	(1) Fortalecer a relação terapêutica; (2) Aprofundar a compreensão dos membros da família sobre o estilo cerebral autista do seu familiar; (3) Abordar as quatro principais mudanças narrativas; (4) Estabelecer um mapa descritivo partilhado das principais rotinas interacionais e padrões de comunicação (5) Trabalhar os temas principais/narrativas dominantes através de perguntas orientadas para o contexto, tempo, participação e diferenças observáveis.

Objetivos das Sessões do Protocolo de Sousa et al.(2025) (continuação)

Sessão(ões)	Objetivos e Estratégias
Segunda, Terceira e Quarta	(1) a (5) Para este processo, o terapeuta intervém de forma a ouvir, apoiar e co-construir narrativas mais complexas. Pretende-se substituir a linguagem baseada no défice por uma linguagem focada em forças para descrever o estilo de cérebro elemento no espetro. Além disso, nestas sessões é importante integrar a experiência vivida individual e familiar na exploração de cada mudança narrativa; observar e analisar a forma e a função dos comportamentos; comentar e reformular com hipóteses sistémicas ao solicitar esclarecimentos e/ou confirmações; e identificar oportunidades para amplificar singularidades e exceções à narrativa dominante através de perguntas orientadas para o contexto, tempo, participação e diferenças observáveis. (6) Identificar os principais insights dos membros da família a partir da sessão de terapia e permitir que cada membro da família reflita e tire as suas próprias conclusões. Reforçar novas perspetivas e insights importantes sobre o progresso individual e familiar ao longo do processo terapêutico.
Quinta Sexta e sétima	(1) Manter a relação terapêutica. (2) Reforçar a compreensão dos familiares sobre o cérebro autista do seu familiar. (3) Continuar a abordar as quatro principais mudanças narrativas. (4) Trabalhar os principais temas/narrativas dominantes de cada membro e da sua família. (1) a (4) Nestas quatro primeiras etapas, mantém-se um atitude colaborativa ao ouvir, apoiar e co-construir, ao procurar oportunidades com o objetivo de: fortalecer e amplificar narrativas novas, aprofundar a compreensão das dinâmicas individuais e familiares emergentes (retomar e valorizar aspetos-chave da sessão anterior); usar uma linguagem baseada em forças (para defender o estilo cerebral do membro no espetro do autismo); promover mudanças adaptativas nas quatro narrativas centrais com o uso de comentários, ressignificações, hipóteses e pedidos de esclarecimento/confirmação; e observar interações, rotinas e formas de comunicação a fim de identificar necessidades de discussão de temas adicionais ligados às idiossincrasias familiares e/ou ao ciclo de vida familiar. (5) Identificar e amplificar os principais insights de cada membro da família a partir da conversa terapêutica com o objetivo de cada elemento refletir sobre as suas principais conclusões e o terapeuta validar e fazer uma devolução sobre a evolução da família. (6) Consolidar as mudanças terapêuticas para promover mudanças pessoais e familiares, e o seu reconhecimento.

Objetivos das Sessões do Protocolo de Sousa et al.(2025) (continuação)

Sessão(ões)	Objetivos e Estratégias
Oitava	(1) Manter a relação terapêutica. (2) Amplificar e consolidar as mudanças terapêuticas e/ou perceber a existência do processo de mudança e explorá-lo. (1) e (2) Nas etapas (1) e (2) da sessão, pretende-se abordar os benefícios de não mudar versus mudar (ganhos e perdas, para cada cenário). Assim sendo, é importante perceber as mudanças nas experiências familiares, reforçar o que foi aprendido e os possíveis contratempos para destacar a resiliência, ao estruturar a reflexão; por fim, o terapeuta introduz a técnica "páginas em branco do Brain Style Book" de Monteiro (2016), como metáfora de capítulos futuros a serem escritos conjuntamente pelo indivíduo e pela família, para promover e consolidar a visão de desenvolvimento contínuo. (3) Identificar os principais insights dos membros da família a partir da sessão de terapia e permitir que cada membro da família reflita e tire as suas próprias conclusões. Reforçar novas perspetivas e insights importantes sobre o progresso individual e familiar ao longo do processo terapêutico.

