RBTCC
e-ISSN: 1982-3541
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
ABPMC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Efeitos de um Programa de Terapia do Esquema Afirmativa para Pessoas LGB: Um Estudo Piloto

Effects of an Affirmative Schema Therapy Program for LGB Individuals: A Pilot Study

Efectos de un Programa de Terapia de Esquemas Afirmativos para Individuos LGB: Un Estudio Piloto

RESUMO: Desenvolver protocolos terapêuticos eficazes para o atendimento de pessoas LGBTQIA+ requer compromisso com práticas que não reproduzam sofrimento. O combate às internalizações negativas e as vivências de estresse de minorias são dois aspectos transdiagnósticos comuns nesta população. Modelos terapêuticos, como a Terapia do Esquema (TE), tem emergido como uma estratégia promissora, mas as produções sob este enfoque são escassas. Buscou-se avaliar um programa de TE Afirmativa para pessoas LGB. O programa foi testado em um estudo piloto, com nove participantes. 10 sessões foram aplicadas e foi avaliado: afetos (positivos e negativos), ansiedade, estresse (incluindo o de minorias) e depressão. Os efeitos da intervenção foram analisados por meio da abordagem Hageman-Arrindell e GEE. Diferenças significativas foram encontradas para: diminuição de depressão; estresse; ansiedade; afeto negativo; e aumento de afeto positivo e percepção de estigma. Esta é uma pesquisa pioneira na área da TE com pessoas LGBTQIA+ e novos estudos são incentivados.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero; Terapia do esquema; Terapia afirmativa; Estresse de minorias; LGBTQIA+.

ABSTRACT: Developing effective therapeutic protocols for LGBTQIA+ individuals requires a commitment to practices that do not perpetuate suffering. Addressing negative internalizations and minority stress are two common transdiagnostic aspects within this population. Therapeutic models, such as Schema Therapy (ST), have emerged as a promising strategy; however, research in this area is scarce. This study aimed to evaluate an Affirmative ST program for LGB individuals. The program was tested in a pilot study involving nine participants. A total of 10 sessions were conducted, and the evaluation focused on: positive and negative affect, anxiety, stress (including minority stress), and depression. The effects of the intervention were analyzed using the Hageman-Arrindell approach and GEE. Significant differences were found for: reduction in depression; stress; anxiety; negative affect; and an increase in positive affect and stigma perception. This research represents a pioneering effort in the field of ST with LGBTQIA+ individuals, and further studies are encouraged.

Ana Clara Gomes Braga [1]
Bruno Luiz Avelino Cardoso [1]

[1] Laboratório de Estudos e Intervenções em Terapias Cognitivas e Contextuais, Universidade Federal de Minas Gerais (LaEIC-UFMG)

Correspondente
* brunolacardoso@gmail.com

Dados do Artigo
DOI: 10.31505/rbtcc.v28i1.2237
Recebido: 16 de Janeiro de 2026
1ª Decisão: 24 de Outubro de 2026
Aprovado: 27 de Outubro de 2026
Publicado: 03 de Novembro de 2026
Editor-Chefe: Dr. Fábio Henrique Baia
Editora Adjunto: Fabiane Ferraz Silveira Fogaça
Editora Associado: Dr. Felipe Augusto Monteiro Cravo
Estagiário: Lucas Medeiros de Paula

Como citar este documento
Braga, A. C. G., & Cardoso, B. L. A. (2026). Efeitos de um Programa de Terapia do Esquema Afirmativa para Pessoas LGB: Um Estudo Piloto. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,* 28, 315-336. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v28i1.2237

CC BY OPEN ACCESS
É permitida a distribuição, remixe, adaptação e criação a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Keywords: Sexual and gender minorities; Schema therapy; Affirmative therapy; Minority stress; LGBTQIA+.

RESUMEN: Desarrollar protocolos terapéuticos efectivos para individuos LGBTQIA+ requiere un compromiso con prácticas que no perpetúen el sufrimiento. Abordar las internalizaciones negativas y el estrés minoritario son dos aspectos comunes en esta población. Modelos como la Terapia de Esquemas (TE) han surgido como estrategias prometedoras; sin embargo, la investigación en este ámbito es escasa. Se evaluó un programa de TE Afirmativa para individuos LGB en un estudio piloto con nueve participantes. Se realizaron 10 sesiones, y la evaluación se centró en afecto positivo y negativo, ansiedad, estrés (incluido el estrés por minoría) y depresión. Los efectos de la intervención fueron analizados mediante el enfoque de Hageman-Arrindell y GEE. Se encontraron diferencias significativas en la reducción de la depresión, estrés, ansiedad, afecto negativo y un aumento en el afecto positivo y la percepción del estigma. Esta investigación representa un esfuerzo pionero en la TE con individuos LGBTQIA+ y se alienta a realizar más estudios.

Palabras clave: Minorías sexuales y de género; Terapia de esquemas; Terapia afirmativa; Estrés minoritário; LGBTQ+.

O sofrimento mental entre as gerações mais jovens é particularmente elevado nas últimas décadas, e diversos fatores podem estar associados a esse cenário: pressões geracionais, maior intercâmbio científico entre países, instabilidade econômica, mudanças sociais e, ainda, maior precisão diagnóstica e ampliação do acesso a diagnósticos psiquiátricos (White, 2013). Essa tendência é especialmente acentuada entre pessoas LGBTQIA+, que apresentam níveis de sofrimento mais elevados do que seus pares cisheterossexuais (Gmelin et al., 2022; Wallace & Santacruz, 2017a).

A literatura científica da área tem investigado esse fenômeno e aspectos específicos do adoecimento psíquico de pessoas LGBTQIA+ já foram levantados. Entre os estressores frequentes na experiência dessa população, destacam-se o preconceito internalizado contra diversidade sexual e de gênero (i.e., autoaversão decorrente da internalização de crenças negativas difundidas por uma sociedade preconceituosa), o estresse de minorias (i.e., conjunto de experiências que inclui a ocultação da identidade, sensação de isolamento e a dificuldade de inserção em contextos profissionais) e as microagressões (i.e., insultos sutis que perpetuam o preconceito e resultam em sofrimento) (Brooks, 1981; Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003; Pachankis, 2018; Rodriguez-Seijas et al., 2019).

Esse contexto hostil resulta em níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão nessa população. Paveltchuk e Borsa (2019), ao analisarem uma amostra de pessoas LGBTQIA+ brasileiras, encontraram correlação positiva e estatisticamente significativa entre a homofobia internalizada e desfechos negativos de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade (r = 0.134, p < 0.001). Gmelin et al. (2022), por sua vez, conduziram um amplo estudo com 46.886 participantes de 13 países e relataram que participantes LGB (lésbicas, gays e bissexuais) de ambos os sexos apresentaram probabilidade significativamente maior de relatar qualquer transtorno mental nos últimos 12 meses em comparação com participantes heterossexuais, sendo essa chance 2,2 vezes maior entre homens e 2,7 vezes maior para mulheres LGBs.

A saúde física também é afetada por esses fatores. Pessoas LGBTQIA+ apresentam maior prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, o que possivelmente está relacionado tanto à elevada carga de estresse que enfrentam quanto às dificuldades de acesso ao sistema de saúde, geradas pelas nuances políticas e sociais do estresse de minorias (Wallace & Santacruz, 2017a; Wallace & Santacruz, 2017b; Wallace & Santacruz,

2017c). No âmbito comportamental, lidar com uma sociedade discriminatória parece levar ao uso ampliado de formas desadaptativas de enfrentamento, em resposta ao estresse de minorias, incluindo o uso abusivo de substâncias e a autolesão (Newcomb & Feinstein, 2019; Wallace & Santacruz, 2017b).

Diante desse cenário, estudar e aplicar alternativas terapêuticas focadas nas queixas específicas de pessoas LGBTQIA+ mostra-se uma questão de saúde pública (Gmelin et al., 2022). Uma possibilidade transdiagnóstica é a Terapia do Esquema (TE), modelo psicoterapêutico integrativo desenvolvido por Jeffrey Young na década de 1990, que reúne elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), da Gestalt-terapia, do construtivismo e da teoria do apego (Young et al., 2003). Essa abordagem teórica integrou à prática cognitiva clássica aspectos experienciais e relacionais, deslocando o foco da primazia do pensamento para um olhar mais atento à relação terapêutica e aos fatores emocionais (Rizzon et al., 2024).

A TE busca compreender e modificar os esquemas que se formam na infância e adolescência e que influenciam a percepção, a interpretação e a memória dos eventos ao longo da vida. Quanto a sua base conceitual, a TE tem como elementos centrais os esquemas iniciais desadaptativos (daqui em diante, esquemas), estratégias de enfrentamento e os modos esquemáticos (Young et al., 2003). Os esquemas são padrões cognitivos formados na infância em decorrência de necessidades emocionais básicas não atendidas, por meio da interação entre traços de personalidade e história de vida (Young et al., 2003). As estratégias de enfrentamento referem-se aos comportamentos que os indivíduos desenvolvem para lidar com esses esquemas e podem incluir evitação (esquiva de situações ou emoções que possam ativar o esquema), resignação (submissão ao esquema, aceitando-o como uma verdade inalterável sobre si) ou hipercompensação (tentativa exagerada de se afastar do esquema de forma oposta e intensa) (Young et al., 2003). Os modos esquemáticos são estados emocionais, cognitivos, sensoriais e comportamentais temporários, que consistem em partes do self que são ativadas quando os esquemas são desencadeados, influenciando o comportamento, as cognições e o humor (Young et al., 2003).

