

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

# Princípios clínicos para a psicoterapia afirmativa com pessoas LGBTQIA+

Lucas Liberato Lameira Lourenço

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16017>

Submetido em: 2026-05-01

Postado em: 2026-06-30 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

**Princípios clínicos para a psicoterapia afirmativa com pessoas LGBTQIA+**

**Clinical Principles for Affirmative Psychotherapy with LGBTQIA+ People**

**Principios clínicos para la psicoterapia afirmativa con poblaciones LGBTQIA+**

**Lucas Liberato Lameira Lourenço**

Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brasil

[lattes.cnpq.br/1309003950414519](https://lattes.cnpq.br/1309003950414519)

[orcid.org/0009-0000-0583-749X](https://orcid.org/0009-0000-0583-749X)

[lucasliberatopsi@gmail.com](mailto:lucasliberatopsi@gmail.com)

## **Resumo**

Este artigo propõe nove princípios clínicos para orientar a psicoterapia afirmativa com pessoas LGBTQIA+. Parte-se da compreensão de que essa população não constitui um grupo homogêneo, mas um conjunto de trajetórias marcadas por estigmatização e regulação normativa. Trata-se de um ensaio teórico-clínico fundamentado em revisão narrativa da literatura, que articula teoria do estresse de minoria, diretrizes profissionais, produção em terapia afirmativa, estudos empíricos sobre mecanismos de mudança e referenciais queer e decoloniais. A proposta organiza princípios voltados à formulação do caso, à relação terapêutica e ao horizonte do cuidado, incluindo despatologização ativa, contextualização pelo estresse de minoria, interseccionalidade, validação ativa, trabalho clínico com vergonha e estigma internalizado, ampliação segura de repertórios, pertencimento, escuta da experiência erótica e afetiva e consideração das dimensões de futuro, esperança e agência. O artigo não apresenta um protocolo de tratamento, mas uma linguagem clínica destinada a mediar a passagem entre o arcabouço ético-normativo das diretrizes afirmativas e as decisões cotidianas da psicoterapia. Argumenta-se que uma psicoterapia afirmativa requer tratar a heterogeneidade interna da população LGBTQIA+ como dado clínico central, evitando tanto a importação acrítica de modelos produzidos em contextos distintos quanto a redução do sofrimento à orientação sexual ou à identidade de gênero.

**Palavras-chave:** psicoterapia afirmativa; população LGBTQIA+; estresse de minoria; interseccionalidade; saúde mental

## **Abstract**

This article proposes nine clinical principles to guide affirmative psychotherapy with LGBTQIA+ people. It is grounded in the understanding that these populations are not homogeneous, but comprise diverse trajectories shaped by stigma and normative regulation of sexuality and gender. This theoretical-clinical essay is based on a narrative literature review integrating minority stress theory, professional guidelines, affirmative psychotherapy scholarship, empirical studies on mechanisms of change, and queer and decolonial frameworks.

The proposed principles address case formulation, the therapeutic relationship, and the broader horizon of care, including active depathologization, minority stress-informed contextualization, intersectionality, active validation, clinical work with shame and internalized stigma, safe expansion of behavioral repertoires, belonging and relational contexts, attention to erotic and affective experience, and the consideration of future, hope, and agency.

Rather than presenting a treatment protocol, the article offers a clinical framework designed to bridge the gap between ethical guidelines and everyday psychotherapeutic decision-making. It argues that affirmative psychotherapy should treat the internal heterogeneity of LGBTQIA+ people as a central clinical feature, avoiding both the uncritical transfer of models developed in different sociocultural contexts and the reduction of distress to sexual orientation or gender identity.

**Keywords:** affirmative psychotherapy; LGBTQIA+; sexual and gender minorities; minority stress; mental health

## Resumen

Este artículo propone nueve principios clínicos para orientar la psicoterapia afirmativa con personas LGBTQIA+. Parte de la comprensión de que esta población no es homogénea, sino que está compuesta por trayectorias diversas marcadas por la estigmatización y la regulación normativa de la sexualidad y el género. Se trata de un ensayo teórico-clínico basado en una revisión narrativa de la literatura que articula la teoría del estrés de minorías, directrices profesionales, producción en psicoterapia afirmativa, estudios empíricos sobre mecanismos de cambio y marcos queer y decoloniales.

La propuesta organiza principios orientados a la formulación del caso, la relación terapéutica y el horizonte del cuidado, incluyendo despatologización activa, contextualización desde el estrés de minorías, interseccionalidad, validación activa, trabajo clínico con la vergüenza y el estigma internalizado, ampliación segura de repertorios conductuales, pertenencia y vínculos, escucha de la experiencia erótica y afectiva, y consideración de las dimensiones de futuro, esperanza y agencia.

El artículo no presenta un protocolo de tratamiento, sino un marco clínico destinado a mediar entre las directrices éticas y la toma de decisiones en la práctica psicoterapéutica. Se argumenta que la psicoterapia afirmativa debe considerar la heterogeneidad interna de las poblaciones LGBTQIA+ como un elemento clínico central, evitando tanto la transferencia acrítica de modelos desarrollados en otros contextos socioculturales como la reducción del sufrimiento a la orientación sexual o la identidad de género.

**Palabras clave:** psicoterapia afirmativa; LGBTQIA+; estrés de minorías; interseccionalidad; salud mental

## 1. Introdução

Quem atualmente nomeamos como pessoas LGBTQIA+ não constitui um grupo homogêneo, mas um conjunto de sujeitos cujos afetos, identidades e práticas escapam, de diferentes formas, às normas cisgênero e heterossexuais dominantes. Mais do que uma classificação identitária, o termo refere-se a trajetórias moldadas por processos de estigmatização e regulação normativa da sexualidade e do gênero.

Neste trabalho, a sigla é utilizada como categoria analítica para designar essa diversidade de experiências relacionadas à orientação sexual, identidade e expressão de gênero e características sexuais, sem pressupor uniformidade de vivências, uma vez que essas experiências são moduladas por raça, classe, gênero, território, sorologia e religiosidade (APA, 2012, 2021; Crenshaw, 1989; Meyer, 2003). Reconhecer essa heterogeneidade interna importa clinicamente. Basta pensar que uma mulher trans negra em uma capital, um jovem gay branco em interlocução com a religiosidade evangélica de sua família no interior, um gay indígena em retomada identitária após migração e uma lésbica idosa em contexto rural se encontram todas sob a sigla LGBTQIA+, mas as condições materiais e simbólicas que produzem sofrimento e em que podem encontrar cuidado são tão distintas que tratá-las como população única é, em si, gesto de apagamento.

A teoria queer brasileira contribui para esse reconhecimento ao deslocar a sexualidade do registro da identidade individual para o campo das normas que definem quais formas de vida se tornam inteligíveis, toleráveis ou desviantes (Miskolci, 2009). Essa leitura permite compreender que o sofrimento clínico não decorre apenas da rejeição explícita, mas também de formas de reconhecimento condicionadas à conformidade. Em chave complementar, a crítica à homonormatividade e ao homonacionalismo mostra que a visibilidade LGBT, quando convertida em modelo universal de legitimidade, pode produzir novas exclusões sobre sujeitos que não se ajustam às formas dominantes de identidade, respeitabilidade e pertencimento comunitário (Duggan, 2002; Puar, 2007).