Anexo 2

Dimensões e exemplos de Sequeira, 2012

ASNC Dimensões	ASNC subdimensões	*ASNC exemplos*
A. Singularidades estratégias novas, criativas e eficazes, promovidas pelo sistema em resposta a uma situação problemática.	**Singularidade discursiva** discursos alternativos sobre uma relação, um acontecimento, uma situação ou uma experiência	*Terapeuta: O que você acha que é diferente em sua família, desde a última sessão?* *Mãe: Acho que mudámos a forma como dizemos as coisas uns aos outros, começando sempre pelo lado positivo (...). Depois, ficamos mais abertos para conversar.*
	Singularidade comportamental comportamentos alternativos, interações ou estratégias práticas implementadas por um ou vários elementos	*Pai: Quando tínhamos problemas, conseguíamos conversar.*
	Singularidade cognitiva novas visões e compreensões distintas sobre questões problemáticas importantes.	*Terapeuta: O que é exatamente diferente na sua perspetiva anterior do seu filho? Pai: Deixei de pensar apenas na minha perspetiva e coloquei-me no lugar dele, pela primeira vez. Compreendo o que ele sente (...) Finalmente entendi a maneira como ele pensa e age, e isso muda a maneira como eu vejo o comportamento.*

Dimensões e exemplos de Sequeira, 2012.(Continuação)

ASNC Dimensões	ASNC subdimensões	ASNC exemplos
B. Natureza da História	**B1. Tempo**	
	Tempo das histórias narradas:	
	Presente (Fixo) e Futuro (Fixo)	*Terapeuta: Como vê o futuro?*
		Pai: Acredito que, ainda hoje, apesar dos nossos muitos problemas, vamos resolvê-los no futuro.
	Passado (Fixo)	*Mãe: Acho que tudo tem a ver com o nosso passado, e não vamos conseguir sair dos problemas que vieram daí.*
		Terapeuta: Quais são as diferenças que vê na sua relação entre agora e quando o problema começou?
	Estático	*Mãe: Nunca houve diferenças!*
	histórias sem foco num tempo específico, refletem permanência temporal.	
	Flutuante	*Pai: Temos períodos melhores e piores!*
	histórias que revelam ação em vários momentos.	
	B2. Espaço	
	Definição contextual das histórias:	
	Contextuais	*Terapeuta: Em que ocasiões/contextos os problemas ocorrem mais?*
	Histórias que fazem referência aos eventos num contexto, espaço ou cenário, onde ocorrem;	*Mãe: Os problemas acontecem quando estamos em casa.*
	Não-contextuais	*Terapeuta: Pode me dizer em que circunstâncias seus medos aparecem mais?*
	Histórias que não fazem referência a contexto, espaço ou cenário.	*Filho: Não. Isso acontece em todos os lugares! Não posso dizer circunstâncias específicas*

Dimensões e exemplos de Sequeira, 2012.(Continuação)

ASNC Dimensões	ASNC subdimensões	*ASNC exemplos*
B. Natureza da História	**B3. Causalidade** Atribuição explicativa dos acontecimentos:	***Terapeuta: Como explica o comportamento do seu filho?***
	Linear Evidência de uma perspetiva direta e simplista sobre as causas dos acontecimentos;	*Mãe: Ele é como o pai. Talvez seja genético!*
	Circular Associação de múltiplas causas, fatores ou variáveis que interagem e sustentam as relações ou os ciclos problemáticos.	*Pai: Não quero saber de quem é a culpa, não me preocupo com as razões, o que me preocupa é o efeito que a nossa relação tem nos nossos filhos.*
	B4. Interação descrição dos acontecimentos, refletindo a participação dos atores e o foco narrativo traduzido nos discursos:	***Terapeuta: Talvez a atitude dele signifique que ele está a sofrer. Como vê isso?***
	Intrapessoal referências aos atributos dos sujeitos ou referências às interações;	*Pai: É assim que ele é, e agora ele é cada vez mais egoísta!*
	Interpessoal referências aos atributos dos sujeitos ou referências às interações;	*Filho: Estão todos muito preocupados com o que os outros pensam e não estão preocupados com o meu problema e com as minhas limitações.*
	Intenções referências aos motivos e intenções do sujeito ou aos efeitos de algo, num dado acontecimento relatado;	*Mãe: Estas atitudes são de propósito para nos ofender!*
	Efeitos referências aos motivos e intenções do sujeito ou aos efeitos de algo, num dado acontecimento relatado;	*Toda esta situação me deixa doente, sinto que está a limitar a minha vida!*
	Papéis/rótulos ou regras do sistema referências focadas nos papéis/rótulos habituais dos sujeitos ou nas regras das interações entre sujeitos.	***Terapeuta: E o que faz que pode contribuir para o aumento dos problemas?*** *Mãe: Acho que os nossos mal-entendidos também o fazem perder a cabeça...*

