

## Condições Incomuns de Gênero: a Norma é a Diversidade

Por Wal Torres, MSc., Ph.D.  
 Gendercare Gender Clinic  
 OII-Organização Internacional de Intersexuais

Copyright 2009 – Gendercare

### Abstract:

*Historically gender dysphorias are considered psychology and/or psychiatry problems. That “a priori” conclusion was derived from psychologists and psychiatrists. A complete identification with the genitals was considered the “normal” condition, and any uncommon development of gender self-perception would be necessarily due to a disordered mental condition. These point of principles prevail until DSM-IV and ICD-10<sup>th</sup> surely – and it is in discussion now, for DSM-V and ICD-11<sup>th</sup>. Can we classify that “a priori” point of view as strictly scientific at the beginning of 21<sup>st</sup> Century? We have some doubts, ad some evidences to say no. We would like to remember that a norm may be defined only for steady state systems – where Gaussian statistics prevails surely. Nature is not a steady state – it is continuously transient. The same happens with human cultures and societies, mainly in an overpopulated world, where reproduction is a problem and not the solution. So, scientifically it is difficult to define what is normal and what is abnormal – when the system is increasingly transient. In transient systems – as natural and cultural systems – the normal is the diversity. And the diversity probabilities we define through fractal distributions and not Gaussian distributions. Fractal distributions we characterize through power spectrum 1/f distributions. Fractal system dynamics that are non-linear, we study as chaotic systems – using the methods and instruments developed properly for it. Fractal diversity considers seriously extreme events and uncommon conditions – as normal diversity. So, what may trigger a gender dysphoria is not necessarily a Gender Identity Disorder –GID but mainly any Uncommon Gender Condition – UGC.*

### Resumo:

*Historicamente as disforias de gênero têm sido consideradas como problemas psicológicos ou psiquiátricos. Essa definição “a priori” foi desenvolvida por psicólogos e psiquiatras. A identificação com os genitais foi considerada a condição “normal” e qualquer desenvolvimento incomum na auto-percepção de gênero foi necessariamente considerada como anormal ou patológica, como fruto de um transtorno mental. Esses pontos de principio ainda prevalecem no CID-10 em vigor – que está sendo revisado para a emissão do CID-11. Podemos considerar essa classificação “a priori” como propriamente “científica” nos dias de hoje? Temos sérias dúvidas e evidencias para dizer que não. Gostaríamos que lembrar que qualquer norma só pode ser definida para sistemas estacionários, onde prevalece a estatística de Gauss. Mas a natureza não é estacionária, ela está em contínua transição. O mesmo acontece com as culturas e as sociedades, principalmente num mundo super-povoado, em que a reprodução passa a ser um problema e não uma solução. Fica impossível*

*definir o normal e o anormal, num sistema crescentemente em transição. Num sistema em transição o normal é a diversidade. As probabilidades num sistema transiente definidos por sua fractalidade e não por uma distribuição de Gauss. Distribuições fractais se caracterizam por sua distribuição 1/f no espectro de frequências, matematicamente. Sistemas dinâmicos fractais são não-lineares e estudamos considerando a teoria do caos – através de métodos e instrumentos desenvolvidos com esse fim. O estudos de sistemas fractais consideram seriamente as condições incomuns e os eventos extremos – como parte da natural diversidade do sistema. Então o que gera uma disforia ou mal-estar de gênero não é necessariamente uma anormalidade ou patologia mental – mas uma condição incomum de gênero – no espectro de diversidades.*

## Introdução – resumo histórico

O termo transexual em seu uso profissional entre psicólogos e psiquiatras assim como sua utilização pública, surgiu na década de 1950 como um meio de designar uma pessoa que pretendia ou realmente viveu no gênero anatomicamente contrário à sua conformação genital original, mesmo quando não tinham sido administrados hormônios ou nenhuma cirurgia tinha sido realizada.

Durante os anos 1960 e 1970, passou-se a utilizar entre psicólogos e psiquiatras o termo transexual verdadeiro para decisões clínicas. O verdadeiro transexual foi imaginado pelos psicólogos e psiquiatras de então como uma pessoa com uma identidade de gênero distorcida levando ao desenvolvimento de desejos de identificação completa com o sexo oposto. A vida melhorava a partir de um tratamento que culminava na cirurgia de redesignação genital.

Transexuais ditos então verdadeiros, os especialistas da época imaginavam que teriam: identificação cruzada de gênero sistematicamente expressa de forma comportamental na infância, adolescência e idade adulta, com mínima ou nenhuma excitação sexual por se travestir (vestir-se com roupas do gênero desejado); e nenhum interesse heterossexual, em relação ao seu sexo anatômico original (os psicólogos e psiquiatras de então consideravam que o “transexual verdadeiro” tinha que ser originalmente homossexual; um equívoco estrutural de conceituação dessas condições que os psicólogos e psiquiatras tendem a perpetuar).

Transexuais verdadeiros poderiam ser de qualquer sexo. Chamavam de transexual masculino (os MtF's – do masculino para o feminino). Estes foram distinguidos dos homens que chegaram ao desejo de mudança do sexo e de gênero através de uma via de desenvolvimento comportamental razoavelmente masculino (através de critérios subjetivos e muitas vezes ideológicos e mesmo religiosos alimentados pelos psicólogos e psiquiatras da época).

A crença no conceito de transexual verdadeiro originalmente do sexo masculino foi dissipada quando se percebeu que esses pacientes raramente foram encontrados, e que alguns dos “transexuais verdadeiros” na verdade tinham falsificado as suas histórias para as apresentarem da forma que os “especialistas psicólogos e psiquiatras” queriam ouvir.

O conceito de transexual verdadeiro originalmente feminino nunca criou tantas incertezas nos “diagnósticos”, em grande parte porque as histórias eram relativamente consistentes com o que os “especialistas” queriam ouvir, assim como a variante feminina (FtM) de “cross-dressing” permaneceram sempre bem mais invisíveis aos médicos e psicólogos “especialistas” do que os casos MtF.