Esse modelo possibilitou explorar de forma mais profunda os transtornos de personalidade e os casos de pacientes poliqueixosos ou resistentes ao tratamento padrão, sendo um avanço importante para a TCC clássica (Carvalho, 2024). Com o avanço das pesquisas, o público que se beneficiou da abordagem foi sendo ampliado para enquadrar grupos com queixas transdiagnósticas e específicas que não eram abrangentemente exploradas pela TCC. Isso contempla a população de pessoas LGBTQIA+, que pode se beneficiar do uso de intervenções com base na TE (Cardoso et al., 2022; Cardoso et al., 2024; Pantalone et al., 2019; Rodriguez-Seijas et al., 2019). Contudo, a produção dentro desse modelo para pessoas LGBTQIA+ ainda é escassa, com estudos majoritariamente de caracterização e correlação (Braga, 2024).

A única intervenção publicada até o momento, voltada a um grupo clínico específico (homens gays com Transtorno Afetivo Bipolar [TAB]), utilizou apenas a conceituação de caso da TE, com técnicas da TCC clássica (Hashemi et al., 2021). Embora esse esforço seja pioneiro e traga implicações positivas para o campo, como a diminuição do sofrimento mental e dos sintomas de TAB, a generalização dos resultados encontrados é difícil. O foco em um grupo clínico constitui um limitador, pois não é possível afirmar que os resultados seriam os mesmos em outras amostras de pessoas LGBTQIA+. O estudo apresentou fragilidades metodológicas, como o uso de instrumentos de autorrelato sem estudos de

adaptação e validação para a cultura local, contando apenas com tradução livre. Outro limitador foi a ausência de técnicas específicas da TE durante a intervenção (Hashemi et al., 2021), o que é relevante porque estudos que comparam técnicas da TCC clássica e da TE em outras amostras encontraram diferenças significativas entre as intervenções, com desempenho melhor ou semelhante da TE em relação às da TCC (Roediger et al., 2020). Assim, a utilização especializada dessas técnicas pode trazer benefícios ainda maiores para pessoas LGBTQIA+.

Embora estudos experimentais em TE com pessoas LGBTQIA+ sejam escassos, aspectos gerais que podem compor uma intervenção desse modelo para essa população já foram investigados em estudos experimentais de outras modalidades das terapias cognitivas e contextuais. Entre eles, destacam-se: (a) o enfrentamento disfuncional, relacionado às estratégias de enfrentamento da TE, abordado em pelo menos seis estudos que mostraram redução do uso de estratégias disfuncionais e/ou aumento do uso de estratégias funcionais (Craig & Austin, 2016; Craig et al., 2021; Craig et al., 2023; Skinta et al., 2015; Smith et al., 2016; Stitt, 2014); (b) imagens mentais, uma das principais formas de intervenção emocional em TE, utilizada em uma intervenção que aplicou metáforas e imagens mentais, ainda que a partir da perspectiva da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), com resultados promissores e melhorias significativas (Skinta et al., 2015); e (c) a psicoeducação e os aspectos colaborativos, presentes na base da TE, incluídos em três das intervenções por meio da educação ativa sobre o estresse de minorias e outros aspectos singulares do sofrimento mental de pessoas LGBTQIA+, com resultados que mostram maior clareza e compreensão das causas sociais e culturais envolvidas nas dificuldades enfrentadas, o que foi associado a menor culpa e autocrítica em relação aos próprios sintomas, tanto quantitativa quanto qualitativamente (Craig & Austin, 2016; Craig et al., 2021; Craig et al., 2023; Smith et al., 2016; Stitt, 2014).

Além dos aspectos da TE, as intervenções encontradas na literatura (Braga, 2024) tiveram em comum o uso de elementos da Terapia Afirmativa (Craig & Austin, 2016; Craig et al., 2021; Craig et al., 2023), da psicologia positiva (Craig & Austin, 2016; Craig et al., 2021; Craig et al., 2023; Smith et al., 2016) ou do *Mindfulness* (Camp et al., 2024; Skinta et al., 2015; Stitt, 2014). O foco nas potencialidades, na afirmação da identidade e na criação do orgulho são aspectos já bem respaldados pela literatura no tratamento de pessoas LGBTQIA+ (Craig & Austin, 2016; Craig et al., 2019; Compton & Morgan, 2022; Pachankis & Safren, 2019; Safren & Rogers, 2001; Skinta et al., 2019).

A Terapia Afirmativa é uma postura terapêutica de cuidado e sensibilidade às experiências de grupos sociais minorizados, que oferece, no vínculo entre paciente e terapeuta, uma contraposição às críticas discriminatórias internalizadas por pessoas LGBTQIA+ na sociedade (Pachankis, 2018). É possível argumentar que essa prática tenha raízes semelhantes às da reparentalização limitada, conceito da TE que corresponde à postura do terapeuta de suprir, dentro dos limites da relação terapêutica, as necessidades emocionais básicas da pessoa atendida que não foram adequadamente validadas no início da vida (Carvalho, 2024; Cardoso et al., 2022).

Assim, considerando as intersecções e os diálogos possíveis entre as dificuldades vivenciadas por pessoas LGBTQIA+ e as características terapêuticas da TE (como a reparentalização limitada, o cuidado com queixas transdiagnósticas, o foco na história de vida e o manejo de estilos de enfrentamento, entre outras), Cardoso et al. (2022) propuseram uma expansão clínica da compreensão teórica do modo crítico, descrevendo o modo crítico (sociocultural opressor) internalizado. Esse modo

representa a internalização de mensagens críticas e punitivas associadas à opressão, formada por cognições e estados emocionais decorrentes da discriminação e do preconceito contra diversidade sexual e de gênero. Inclui a internalização do sofrimento diante de estressores distais, como leis restritivas e rejeição familiar; e de estressores proximais, como o preconceito internalizado e visões negativas sobre a própria orientação sexual e/ou identidade de gênero. Quando ativado, esse modo traria autocrítica intensa, assim como sofrimento mental significativo. Fatores de resiliência, como conexão comunitária e orgulho, podem mitigar esses efeitos negativos; esse lado é denominado adulto saudável afirmativo e serve de contraponto ao modo crítico (sociocultural opressor) internalizado em pessoas LGBTQIA+ (Cardoso et al., 2022).

Os autores deste artigo propõem que ambos os modos seriam centrais em uma intervenção de TE para pessoas LGBTQIA+, uma vez que contemplam as duas principais especificidades identificadas até então na literatura das terapias cognitivas e contextuais: o estresse de minorias e a afirmação. Isso se daria por meio do desempoderamento e do combate ao modo crítico (sociocultural opressor) internalizado e do fortalecimento do adulto saudável afirmativo (Cardoso & Braga, 2025). Os modos de enfrentamento seriam abordados com o objetivo de negociar novas maneiras saudáveis de enfrentamento. Por fim, para a reparentalização parental limitada (ou postura de cuidado afirmativa) das necessidades emocionais básicas, os modos criança precisariam ser acolhidos (Cardoso et al., 2022).

Quanto à estrutura da intervenção, o formato grupal possibilita a expansão da rede de apoio e da autoidentificação entre participantes, tendo em vista a solidão comumente relatada por essa população. Watson et al. (2016) identificaram que o suporte parental esteve associado a menores níveis de depressão (β = -0,29) e a maiores níveis de autoestima (β = 0,26) em todos os grupos de jovens LGB, e que o suporte de amigos próximos também se associou negativamente à depressão (β = -0,17) e positivamente com a autoestima (β = 0,31).

Assim, esse estudo justifica-se pelos elevados índices de sofrimento mental na população LGBTQIA+ derivados do estresse de minorias, pela adequação teórica da TE às necessidades desse público e pela baixa produção científica de programas voltados a essa temática. O objetivo principal deste estudo é avaliar os efeitos iniciais de um programa de intervenção grupal breve que articula a TE e aspectos de Terapia Afirmativa para pessoas LGB. Para isso, buscou-se: examinar a influência do programa sobre os esquemas iniciais desadaptativos, os modos esquemáticos, afetos positivos e negativos, os níveis de estresse e os sintomas depressivos e ansiosos em pessoas LGB[1]. Este estudo refere-se à primeira aplicação do programa PRISMAS, realizada com pessoas LGB como etapa inicial de testagem, para obter dados preliminares antes de ampliar o programa para a população LGBTQIA+. Essa delimitação se justifica, pois, as experiências de pessoas trans e de gênero diverso podem diferir, em alguns aspectos, das de minorias sexuais, o que demandam adaptações específicas do protocolo. Hipotetiza-se que, após a participação no programa PRISMAS, as pessoas LGB apresentarão redução do afeto negativo e dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão, bem como aumento do afeto positivo.