Dimensões e exemplos de Sequeira, 2012.(Continuação)

ASNC Dimensões	ASNC subdimensões	ASNC exemplos
C. Conotação narrativa Valor moral das histórias:	**Boa intenção ou má intenção** refletir a intenção dos sujeitos nos eventos relatados;	*Pai Às vezes, ele faz coisas que não funcionam, mas ele faz com a melhor das intenções!* *Ou má intenção:* *Pai: A forma como ela fala comigo tem a clara intenção de me magoar.*
	Sanidade e **Normalidade** refletir a adequação ou normalidade dos sujeitos nos eventos relatados;	*Mãe: As nossas dificuldades são semelhantes às que os outros vivem...*
	Anormalidade refletir a inadequação ou anormalidade dos sujeitos nos eventos relatados;	
	Doença Refletir a doença/perturbação dos sujeitos nos eventos relatados.	*Filho: Nunca fui normal! Sempre tive esses problemas!*
	Legitimidade legitimidade dos atores e dos acontecimentos descritos.	
	Ilegitimidade ilegitimidade dos atores e dos acontecimentos descritos.	*É injusto que ele nos faça sofrer assim.*
D. Narração da história Nas histórias os atores têm diferentes participações e intervenções:	**Passiva** agência dos sujeitos envolvidos nas histórias;	*Mãe: Neste momento estamos resignados com as dificuldades.*
	Ativa agência dos sujeitos envolvidos nas histórias;	*Pai: Fomos e somos capazes de mover o mundo para salvar a nossa família.*
	Competente avaliação do desempenho dos sujeitos envolvidos nas histórias.	*Filho: Naquele dia, todos nós nos esforçamos (...): cada um na sua vez, não gritou, mas falou com respeito, calma e até rimos.*
	Incompetente avaliação do desempenho dos sujeitos envolvidos nas histórias.	*Éramos pais sem capacidade de compreender o que se estava a passar e agora é tarde demais...*

Dimensões e exemplos de Sequeira, 2012.(Continuação)

ASNC Dimensões	**ASNC subdimensões**	***ASNC exemplos***
E. Reflexividade narrativa reflexão e meta-perspetiva sobre fatores e processos de construção de histórias e narrativas:	**E1. Reflexão sobre a elaboração de narrativas problemáticas**	*Mãe: Ao pensar e agir desta forma, contribuo para a manutenção do problema.*
	E1. Reflexão sobre a elaboração de narrativas não problemáticas	
	E2. Reflexão sobre os fatores discursivos;	*Pai: Se estamos sempre a dizer como somos infelizes, só podemos sê-lo.*
	E3. Reflexão sobre os fatores relacionais e interativos;	*Filho: Enquanto não nos respeitarmos uns aos outros, e se continuarmos a gritar e a atacar, como temos feito até agora, não conseguiremos ser nada diferente do que somos.*
	E4. Reflexão sobre os fatores comportamentais;	*Pai: Se fizermos as coisas sem lhe dizer nada, ele vai zangar-se e deixa de falar connosco.*
F. Temas da sessão	**Temas problema e não problema** Histórias que surgem na sessão de terapia: sintomas outros temas problemáticos, outros problemas além de sintomas temas não problemáticos, outras questões que não são parecem como problemas.	***Sintomas:*** *Violência do pai* ***Outros temas problemáticos:*** *Problemas no trabalho dos pais, dificuldades financeiras, conflitos com outros membros da família* ***Temas não problemáticos*** *Rotinas da família, hobbies, atividades nos fins de semana, férias e rituais familiares, coisas que apreciam uns nos outros*