O cenário contemporâneo combina conquistas em visibilidade social e reconhecimento jurídico com índices persistentes de violência. O Brasil ocupa há mais de uma década a posição de país com maior número de assassinatos de pessoas trans no mundo (Transgender Europe, 2023), com crescimento de registros de violência em todas as expressões (IPEA & Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023; Grupo Gay da Bahia, 2025). No âmbito da Psicologia, o paradoxo se reproduz nas condições concretas de atendimento. Resoluções e diretrizes recusam a patologização de orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes (CFP, 1999, 2018, 2022, 2023), mas persistem experiências

de preconceito e despreparo profissional que comprometem a aliança terapêutica e os desfechos clínicos (APA, 2012, 2021; O'Shaughnessy & Speir, 2018). Estudos brasileiros mostram que a ausência declarada de preconceito não é condição suficiente, com parcela relevante de profissionais mantendo atitudes corretivas associadas a formação cisheterocentrada e a crenças sobre causalidade da homossexualidade (Gaspodini & Falcke, 2018; Vezzosi et al., 2019). Diretrizes éticas, ainda que indispensáveis, não bastam para orientar o que acontece dentro da sessão.

Compreender esse sofrimento sem atribuí-lo à identidade LGBTQIA+ em si requer o deslocamento que a teoria do estresse de minoria formalizou. Pessoas pertencentes a minorias sexuais estão expostas a estressores adicionais relacionados ao estigma social, que incluem eventos externos de discriminação e processos internos como expectativa de rejeição, ocultação e internalização do estigma (Meyer, 2003), e esses processos se inscrevem em padrões de pensamento, regulação emocional e vínculos que tendem a se manter ao longo do tempo (Hatzenbuehler, 2009).

A terapia afirmativa emerge como resposta a esse cenário, consolidando-se como campo ético-clínico transversal capaz de informar diferentes referenciais teóricos sem constituir uma abordagem fechada com técnicas e procedimentos próprios (Langdrige, 2007).

No contexto brasileiro, esse desafio ganha contornos específicos que tornam insuficiente a transferência direta de práticas desenvolvidas em outros contextos, especialmente no Norte global. O país combina relativa liberalidade em centros urbanos com formas difusas de estigma que operam por microagressões e por aceitação condicionada à conformidade. As relações familiares, marcadas pela intensidade dos vínculos e pela permanência prolongada no ambiente doméstico, fazem da afirmação identitária um processo que ocorre frequentemente em campo relacional ambivalente, no qual o que pode ser compartilhado e vivido precisa ser continuamente negociado. Sistemas religiosos participam ora da produção de culpa, ora da oferta de pertencimento e organização de sentido, e seus efeitos clínicos não são presumíveis de antemão.

Borges (2009) produziu a sistematização pioneira para o atendimento de gays, lésbicas e bissexuais, no Brasil, abrindo caminho para desdobramentos em diferentes referenciais (Leite & Catelan, 2020; Melo & Morato, 2022) e para revisões do campo (Santos & Von Hohendorff, 2024). Damaceno Netto e Rasera (2024), em análise comparativa de normativas profissionais ao redor do mundo, identificaram convergências em torno da conscientização e da postura afirmativa do profissional, evidenciando simultaneamente a

lacuna que este artigo procura ocupar, nomeadamente, a ausência de uma camada de tradução clínica desses princípios para o que acontece no setting terapêutico.

Marcadores como raça, classe, território, sorologia e rede de apoio modificam radicalmente o que é possível em termos de expressão e acesso ao cuidado (CFP, 2023; Crenshaw, 1989). A transferência de práticas alheias à realidade brasileira tende a tratar visibilidade pública, assertividade identitária e revelação ("sair do armário", "coming out") como metas centrais, produzindo, quando aplicada sem mediação, intervenções iatrogênicas para clientes em que a modulação da visibilidade ainda opera como proteção legítima (Rossone de Paula, 2021).

Diante desse cenário, este artigo configura-se como ensaio teórico-clínico que, por meio de síntese narrativa da literatura, organiza princípios norteadores para uma psicoterapia afirmativa com pessoas LGBTQIA+ no Brasil. A proposta não é apresentar um protocolo de tratamento nem uma nova abordagem psicoterapêutica, mas sistematizar orientações capazes de qualificar o raciocínio clínico, a escuta terapêutica e a formulação de caso em diferentes referenciais teóricos, buscando contribuir para preencher o hiato entre o arcabouço ético-normativo das diretrizes e a prática clínica cotidiana.

## **2. Fundamentos conceituais**

A retirada da homossexualidade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em 1973 (APA, 1973) não foi apenas uma revisão nosológica, mas o reconhecimento de que categorias diagnósticas podem funcionar como instrumentos de regulação social. A patologização das identidades sexuais e de gênero dissidentes não decorreu de evidência clínica, mas de normas culturais codificadas em diagnóstico. Malyon (1982) formalizou as consequências clínicas desse deslocamento ao propor que a psicoterapia com pessoas homossexuais deveria deixar de tomar a orientação sexual como problema a ser corrigido e passar a compreender o sofrimento do cliente a partir das condições em que sua identidade se desenvolveu.

Esse continua sendo o gesto fundador da clínica afirmativa, ir além da nomeação clínica, fazendo dela um uso cauteloso, atento ao histórico de patologização e às formas contemporâneas em que persiste. No Brasil, essa orientação ganhou expressão normativa progressiva por meio das resoluções do CFP (1999, 2018, 2022, 2023), articulando a recusa à patologização com a responsabilidade ética de uma prática comprometida com a dignidade e os direitos humanos das pessoas LGBTQIA+.

A teoria do estresse de minoria (Meyer, 2003) forneceu a esse deslocamento uma formalização conceitual robusta. Meyer demonstrou que pessoas pertencentes a minorias sexuais estão expostas a estressores específicos que se acrescentam aos estressores gerais da vida, organizados em duas categorias. Os estressores distais, relativamente independentes da subjetividade do indivíduo, incluem eventos discriminatórios, microagressões e violência. Os estressores proximais se desenvolvem internamente a partir da experiência de estigma, manifestando-se como expectativa de rejeição, vigilância constante, ocultação da identidade e internalização do preconceito. Padrões como inibição, evitação ou hipervigilância podem ser fenomenologicamente similares aos de outros quadros, mas têm origens, funções e significados distintos quando lidos a partir de uma trajetória de exposição a estressores de minoria. O sofrimento não decorre da identidade, mas das condições históricas e relacionais em que ela se constituiu.