Método

Aspectos Éticos. Este projeto de pesquisa se orientou pelos preceitos do Conselho Nacional de Saúde em relação às Diretrizes e Normas

[1] A aceitabilidade e viabilidade do protocolo também foram testadas a partir da avaliação de especialistas, participantes e facilitadores. Os dados podem ser acessados em [informação removida para revisão às cegas]

Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 e Resolução 512/16) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG), sob o Protocolo CAAE: 69265523.7.0000.5149 e Parecer nº 6.136.046. A participação no estudo foi voluntária e a identidade e o sigilo dos participantes foram preservados. O início do estudo só ocorreu após aprovação do CEP, concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

Desenho do estudo. Trata-se de um estudo de pesquisa-intervenção em formato quasi-experimental. Esse tipo de design tem por objetivo verificar a influência das variáveis independentes (Programa PRISMAS para pessoas LGB) sobre as variáveis dependentes (esquemas iniciais desadaptativos, modos esquemáticos, afetos positivos e negativos e níveis de ansiedade, estresse e sintomas depressivos) avaliadas junto aos participantes.

Local. A intervenção aconteceu nas dependências da Universidade Federal de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte. Foi utilizada uma sala destinada a condução de grupos terapêuticos, que contava com estrutura adequada e equipamento de filmagem e gravação de som.

Participantes. Participaram do estudo piloto nove pessoas, todas pertencentes a minorias sexuais (lésbicas, gays e/ou bissexuais). Delas, 78%, eram mulheres, das quais 55% se autodeclararam pretas ou pardas. A média de idade dos participantes foi de 28,4 anos. No que diz respeito à escolaridade, todos haviam concluído o ensino médio, sendo que 3 finalizaram o ensino superior e 2 possuíam mestrado. Todos eram residentes da região metropolitana de Belo Horizonte, região onde o estudo ocorreu.

Procedimento de seleção: Foi realizada uma triagem inicial pelo grupo de pesquisa para selecionar os participantes a partir dos critérios da pesquisa, a saber: (a) se identificar como pessoa LGB; (b) ter idade entre 18 e 35 anos considerando os índices mais elevados de sofrimento mental nesta faixa etária em relação à população geral (Pachankis, 2018). O recrutamento de pessoas aconteceu por meio de redes sociais, utilizando imagens, textos e postagens informativas para alcançar esse público-alvo. A procura também aconteceu de forma presencial, realizando parcerias com locais inclusivos à população LGB em Belo Horizonte, a fim de alcançar um maior número de interessados.

Instrumentos. Com a finalidade de mensurar os construtos, foram utilizados: Inventário de Esquemas de Young (YSQ-S3), Inventário de Modos Esquemáticos (SMI), Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) e Protocolo para avaliação do Estresse de Minorias em LGBs no Brasil (PEM-LGB-BR).

Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3). O Questionário de Esquemas de Young (Young Schema Questionnaire, YSQ S3, Young, 2005), em sua versão reduzida com 90 itens, avalia 18 Esquemas Iniciais Desadaptativos. Para cada esquema é apresentado um conjunto de cinco itens não consecutivos, aos quais a resposta é dada numa escala de 1 a 6 pontos, desde "Completamente Falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo" até "Descreve-me Perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo". Na versão brasileira, as subescalas apresentaram consistência interna adequadas, variando de α=0,67 e α = 0,92 (Souza et al., 2020).

Inventário de Modos Esquemáticos (SMI). O Inventário de Modos Esquemáticos (SMI, Young, et al, 2007; Lobbestael et al., 2010) consta de 124 itens que avaliam 14 modos esquemáticos, conforme propostos pela TE. Para cada modo é apresentado um conjunto de cinco itens não consecutivos, aos quais a resposta é dada numa

escala de 1 a 6 pontos, desde "Nunca ou quase nunca" até "O tempo todo". Na adaptação brasileira desse inventário, as subescalas apresentaram consistência interna adequadas, variando de α = 0.70 a α =0.90 (Damasceno, 2020).

Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21). A Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21) é um instrumento, desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995), com estudos de validade no Brasil por Patias et al. (2016) e Peixoto et al. (2021). A DASS-21 apresenta um conjunto de três subescalas de 4 pontos, referentes à depressão, ansiedade ou estresse, com respostas que variam entre 0 (discordo totalmente) à 3 (concordo totalmente). Os escores globais para os três constructos são calculados com a soma dos escores para os sete itens multiplicados por dois. As variações de escores correspondem a níveis de sintomas que variam entre "Normal", "Suave", "Moderado", "Severo" e "Extremamente Severo". Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de Estresse (α = 0,86), Ansiedade (α = 0,83) e Depressão (α = 0,90).

PANAS – Positive and Negative Affect Schedule. A escala PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) é uma escala que busca medir níveis de afeto, ou seja, um componente cognitivo que influencia escolhas e julgamentos a partir da sua valência (Watson et al., 1988). Composta por 20 itens, utiliza uma escala tipo Likert de cinco pontos, em que os participantes indicam o quanto cada sentimento é experimentado. Ela avalia os afetos positivos (como ativo, entusiasmado e alerta) e negativos (culpado, aflito, inquieto) experimentados por um indivíduo ao longo de um determinado período. Ela é bidimensional, tendo como fatores "afetos positivos" e "afetos negativos", com sua versão brasileira encontrando α = 0,84 e α = 0,90 (Pires et al., 2013).

PEM-LGB-BR – Protocolo para avaliação do Estresse de Minorias em LGBs no Brasil. O PEM-LGB-BR é um protocolo brasileiro desenvolvido por Costa et al. (2020) a partir de outras três escalas internacionais: *Internalized Homonegativity Scale* (Smolenski et al., 2010), *Outness Inventory* (Frost & Meyer, 2009) e *Escala de Experiências de Estigma* (Herek, 2009). O protocolo busca averiguar componentes do estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais. Avalia três dimensões, por meio de 18 questões, adaptadas de três outros instrumentos. Cada item é mensurado por uma escala Likert, sendo que na primeira subescala ela é composta de 7 pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente); na segunda, de 5 pontos, indo de 1 (não se aplica) a 5 (revelei para todos); e, por fim, na terceira, de 4 pontos, 1 (nunca) a 4 (três ou mais vezes). As dimensões avaliadas são: "Homonegatividade Internalizada" (α = 0,79), "Revelação da Sexualidade" (α = 0,76) e "Experiências de Estigma" (α = 0,67).

O Programa PRISMAS

O PRISMAS é uma intervenção desenvolvida por Cardoso e Braga (2025) com base na literatura da TE e Terapia Afirmativa e avaliação de juízes especialistas quanto à viabilidade e à aceitabilidade (Cardoso & Braga, 2026a). O programa visa reduzir os efeitos do modo crítico (sociocultural opressor) internalizado e fortalecer o modo adulto saudável afirmativo. Para isso, combina psicoeducação sobre esquemas e modos, intervenções cognitivas, experienciais e comportamentais, e o trabalho com estresse de minorias e preconceito internalizado para o manejo dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão e ampliação do afeto positivo. Entre os encontros, os participantes realizam planos de ação, pequenas tarefas que ajudam a generalizar o aprendizado (ver Tabela 1 com descrição das 10 sessões iniciais do programa).

O grupo piloto apresentado neste estudo foi

conduzido por uma psicóloga com formação em TE e por um estudante de psicologia do último ano, com estudos e estágio em TE. Ambos receberam o manual de aplicação (120 páginas), uma semana de treinamento com explicação e *role-play* das atividades e supervisão semanal de uma hora com um dos desenvolvedores da intervenção. A fidelidade foi acompanhada pela frequência, pela avaliação de processo ao final de cada sessão e pela execução dos planos de ação. A intervenção não foi modificada durante a aplicação, e não houve desistências.

Tabela 1. *Estrutura das 10 Sessões da Versão Piloto do Programa PRISMAS*

Sessão	Tema	Tópicos abordados
Parte 1. Sessões iniciais: compreendendo a Terapia do Esquema e o meu modo interno de funcionar		
1	Conhecendo os meus diferentes lados	Apresentação da estrutura do grupo e de conceitos-chave da Terapia do Esquema; estabelecimento do vínculo entre participantes e facilitadores; criação de um lugar seguro; estratégias de regulação emocional; introdução aos modos.
2	Como a sociedade influenciou as críticas que internalizei sobre mim?	Estresse de minorias e estigma como fontes de sofrimento; abordagem desse tema pela Terapia do Esquema; relação entre o sofrimento pessoal e os problemas da sociedade; novas perspectivas e alívio da culpa.
Parte 2. Sessões intermediárias: mudando a minha forma de pensar, agir e sentir a partir da Terapia do Esquema		
3	Conhecendo e destacando os meus pontos fortes	Estímulos que representam o adulto saudável afirmativo; formas de fortalecê-lo e de torná-lo mais presente.
4	Penso, logo me critico	Padrões cognitivos associados ao modo crítico (sociocultural opressor) internalizado; automonitoramento; reestruturação cognitiva.
5	A criança que habita em mim	Aprofundamento dos modos criança; técnicas experienciais para contato com as vivências associadas a esses modos e com a história de vida; acolhimento como base segura para a mudança emocional profunda.
6	De onde vem esse vendaval interno? Compreendendo minhas emoções	Identificação e nomeação das emoções; associação entre emoções e modos; práticas lúdicas e interativas de exploração emocional, sem acessar ainda situações potencialmente mais ativadoras.
7	Me permitindo uma nova maneira de sentir	Regulação emocional; mudança emocional mais profunda; experiências marcantes de vida associadas ao modo crítico (sociocultural opressor) internalizado; técnicas de cadeiras e imagens mentais.
8	Agindo como a pessoa que eu almejo ser	Estratégias saudáveis de enfrentamento; flexibilização e manejo de estratégias desadaptativas; modos de enfrentamento; mudança comportamental por meio de treino de assertividade, *roleplay* e escrita terapêutica.