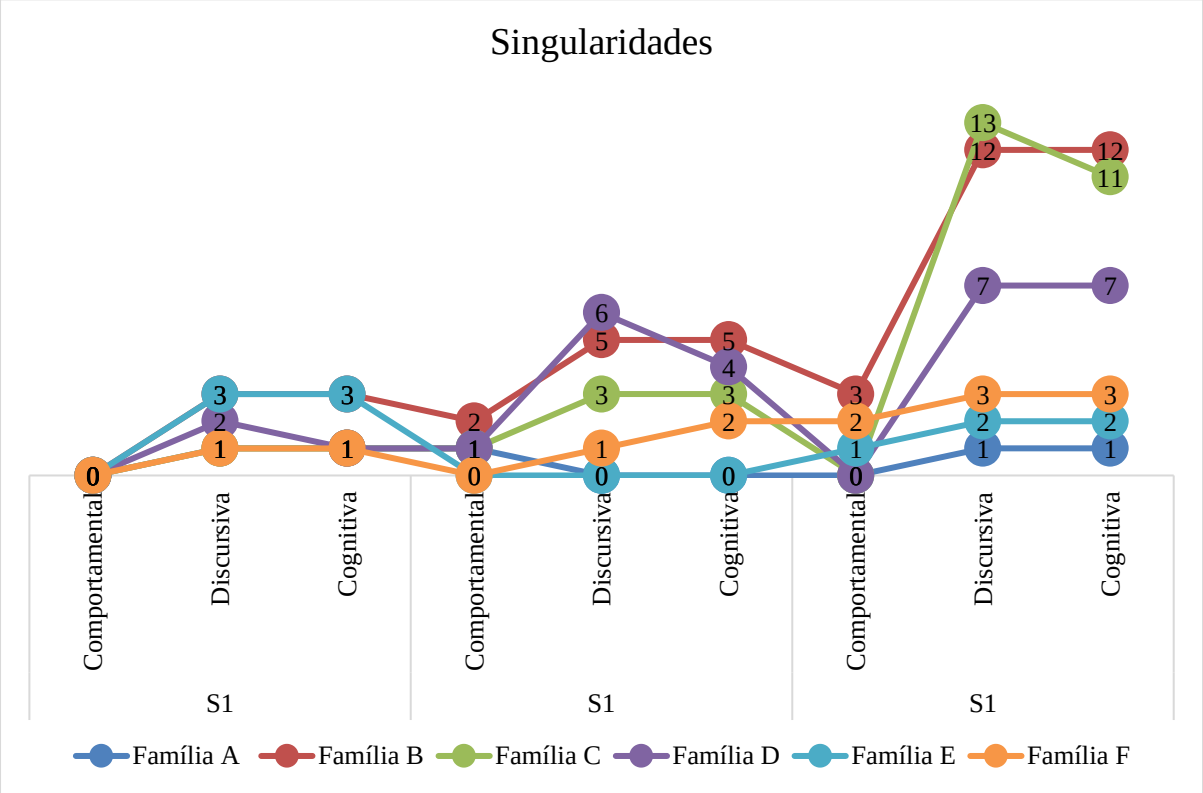


Figura 1

Evolução das singularidades comportamentais, discursivas e cognitivas ao longo das sessões.