Hatzenbuehler (2009) aprofundou esse modelo ao descrever os processos psicológicos mediadores pelos quais o estigma afeta a saúde mental. Entre esses processos mediadores estão a desregulação emocional, a ruminação, os esquemas negativos de si, o isolamento social e as dificuldades de regulação interpessoal. Esses processos não se manifestam apenas como reações a eventos discriminatórios pontuais, mas como padrões consolidados que organizam a forma como a pessoa se percebe, antecipa relações e regula afetos ao longo do tempo. Pachankis e colaboradores (2015, 2022) avançaram nessa direção ao identificar mecanismos transdiagnósticos comuns entre populações LGBTQIA+, particularmente a vergonha associada à identidade, a ocultação como estratégia de proteção e o conflito entre identidade e contexto relacional, propondo que intervenções que levam a mudanças positivas precisam operar diretamente sobre esses mecanismos, independentemente do referencial teórico do terapeuta. A eficácia documentada desses modelos não está em questão. O que a aplicação direta ao contexto brasileiro não garante é a leitura das condições nas quais cada mecanismo opera. Quando a ocultação das identidades de minorias sexuais é identificada como mecanismo a ser trabalhado, a direção implícita é a de maior abertura. Mas propor essa direção sem ler a configuração específica do cliente, por exemplo, sem considerar se ele é negro num espaço majoritariamente branco, economicamente dependente de pessoas que não podem conhecer sua sexualidade, ou pertencente a uma comunidade que lê identidade de gênero de formas que conflitam com os marcos urbanos LGBTQIA+, é intervir sobre o mecanismo certo na direção errada. O que a atenção à heterogeneidade interna modifica não é o diagnóstico do mecanismo, mas a capacidade de ler para qual direção de mudança, para este cliente, é possível e segura. Burger e Pachankis (2024) aprofundaram a atenção à vergonha

como processo clínico autônomo, distinguindo sua função protetora original de seus efeitos restritivos sobre a vida relacional e afetiva ao longo do tempo.

Esse aparato conceitual foi desenvolvido majoritariamente em contextos do Norte global, a partir de populações predominantemente brancas, urbanas e com acesso a formas institucionalizadas de visibilidade. Sua aplicação exige mediação crítica, que referenciais decoloniais e queer têm produzido. A noção de interseccionalidade, formulada por Crenshaw (1989), designa o modo como sistemas de opressão (raça, gênero, classe, entre outros) não operam de forma isolada, mas se sobrepõem e se constituem mutuamente, produzindo formas de subordinação que não são redutíveis à soma de cada eixo separado. A metáfora original, formulada em 1989, é a de um cruzamento de vias. Quem está na interseção pode ser atingido por tráfego vindo de múltiplas direções ao mesmo tempo, e o dano resultante não pode ser atribuído a uma única via sem distorcer o que de fato ocorreu.

Este conceito é indispensável para a clínica afirmativa brasileira porque evidencia que a experiência de ser uma pessoa LGBTQIA+ negra, pobre, religiosa ou do interior não é a soma de experiências separadas, mas uma configuração específica cujos efeitos sobre o sofrimento e sobre o acesso ao cuidado precisam ser compreendidos em sua singularidade. Miskolci (2009), no contexto da teoria queer brasileira, contribuiu para esse reconhecimento ao mostrar como a normalização da sexualidade opera de formas distintas no Brasil, onde a liberalidade em relação ao desejo coexiste historicamente com o não reconhecimento das identidades, produzindo uma forma particular de violência que não se expressa necessariamente como hostilidade declarada.

O pensamento queer aprofunda essas formulações ao recusar qualquer naturalização das categorias identitárias, incluindo as que organizam a própria noção de minoria sexual. Como categoria teórica, queer designa não uma identidade alternativa estável, mas a relação crítica que sujeitos ou práticas mantêm com os regimes de normalização sexual e de gênero (Butler, 1990). Queerness nomeia o modo de existência que emerge dessa posição de fricção com a norma.

A percepção de que a norma, o que está dado, não inclui as realidades das minorias sexuais tem consequências diretas na forma como essas pessoas se relacionam com imagens de futuro possíveis para si mesmas. Assim, a dimensão temporal também emerge como campo teórico com implicações clínicas que a literatura afirmativa ainda explora de forma incipiente.

Muñoz (2009) propôs a futuridade queer como categoria para descrever a capacidade de imaginar mundos possíveis que ainda não existem, em resistência à lógica imposta pela

cisheteronormatividade. A futuridade queer é a orientação política e afetiva pela qual o presente normativo nunca é suficiente, e o horizonte utópico funciona como princípio crítico de recusa daquilo que existe. Muñoz pensa queerness em sua dimensão temporal e utópica; Butler a articula à performatividade e à precariedade dos gêneros; Sedgwick a formula como categoria epistemológica que reorganiza o modo como sabemos e não sabemos sobre sexualidade (Sedgwick, 1990).

O que esses usos têm em comum é que queer e queerness não resolvem a diferença em identidade coerente, mas a mantêm aberta como problema produtivo. A queerness, nesse quadro, não é um estado já alcançado, mas uma potencialidade que habita o futuro, e a tarefa política consiste em manter viva essa tensão entre o que é e o que ainda não é, sem resolver prematuramente a abertura que ela sustenta. Rossone de Paula (2021), articulando essa perspectiva com Achille Mbembe, descreveu como práticas cotidianas produzem apagamento sistemático de certos corpos dos imaginários aceitáveis de futuro, com efeitos concretos sobre a capacidade de se imaginar existindo e sobre as decisões tomadas no presente.

Para a clínica, essa articulação situa a questão do futuro além de um mero tema de planejamento ou de autoajuda, mas como dimensão do sofrimento e do próprio processo terapêutico. A dificuldade de imaginar futuro pode expressar não apenas uma característica psicológica individual, mas a consequência de uma exclusão estrutural dos imaginários coletivos. Estudos empíricos recentes que identificam a esperança como mecanismo de mudança terapêutica em populações LGBTQIA+ (Craig et al., 2025) sugerem que o registro político e o clínico não são excludentes, mas operam em planos complementares que a proposta deste artigo procura articular.

### **3. Procedimentos metodológicos**

Este artigo configura-se como ensaio teórico-clínico de natureza interpretativa, modalidade adequada quando o problema investigado é conceitual e clínico e quando o objetivo é gerar nova síntese a partir de referenciais de origens distintas, não levantar ou agregar evidências quantitativas (Meneghetti, 2011). A pergunta que organiza o trabalho — que princípios podem orientar o raciocínio clínico de psicoterapeutas brasileiros no atendimento afirmativo a pessoas LGBTQIA+ — demanda articulação reflexiva entre teoria, evidência empírica e experiência clínica sistematizada, combinação que exige procedimentos interpretativos em vez de revisão sistemática.

A base documental foi construída em estratos, com critérios distintos de inclusão, priorizando fontes capazes de articular fundamento conceitual, evidência empírica e relevância para o contexto brasileiro. A identificação dos documentos não seguiu protocolo sistemático de busca, caracterizando-se como revisão narrativa construída ao longo do tempo a partir da articulação entre prática clínica e acompanhamento continuado da literatura. Foram consultadas bases de dados acadêmicas nacionais e internacionais, como SciELO, PePSIC, PubMed e Google Scholar, além de documentos normativos institucionais, incluindo resoluções e referências técnicas do Conselho Federal de Psicologia e diretrizes da American Psychological Association (APA, 2012, 2021; CFP, 1999, 2018, 2022, 2023). Também foram mobilizadas referências indicadas em revisões anteriores e textos teóricos considerados fundantes para o campo.