Sessão	Tema	Tópicos abordados
Parte 3. Sessões finais: consolidando e fortalecendo o meu Adulto Saudável Afirmativo e me divertindo com a minha Criança Feliz		
9	Conectando as nossas forças individuais com saúde e afirmação	Adulto saudável afirmativo conectado ao grupo social; autoaceitação da orientação sexual (técnica do lugar seguro); exemplos positivos da comunidade LGBTQIA+; química esquemática e influência da história de vida nas escolhas relacionais; modelos de relacionamentos saudáveis (respeito mútuo, comunicação aberta e autonomia).
10	Liberando a criança feliz	Expressão emocional e criativa; alegria e lazer; compartilhamento das criações simbólicas e das experiências do grupo; celebração das conexões vivenciadas; aplicação dos aprendizados no cotidiano.

Nota. A descrição atualizada do programa com 12 sessões pode ser acessada em inglês em Cardoso e Braga (2025) e em português em Cardoso e Braga (2026b).

Tratamento de dados. As análises foram executadas no IBM® SPSS Statistics 26. Para verificar a normalidade dos dados, foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e Shapiro-Wilk para cada variável, considerando as respostas fornecidas nos três momentos. Os escores dos participantes foram calculados através da somatória da pontuação dos instrumentos utilizados. Para investigar o efeito da intervenção, foi utilizado o *Generalized Estimating Equations* (GEE), que se trata de uma análise voltada para estudos que utilizam medidas repetidas e considera a dependência entre as observações e os erros correlacionados entre os tempos - pré-teste, pós-teste e follow-up (Ziegler & Vens, 2010). O post-hoc de *Bonferroni* foi utilizado quando necessário e os tamanhos de efeito foram estimados utilizando os coeficientes padronizados de Beta (β). O nível de significância assumido foi de 0,05. Os resultados foram analisados usando um GEE ajustado com distribuição *gamma*, função de ligação de identidade e matriz de covariância autorregressiva de ordem 1. Como a distribuição *gamma* é utilizada para modelar valores de dados positivos maiores do que um, foi adicionada uma constante (somando o valor de um) às variáveis que possuíam valores iguais a zero. Já a matriz de covariância foi escolhida devido à dependência entre os três tempos da pesquisa. Além disso, para investigar o significado clínico das mudanças observadas nos escores dos participantes, foi utilizada a abordagem *Hageman-Arrindell* (HA). O método HA propõe comparações dos escores dos participantes nas etapas de avaliação (pré-teste, pós-teste e *follow up*) considerando o valor da confiabilidade de cada medida para indicar se as diferenças entre os participantes representam mudanças confiáveis e se são clinicamente relevantes. O método HA é utilizado como complemento à análise de significância estatística, especialmente quando o tamanho amostral impossibilita ou dificulta a análise estatística inferencial (Ferrer-Urbina et al., 2023). Os valores de HA $\geq$ 1,645 indicaram mudanças clínicas relevantes.

Resultados

Efeito e nível de significância

Os resultados dos modelos de GEE estão apresentados na Tabela 2. Em suma, foram observados efeitos significativos da intervenção para (a) esquemas: fracasso;

dependência/incompetência; vulnerabilidade ao dano/doença; subjugação; autossacrifício; e padrões inflexíveis; (b) modos esquemáticos: criança vulnerável; criança zangada; criança raivosa; criança indisciplinada; protetor desligado; autoengrandecedor; e adulto saudável; (c) afetos: positivos e negativos; (d) sintomas de ansiedade, estresse e depressão, incluindo escore geral; (e) experiências de estigma.

Tabela 2. *Resultados Generalized Estimating Equations (GEE)*

Fator	Qui-quadrado de Wald YSQ-3	*p*
Privação Emocional	1,653	0,438
Abandono	0,073	0,964
Desconfiança/Abuso	2,076	0,354
Isolamento Social	4,957	0,084
Defectividade/Vergonha	1,259	0,533
Fracasso	8,312	**0,016**
Dependência/Incompetência	13,860	**0,001**
Vulnerabilidade ao dano/doença	16,543	**0,000**
Emanharamento	2,961	0,228
Subjugação	13,001	**0,002**
Autossacrifício	12,676	**0,002**
Inibição Emocional	3,415	0,181
Padrões Inflexíveis	14,259	**0,001**
Arrogo/Grandiosidade	1,276	0,528
Autocontrole Insuficiente	3,207	0,201
Busca por Aprovação	2,046	0,360
Negativismo	0,933	0,627
Postura Punitiva	0,600	0,741
Fator	**SMI**	***p***
Criança Vulnerável	19,735	**0,000**
Criança Zangada	20,149	**0,000**
Criança Raivosa	14,731	**0,001**
Criança Impulsiva	4,594	0,101
Criança Indisciplinada	6,446	**0,040**
Criança Feliz	0,817	0,665
Capitulador Complacente	1,604	0,448
Protetor Desligado	20,718	**0,000**
Protetor Autoaliviador	1,944	0,378
Autoengrancedor	19,354	**0,000**
Provacativo-Ataque	0,958	0,620

Pais Punitivos	1,987	0,370
Pais Críticos/Exigentes	2,268	0,322
Adulto Saudável	7,042	**0,030**
Fator	PANAS	*p*
Afeto Positivo	9,772	**0,008**
Afeto Negativo	10,468	**0,005**
Fator	DASS-21	*p*
Depressão	13,009	**0,001**
Estresse	11,161	**0,004**
Ansiedade	7,046	**0,030**
Total DASS-21	14,033	**0,001**
Fator	PEM-LGB-BR	*p*
Homonegatividade Internalizada	3,871	0,144
Revelação da Sexualidade	0,529	0,767
Experiências de Estigma	16,036	**0,000**

**Nota*: graus de liberdade para todas as análises = 2.

Os resultados do YSQ-S3 demonstraram que para o esquema de dependência/incompetência, o grupo de pré-teste teve maior média (13,11 ± 1,54) comparado ao pós-teste (7,89 ± 1,01; $p = 0{,}001$; $\beta = 5{,}22$) e ao follow-up (8,78 ± 1,31; $p = 0{,}046$; $\beta = 4{,}33$), sem diferenças significativas entre pós-teste e follow-up ($p = 1{,}000$). Vulnerabilidade ao dano/doença também mostrou diferença significativa entre pré-teste (18,89 ± 1,80) e pós-teste (15,56 ± 2,39; $p = 0{,}010$; $\beta = 3{,}33$), bem como entre pré-teste e follow-up (15,56 ± 2,64; $p = 0{,}039$; $\beta = 3{,}33$), sem diferença entre pós-teste e follow-up ($p = 1{,}000$). Subjugação apresentou diferença significativa entre pré-teste (17,56 ± 1,02) e pós-teste (12,78 ± 1,04; $p = 0{,}001$; $\beta = 4{,}78$), sem diferenças entre pré-teste e follow-up ($p = 0{,}218$) ou pós-teste e follow-up ($p = 1{,}000$). Autossacrifício também teve diferença significativa entre pré-teste (22,11 ± 2,20) e follow-up (17,78 ± 1,62; $p = 0{,}002$; $\beta = 4{,}33$), sem diferença entre pré-teste e pós-teste ($p = 0{,}073$) ou pós-teste e follow-up ($p = 0{,}377$). Padrões inflexíveis apresentou diferença entre pré-teste (20,56 ± 1,70) e follow-up (18,78 ± 1,55; $p = 0{,}001$; $\beta = 1{,}78$), sem diferença entre pré-teste e pós-teste ($p = 0{,}929$) ou pós-teste e follow-up ($p = 1{,}000$). No caso do esquema de fracasso, houve diferença significativa, mas o teste post-hoc de Bonferroni não revelou diferenças entre nenhum dos pares de grupos, ou seja, embora haja uma diferença geral entre os grupos, não se pode determinar com este estudo onde estão as diferenças. Não houve diferenças significativas para os demais esquemas.

Quanto ao SMI, grande parte dos modos criança apresentaram diferenças significativas. No modo criança vulnerável o grupo de pré-teste apresentou maior média (38,78 ± 3,54) que o pós-teste (30,67 ± 4,44; $p = 0{,}010$; $\beta = 8{,}11$) e o follow-up (29,44 ± 4,33; $p < 0{,}001$; $\beta = 9{,}33$), sem diferença significativa entre pós-teste e follow-up ($p = 1{,}000$). Criança zangada teve significativamente maior média no pré-teste (34,22 ± 2,32) comparado ao follow-up (27,67 ± 2,54; $p < 0{,}001$; $\beta = 6{,}56$) e maior média no pós-teste comparado ao follow-up (27,67 ± 2,54; $p = 0{,}039$; $\beta = 4{,}89$), sem diferença significativa entre pré-teste e pós-teste ($p = 1{,}000$). Criança Raivosa mostrou diferença significativa entre pré-teste (24,44 ± 2,71) e follow-up (16,22 ± 2,30; $p = 0{,}001$; $\beta = 8{,}22$), sem diferença

significativa entre pré-teste e pós-teste (p = 0,333) ou pós-teste e follow-up (p = 1,000). Criança indisciplinada apresentou maior média no pré-teste (23,00 ± 2,38) comparado ao pós-teste (20,44 ± 2,02; p = 0,040; β = 2,56) e follow-up (19,44 ± 1,97; p = 0,050; β = 3,56), sem diferença significativa entre pós-teste e follow-up (p = 0,662). Criança feliz e criança impulsiva não apresentaram mudanças significativas.