O termo "síndrome de disforia de gênero" mais tarde foi adotado para designar a presença de um problema em um ou outro sexo (para designar que havia um mal estar na situação de gênero vivida pelo paciente de sexo originalmente feminino ou masculino) pela psiquiatria estadunidense do norte que resolveu por livre e espontânea vontade desenvolver uma sua “nomenclatura oficial” – e exportá-la para psiquiatras no resto do mundo, e para a sociedade em geral.

O diagnóstico psiquiátrico “oficializado” a partir de então de “transexualismo” como problema mental foi introduzido na norma DSM-III da APA (associação dos psiquiatras estadunidenses do norte) em 1980 para disfóricos de gênero que exibiam publicamente, pelo menos por dois anos seguidos, o contínuo interesse em transformar o sexo de seu corpo e seu status social. Esse período de dois anos – chamado então de “experiência de vida real” (RLE), passou então a ser considerado um critério de exigibilidade para a autorização para cirurgias de redesignação sexual (e não para as terapias de hormonização - que precediam esse período ou eram iniciadas durante seu transcorrer).

Outro conceito descabido e esdrúxulo de então foi a separação de pessoas com disforia de gênero que poderiam ser diagnosticados como portadores desde a adolescência ou vida adulta, em classificação separada dos que demonstravam – exteriorizavam sua condição desde a infância – como condições distintas. Pela ignorância de então, se priorizava a forma como o fenômeno se externava e não como era vivido pelo paciente.

Imaginaram – os psiquiatras e depois os psicólogos de então – duas possibilidades – a disforia de gênero adquirida na pós-puberdade e outra na pré-puberdade. Inventaram transexualismos primários e secundários – mais uma vez priorizando como o fenômeno era externado e não como era vivido.

Imaginaram também condições de disforia de gênero não transexual – mesmo que extrema - ou sem outra especificação (que em inglês chamaram de GIDNOS). Entre estes se incluíam o que chamamos no Brasil de travestis (pessoas que alteram o corpo em caracteres secundários, mas não redesignam os genitais).

Estes termos foram geralmente ignorados pela mídia, que utilizou o termo transexual para qualquer pessoa que queria readequar o seu sexo e ou travesti (trans, transex, transgenero) para quem queria viver apenas seu papel social no gênero desejado.

A norma da DSM-IV da APA, entrou em vigor em 1994. A comissão da revisão DSM-IV substituiu o termo disforia de gênero por transtorno de identidade de gênero – patologizando indiscriminadamente todas as condições incomuns de auto-identificação de gênero – de forma ainda mais explícita.

Não poderiam ter feito nada pior e mais equivocado quanto à realidade.

Dependendo de sua idade, aqueles com um forte e persistente desejo de se vestir com vestes do gênero de desejo, evidenciando persistente desconforto com seu sexo ou/e sentimento de inadequação em relação ao papel de gênero, foram patologizados sumaria e explicitamente como portadores de um transtorno mental. Foram assim classificados como portadores de transtornos mentais identificados e numerados como transtorno de identidade de gênero na infância (302,6) e transtorno de identidade de gênero na adolescência ou vida adulta (302,85).

Para as pessoas que não preenchiam exatamente estes critérios imaginados pelos psiquiatras estadunidenses do norte, eles qualificaram como portadores de um transtorno de identidade de gênero sem outra melhor especificação (GIDNOS).

Esta ultima categoria incluiu uma variedade de pessoas, aqueles que desejavam uma castração apenas, ou apenas MtF's com desejo de desenvolver mamas, aqueles FtM's que desejassem terapia hormonal e mastectomia sem reconstrução genital. Foram incluídos nessa classificação pessoas com uma condição intersexual ou de VSD congênita e muitas vezes mal designada por cirurgias precoces genitais mutiladoras, aqueles com transientes desejos de vestir-se de forma extemporânea (cross-dressing), outros com grande ambivalência sobre sua condição de gênero.

Pacientes com diagnóstico de GID (transtornos mentais de identidade de gênero considerados conhecidos) e GIDNOS (transtornos mentais de identidade de gênero sobre os quais os “especialistas” de então não faziam a menor idéia do que se tratavam) estavam a ser sub-classificados de acordo com a orientação sexual (na falta de outro critério melhor – se enquadrava as pessoas como elas pareciam se relacionar com os outros): quem se sentia atraído por quem (aí se misturou a ignorância de psicólogos e psiquiatras sobre gênero, auto-percepção de gênero, e atração sexual pelo outro – uma salada de frutas generalizada):

- Quem se sentia atraído(a) por homens;
- Atraído(a) por mulheres,
- Atraído(a) pelos dois;
- Atraído(a) por nenhum;

- Atraído(a) por ETs, quem sabe.

Cada um recebia seu número e sua classificação – como doentes mentais definidos pela associação psiquiátrica dos estadunidenses do norte. Isso em 1994 – depois que mesmo na APA – psicológica e psiquiátrica, a homossexualidade não era mais considerada doença mental – mas aqui essa classificação ficou preservada – portanto nem todos os “homossexuais” foram despatologizados pelas APAs até hoje.

Esta sub-classificação foi destinada para auxiliar na determinação, ao longo do tempo, se os indivíduos de uma orientação sexual ou de outra reagiria de forma a apresentar melhores resultados utilizando nomeadamente abordagens terapêuticas diferentes (a patologização generalizada de tudo – gênero e orientação sexual – se perpetuando em prol da ignorância).

O termo “transgender” (aportuguesado como transgênero) – elaborado nos USA como um termo político na comunidade GLS, não é um diagnóstico formal, mas muitos profissionais e membros do público achou mais fácil usar esse termo do que GIDNOS informalmente, que é um diagnóstico formal (para os psiquiatras estadunidenses do norte – onde esse imbróglio todo se desenvolveu).