Compõem essa base marcos teóricos fundadores (Malyon, 1982; Meyer, 2003; Pachankis, 2015), estudos empíricos sobre mecanismos psicológicos mediadores e intervenções afirmativas publicados nos últimos quinze anos (Newcomb & Mustanski, 2010; Pachankis et al., 2015, 2022; Burger & Pachankis, 2024), produção brasileira em terapia afirmativa e saúde mental LGBTQIA+ no mesmo período (Borges, 2009; Leite & Catelan, 2020; Melo & Morato, 2022; Santos & Von Hohendorff, 2024), além de referenciais críticos e queer (Butler, 1990; Miskolci, 2009; Muñoz, 2009; Rossone de Paula, 2021), que permitem problematizar a transferência direta de modelos produzidos no Norte global. A seleção dos materiais foi orientada por critérios de relevância teórica, atualidade e aderência à prática clínica com pessoas LGBTQIA+.

Diferentemente de revisões sistemáticas, a revisão narrativa orienta-se por relevância teórica e capacidade de contribuição conceitual, sendo adequada quando o objetivo é compreender e articular um campo, em vez de mapear exaustivamente sua produção (Rother, 2007). A experiência clínica e de supervisão do autor cumpre, nesse contexto, função heurística, operando como espaço de teste das categorias propostas, identificação de redundâncias e lacunas e verificação de plausibilidade clínica dos princípios. Essa função aproxima-se do que Schön (1983) descreveu como reflexão-na-ação e reflexão-sobre-a-ação, reconhecendo o conhecimento do praticante como forma legítima de saber profissional, assumido aqui como condição de possibilidade do trabalho.

As vinhetas clínicas que ilustram a aplicação dos princípios foram compostas a partir de situações clínicas reais, modificadas e combinadas com finalidade exclusivamente ilustrativa,

de modo a garantir o sigilo profissional em conformidade com as normativas éticas vigentes e impedir a identificação de quaisquer indivíduos. Elas não constituem estudo de caso nem demonstração de eficácia, mas ilustrações do raciocínio clínico mobilizado pelos princípios em configurações distintas. Este estudo não envolveu coleta de dados primários nem utilização de bases de dados empíricas.

Os limites do trabalho precisam ser nomeados com a mesma clareza com que informaram seu desenho. Como ensaio teórico-clínico, esta proposta não passou por estudo de implementação nem foi avaliada por profissionais em contextos distintos dos que a originaram. As vinhetas ilustram raciocínio clínico, não validam eficácia. A síntese narrativa está sujeita à seleção interpretativa do autor, e a experiência clínica e de supervisão que informa os princípios não constitui evidência sistemática. Essas limitações situam o artigo como contribuição ao campo, não como encerramento de um processo de validação.

#### **4. Princípios clínicos para uma psicoterapia afirmativa**

Os nove princípios organizados nesta seção são orientações para o raciocínio clínico, mobilizáveis em diferentes referenciais teóricos e calibráveis conforme o caso e o momento do trabalho. Não constituem protocolo de tratamento nem etapas de um processo sequencial. Estão agrupados em três blocos correspondentes a planos distintos da operação clínica, que o texto nomeia como formulação do caso, relação e manejo, e horizonte terapêutico.

O Quadro 1 apresenta cada princípio com sua pergunta norteadora, utilizável em sessão e em supervisão. Ao longo da seção, três casos clínicos compostos e anonimizados aparecem em fragmentos que ilustram os princípios em diferentes configurações.

Akin é um homem gay negro de 33 anos, filho de família pobre do interior, hoje oficial das Forças Armadas, em contínuo processo de ascensão social que aprofunda o deslocamento entre o mundo de origem e os espaços que passou a ocupar.

Helena é uma mulher trans de 62 anos que busca atendimento psicológico pela primeira vez após décadas de trajetória marcada por invalidação sistemática, com expectativas ambivalentes sobre o que o espaço terapêutico pode oferecer.

Iara é uma mulher lésbica, indígena, de 28 anos, em processo de retomada identitária após anos de vida em metrópole, navegando exigências conflitantes sobre expressão de si em diferentes contextos.

**Quadro 1. Princípios clínicos e perguntas norteadoras**

<b>Princípio</b>	<b>Pergunta norteadora</b>
<b>1. Despatologização ativa</b>	Como as categorias descritivas e diagnósticas que organizam minha leitura deste caso podem estar reproduzindo, implicitamente, avaliações sobre o que seria normal ou desejável?
<b>2. Estresse de minoria e contextualização</b>	Como as dificuldades do cliente se relacionam a padrões aprendidos em condições de exposição continuada ao estigma social?
<b>3. Interseccionalidade como eixo de leitura e decisão</b>	Como diferentes posições sociais se combinam para produzir a experiência singular deste cliente, e como isso informa tanto a reconstrução histórica do caso quanto às decisões de intervenção?
<b>4. Relação terapêutica e validação ativa</b>	Como a forma como o cliente se posiciona na relação terapêutica revela padrões aprendidos em outros contextos, e que condições preciso sustentar para que experiências silenciadas possam aparecer?
<b>5. Vergonha e estigma internalizado</b>	Onde a vergonha e o estigma internalizado organizam a experiência do cliente sem ser nomeados, e como é possível historicizá-los antes de propor sua revisão?
<b>6. Proteção, restrição e ampliação segura</b>	Que função protetora original esse padrão teve, onde ainda protege, onde passou a restringir, e que passo seria viável e significativo o suficiente para ampliar repertório sem desconsiderar os riscos e consequências concretos?
<b>7. Pertencimento e vínculos genuínos</b>	Em que relações o cliente precisa se reduzir ou ocultar para permanecer, onde encontra reconhecimento sem necessidade de contínua explicação de si, e que formas de pertencimento são possíveis nas suas condições atuais?

- 8. Escuta da experiência erótica e afetiva** Como o cliente aprendeu a relacionar desejo com risco, culpa ou julgamento, e que dimensões de sua experiência erótica e afetiva permanecem fora da formulação clínica apesar de influenciar o caso?
- 9. Futuro, esperança e agência** Como o cliente fala sobre o que pode existir para si, que possibilidades descarta antes de considerar, e como trabalhar o futuro sem transformar esperança em exigência de otimismo ou responsabilidade individual?

## **Formulação clínica**

### **Despatologização ativa**

A compreensão afirmativa do sofrimento começa por uma operação que vai muito além do acolhimento, exigindo uma revisão crítica das categorias com que o terapeuta lê o caso. Malyon (1982) identificou que a psicoterapia com pessoas homossexuais tendia a reproduzir, mesmo quando bem-intencionada, uma leitura do sofrimento como decorrente da orientação sexual, atribuindo à identidade o que era produto das condições em que ela se desenvolveu. Esse gesto permanece relevante porque a patologização contemporânea raramente se apresenta como tal. Manifesta-se, por exemplo, na busca por causas biológicas que expliquem a dissidência, na leitura da bissexualidade como indecisão ou instabilidade, ou na tendência a associar trauma à identidade como se um produzisse necessariamente o outro.