No que se refere aos modos de enfrentamento, o modo protetor desligado mostrou maior média no pré-teste (25,89 ± 2,20) comparado ao follow-up (15,67 ± 2,37; p < 0,001; β = 10,22), sem diferença significativa entre pré-teste e pós-teste (p = 0,089) ou pós-teste e follow-up (p = 0,311). Autoengrandecedor apresentou diferença significativa entre pré-teste (26,11 ± 2,51) e follow-up (22,89 ± 2,51; p = 0,003; β = 3,22) e entre pós-teste (27,11 ± 2,52) e follow-up (22,89 ± 2,51; p = 0,006; β = 4,22), sem diferença entre pré-teste e pós-teste (p = 1,000). Não houve diferenças significativas entre os grupos para os outros modos de enfrentamento.

Por fim, o modo adulto saudável teve aumento marginalmente significativo entre pré-teste (41,00 ± 1,84) e pós-teste (44,44 ± 1,60; p = 0,051; β = -3,44), sem diferenças entre pré-teste e pós-teste (p = 0,348) ou pós-teste e follow-up (p = 1,000). Os modos pais críticos/exigentes e pais punitivos não apresentaram mudanças significativas.

Nos resultados da PANAS, em afeto positivo houve aumento significativo, com o grupo de pré-teste apresentando menor média (22,00 ± 2,21) comparado ao grupo pós-teste (29,56 ± 2,73; p = 0,005; β = -7,56) e ao follow-up (31,56 ± 2,96; p = 0,026; β = -9,56), sem diferenças entre pós-teste e follow-up (p = 1,000). Afeto negativo também apresentou diminuição significativa, com o grupo de pré-teste mostrando maior média (33,00 ± 3,11) que o grupo pós-teste (24,56 ± 2,75; p = 0,006; β = 8,44), mas sem diferenças entre pré-teste e follow-up (p = 0,112) ou pós-teste e follow-up (p = 1,000).

Nos sintomas da DASS21, houve diferença significativa para os escores de depressão, com o grupo de pré-teste apresentando maior média (16,67 ± 1,01) do que o grupo follow-up (10,89 ± 1,31; p = 0,001; β = 5,78). Não houve diferenças significativas entre o grupo pré-teste e o pós-teste (p = 0,148), nem entre o pós-teste e o follow-up (p = 0,510). Para estresse, o grupo de pré-teste também apresentou maior média (19,56 ± 1,22) em comparação com o grupo pós-teste (15,33 ± 1,58; p = 0,018; β = 4,22) e o grupo follow-up (14,44 ± 0,94; p = 0,004; β = 5,11), sem diferenças significativas entre pós-teste e follow-up (p = 1,000). Ansiedade apresentou diferença significativa entre pré-teste (14,33 ± 1,64) e follow-up (10,89 ± 0,99; p = 0,057; β = 3,44), mas não entre pré-teste e pós-teste (p = 0,629) nem entre pós-teste e follow-up (p = 0,330). O total da DASS-21 mostrou diferença significativa entre pré-teste (50,56 ± 3,12) e follow-up (40,56 ± 4,44; p = 0,001; β = 14,33), sem diferenças significativas entre pré-teste e pós-teste (p = 0,098) ou pós-teste e follow-up (p = 0,465).

A última escala utilizada, PEM-LGB-BR apresentou mudança significativa em experiências de estigma, com o grupo de pós-teste apresentando maior média (4,44 ± 0,74) do que o grupo follow-up (3,33 ± 0,588; p < 0,001; β = 1,11). O grupo pré-teste e o pós-teste (p = 0,228) ou follow-up (p = 0,867) não apresentaram diferenças significativas. Não houve diferenças significativas para homonegatividade internalizada e revelação da sexualidade.

Significado clínico das mudanças

Dentre os fatores da DASS-21, houve reduções clinicamente relevantes em depressão, estresse, ansiedade e no total da escala em todos os tempos do HA. Já na PANAS, houve um aumento no afeto positivo com pequena diminuição entre pós-teste e follow-up (pré-teste para pós-teste: *MC*

= 33,33%; pré-teste para follow-up: *MC* = 55,56%, *MD* = 11,11%; pós-teste para follow-up: *MD* = 11,11%) e uma redução no afeto negativo, também com pequeno aumento entre pós-teste e follow-up (pré-teste para pós-teste: *MD* = 44,44%; pré-teste para follow-up: *MD* = 44,00%; pós-teste para follow-up: *MC* = 11,11%).

Na YSQ-S3, houve uma diminuição entre o pré e pós-teste nos esquemas de abandono e vulnerabilidade ao dano/doença. Entre pós teste e follow up, os esquemas de inibição emocional, padrões inflexíveis, defectividade/vergonha e privação emocional diminuíram. Autocontrole e autodisciplina insuficientes e negativismo diminuíram entre o pós-teste e o follow-up. Dentre os esquemas que obtiveram redução em mais de um momento, isolamento social e fracasso diminuíram na comparação entre todas as três etapas. Autossacrifício reduziu entre o pré e pós-teste e entre o pré-teste e o follow up. A Busca por Aprovação teve diminuição entre o pré-teste e o follow-up e o pós-teste e o follow-up. Por fim, alguns esquemas majoritariamente apresentaram diminuições, embora também tenham variado de forma ligeiramente positiva entre o pós-teste e o follow-up, foram eles: dependência/incompetência e subjugação. Não houve mudanças clinicamente relevantes nos esquemas de arrogo, postura punitiva e emaranhamento.

Na SMI, as análises indicaram que os modos criança zangada, raivosa, impulsiva e o protetor desligado reduziram na comparação entre todos os três tempos. Já a criança indisciplinada diminuiu entre o pré-teste e o pós-teste e entre o pré-teste e o follow-up. O Autoengrandecedor teve reduções entre o pré-teste e o follow-up e entre o pós-teste e o follow-up. Os modos criança feliz e capitulador complacente diminuíram ligeiramente entre o pré-teste e o follow-up. Da mesma maneira, pais punitivos e provocativo ataque diminuíram ligeiramente entre o pré-teste e o pós-teste. Alguns modos também obtiveram variações positivas ou mistas. O modo protetor autoaliviador aumentou entre o pré-teste e o pós-teste e entre o pós-teste e o follow-up. A criança vulnerável diminuiu entre o pré-teste e o pós-teste, e entre o pré-teste e o follow-up, mas voltou a subir entre o pós-teste e o follow-up. O modo adulto saudável aumentou entre o pré-teste e o pós-teste e entre o pré-teste e o follow-up, mas diminuiu ligeiramente entre o pós-teste e o follow-up. O único modo a não apresentar mudanças clínicas foi o pais exigentes.

Por fim, na PEM-LGB-BR, observaram-se aumentos iniciais na homonegatividade internalizada entre o pré-teste e o pós-teste e o pré-teste e o follow-up, com subsequente diminuição entre o pós-teste e o follow-up. As experiências de estigma apresentaram variação semelhante, aumentando entre o pré-teste e o pós-teste e diminuindo entre o pós-teste e o follow-up. Não houve mudanças significativas quanto à revelação da sexualidade (ver Tabela 3 com resumo das informações).

Tabela 3. *Análise de relevância clínica conforme método Hageman-Arrindell*

Variáveis		Pré-teste e pós-teste		Pré-teste e follow up		Pós-teste e follow up	
	Conf.	MD	MC	MD	MC	MD	MC
Depressão	0,876	66,67%	11,11%	66,67%	0,00%	22,22%	11,11%
Estresse	0,850	55,56%	0,00%	77,78%	0,00%	11,11%	0,00%
Ansiedade	0,866	33,33%	0,00%	44,44%	0,00%	11,11%	0,00%

Total DASS21	0,941	55,56%	11,11%	77,78%	0,00%	22,22%	0,00%
Afeto Positivo	0,840	0,00%	33,33%	11,11%	55,56%	11,11%	0,00%
Afeto Negativo	0,900	44,44%	0,00%	44,00%	0,00%	0,00%	11,11%
Privação Emocional	0,840	0,00%	0,00%	22,22%	0,00%	0,00%	0,00%
Abandono	0,880	22,22%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Desconfiança/Abuso	0,830	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Isolamento Social	0,850	22,22%	11,11%	55,56%	0,00%	22,22%	11,11%
Defectividade/Vergonha	0,850	0,00%	0,00%	22,22%	0,00%	11,11%	11,11%
Fracasso	0,920	33,33%	0,00%	66,67%	22,22%	22,22%	11,11%
Dependência/Incompetência	0,770	44,44%	0,00%	44,44%	0,00%	0,00%	11,11%
Vulnerabilidade ao dano/doença	0,760	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Emanharamento	0,800	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Subjugação	0,850	55,56%	0,00%	44,44%	11,11%	0,00%	11,11%
Autossacrificio	0,780	22,22%	0,00%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%
Inibição Emocional	0,840	0,00%	0,00%	22,22%	11,11%	11,11%	11,11%
Padrões Inflexíveis	0,770	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%
Arrogo	0,620	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Autocontrole Insuficiente	0,870	0,00%	11,11%	11,11%	0,00%	11,11%	0,00%
Busca por Aprovação	0,830	0,00%	0,00%	22,22%	0,00%	22,22%	11,11%
Negativismo	0,770	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%
Postura Punitiva	0,800	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Criança Vulnerável	0,960	55,56%	0,00%	66,67%	0,00%	11,11%	22,22%
Criança Zangada	0,890	33,33%	0,00%	55,56%	0,00%	44,44%	0,00%
Criança Raivosa	0,920	44,44%	11,11%	66,67%	0,00%	55,56%	11,11%
Criança Impulsiva	0,890	11,11%	0,00%	44,44%	0,00%	33,33%	0,00%
Criança Indisciplinada	0,790	11,11%	0,00%	22,22%	0,00%	0,00%	0,00%
Criança Feliz	0,920	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%	11,11%	11,11%
Capitulador Complacente	0,820	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%
Protetor Desligado	0,910	55,56%	11,11%	66,67%	0,00%	44,44%	11,11%
Protetor Autoaliviador	0,800	0,00%	22,22%	11,11%	11,11%	0,00%	0,00%
Autoengrandecedor	0,830	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%	22,22%	0,00%
Intimidação-Ataque	0,810	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%
Pais Punitivos	0,810	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Pais Exigentes	0,850	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Adulto Saudável	0,850	0,00%	22,22%	11,11%	55,56%	11,11%	0,00%
Homonegatividade	0,790	0,00%	33,33%	0,00%	11,11%	22,22%	0,00%
Revelação da Sexualidade	0,760	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Experiências de Estigma	0,670	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%