O termo Variância de Gênero está a ser utilizado para abranger todos os termos como um “guarda-chuva” por alguns – mas é um termo dúbio também – por indicar não só diversidade mas instabilidade – ou seja, é um termo muito rejeitado por muitos.

O CID-10 (cadastro internacional de doenças em sua 10ª edição) da OMS (Organização Mundial da Saúde) hoje em vigor, prevê categorias de diagnósticos para os transtornos identidade de gênero (classificação sobre a rubrica F.64 – aceitando a proposta de patologização generalizada da APA e DSM-IV).

O item (F.64.0), tem três pressuposições, válidas para adultos e pós-púberes:

- O desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, geralmente acompanhado pelo desejo de fazer o seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido por cirurgia e tratamento hormonal;
- A identidade transexual presente persistentemente por pelo menos dois anos;
- O transtorno mental não é um sintoma de outro transtorno mental ou de uma anomalia cromossômica.

Outra categoria foi criada para os doentes mentais infantis e pré-púberes (F.64,2):

Essa categoria considera critérios distintos para as meninas e para os meninos (originalmente imaginados meninas e meninos pelos “especialistas” – com base na evidencia de seus genitais – como representassem todo o universo na formação da identidade do gênero).

Para as originalmente consideradas meninas por sua aparência genital:

- O indivíduo mostra persistente e intensa angústia de ser uma menina, e tem confirmado desejo de ser um menino (e não apenas um desejo de qualquer percepção cultural por vantagens em ser um rapaz) e insiste que ela é um menino;
- Uma das seguintes situações deve estar presente:
  - a. Persistente e acentuada aversão à adoção do vestuário feminino e insistência em vestir roupas estereotipadas como masculinas;
  - b. Persistente repúdio das estruturas anatômicas femininas, evidenciado por pelo menos um das seguintes características:
    1. Afirmação de que ela tem, ou vai ver crescer, um pênis;
    2. Rejeição de urinar na posição sentada;
    3. Afirmação de que ela não quer ver crescerem seios ou menstruar.
    4. O transtorno mental deve ter estado presente durante pelo menos 6 meses.

Para os originalmente considerados meninos por sua aparência genital:

- O indivíduo mostra persistente e intensa angústia de ser um garoto, e demonstra e externa o desejo de ser uma menina, ou, mais raramente, insiste que ele é uma menina.
- Uma das seguintes condições deve estar presente:
  - a. Preocupação com o estereótipo feminino, como preferência por usar vestuário feminino ou por simular o uso de vestuário feminino, ou por um intenso desejo de participar em jogos e passatempos de meninas e rejeição de estereótipos masculinos como brinquedos, jogos e atividades;
  - b. Persistente repúdio das estruturas anatômicas do sexo masculino, tal como evidenciado por pelo menos uma das características seguintes:
    1. Que ele irá crescer para se tornar uma mulher (não apenas no papel);
    2. Que o seu pênis ou testículos são nojentos ou desaparecerão;
    3. Que seria melhor não ter um pênis ou testículos.
    4. O transtorno mental deve ter estado presente durante pelo menos 6 meses.

Classificação (F.64.1) para os casos de transtorno mental de identidade de gênero que acomete quem gosta de se vestir e/ou se maquiar – mesmo extemporaneamente no sexo oposto, como fazem os conhecidos como “transformistas” no Brasil - “crossdressers e drag queens ou kings” no exterior.

Outros casos de transtornos mentais de identidade de gênero (F.64.8) não apresentam critérios específicos.

Qualquer uma das classificações anteriores podem ser utilizadas para aqueles que nasceram com uma condição intersexual – mesmo aqueles que quando bebês foram erroneamente designados cirurgicamente sem serem consultados – ou seja, para os psiquiatras e para a OMS – o cirurgião erra e a criança é considerada como tendo desenvolvido um transtorno mental.

O absurdo dessa situação me leva a crer que realmente nestes casos existem fortes evidências de transtornos mentais – certamente nos proponentes dessas classificações – algumas totalmente absurdas.

A meu ver a etiologia do transtorno mental generalizado neste caso foi – mais um – entre outros equívocos da medicina.

Eu prefiro entender toda essa normalização como um equívoco – um enorme equívoco gerado por séculos de ignorância sobre nós mesmos e nossa natureza.

## O que está errado?

Antes de mais nada é evidente que a patologização progressiva de todas as condições, indiscriminadamente consideradas como transtornos mentais – mesmo casos derivados de erros de designação de bebês intersexuais na mais tenra idade – é inadmissível de forma inquestionável.

Os equívocos são profundos, e têm sua raiz em alguns desenvolvimentos e pontos de princípio.

Um primeiro equívoco advém de nossa ignorância dos fatores formadores da auto-percepção de gênero. Ao longo do tempo, muitos mitos foram sendo criados e introjetados sem qualquer evidência científica, além de propalados dados advindos de “autoridades inquestionáveis”.

Outros dados e mitos inquestionáveis advêm não só de autoridades isoladas, mas de ideologias acadêmicas introjetadas de longa data.

## Como se forma a auto-percepção de gênero

Até hoje, na academia o que se ensina sobre a formação da identidade de gênero, na medicina, na psicologia, se resume no seguinte.

Temos alguns estágios na diferenciação sexual:

- Sexo cromossômico
- Sexo gonadal
- Sexo genital
- Sexo psico-social

Certo?

Sim, é isso que ainda hoje ensinam.

Nada mais errado.

De onde saiu a idéia, a imaginação, que a auto-percepção de gênero seria algo muito simples assim?

Esse construtivismo e essa simplificação tem raízes profundas – e muito equivocadas.

Primeiro saiu de uma idéia simples, de Sir Isaac Newton: O universo é um relógio, se soubermos sobre seus movimentos, sabemos tudo. É um sistema fechado – em que todo o conhecimento se encontra em si mesmo.