Helena, que buscou atendimento psicológico depois de décadas de trajetória permeada por laudos, protocolos e diagnósticos como condições de acesso ao próprio cuidado, chega ao espaço terapêutico com a expectativa consolidada de que sua identidade será objeto de avaliação.

A despatologização ativa não significa evitar toda nomeação clínica, mas perguntar continuamente se a categoria em uso está descrevendo as questões terapêuticas ou avaliando e definindo quem as carrega.

### **Estresse de minoria e contextualização**

O segundo princípio organiza a reconstrução histórica do sofrimento a partir das condições concretas em que ele se desenvolveu. A teoria do estresse de minoria (Meyer, 2003) fornece uma moldura que vai além da identificação de eventos discriminatórios, pois importa compreender como estressores distais e proximais se acumularam ao longo da

trajetória e se inscreveram em padrões que o cliente frequentemente não reconhece como relacionados à sua condição de minoria. Padrões de inibição, hipervigilância ou ocultação seletiva podem ter origens e significados muito distintos dos que teriam em outros contextos quando lidos a partir de uma história de exposição continuada ao estigma (Hatzenbuehler, 2009).

Akin, por exemplo, desenvolveu ao longo de anos a habilidade de ajustar o que de si mesmo apresenta conforme o contexto. Com a família de origem, oculta a sexualidade e modula a linguagem acadêmica que poderia soar como distanciamento; nos espaços militares, administra a presença do corpo negro e contém referências à origem; nas relações afetivas, navega a expectativa de ser lido sob estereótipos relacionados ao homem negro. Esse padrão é adaptação a condições que exigiram proteção contínua, não sinal de fragilidade constitutiva. A operação clínica é reconstruir essa história com o cliente de forma que os padrões passem a ter endereço histórico, não apenas presença sintomática.

### **Interseccionalidade como eixo de leitura e decisão**

O terceiro princípio opera em dois momentos distintos, frequentemente tratados como variações do mesmo movimento clínico. O primeiro é a formulação histórica do caso, que busca compreender como raça, classe, gênero, território, religiosidade e outros marcadores se combinaram ao longo da trajetória para produzir experiências que nenhuma dessas dimensões, isolada, explicaria (Crenshaw, 1989).

O segundo é a decisão clínica em ato, que avalia que intervenções são viáveis, oportunas e seguras dadas as condições atuais de vida do cliente. A distinção importa porque formular historicamente não é o mesmo que decidir clinicamente. A primeira informa a compreensão do sofrimento; a segunda governa o que se faz diante dele, e as duas podem apontar em direções que precisam ser calibradas.

No caso de Akin, a formulação histórica revela um deslocamento que não é redutível a nenhuma das dimensões que o compõem. Não é apenas a experiência de ser negro em espaços brancos, nem apenas a de ser gay sem rede de apoio consolidada, mas a configuração específica produzida pela sobreposição dessas condições num processo de mobilidade social, que constitui uma experiência singular distinta de qualquer uma delas separadamente. A decisão clínica, nesse mesmo caso, precisará considerar que intervenções orientadas a maior visibilidade identitária podem desconsiderar os custos reais que esse movimento teria em contextos onde Akin ainda depende de relações que exigem determinadas formas de discrição.

Para Iara, nenhum dos espaços disponíveis oferece reconhecimento integral. Os coletivos LGBTQIA+ urbanos podem não contemplar a dimensão indígena, e as comunidades de retomada podem não contemplar a identidade lésbica.

A interseccionalidade como operação clínica contínua significa perguntar, em cada momento do processo, o que é possível para este cliente nestas condições, sem transformar as condições em justificativa para a inação.

## **Relação e manejo**

### **Relação terapêutica e validação ativa**

Para muitos clientes LGBTQIA+, o espaço terapêutico não é inicialmente experimentado como lugar de segurança, mas como mais uma instância em que a identidade pode ser submetida a avaliação. Helena chega ao atendimento com décadas de relações com sistemas de cuidado que a posicionaram como objeto de diagnóstico e medicalização, e a forma como regula inicialmente o que compartilha, verificando a reação do terapeuta antes de avançar, não é mera resistência, mas possivelmente memória de contextos em que a auto-exposição produziu consequências indesejadas. O vínculo terapêutico precisa, portanto, ser constituído com atenção a essa história, oferecendo consistência e cuidado como condições que precedem o trabalho com padrões problemáticos (Israel et al., 2019; O'Shaughnessy & Speir, 2018). O vínculo tampouco se limita à função de campo de segurança, pois cumpre também o papel de espaço de observação clínica.

A forma como o cliente se posiciona na relação, o que revela e o que protege, frequentemente reproduz padrões aprendidos em outros contextos, e isso é dado clínico relevante. A validação ativa, operação técnica específica dentro desse vínculo, consiste em nomear experiências que o cliente apresenta como irrelevantes ou narra sem afeto, mas que parecem organizar parte do sofrimento, criando condições para que sejam incluídas na formulação sem cristalizar na posição de vítima (Linehan, 1993). Validar é reconhecer a inteligibilidade, a origem e o contexto de uma experiência, sem concordar com toda interpretação que o cliente faz dela nem substituir o trabalho clínico por aprovação genérica.

### **Vergonha e estigma internalizado**

A vergonha raramente chega nomeada. Manifesta-se como convicção de que não se merece amor ou de que a presença em certos espaços precisa ser continuamente justificada; aparece no controle excessivo do corpo, na exigência de impecabilidade que nenhuma

realização parece satisfazer. O estigma internalizado, tal como formalizado por Meyer (2003) e Hatzenbuehler (2009), é o processo pelo qual mensagens externas de desvalorização se tornam estruturas internas de auto-avaliação, frequentemente sem que o sujeito reconheça sua origem histórica e social.

Burger e Pachankis (2024) demonstraram que a vergonha associada à identidade LGBTQIA+ opera como processo clínico autônomo, com efeitos sobre a regulação emocional, os vínculos afetivos e a capacidade de buscar cuidado. A operação clínica é identificar onde a vergonha organiza a experiência do cliente e historicizá-la, situando-a em relações e contextos concretos antes de propor qualquer revisão.

Para Akin, as origens da vergonha se sobrepõem sem se cancelar. A da origem pobre, percebida nos espaços profissionais mesmo quando não nomeada; a da sexualidade, que a família de origem e os colegas de trabalho "não podem" conhecer; a do próprio deslocamento, a sensação de ser estrangeiro em todos os contextos sem ser reconhecido como tal em nenhum. Historicizar essas camadas não é propor que o cliente as abandone, mas que compreenda de onde vieram, o que protegem e o que custam agora.