**Nota.*: MD = mudança decrescente; MC = mudança crescente

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi avaliar os efeitos iniciais de um programa de intervenção grupal breve articulando TE e aspectos de TA para pessoas LGB, também examinando a influência do programa sobre os esquemas iniciais desadaptativos, modos esquemáticos, afetos positivos e negativos e níveis de estresse e sintomas depressivos e ansiosos em pessoas LGB. A intervenção mostrou-se eficaz conforme as mudanças significativas observadas nos resultados para as diferentes variáveis.

Em relação aos esquemas, com exceção de arrogo, postura punitiva e emaranhamento, todos os demais apresentaram mudanças clinicamente significativas, indicando a sua diminuição. No que refere aos esquemas que não houve mudanças, é possível hipotetizar que intervenções mais direcionadas para esses esquemas e/ou com maior tempo de duração possam influenciar mais nos resultados. O esquema de postura punitiva pode estar, especialmente, vinculado ao conteúdo de internalizações negativas do contexto em que o indivíduo está inserido (Young et al., 2003), contudo, o instrumento que avalia este esquema não tem como enfoque as variáveis socioculturais que permeiam o preconceito contra diversidade sexual e de gênero – fator que foi abordado durante a intervenção (Cardoso & Braga, 2025). Embora esses esquemas também se relacionem ao estresse de minorias (Maciel et al., 2025; Radford et al., 2024), há duas limitações a serem consideradas: (1) algumas variáveis sociodemográficas foram avaliadas, mas variáveis socioeconômicas não foram analisadas; (2) o instrumento de avaliação utilizado ainda carece de estudos com populações diversas relacionando-o com outras variáveis socioculturais que podem servir de base para a estruturação esquemática em pessoas LGBTQIA+.

Já no que refere aos resultados significativos, os demais esquemas indicaram mudanças clínicas ao longo da intervenção, sendo algumas mudanças mais observadas no follow up e outras imediatamente ao encerrar intervenção. Foi encontrado que aqueles que apresentaram as maiores mudanças clinicamente relevantes e/ou significativas pertencem aos domínios esquemáticos de "autonomia e desempenho prejudicados", "direcionamento para o outro" e "supervigilância e inibição", em conformidade com os achados e pressupostos de outros estudos teóricos e de levantamento (Cardoso et al., 2022; Radford et al., 2024). Uma hipótese para isso é que, em uma sociedade preconceituosa e com restrição de direitos, a demanda de fazer um grande esforço para alcançar os mesmos feitos de pares cisheterossexuais, a pressão social atender às demandas dos outros para ser aceito, e a ocultação da própria identidade ou orientação sexual são crenças intensamente internalizadas por pessoas LGB, sendo intensamente disfuncionais para elas (Cardoso et al., 2022; Cardoso et al., 2024; Radford et al., 2024). Este é um dado promissor, visto que a TE desenvolve, majoritariamente, intervenções de longa duração, incluindo em grupo (Farrell et al., 2014; Young et al., 2003). Então, ter modalidades de intervenção em formato breve que também indiquem efeitos positivos na diminuição dos esquemas pode ser uma das estratégias de maior alcance e menos custos, auxiliando em futuras políticas públicas de saúde.

Outras variáveis que apresentaram mudanças significativas foram os modos esquemáticos: criança vulnerável, criança zangada, criança raivosa e criança indisciplinada, o que pode indicar uma melhora no gerenciamento das emoções desconfortáveis de sentir e na autorregulação emocional dos participantes. Os modos criança, de forma geral, surgem mais cedo no desenvolvimento e se mostram como mais emocionais e espontâneos, fruto muitas vezes das emoções primárias (Young et al., 2003). A diminuição da ativação do modo criança feliz entre o pré-teste e o follow-up pode ter

ocorrido como resposta aos diferentes momentos do grupo. No início, pode-se hipotetizar que houve um aumento na motivação para participar do grupo, enquanto a diminuição da ativação no follow-up pode ser compreendida como parte do encerramento do grupo. Quanto aos modos de enfrentamento, o protetor desligado e o autoengrandecedor também mostraram reduções significativas, sugerindo uma diminuição nas estratégias de enfrentamento disfuncionais. Isso pode ter ocorrido, pois um dos focos do programa foi intervir sobre as estratégias de enfrentamento desadaptativas dos participantes, principalmente evitativas e hipercompensatórias, visto que a literatura têm indicado que pessoas LGBTQIA+ tendem a utilizar mais da evitação (seja por isolamento, internalização do sofrimento ou uso excessivo de substâncias) e da hipercompensação (como comportamento sexual inseguro) como estratégias de enfrentamento predominantes (Wallace & Santacruz, 2017b).

Também houve um aumento clinicamente relevante e marginalmente significativo (p<0,051) nos escores do modo adulto saudável. Considerando que os modos são construtos mais sólidos e estáveis do que apenas sintomas (como é o caso dos construtos avaliados pela PANAS e DASS-21), é esperado que as mudanças nestes constructos sejam mais graduais, o que poderia indicar para intervenções de longa duração ou para o uso de instrumentos mais sensíveis a avaliações contextuais. Assim como no caso do modo crítico (sociocultural opressor) internalizado, as facetas de um adulto saudável afirmativo podem não ser bem mensuradas pelo instrumento utilizado neste estudo. Todavia, o direcionamento dos resultados encontrados neste estudo associados com a literatura disponível em intervenções com pessoas LGBTQIA+ (Craig & Austin, 2016) indicam que a postura afirmativa e preceitos positivos em psicoterapia com pessoas LGBTQIA+ são caminhos promissores para fortalecer e empoderar o adulto saudável afirmativo. É possível indicar que uma intervenção em TE para pessoas LGBTQIA+ deveria focar, ao longo de todo o processo, no fortalecimento do adulto saudável afirmativo (Cardoso et al., 2022). Essa postura tanto auxilia na motivação dos participantes, quanto no empoderamento dos mesmos para o combate ao modo crítico (sociocultural opressor) internalizado (Cardoso et al., 2022). Isso corrobora com o que vem sendo construído na literatura da área em outras intervenções dentro das TCCs (Smith et al., 2016), onde o foco na afirmação é a primeira via de cuidado.

Quanto aos resultados acerca dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão e aos afetos positivos e negativos, os participantes registraram significativamente maior afeto positivo e níveis mais baixos de afetos negativos e sintomas de estresse, depressão e ansiedade. Isso pode ser um indicativo de melhor funcionamento psicológico geral. No quesito dos afetos positivos, esse foi um dos fatores com maior mudança clinicamente relevante, demonstrando o potencial da intervenção para o fortalecimento do orgulho e de outros fatores protetivos em pessoas LGBTQIA+ (Cardoso et al., 2022). Isso é coerente com os achados da literatura que demonstra que aspectos de psicologia positiva e terapia afirmativa são essenciais para abordar as especificidades do sofrimento de pessoas LGBTQIA+ (Craig & Austin, 2016; Craig et al., 2021; Craig et al., 2023; Smith et al., 2016). Tem-se como hipótese de que o programa conseguiu abarcar esses princípios, tendo aspectos afirmativos e positivos em seu escopo (Cardoso & Braga, 2025).

No caso da redução de sintomas, a DASS-21 demonstrou padrões significativos de redução para todos os sintomas mensurados (ansiedade, estresse e depressão), assim como para a somatória geral da escala. Esse dado pode indicar que a intervenção conseguiu abordar alguns dos aspectos transdiagnósticos associados ao adoecimento

mental em pessoas LGBTQIA+, como o estresse de minorias (Meyer, 2003). É provável que a redução de sintomas tenha ocorrido tanto pela aplicação de estratégias terapêuticas vivenciais que são centrais no processo em TE (Carvalho, 2024) quanto por endereçar intervenções direcionadas ao manejo dos efeitos do estresse de minorias nos participantes, por meio do desempoderamento do modo crítico (sociocultural opressor) internalizado (Cardoso et al., 2022).