Levar isso a sério para fazer automóveis é ótimo – mas para conhecer a si mesmo e o universo – nada mais equivocado.

Considerando essa generalização equivocada e simplista, se juntarmos a ela o materialismo dialético que a seguiu no século XIX – concluimos facilmente que sendo tudo matéria; e a matéria gerando só matéria – a mente é epifenômeno da matéria – ou como pensava Descartes um ente divino e independente vindo de alhures, quiçá do *Hiperuranion* de Platão.

Como uma mente fenomenológica virtual e na realidade irreal como epifenômeno da matéria do relógio de Newton – essa virtualidade fenomenológica deve ser facilmente manipulável e moldável pelo meio – ou seja, o homem não existe em si mesmo, mas ele nasce uma página em braço e se faz por sua relação em sociedade.



Isso se generaliza para tudo – porque não para a auto-percepção de gênero?

Nesse taciturno ambiente vitoriano, no século 19, surgiu Fliess, amigo do peito de Freud, o Sigmund, e o contaminou com a seguinte idéia: “A criança não nasce se percebendo nem menino nem menina – ela nasce indefinida (ele chamou bissexual, só para confundir mais ainda) – e depois vendo os genitais se identificará como menino ou menina.”

Ele falou e Freud acreditou - infelizmente.

E quando Freud acredita, a psiquiatria e a psicologia estremeceem, pois do alto do Olimpo (ou do monte Sinai) a divindade se manifestou.

O que a divindade exprime não se questiona, não se discute – se obedece.

John Money, em meados do século passado fez o que pode para sustentar essa idéia de fundo de um lado construtivista e de outro freudiano – a criança nasce uma página em branco (até Sartre sabia disso!) e aprenderá a ser menino ou menina (como disse Fliess e Freud acreditou) – e aí John Money acrescentou a cereja no bolo – como aprende a falar – em seus dois primeiros anos de existência!

Não só um mito, mas agora um mito com uma cabala – um número que não saiu de nenhuma medição ou resultado experimental – mas do Olimpo/Sinai.

Daí surgiu o famigerado sexo de criação – e demorou-se até o ano 2000 para que Milton Diamond, David Reimer e John Colapinto revelassem a falácia e a pseudo-ciência de John Money ( e todo o século 19 junto com ele).

Essa simplificação pseudo-científica se ensina nas escolas de psicologia e medicina até hoje: A criança até os dois anos define pelo como se percebe e aprende, a ser menino ou menina.

Virou dogma. Com a publicação de MEU SEXO REAL (1998) e minha dissertação de mestrado GÊNERO DO MITO À REALIDADE (2002), eu quase fui parar na fogueira da inquisição – nada santa – por contradizer esse dogma ridículo.

É tudo muito simples. Simples demais.

Eu escrevi MEU SEXO REAL usando o pseudônimo de Martha Freitas em 1995 e consegui publicar pela Vozes em 1998 – e mostrei que isso não estava certo.

Esqueciam de um pequeno ingrediente na fórmula: o cérebro.

Mas muitos grandes estudiosos – Dorner, Gorski, Pfaff, Swaab, estudavam o cérebro e insistiam... isso não é simples assim, a criança durante a gestação tem seu cérebro

diferenciado por processos muito complexos, regidos por genes e hormônios de forma muito complexa. Ela não nasce uma página em branco não, ela nasce com diferenças em seu cérebro que são o cerne da questão.

Mas a divindade falara (Freud), o grande sacerdote confirmara (John Money), e os fiéis seguiam (médicos, psicólogos e psiquiatras – não só aqui neste fim de mundo, mas no primeiro mundo, nos Estados Unidos!)

Eu em meu mestrado em sexologia simplesmente esperneeie – com minhas perninhas gordinhas – mas que são minhas! - e arrumei alguns inimigos – mas eu não queria nem amigos nem inimigos – eu só queria separar o verdadeiro do falso – o científico do pseudo-científico – para aquele momento como para hoje.

Com o tempo, o mundo mudou um pouco. Hoje nos lugares mais sérios da academia, ninguém mais duvida que a parte central nessa história não é nem o monte Olimpo, nem o Sinai e nem a cabala – mas o cérebro basal em suas diferenciações.

- Sexo Cromossômico
- Sexo Gonadal
- Sexo Genital
- Sexo do Cérebro Basal (hipotálamo, amígdalas, sistema límbico, etc)
- Vida

Essas etapas definem a auto-percepção de gênero, que é um desenvolvimento muito complexo.

A simplicidade do século 19 – do relógio universo fechado em que se sabia de tudo – acabou.

Vivemos na complexidade em que as variáveis são muitas, nossas medições incertas, o conhecimento limitado, os desenvolvimentos caóticos – quando não ainda mais complexos.

### A perpetuação pseudo-científica

Mesmo depois do desmascaramento de John Money, seus seguidores não desistiram facilmente.

Continuam a dominar muitas instituições na academia nos USA e Europa Ocidental, e continuaram influentes.

Entre eles Ken Zucker com sua “terapia de reparação”, que nada mais é do que forçar as crianças a “aprenderem” a ser meninos ou meninas, como denunciou David Reimer no trabalho publicado por John Colapinto (2000).

E a cada dia essas terapias ganham novos matizes e novos disfarces.

Agora quem é o presidente do comitê da revisão na APA para a DSM-V para assuntos de identidade de gênero e seus “transtornos mentais”? Ken Zucker e sua trupe.

Além de Ken Zucker e suas “terapias” natimortas que reciclam mitos já putrefatos, outros querem ressuscitar outros mitos já mortos – ainda mais antigos e já mumificados.

Blanchard reforçado por Bailey, da NorthWestern University em Chicago – querem reviver as diferenças entre “transexuais verdadeiros” e outros não tão verdadeiros. Querem re-introduzir diferenças de transexuais homossexuais (que seriam verdadeiros) e transexuais autoginefílicos (não verdadeiros) – para que simplificar se é possível confundir e se pode complicar? Usam transexuais conhecidas nos USA como Anne Lawrence nessa pseudo-científica tentativa de ressuscitar múmias do passado.