### **Proteção, restrição e ampliação segura**

Antes de classificar um padrão como evitação ou restrição, o raciocínio clínico afirmativo pergunta que função ele teve quando começou a se formar e em quais contextos atuais ainda cumpre papel protetor. Para muitas pessoas LGBTQIA+, padrões de ocultação, discrição ou modulação de visibilidade foram respostas adaptativas a condições que exigiam proteção, e tratá-los diretamente como disfunção ignora essa função histórica (Pachankis et al., 2015). A distinção clínica que este princípio organiza, entre proteção e restrição, reconhece que o mesmo padrão pode proteger em um contexto e restringir em outro. A questão não é eliminá-lo, mas compreender onde passou a operar de forma automática em situações que já não exigem o mesmo.

Iara alterna entre contextos que permitem maior expressão de sua identidade lésbica e contextos em que essa expressão exigiria uma negociação de custos que, nas condições atuais, não é viável. Essa alternância é estratégica, não incoerente ou meramente evitativa no sentido estrito. A ampliação segura de repertórios opera sobre o que já existe, acompanhando a variação progressiva de respostas em situações que antes admitiam apenas uma, e reconhecendo que padrões antigos e novos podem coexistir por tempo considerável sem que isso configure fracasso.

A palavra segura é central porque ampliação que desconsidere os riscos concretos da vida do cliente, incluindo dependência econômica, rede de apoio disponível e marcadores como raça, classe e território, pode produzir intervenções iatrogênicas mesmo quando bem fundamentada teoricamente (CFP, 2023; Pachankis et al., 2022).

## **Horizonte terapêutico**

### **Pertencimento e vínculos genuínos**

O pertencimento é uma dimensão clínica que a terapia afirmativa precisa avaliar com cuidado para não reproduzir os mesmos equívocos que critica. Suporte social e conexão comunitária estão associados a melhores desfechos em saúde mental de pessoas LGBTQIA+ (O'Shaughnessy & Speir, 2018), mas as comunidades LGBTQIA+ não são imunes a dinâmicas de exclusão internas, como racismo, transfobia e gordofobia, e as famílias de origem podem oferecer aceitação condicionada à discrição e conformidade a formas mais palatáveis de expressão identitária. A operação clínica é avaliar com o cliente que formas de pertencimento são possíveis e suficientemente seguras, e quais delas o cliente de fato deseja, sem idealizar nenhum contexto como necessariamente acolhedor nem impor reconciliação ou rompimento como desfechos esperados.

Para Akin, pertencer integralmente a qualquer contexto implica custos que variam conforme o espaço. Com a família e no trabalho, a sexualidade precisa ser ocultada; nos espaços militares, a origem e a presença do corpo negro em posição de autoridade precisam ser administradas; nos coletivos LGBTQIA+, as dimensões racial e de classe, frequentemente apagadas, precisam ser negociadas. A questão clínica não é onde ele deveria pertencer ou que espaços ocupar, simplesmente, mas quais vínculos permitem que algo de si que importa seja reconhecido, e a que custo.

Para Iara, nenhum dos espaços disponíveis oferece reconhecimento integral. Os coletivos LGBTQIA+ de seu espaço urbano podem não contemplar a dimensão indígena, sendo predominantemente ocupados por pessoas brancas, e as comunidades de retomada podem não acolher a identidade lésbica. Nomear essas condições com o cliente, sem presumir que haja um contexto que resolva todas as exigências simultaneamente, é parte do trabalho afirmativo.

### **Escuta da experiência erótica e afetiva**

Afirmar a sexualidade na clínica significa reconhecê-la também como fonte de vitalidade e de vínculo, não apenas como tema de sofrimento, dificuldades ou expectativas. Este princípio organiza uma escuta qualificada e não moralizante quando desejo, prazer, práticas sexuais ou arranjos relacionais aparecem na sessão, sem presumir que toda terapia precise abordar sexo, nem que toda menção ao tema deva ser redirecionada a outra dimensão (APA, 2012, 2021). A culpa associada ao corpo, a práticas sexuais ou fantasias específicas que fogem ao comum, ao uso de PrEP ou à sorologia merece escuta sem moralização, o que exige do terapeuta consciência de seus próprios pontos cegos sobre o que considera normativo ou aceitável.

No contexto brasileiro, a liberalidade em relação ao desejo coexiste historicamente com o não reconhecimento das identidades dissidentes, produzindo uma forma de silenciamento em que o desejo pode ser exercido mas não deve ser publicizado, não pode fundar identidade ou vínculos afetivos públicos. Esse paradoxo aparece clinicamente como dissociação entre o que se faz e o que se pode nomear.

Para Helena, a dimensão erótica e afetiva permeia toda a trajetória de forma que raramente encontra espaço no atendimento psicológico. Tendo assumido sua identidade trans já na maturidade, Helena enfrenta o desafio especialmente delicado de lidar com a sexualidade frente à realidade material das transformações de sua readequação de gênero.

Para Akin, lidar com a hipersexualização do homem negro e com as dificuldades de estabelecer relacionamentos mais sólidos leva a questionamentos sobre a motivação verdadeira de suas parcerias sexuais.

### **Futuro, esperança e agência**

O nono princípio distancia a terapia afirmativa de posturas clínicas convencionais ao tratar o futuro não apenas como meta de planejamento, mas como dimensão do sofrimento e do próprio processo terapêutico. A dificuldade de imaginar futuro que muitos clientes LGBTQIA+ apresentam não é necessariamente sinal de desesperança individual, mas pode ser a consequência de uma exclusão estrutural dos imaginários coletivos aceitáveis, daquilo que Rossone de Paula (2021), a partir de Mbembe, descreve como apagamento de certos corpos das possibilidades reconhecidas de existência futura.

Muñoz (2009) propôs a futuridade queer como a capacidade de imaginar mundos possíveis que ainda não existem, em resistência às limitações da cisheteronormatividade, e essa categoria política encontra ressonância em estudos recentes que identificam a esperança como mecanismo de mudança terapêutica em populações LGBTQIA+ (Craig et al., 2025).

Trabalhar a esperança como mecanismo individual não é o mesmo que mobilizar a dificuldade de imaginar futuro como problema psicológico a ser corrigido, e dissolver essa distinção equivale a responsabilizar individualmente quem experimenta os efeitos de uma exclusão estrutural.

Para Iara, imaginar existência futura está articulada à retomada identitária indígena, e a concepção de tempo e continuidade presente em pensadores como Krenak (2019) oferece uma perspectiva que não cabe nos imaginários ocidentais de progresso individual, e que a clínica precisa ser capaz de reconhecer.

Enquanto a futuridade queer de Muñoz ancora o horizonte utópico na recusa da norma cisheterossexual e Rossone de Paula propõe que o apagamento de corpos racializados e de minorias dos imaginários de futuro é uma produção política, Krenak propõe uma temporalidade radicalmente outra, em que o futuro não é uma projeção linear do sujeito individual, mas uma dimensão coletiva, cosmológica e inseparável da relação com a terra e com os ancestrais. Essas três perspectivas convergem na crítica ao modelo ocidental e colonial de subjetividade, mas partem de lugares epistemológicos distintos, e reconhecê-las como distintas é condição para que a escuta clínica não as homogeneize sob um mesmo rótulo de resistência.