No que refere ao estresse de minorias, nos fatores homonegatividade e experiências de estigma, ocorreu um aumento clinicamente relevante entre o pré e o pós-teste, seguido por uma diminuição clínica entre o pós-teste e o follow-up. Esses aumentos foram sutis e podem indicar o fato de que o grupo terapêutico aborda e expõe as experiências de estresse de minorias sofridas de forma direta e repetida. Dessa maneira, embora o aumento temporário nesses construtos possa parecer paradoxal, visto que as intervenções terapêuticas visam diminuir o sofrimento e não o aumentar, é possível hipotetizar que falar sobre um tema muitas vezes encoberto socialmente pode gerar um efeito de aumento da autopercepção e automonitoramento desse estresse na população LGB (Pachankis & Safren, 2019; Craig et al., 2019). A discussão aberta sobre essas experiências pode, inicialmente, intensificar a consciência do estigma e da discriminação. Contudo, essa contemplação é um passo indicativo para a mudança conforme indicado por diversos autores (Craig et al., 2019; Pachankis & Safren, 2019). Logo, esse dado poderia indicar resultado de uma inflação temporária desses indicadores, mas é esperado que, a longo prazo, a habilidade de enfrentar e processar essas experiências proporcione uma diminuição nesses construtos – como foi observado no follow-up, seis meses depois, com a sua redução. Outra hipótese que pode ser indicada é a que o modo protetor autoaliviador (que apresentou aumento entre pré e pós teste, seguido de diminuição entre o pós-teste e o follow-up) funcionou como uma forma de fugir da dor experienciada pelo preconceito contra diversidade sexual e de gênero e pode ter representado uma reação a um desconforto inicial, posteriormente reduzido após a assimilação de novas habilidades de enfrentamento mais saudáveis por meio do programa (Newcomb & Feinstein, 2019; Wallace & Santacruz, 2017b). Esses três fatores (experiência de estigma, homonegatividade e modo protetor autoaliviador) seguiram a mesma tendência de aumento e diminuição subsequentes, podendo indicar que, após um tempo para assimilar e acomodar as experiências emocionais intensas vividas no grupo, houve uma redução do estresse de minorias e do uso desse modo de enfrentamento.

Os resultados demonstram mudanças em bem-estar e afirmação (ativação do adulto saudável, afeto positivo). Pode-se indicar que a intervenção foi efetiva no que se propôs, tanto no quesito de redução de sintomas (ansiedade, estresse, depressão e afetos negativos) quanto na flexibilização em esquemas e modos esquemáticos. Esses dados demonstram um panorama esperançoso, visto que uma terapia em grupo integrando TE e terapia afirmativa pode ser uma importante aliada para mudanças positivas na saúde mental de pessoas LGBTQIA+.

Considerações Finais

Os resultados encontrados neste estudo demonstram mudanças em bem-estar e afirmação (ativação do adulto saudável, afeto positivo). Pode-se indicar que a intervenção foi efetiva no que se propôs, tanto no quesito de redução de sintomas (ansiedade, estresse, depressão e afetos negativos) quanto na flexibilização em esquemas e modos esquemáticos. Esses dados demonstram um panorama esperançoso, visto que uma terapia em grupo integrando TE e terapia afirmativa pode ser uma importante aliada para mudanças positivas na saúde mental de pessoas LGBTQIA+.

Destaca-se que, embora o estudo ainda seja preliminar e relate apenas a primeira fase de construção de um programa de intervenção, ele demonstrou diversos ganhos: (a) adequação da base teórica da TE, utilizando técnicas dessa abordagem e trabalhando com modos esquemáticos com a população LGB; (b) aplicação de uma modalidade de terapia em grupo baseada em TE com grupos não-clínicos, (c) utilização de um protocolo breve em TE em grupo. O grupo se mostrou eficaz, de forma geral, tanto para a diminuição de sintomas, ativações esquemáticas e afeto negativo quanto no aumento do bem-estar.

Este estudo também apresenta limitações, incluindo (a) o tamanho reduzido da amostra, (b) a distribuição não-paramétrica dos dados, (c) foco em pessoas LGB, (d) ausência de instrumentos psicométricos para avaliação de constructos-chave da pesquisa (p. ex. facetas do adulto saudável afirmativo e modo crítico sociocultural opressor internalizado), (e) a ausência de um grupo controle, uma vez que se trata de um estudo piloto não randomizado. Algumas estratégias foram adotadas para mitigar estas limitações, entre elas, o uso do Inventário de Modos Esquemáticos que indica em um dos seus fatores o adulto saudável e o Protocolo de Estresse de Minorias, que pode indicar algumas das internalizações vinculadas ao modo crítico sociocultural opressor internalizado.

A avaliação do programa também indicou o aumento do número de sessões, de 10 para 12 encontros (versão atual do programa, Cardoso & Braga, 2025), considerando o feedback qualitativo, tanto dos participantes quanto os facilitadores. Paradoxalmente ao que se espera em grupos terapêuticos, que é o desengajamento quanto maior a sua duração (Craig & Austin, 2016), as falas dos envolvidos ressaltou o desejo de uma experiência mais longa – algo reafirmado pelo fato que não houve desistências dentre os participantes. Isso pode se dever a uma característica da TE-G, que tem o foco no vínculo, já tendo sido observada em intervenções anteriores (Farrel & Shaw, 2014).

Com base nos resultados do estudo de viabilidade (Cardoso & Braga, 2026) e deste estudo piloto, o protocolo foi ampliado para 12 sessões de 2 horas. Duas sessões novas foram acrescentadas à etapa inicial, com intervenções que antes estavam nos primeiros encontros, e o treinamento dos facilitadores passou a incluir mais prática experiencial. A sessão 6 também foi reformulada. A versão atual está organizada em três etapas: compreensão da Terapia do Esquema e do funcionamento interno (sessões 1 a 5), mudança do modo de pensar, agir e sentir (sessões 6 a 10) e consolidação do adulto saudável afirmativo e da criança feliz (sessões 11 e 12). O programa foi publicado em manual, disponível em português e em inglês (Cardoso & Braga, 2025), que detalha cada sessão e as instruções para aplicar as técnicas.

Estudos em andamento visam a avaliação do programa em ensaios clínicos randomizados com amostra ampla e diversificada, permitindo generalização. Além disso, também se tem desenvolvido um instrumento que aborde especificamente o modo crítico (sociocultural opressor) internalizado. Novos estudos podem, (a) avaliar e desenvolver instrumentos para mensurar as facetas do adulto saudável afirmativo, (b) verificar a associação do modo critico (sociocultural opressor) internalizado com outros constructos internos e externos à terapia do esquema (p. ex., autoestima, imagem corporal, vergonha), (c) ampliar a discussão sobre fatores terapêuticos específicos ao trabalho em grupo com a diversidade sexual e de gênero, (d) testar os efeitos da intervenção com a população de pessoas trans e em diversidade de gênero, (e) avaliar os esquemas iniciais adaptativos da população, apoio social, fatores de resiliência e outros constructos positivos que podem ser relacionados à TE.

Declaração de Contribuição de Autoria CRediT

Ana Clara Gomes Braga: idealização, redação, revisão, análise, conceitualização, análise de dados. **Bruno Luiz Avelino Cardoso:** idealização, redação, revisão, análise, conceitualização e supervisão.

Declaração de Conflito de Interesses

Ana Clara Gomes Braga e Bruno Luiz Avelino Cardoso declaram não ter nenhum conflito de interesses.

Notas dos Autores

O texto deste manuscrito foi baseado na dissertação de mestrado de Ana Clara Gomes Braga, sob orientação de Bruno Luiz Avelino Cardoso. O trabalho foi defendido em 2024 junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais. O referido trabalho também foi apresentado no Congresso Wainer 2024 e no I Simpósio Mineiro de Terapia do Esquema 2023, sendo premiado em ambos como melhor trabalho acadêmico.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Referências

Braga, A. C. G. (2024). *PRISMAS: Construção e avaliação inicial de um programa de terapia do esquema e terapia afirmativa em grupo para pessoas LGB*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women.* Lexington Books.

Camp, J., Durante, G., Cooper, A., Smith, P., & Rimes, K. A. (2024). Clinical outcomes for sexual and gender minority adolescents in a dialectical behaviour therapy programme. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 52*(4), 337-355. https://doi.org/10.1017/S135246582400016X

Cardoso, B. L. A., & Braga, A. C. G. (2025). *The PRISMAS Group Therapy Handbook*: A brief intervention integrating affirmative and schema therapy for sexual and gender minorities. Springer.

Cardoso, B, L. A., & Braga, A. C. G. (2026a). PRISMAS: A brief group intervention integrating affirmative and schema therapy for LGBTQIA+ individuals. *Revista de Psicologia da IMED*, *17*(1), 154-171. https://doi.org/10.18256/2175-5027.2025.v17i1.5126

Cardoso, B. L. A., & Braga, A. C. G. (2026b). *Manual de terapia de grupo PRISMAS: intervenção breve integrando terapia do esquema e afirmativa para minorias sexuais e de gênero.* Artmed.