O pior é que essa trupe pseudo-científica tem poder financeiro, institucional e acadêmico – mas avançam sempre recebendo muita resistência – não da academia mas dos pacientes, que já conhecem essas histórias e sabem onde elas terminam.

Sempre terminam em abusos, escravidão, tutelas indignas, patologizações indiscriminadas, opressões exacerbadas.

Estamos no meio de uma luta – que só pode ter um resultado – a vitória do científico contra o pseudo-científico.

Vitória do século 21 contra reminiscências grotescas do século 19.

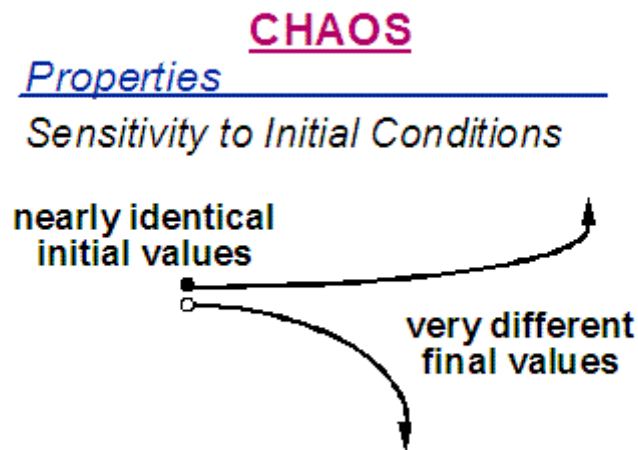
## O embasamento científico necessário para o estudo desse sistema

Um ovo humano. Genes. Um útero. O ovo se desenvolve, os genes atuam, as células tronco se diversificam, um sistema nervoso se forma, os tecidos se diversificam, os hormônios começam a ser sintetizados e a atuar nos tecidos. Hormônios dão origem a outros hormônios e o tempo passa. Tudo isso a partir de um ovo. Um ovo comum, parecidíssimo com qualquer outro ovo humano. Os cromossomos parecidos, os genes parecidos, tudo muito parecido. Mas no ovo está um projeto de vida que vai se desenvolver num meio – projeto e meio não podemos conhecer com infinita precisão – pelo contrário, conhecemos muito pouco. As diferenças de um ovo de outro ovo, de um útero de outro útero, ovos e úteros humanos, conhecemos pouco. Estamos longe, infinitamente longe, de um conhecimento completo desse sistema.

Quando um sistema é muito complexo, e temos conhecimento limitado de seu início – como temos conhecimento de ovos e de úteros humanos – dizemos que esse sistema mesmo que seja determinístico – por definição ele é caótico.

Antes de mais nada vamos avaliar então o que é um sistema caótico:

- É um sistema determinístico e clássico – se conhecermos de forma perfeita seu início, conheceremos sua trajetória de forma certa e determinada (como o relógio de Newton);
- Mas nem sempre podemos conhecer de forma perfeita o início – quando o processo for complexo;
- Nesse caso pode ocorrer – por uma ínfima diferença no início – a propagação de uma diferença que não podemos controlar nem conhecer “a priori” no futuro – chama-se a isso a sensibilidade às condições iniciais;
- O futuro então poderá levar a resultados imprevisíveis, incertos e inesperados;
- Quando isso acontece o sistema é caótico e determinístico.



Como um exemplo simples mas importante de um sistema caótico, voltemos ao ovo humano. Ou melhor, mais de um, de gêmeos idênticos.

Vamos imaginar trigêmeos idênticos. Eles são todos idênticos – ou quase, em sua genética. Eles participam do mesmo útero e meio uterino. Mas seguem caminhos divergentes.

Ao nascer são diferentes, e a vida encaminhará cada um a uma realidade distinta – em quase todos os fatores – mesmo físicos e psíquicos.

De princípios muito iguais – mas diferentes – não temos como precisar as verdadeiras diferenças devido à sua complexidade - não se pode prever o futuro – para nenhum deles – porque somos ignorantes sobre o princípio muito complexo – e os caminhos podem divergir de forma absolutamente imprevisível.

Podemos calcular probabilidades.

A cada 10 mil – ou quem sabe 2 ou 3 mil nascimentos de meninos, um se mostrará menina MtF transexual.

Mas qual deles se mostrará como ela e não como ele entre os 10 mil?

Ninguém pode saber “a priori”. Só poderemos reconhecer “a posteriori”.

Então como estudar um sistema como esse, em que a complexidade é grande, não conhecemos quase nada, os cérebros são fundamentais mas não conhecemos quase nada sobre eles – o que fazer?

Aí é que a ciência – e não a pseudo-ciência – vem em nosso favor.

Com nossa pseudo-ciência do século 19, cheia de mitos e pré-conceitos, cultivamos um pré-conceito aparentemente simples e inofensivo – mas que pode ser arrasador: o pré-conceito de que vivemos num sistema estacionário, em que as médias são importantes e estacionárias, em que tudo se comporta de forma simples.

Duas caixinhas reprodutivas explicam tudo – na biologia, na sociedade, nas legislações – para a academia como para a religião – duas caixinhas estanques e em equilíbrio, homens dum lado, meninas do outro.

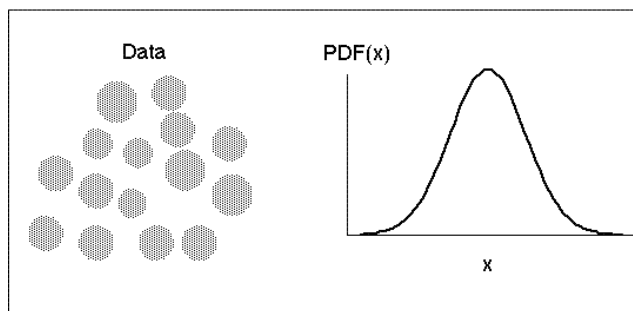
Homens gostam de azul, meninas de rosa.