Para Helena, a questão se apresenta de forma mais direta e mais densa, pois suas interseccionalidades como mulher trans idosa têm impacto direto na vida que consegue imaginar para si mesma. Não há muitas referências de futuro que lhe sirvam como guia. Quais possibilidades são abandonadas antes mesmo que sejam acolhidas? Acompanhar como o cliente fala sobre o futuro ao longo do processo, e observar o que muda nessa fala, é uma das formas mais sensíveis de acessar o que o trabalho terapêutico está, de fato, produzindo.

## **5. Discussão**

Os nove princípios organizados neste artigo respondem à pergunta que o estruturou, propondo uma linguagem de mediação entre o arcabouço ético-normativo das diretrizes afirmativas e as decisões clínicas cotidianas de psicoterapeutas que atendem pessoas LGBTQIA+ no Brasil. Essa linguagem não constitui protocolo nem técnica vinculada a um referencial específico, mas uma estrutura para o raciocínio que precede e acompanha as decisões clínicas, mobilizável em diferentes abordagens teóricas. O que os princípios organizam é uma forma de ler o caso que integra a reconstrução histórica do sofrimento à configuração interseccional da trajetória e às condições concretas em que qualquer intervenção precisará operar. Tratar a heterogeneidade interna da população LGBTQIA+

brasileira como dado clínico, e não como nota demográfica, é a pressuposição de fundo. Isso significa que os princípios não produzem os mesmos movimentos em todos os casos, precisando ser calibrados à configuração singular de cada trajetória. O que o princípio de ampliação segura exige para Akin, cuja visibilidade é gerenciada em função de contextos que não suportam determinadas formas de exposição, difere substancialmente do que exige para Iara, que navega exigências conflitantes entre comunidades que reconhecem dimensões distintas de sua identidade.

A proposta se insere em um campo brasileiro que acumulou contribuições relevantes sem articulá-las em orientações operacionais para a prática clínica transversal a abordagens. Borges (2009) inaugurou a sistematização afirmativa voltada ao atendimento de minorias sexuais no país, abrindo caminho para desdobramentos em diferentes referenciais teóricos e para revisões que foram mapeando avanços e lacunas. O que esse mapeamento revela com consistência é que o cisheterocentrismo dos currículos de formação compromete a capacidade de atendimento qualificado mesmo entre profissionais sem preconceito declarado, e que a dispersão da literatura dificulta a tradução das diretrizes éticas em orientações operacionais para a sessão (Santos & Von Hohendorff, 2024). Damaceno Netto e Rasera (2024), ao comparar normativas profissionais de diferentes países, identificaram convergências institucionais em torno da postura afirmativa e evidenciaram simultaneamente que essas convergências não alcançam a camada da prática clínica em ato. Os princípios aqui propostos buscam constituir essa camada de tradução, a partir de referenciais que tensionam a importação direta dos modelos do Norte global e com atenção às configurações que a interseção entre raça, classe, território e religiosidade produz no contexto brasileiro. No plano internacional, os trabalhos de Pachankis e colaboradores (2015, 2022) oferecem a referência empírica mais robusta sobre mecanismos transdiagnósticos e intervenções eficazes. O que os princípios aqui propostos acrescentam não é contestação desses mecanismos, mas uma camada de leitura que precede e condiciona a intervenção sobre eles. Identificar a ocultação como mecanismo a ser trabalhado não determina a direção clínica. Para Akin, cuja visibilidade é gerenciada em função de múltiplas dependências relacionais e materiais, a redução da ocultação pode ser pertinente num contexto e produzir risco real em outro. A operação afirmativa, nesse sentido, não é aplicar os mesmos mecanismos com maior sensibilidade cultural. É ter a capacidade de ler, antes de intervir, as condições em que cada mecanismo opera e as direções de mudança que são, para aquele cliente específico, possíveis e seguras.

Três tensões internas à proposta merecem ser nomeadas porque ignorá-las simplificaria o que ela afirma. A primeira diz respeito à relação entre proteção aprendida e ampliação de repertório. Ao recusar que visibilidade, assertividade identitária e saída do armário sejam metas clínicas universais, a proposta assume um posicionamento que pode ser lido como acomodação a estruturas opressivas. A distinção que o sustenta é entre a decisão clínica em ato, que considera as condições concretas do cliente, e a aspiração política, que não se subordina a essas condições. A terapia afirmativa não trata a discricção como valor, mas como adaptação possível a contextos que precisam ser compreendidos antes de qualquer intervenção orientada à mudança. Desconsiderar essa distinção produz intervenções que expõem clientes a riscos que o terapeuta não pode decidir pelo cliente.

A segunda tensão articula a esperança como mecanismo individual de mudança terapêutica (Craig et al., 2025) e a futuridade queer como categoria política (Muñoz, 2009). Os dois registros não se contradizem, mas tampouco se equivalem, e tratá-los como se fossem a mesma coisa dissolve uma tensão que precisa permanecer viva. A clínica pode produzir no indivíduo a capacidade de imaginar e agir dentro de condições que ela não transforma. Confundir o plano psicológico com o político produz ora o psicologismo que trata como problema individual o que é efeito de estrutura, ora a recusa de qualquer trabalho subjetivo em nome de uma transformação que a clínica, por si só, não pode operar.

A terceira tensão é entre a especificidade brasileira dos princípios e os limites internos dessa especificidade. Os princípios foram derivados de configurações reconhecidamente brasileiras, mas o Brasil é internamente heterogêneo de formas que os casos utilizados no artigo só parcialmente contemplam. Pessoas LGBTQIA+ em contextos de interioridade rural, em privação de liberdade ou em situação de refúgio enfrentam configurações que exigem reformulações que este artigo não cobre. Essa lacuna não invalida os princípios, mas demarca o alcance do que foi proposto.

Os limites metodológicos precisam ser nomeados com a mesma clareza com que informaram o desenho do trabalho. Como ensaio teórico-clínico, esta proposta não passou por estudo de implementação nem foi avaliada por profissionais em contextos distintos dos que a originaram. As vinhetas ilustram raciocínio clínico, não validam eficácia. A síntese narrativa está sujeita à seleção interpretativa do autor, e a experiência clínica e de supervisão que informa os princípios, embora assumida como condição de possibilidade e não disfarçada de neutralidade, não constitui evidência sistemática. O desenvolvimento do campo requer pesquisa empírica sobre a aplicabilidade dos princípios em diferentes referenciais e contextos, bem como sobre a perspectiva de profissionais em formação e de clientes atendidos a partir de

orientações afirmativas. Este artigo oferece uma linguagem clínica para esse projeto, não sua conclusão.