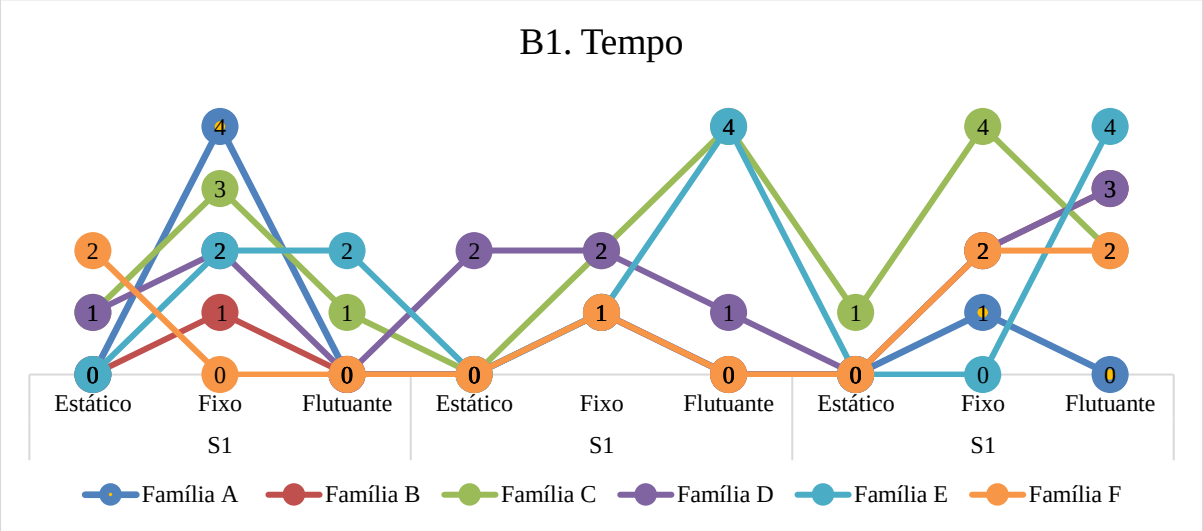


Figura 2

Evolução das subdimensões do tempo ao longo das sessões.

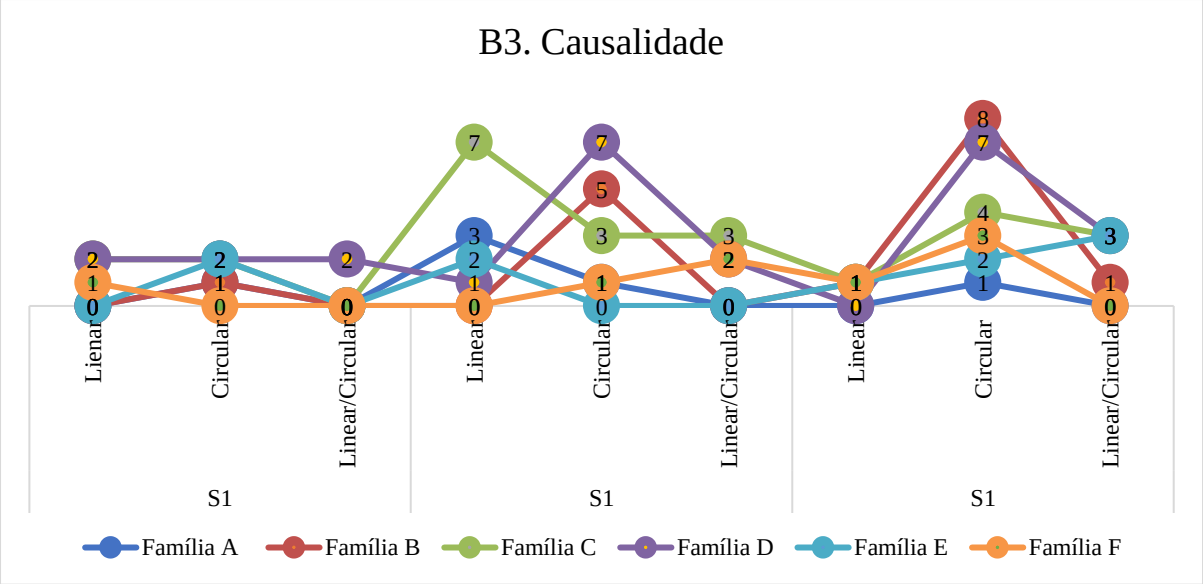


Figura 3

Evolução da causalidade das narrativas ao longo das sessões.