As distribuições de Gauss são válidas sempre, o normal é bem definido, o que se dispersa de nossas normas desqualificamos como anormal – patológico – como uma deformidade, como uma coisa mal feita e mal acabada.

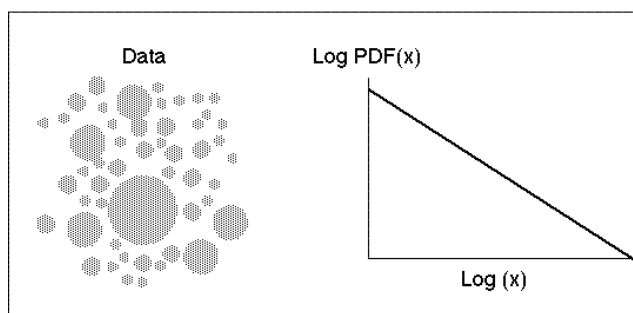
Será a realidade exatamente assim?

## O Normal e o Fractal

“Normal”



Fractal



Vejam as figuras acima:

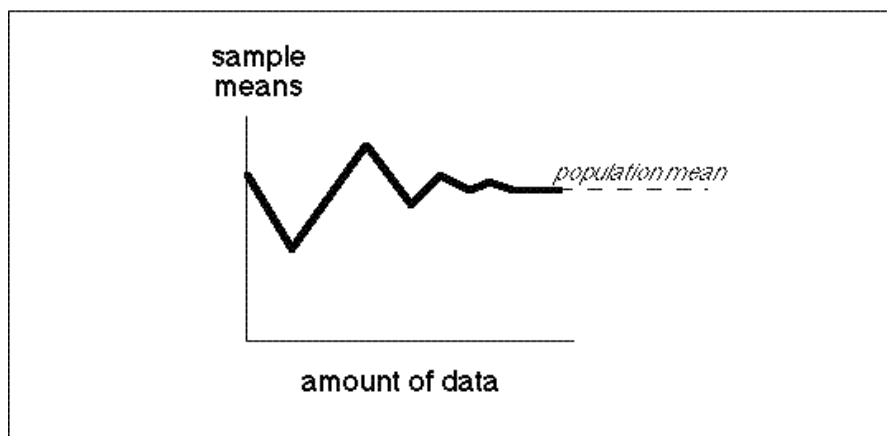
A figura superior representa uma distribuição NORMAL ou GAUSSIANA. É uma distribuição atenuada, sem elementos extremos, mas que se caracteriza pela proximidade de uma média.

Agora vejam a curva de baixo. É uma distribuição FRACTAL - ou AUTO-SIMILAR. Abundam e se sobressaem os eventos extremos.

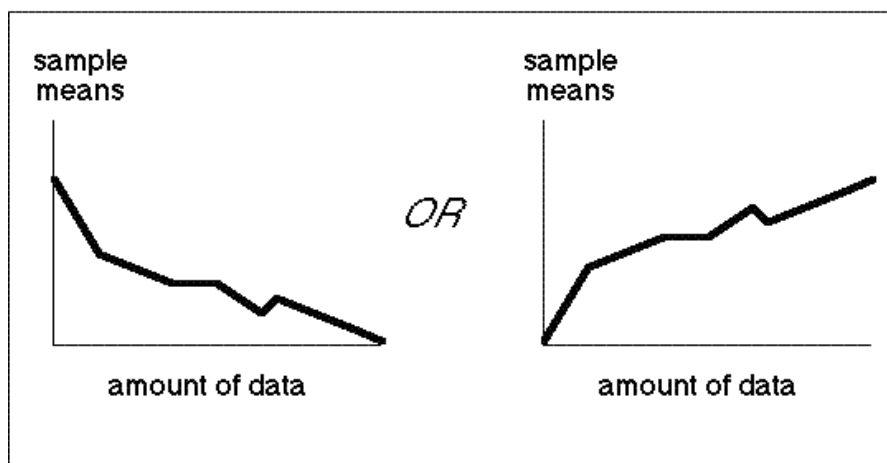
A PDF (probability distribution function) da distribuição normal se caracteriza por uma dispersão simétrica da média - que se sobressai.

Na distribuição fractal, não se nota a média, mas sobressaem os eventos extremos.

### “Normal”



### Fractal



Vejam agora essas outras 3 imagens acima.

Na superior vemos que numa distribuição normal, com o aumento da amostra - ou com o aumento do tempo de amostragem - a média se define e se estabiliza - como um ESTADO ESTACIONÁRIO.

Por outro lado, o que acontece com a "media" em uma distribuição fractal? Ela é TRANSIENTE e não estacionária - com o aumentar do número de amostras ou o tempo de amostragem, ela varia de forma crescente ou decrescente.

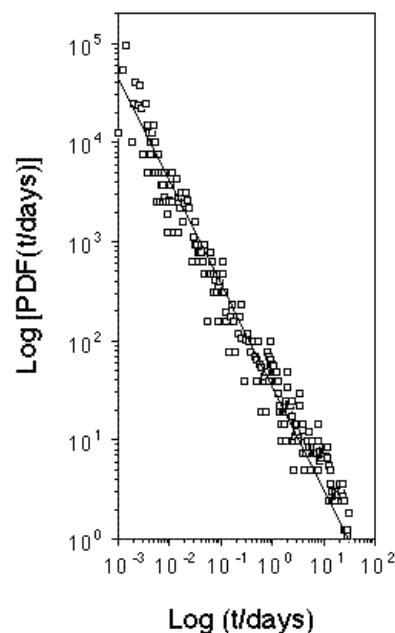
Muitas vezes, em muitas ciências, procurando estudar muitas variáveis, principalmente em ciências humanas e mesmo em medicina - procura-se simplificar e imaginar que existe uma "normalidade" e o que se desviar dela podemos categorizar como uma ANORMALIDADE – a priori. Isso se fazia muito no século 19.