## **6. Considerações finais**

Este artigo propôs nove princípios capazes de mediar a passagem entre o arcabouço ético-normativo das diretrizes afirmativas e o raciocínio clínico cotidiano de psicoterapeutas que atendem pessoas LGBTQIA+ em diferentes referenciais teóricos. A contribuição é de ordem operacional, pois não substitui formação nem oferece protocolo, mas organiza uma linguagem clínica mobilizável na sessão e na supervisão, com potencial para informar a formação, sustentando a atenção à heterogeneidade interna da população LGBTQIA+ brasileira como condição da escuta afirmativa e não como dado acessório.

O campo requer continuidade em direções que este artigo não pôde percorrer. A ausência de estudos de implementação impede avaliar como os princípios se comportam em diferentes contextos institucionais e como são percebidos por clientes atendidos a partir de orientações afirmativas. Essa agenda não é apêndice do trabalho, é sua continuação necessária.

A psicoterapia afirmativa brasileira só se realiza em diálogo permanente com as comunidades LGBTQIA+ e com as condições concretas em que elas vivem. Os princípios aqui sistematizados são uma tentativa de organizar o que já se sabe fazer, em linguagem que permita comunicar e revisar o que se pratica. Não encerram o campo, mas participam de um processo que só tem sentido se permanecer aberto à crítica daquelas e daqueles que busca servir.

## **7. Declarações**

### **Conflito de interesses**

O autor declara não haver conflito de interesses na elaboração deste estudo.

### **Financiamento**

O autor é bolsista de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Este estudo foi desenvolvido no contexto dessa formação acadêmica, não tendo recebido financiamento específico para sua realização.

### **Disponibilidade de dados e materiais**

Este estudo não utilizou base de dados empírica, conjuntos de dados, códigos ou materiais suplementares.

### **Aspectos éticos**

Por se tratar de ensaio teórico-clínico baseado em revisão narrativa da literatura e em vinhetas clínicas compostas e anonimizadas, este estudo não envolveu coleta de dados com participantes humanos nem uso de informações identificáveis, não sendo aplicável a obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nessas condições, não foi necessária submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normativas vigentes.

### **Contribuição do autor**

O autor é responsável por todas as etapas do trabalho, incluindo concepção, revisão da literatura, elaboração do manuscrito e revisão final.

## **8. Referências Bibliográficas**

American Psychiatric Association. (1973). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Author.

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>

American Psychological Association. (2021). *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>

Borges, K. (2009). *Terapia afirmativa: Uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. Edições GLS.

Burger, J., & Pachankis, J. E. (2024). State of the science: LGBTQ-affirmative psychotherapy. *Behavior Therapy*, 55(6), 1318–1334. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.06.004>

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.

Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Resolução CFP nº 001/1999: Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual*. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução CFP nº 001/2018: Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis*.

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Resolução CFP nº 008/2022: Estabelece normas de atuação para profissionais da Psicologia em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais.*

<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-8-2022-estabelece-normas-de-atuacao-para-profissionais-da-psicologia-em-relacao-as-bissexualidades-e-demais-orientacoes-nao-monossexuais>

Conselho Federal de Psicologia. (2023). *Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+.* <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-psicologos-e-psicologues-em-politicas-publicas-para-populacao-lgbtqia/>

Craig, S. L., Leung, V. W. Y., Hui, J. A., Iacono, G., Pascoe, R. V., Dillon, F., Austin, A., Pang, N., Dobinson, C., & Brooks, A. S. (2025). LGBTQ+ affirmative CBT: A hierarchical linear model of longitudinal outcomes and mechanisms of change. *BMC Psychology*, 13, Article 1006. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03314-7>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Damaceno Netto, J. V., & Rasera, E. F. (2024). O cuidado psicológico à população LGBTI+ em normativas profissionais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 24, e69698. <https://doi.org/10.12957/epp.2024.69698>

Duggan, L. (2002). The new homonormativity: The sexual politics of neoliberalism. In R. Castronovo & D. D. Nelson (Eds.), *Materializing democracy: Toward a revitalized cultural politics* (pp. 175–194). Duke University Press.

Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2018). Sexual and gender diversity in clinical practice in psychology. *Paidéia*, 28, e2827. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2827>

Grupo Gay da Bahia. (2025). *Observatório de mortes violentas de LGBTI+ no Brasil.* Recuperado em 27 de abril de 2026, de <https://grupogaydabahia.com.br/observatorio-da-violencia/>

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, & Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Atlas da violência 2023*. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>
- Israel, T., Choi, A. Y., Goodman, J. A., Matsuno, E., Lin, Y.-J., Kary, K. G., & Merrill, C. R. S. (2019). The therapeutic relationship mediates the association between affirmative practice and psychological well-being among lesbian, gay, bisexual, and queer clients. *Psychotherapy*, 56(2), 229–240. <https://doi.org/10.1037/pst0000210>
- Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. Companhia das Letras.
- Langdridge, D. (2007). Gay affirmative therapy: A theoretical framework and defence. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(1–2), 27–43. [https://doi.org/10.1300/J236v11n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J236v11n01_03)
- Leite, M., & Catelan, R. F. (2020). Terapia familiar afirmativa com lésbicas, gays e bissexuais. *Pensando Famílias*, 24(1), 239–254.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Malyon, A. K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7(2–3), 59–69. [https://doi.org/10.1300/J082v07n02\\_08](https://doi.org/10.1300/J082v07n02_08)
- Melo, J. B., & Morato, H. T. P. (2022). Discurso psicológico e população LGBTI: Endereçamentos de uma ação clínica e política. *Psicologia USP*, 33, e190133. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190133>
- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 320–332. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>
- 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), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Miskolci, R. (2009). A teoria queer e a questão das diferenças: Por uma analítica da normalização. *Sociologias*, 11(21), 150–182.
- Muñoz, J. E. (2009). *Cruising utopia: The then and there of queer futurity*. New York University Press.
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>

- O'Shaughnessy, T., & Speir, Z. (2018). The state of LGBTQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82–98. <https://doi.org/10.1037/sgd0000259>
- Pachankis, J. E. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1843–1860. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0480-x>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Pachankis, J. E., Soulliard, Z. A., Morris, F., & Seager van Dyk, I. (2022). A model for adapting evidence-based interventions to be LGBTQ-affirmative: Putting minority stress principles and case conceptualization into clinical research and practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.07.008>
- Puar, J. K. (2007). *Terrorist assemblages: Homonationalism in queer times*. Duke University Press.
- Rossone de Paula, F. (2021). A cultura do tempo e os horizontes da futuridade. *Revista Debates*, 15(3), 78–103.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v–vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Santos, B. S., & Von Hohendorff, J. (2024). Uma revisão integrativa sobre a terapia afirmativa no Brasil: Atualizações desde 2009. *Cadernos de Psicologia*, 4(2), 1–16. <https://doi.org/10.9788/CP2024.2-01>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sedgwick, E. K. (1990). *Epistemology of the closet*. University of California Press.
- Transgender Europe. (2023). *Trans murder monitoring 2023 global update*. <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2023/>
- Vezzosi, J. I. P., Ramos, M. M., Almeida Segundo, D. S., & Costa, A. B. (2019). Crenças e atitudes corretivas de profissionais de psicologia sobre a homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe 3), 174–193. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228539>

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.