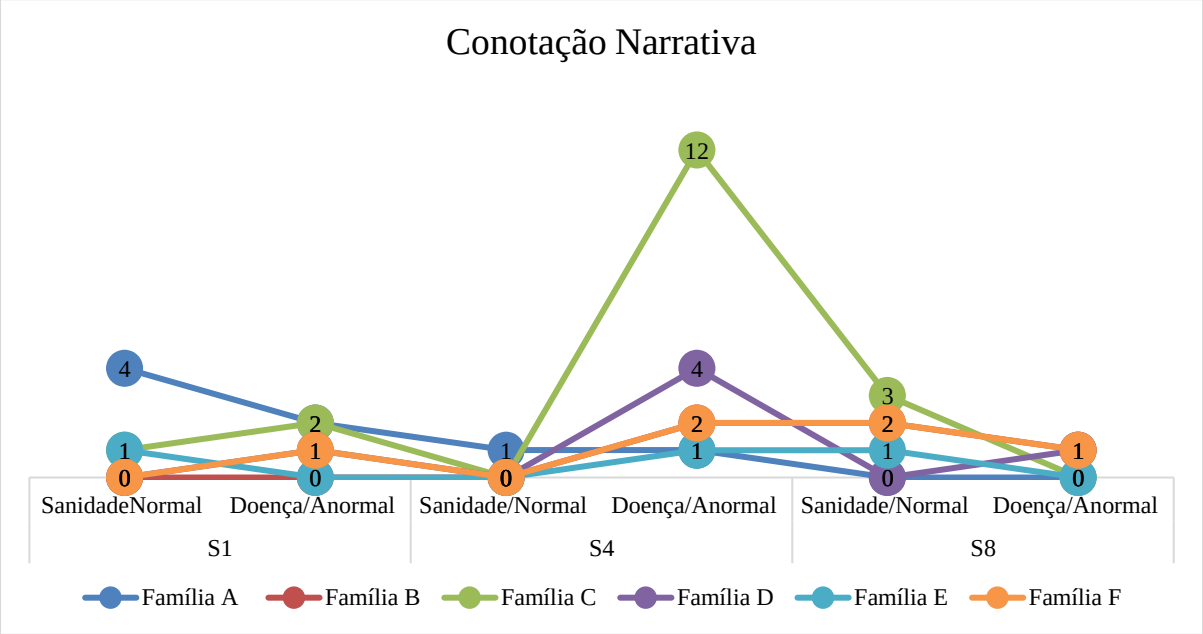


Figura 4

Evolução das narrativas de anormal/doença e normal/sanidade ao longo das sessões

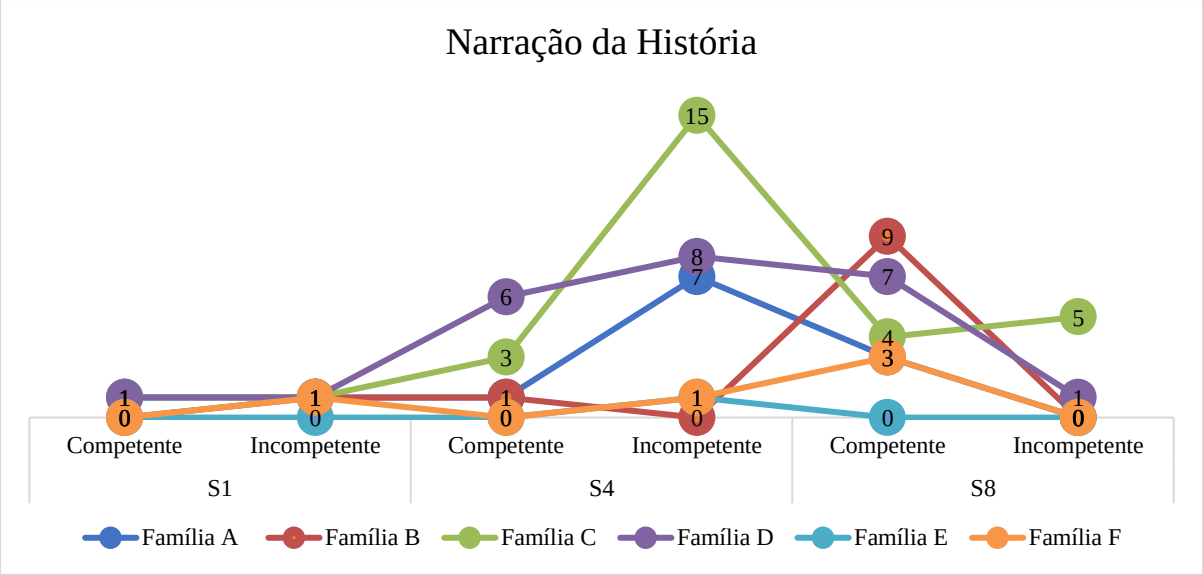


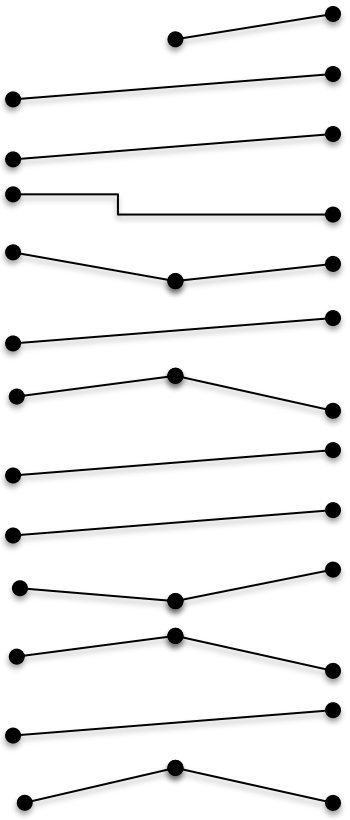
Figura 5

Evolução das narrativas de competente e incompetente ao longo das sessões

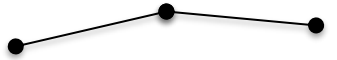
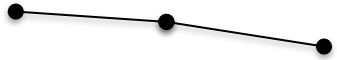
Tabela 26

Codificações Totais do ASNC – dimensões em análise

DIMENSÕES ASNC			Todos os processos			Análise de tendência		
			S1	S4	S8	S1	S4	S8
Processo narrativo (a) Singularidades		A1. Comportamental	0	4	6			
		A2. Discursiva	11	15	38			
		A3. Cognitiva	10	14	36			
Processo narrativo (B) Natureza da História	B1. Tempo	Estático	5	2	2			
		Fixo	12	8	11			
		Flutuante	3	9	14			
Processo narrativo (B) Natureza da História	B1. Causalidade	Linear	5	13	3			
		Circular	8	17	25			
		Linear/Circular	2	7	10			
Processo narrativo (C) Conotação Narrativa		Sanidade/Normal	6	1	9			
		Doença/Anormal	6	22	2			
Processo narrativo (D) A Narração da História		Competente	3	11	26			
		Incompetente	5	32	6			



Codificações Totais do ASNC – dimensões em análise (continuação)

DIMENSÕES ASNC		Todos os processos			Análise de tendência		
		S1	S4	S8	S1	S4	S8
Reflexividade Narrativa (D) A Narração da História	E1. Reflexão sobre a elaboração de narrativas problemáticas	6	15	7			
	E1. Reflexão sobre a elaboração de narrativas não problemáticas	5	2	21			
	E2. Reflexão sobre os fatores discursivos	6	15	6			
	E3. Reflexão sobre os fatores relacionais e interativos	15	33	24			
	E4. Reflexão sobre os fatores comportamentais	2	13	11			
(F) Temas da Sessão	Temas-Problema relacionados com a PEA	13	5	2			
	Outros Temas-Problema	15	14	7			
	Temas não Problema	25	26	28			