Por isso abundam os "transtornos mentais" como causas de um sem número de desenvolvimentos - inclusive na auto-percepção de gênero - como abundaram os derivativos e aquisições de papéis entre os analistas de Wall Street – como mostrou artigo do Estado de São Paulo no dia 15 de março de 2009 à página B11 do caderno de Economia (A Fórmula que Destruiu Wall Street).

Em Wall Street, o cálculo do risco nas aplicações interbancárias era feito com base em distribuições gaussianas “normais” – quando evidentemente o sistema é dinâmico, transiente e fractal.

Os sistemas NA NATUREZA - como na sociedade e na economia - NÃO SÃO ESTACIONÁRIOS, mas transientes. Na Natureza como na sociedade - o normal é o fractal - e o gaussiano não é tão normal como se imaginava no século 19.

## Pesquisando a fractalidade pelo espectro de freqüências



Como podemos descobrir que um evento desenvolve uma distribuição fractal e não gaussiana?

Um método simples e efetivo é o estudo dos ESPECTROS DE FREQUENCIAS.



Não se assustem, os espectros não são almas-do-outro-mundo - mas entidades matemáticas que nos ajudam a reconhecer populações fractais.

O espectro significa simplesmente um gráfico como o da figura acima em que em um eixo se plota as INTENSIDADES (energia, potencia, poder) e no outro eixo a INCIDENCIA (frequencia) com que o evento acontece.

A figura mostra o espectro de frequencias tipicamente FRACTAL de batimentos cardíacos desenvolvidos por Liebovitch & Schuerle em 2000 - de onde emprestamos essas figuras.

Eles descobriram que plotando intensidade versus incidencia, em papel log-log (escala logaritmica dos dois lados), obtinham uma linha reta - o que indica a fractalidade do sistema.

Muitas outras pesquisas envolvendo desenvolvimentos naturais mostram esse padrão - em praticamente todas as áreas da ciencia - inclusive na economia, na psicologia e psiquiatria... e no mapeamento de como se desenvolve a auto-percepção de gênero – como mapeou Torres (2007) no Brasil.

E como se distribui toda diversidade na Natureza.

## Como lidar com a complexidade

Um sistema complexo geralmente apresenta algumas características interessantes, por exemplo;

- Podemos não conhecer todas as variáveis que influenciam o sistema;
- Podemos conhecer uma variável observável importante como resposta que nos interessa sobre o sistema;
- Podemos não conhecer todas as dimensões em que se desenvolve o sistema;
- Certamente não teremos como precisar com infinito conhecimento as condições iniciais em que se desenvolveu o sistema.

Por outro lado podemos:

- Medir ou estimar uma ou mais observáveis sobre o sistema;
- Verificar para as variáveis observáveis e mensuráveis, sua fractalidade;
- Estabelecer mapeamentos que mostrem como o sistema pode se desenvolver em situações mais conhecidas e típicas;
- Comparar mapeamentos de diferentes condições através de suas assinaturas ou padrões;

- Reconhecer situações de forma objetiva e precisa, dentro desses mapeamentos.

No caso do desenvolvimento da auto-percepção de gênero sabemos:

- Que o processo é extremamente complexo;
- Que o processo tem etapas conhecidas que podem ser verificadas ou medidas;
- Que o conhecimento de uma etapa não implica no conhecimento das outras etapas;
- Que provavelmente existem etapas desconhecidas;
- Que podemos mensurar observáveis e estimá-las;
- Que podemos estudar sua fractalidade;
- Que podemos estudar observáveis através de séries temporais;
- Que podemos avaliar essas séries e mapear situações típicas;
- Que podemos reconhecer situações típicas pela assinatura de seus mapeamentos;
- Que podemos comparar cada medição e cada série temporal com os mapeamentos típicos.

Como Liebovitch & Scheurle em 2000 estudaram a fractalidade de espectros de frequência para os batimentos cardíacos, podemos fazer o mesmo para o estudo das condições incomuns de gênero.

## Aperfeiçoando a terminologia: as Condições Incomuns de Gênero – CIGs

Como denominamos as coisas é algo mais importante - quando tratamos de assuntos de gênero - do que possa parecer.

Tod@ MtF ou FtM sabe como um "ele ou ela" pode machucar, ferir, humilhar, agredir, irritar.

Os artigos ditos "academicos" ou "científicos" insistem em perpetuar terminologias agressivas como TRANSEXUAL MASCULINO - para uma MENINA MtF; ou transexual feminino - para um rapaz FtM, em nome de uma falsa padronização "acadêmica", uma "praxe acadêmica" (isso me foi dito por uma amiga psicóloga que defendeu um mestrado ou algo parecido e no título usava esse tipo de terminologia – solicitei que alterasse – e me respondeu que a “praxe” era essa e ela ia manter – ela manteve a “praxe” e perdeu a amiga).

Cheguei a discutir com psicólogos que em seus artigos ou teses e dissertações insistiam nesse desrespeito "pseudo-academico" – uma agressão que estava a transformar

amizades em inimizades e simpatias em antipatias por causa de terminologias desrespeitosas como essas. Por outro lado reconheço a correção de Dr. Jurado, PhD - um cirurgião muito importante, que ao escrever um capítulo em um livro médico me telefonou para se informar devidamente como usar uma terminologia correta e respeitosa - isso pelo ano 2000 aproximadamente.

Se um cirurgião educado pode, porque toda a academia não pode respeitar - e receber depois o devido recíproco respeito?

Ofender os outros não é praxe - é desrespeito, grosseria, para não dizer falta de educação e estupidez.

Eu sugeri - neste fim de mundo chamado Brasil em 1999 - o termo Neurodiscordância de Gênero para designar transexuais por sua causa principal (termo usado por Dr. Jurado por exemplo) - sendo disfóricos todos - quando o sistema é complexo.