Cardoso, B. L. A., Lima, A. F. A., Costa, F. R. M., Loose, C., Liu, X., & Fabris, M. A. (2024). Sociocultural Implications in the Development of Early Maladaptive Schemas in Adolescents Belonging to Sexual and Gender Minorities. International journal of environmental research and public health, 21(8), 971. https://doi.org/10.3390/ijerph21080971

Cardoso, B. L. A., Paim, K., Catelan, R. F., & Liebross, E. H. (2022). Minority stress and the inner critic/oppressive sociocultural schema mode among sexual and gender minorities. *Current Psychology, 2022*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03086-y

Carvalho, A. V. de. (2024). Terapia do esquema: das contextualizações histórica e conceitual à teoria orientada ao futuro. In A. Rizzon (Org.), *Terapia do esquema: Base teórica e estratégias avançadas* (pp. 1-30). Sinopsys Editora.

Compton, E., & Morgan, G. (2022). The experiences of psychological therapy amongst people who identify as transgender ou gender non-conforming: A systematic review of qualitative research. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum, 34*(3-4), 225–248. https://doi.org/10.1080/08952833.2022.2068843

Costa, A. B., Paveltchuk, F. O., Lawrenz, P., Vilanova, F., Borsa, J. C., Damásio, B. F., Habigzang, L. F., & Nardi, H. C. (2020). Protocolo para avaliar o estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. Psico-USF, 25(2), 207-222. https://doi.org/10.1590/1413-82712020250201

Craig, S. L., Austin, A., & Alessi, E. J. (2019). Cognitive–Behavioral Therapy for Sexual and Gender Minority Youth Mental Health. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with*

sexual and gender minorities (pp. 25-50). Oxford University Press.

Craig, S. L., Leung, V. W. Y., Pascoe, R., Pang, N., Iacono, G., & Austin, A., Dillon, F. (2021). AFFIRM Online: Utilising an affirmative cognitive–behavioural digital intervention to improve mental health, access, and engagement among LGBTQA+ youth and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1541. https://doi.org/10.3390/ijerph18041541

Craig, S. L., Pascoe, R. V., Iacono, G., Pang, N., & Pearson, A. (2023). Assessing the fidelity of an affirmative cognitive behavioral group intervention. *Research on Social Work Practice, 33*(4), 375-389. https://doi.org/10.1177/10497315221110865

Craig, S. L., & Austin, A. (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review, 64,* 10.1016/j.childyouth.2016.02.022.

Damasceno, E. S. (2020). Adaptação e evidências de validade do Inventário de Modos Esquemáticos (Schema Mode Inventory) (SMI) para população brasileira [Master's dissertation, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. PUCRS Repository.

Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Wiley-Blackwell.

Ferrer-Urbina, R., Pardo, A., Arrindell, W. A., & Puddu-Gallardo, G. (2023). Comparison of false positive and false negative rates of two indices of individual reliable change: Jacobson-Truax and Hageman-Arrindell methods. *Frontiers in Psychology, 14,* 1132128. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1132128

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. Journal of Counseling Psychology, 56(1), 97–109. https://doi.org/10.1037/a0012844

Gmelin, J. H., De Vries, Y. A., Baams, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., Bunting, B., Cardoso, G., Florescu, S., Gureje, O., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Posada-Villa, J., Rapsey, C., Slade, T., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Kessler, R. C., & de Jonge, P. (2022). Increased risks for mental disorders among LGB individuals: Cross-national evidence from the World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 57*(11), 2319-2332. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02320-z

Hashemi, E., Rashidi Aghdam, M., Nasiri, L., & Ghasemi Bahrvanji, Z. (2021). The effectiveness of group schema therapy on aggression and life expectancy of sexual minorities diagnosed with bipolar disorder. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 320–336. https://doi.org/10.22034/aftj.2021.144777

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597

Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. Journal of Interpersonal Violence, 24(1), 54-74. doi:10.1177/0886260508316477

Hilden, H. M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R., & Isometsä, E. (2021). Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: A randomized pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry, 75*(3), 176-185. https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1826050

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*(4), 437–458. https://doi.org/10.1017/s1352465810000226

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Maciel, M. R., Pureza, J. da R., Pereira, A. S., & Cardoso, B. L. A. (2025). Relações entre Estresse de Minorias e Esquemas Iniciais Desadaptativos em Minorias Sexuais. *Interação em Psicologia*, *29*(2). https://doi.org/10.5380/riep.v29i2.95810

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research

evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38–56. https://doi.org/10.2307/2137286

Newcomb, M. E., & Feinstein, B. A. (2019). Evidence-based approaches for sexual health and substance use problems in sexual and gender minority youth. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 51-73). Oxford University Press.

Pachankis, J. E. (2018). The scientific pursuit of sexual and gender minority mental health treatments: Toward evidence-based affirmative practice. *American Psychologist, 73*(9), 1207. https://doi.org/10.1037/amp0000357

Pachankis, J. E., & Safren, S. A. (2019). Adapting evidence-based practice for sexual and gender minorities: The current state and future promise of scientific and affirmative treatment approaches. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 3-24). Oxford University Press.

Pantalone, D. W., Sloan, C. A., & Carmel, A. (2019). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder and suicidality among sexual and gender minority individuals. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 408-429). Oxford University Press.

Patias, N. D., Machado, W. de L., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. (2016). Adaptação e validação da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) para o Português brasileiro. *Psico-USF, 21*(3). https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302

Paveltchuk, F. de O., & Borsa, J. C. (2019). Homofobia internalizada, conectividade comunitária e saúde mental em uma amostra de indivíduos LGB brasileiros. *Avances en Psicología Latinoamericana, 37*(1), 47-61. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6155

Peixoto, E. M., Oliveira, K. S., Campos, C. R., Gagnon, J., Zanini, D. S., Nakano, T. C., & Bueno, J. M. H. (2021). DASS-21: Assessment of psychological distress through the bifactor model and item analysis. *Psico-USF, 26*(4), 757-769. https://doi.org/10.1590/1413-82712021260413

Pires, P., Filgueiras, A., Ribas, R., & Santana, C. (2013). Positive and Negative Affect Schedule: Psychometric properties for the Brazilian Portuguese version. *Spanish Journal of Psychology, 16,* e58. https://doi.org/10.1017/sjp.2013.60

Radford, G., Byrne, J., Staiger, P., & Karantzas, G. (2024). Unmet needs, minority stress and mental health outcomes among transgender individuals: the mediating role of schema domains. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*: e2983. https://doi.org/10.1002/cpp.2983

Rizzon, A., Kroeff, S., & Mansur-Alves, M. (2024). O papel do temperamento na formação dos esquemas. In A. Rizzon (Org.), *Terapia do esquema: Base teórica e estratégias avançadas* (pp. 51-72). Sinopsys.

Rodriguez-Seijas, C., Burton, C. L., & Pachankis, J. E. (2019). Transdiagnostic approaches to improve sexual minority individuals' co-occurring mental, behavioral, and sexual health. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 457-476). Oxford University Press.

Roediger, E., Zarbock, G., Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., & Arntz, A. (2020). The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: A clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy, 35*(3), 320–337. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411

Safren, S. A., & Rogers, T. (2001). Cognitive–behavioral therapy with gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 57*(5), 629–643. https://doi.org/10.1002/jclp.1037

Skinta, M. D., Hoeflein, B., & Ryu, D. (2019). Acceptance, vulnerability, and compassion: Contextual behavioral approaches for sexual and gender minority clients. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 381-407). Oxford University Press.

Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice, 22,* 481-490. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006

Smith, N. G., Hart, T. A., Moody, C., Willis, A. C., Andersen, M. F., Blais, M., & Adam, B. (2016). Project pride: A cognitive-behavioral group intervention to reduce HIV risk behaviors among HIV-negative young gay and bisexual men. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*(3), 398–411. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.08.006

Smolenski, D. J., Diamond, P. M., Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (2010). Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the Reactions to Homosexuality Scale. Journal of Personality Assessment, 92, 568-576. doi:10.1080/00223891.2010.513300

Souza, L. H., Damasceno, E. S., Ferronatto, F. G., & Oliveira, M. S. (2020). Adaptação brasileira do questionário de esquemas de Young – versão breve (YSQ-S3). *Avaliação Psicológica, 19*(4), 451-460. https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.17377.11

Stitt, A. L. (2014). The cat and the cloud: ACT for LGBT locus of control, responsibility, and acceptance. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 8*(3), 282–297. https://doi.org/10.1080/15538605.2014.933469

Wallace, B. C., & Santacruz, E. (2017a). Challenges in moving toward the resolution, reduction, and elimination of health disparities for LGBT populations. In R. Ruth & E. Santacruz (Eds.), *LGBT psychology and mental health: Emerging research and advances* (pp. 197-216). Praeger.

Wallace, B. C., & Santacruz, E. (2017b). Addictions and substance abuse in the LGBT community: New approaches. In R. Ruth & E. Santacruz (Eds.), *LGBT psychology and mental health: Emerging research and advances* (pp. 153-176). Praeger.

Wallace, B. C., & Santacruz, E. (2017c). Health disparities and LGBT populations. In R. Ruth & E. Santacruz (Eds.), *LGBT psychology and mental health: Emerging research and advances* (pp. 177-196). Praeger.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063

Watson, R. J., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2016). Sources of social support and mental health among LGB youth. *Youth & Society*. https://doi.org/10.1177/0044118x16660110

White, R. (2013). The globalisation of mental illness. *The Psychologist, 26*(3), 182–185.

Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire - Short form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

Young, J., et al. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute.

Ziegler, A., & Vens, M. (2010). Generalized estimating equations: Notes on the choice of the working correlation matrix. *Methods of Information in Medicine, 49*(5), 421-425. https://doi.org/10.3414/ME10-01-0026