Mas muito antes de eu inventar algum neologismo português/tupiniquim suburbano, os psiquiatras estadunidenses do norte já haviam dominado o terreno das terminologias com sua DSM-IV como já vimos.

Foi o que de pior se poderia imaginar. Grilhões para amarrar e amordaçar a todos os pacientes, inapelavelmente classificados como dependentes pois todos desqualificados "a priori" como doentes mentais - incapazes.

Todos pacientes precisariam de uma tutela como incapazes - não são autônomos, não podem responder por si mesmos.

\$#@%`&%\$ - só isso posso dizer, sem verter para o vernáculo tupiniquim, por cortesia.

Precisamos de uma nova terminologia – científica e não pseudo-científica - e alguns novos conceitos tem surgido e podem surgir - mais abrangentes e corretos - ao mesmo tempo respeitando todas as condições, permitindo sua diferenciação necessária – e sempre com base em conceitos científicos adequados.

Algumas propostas de uma nova terminologia têm surgido:

1. O uso político e ideológico - principalmente nos USA - do termo transgenero como guarda-chuva. Muito usado pela comunidade LGBT/Queer - que enfoca a situação mais na orientação sexual que na condição de gênero propriamente dita. Essa ideologia ganhou espaço nas duas últimas décadas, mas começa a perde-lo quanto aos assuntos de gênero.

Mesmo estando enfraquecida essa posição eminentemente ideológica, ainda tem força suficiente para vencer a terminologia DISFORIAS DE GENERO, ao mudarem o nome da HBIGDA - que usa o termo disforia de gênero - para WPATH - que considera o

termo transgenero em seu lugar.

Eu percebo nessa troca um retrocesso, e uma vulgarização (pior, uma ideologização e deturpação) da conceituação, mas fui voto vencido na escolha do nome nessa sociedade da qual participo.

2. O uso do termo condição variante de gênero - CVG como guarda chuva, e os termos usuais - transexual, travesti/transgenero, transformista/crossdresser, todos como disforias de gênero dentro do universo das CVG - e admitindo-se eventualmente situações de verdadeiros transtornos de identidade de gênero. Essa percepção cresce, mas com problemas.

O problema principal é devido ao termo VARIANCIA - que indica também como já vimos instabilidade ou não permanência, o que pode não ser o caso - ou seja, o termo é ambíguo e desagrada a muitos.

3. Estamos propondo e usando uma nova terminologia. Também tupiniquim - mas a tupiniquim agora está mais influente em alguns círculos mais abrangentes.

A lógica dessa terminologia é a seguinte.

As condições típicas - transexuais, transgeneros e transformistas podem ou não gerar uma disforia e podem ou não ter sua origem num transtorno mental, e podem ou não ser instáveis ou estáveis.

Mas o que é comum certamente a todas elas?

O fato de todas serem - **INCOMUNS**

O fator que todas possuem certamente e que as une é o fato de serem todas igualmente INCOMUNS/INESPERADAS - então devemos classificá-las pelo que as caracteriza - como **CONDIÇÕES INCOMUNS (ou inesperadas) DE GÊNERO - CIG**

Qual a causa de serem incomuns/inesperadas?

A causa pode ser um desenvolvimento natural incomum (gerando a diversidade comum aos sistemas fractais/naturais) ou eventualmente um transtorno mental como uma "anormalidade" (que ocorre muito raramente) - e essa condição incomum pode ou não gerar um mal-estar (uma disforia).

Então o melhor guarda chuva - é considerarmos o termo CIG em português (em inglês - UGC - uncommon gender condition).

Não importa a causa nem a intensidade - os desenvolvimentos são todos incomuns.

Causas e intensidades nos permitirão classificar diferenciando situações incomuns de outras para nos ajudar a desenvolver programas, maneiras de **AUXILIAR** quando necessário, **CORRIGIR** quando solicitado, necessário e possível, **RESPEITANDO TODAS AS CONDIÇÕES**, sempre.

Dentre as CIG's existem umas **CONDIÇÕES EXTREMAS** - que designamos como **CONDIÇÕES INCOMUNS EXTREMAS DE GENERO** - CIEG - que geralmente geram disforias, e podem ou não ser consequências de transtornos mentais (mas raramente o são).

As condições extremas - CIEG's incluem transexuais e travestis (com uma diferença de intensidade - oriunda certamente de diferentes causas).

Sendo condições incomuns com possibilidade de condições extremas – ao que tudo indica nos vemos diante de um sistema fractal.

Se comprovarmos que este é o caso, como todo sistema fractal esse sistema de CIG's pode vir a ser mapeado - conhecido - através de métodos modernos pelo estudo não-linear de séries temporais, e as situações podem ser **RECONHECIDAS** - ou **DIAGNOSTICADAS** se preferirem, fácil e rapidamente – mesmo a distancia.

Possíveis transtornos mentais sempre precisam ser pesquisados sempre antes de qualquer alteração corporal - usando-se por exemplo o MMPI - como se faz na grande maioria das equipes avaliadoras de CIGs no mundo - e só quando necessário, um acompanhamento mental deve ser considerado e programado quando certamente for detetada uma verdadeira condição de possível transtorno mental causador dessa CIG ou CIEG.

Sem transtornos mentais, as comunidades - presenciais ou não, quando as famílias não promovem um apoio social - podem ser um suporte de base importante na caminhada CIG de qualquer tipo ou intensidade, durante uma transição quer MtF como FtM.

## O espectro de frequências nas CIGs

Para levantarmos o espectro de frequências precisamos de estimativas e medições de intensidade e de incidência de diferentes condições incomuns de gênero.

São dados difíceis de obter, com um mínimo de precisão.

Um de nossos principais objetivos com este trabalho é alertar para a necessidade da academia investir tempo e dinheiro numa pesquisa séria e profunda desse espectro.

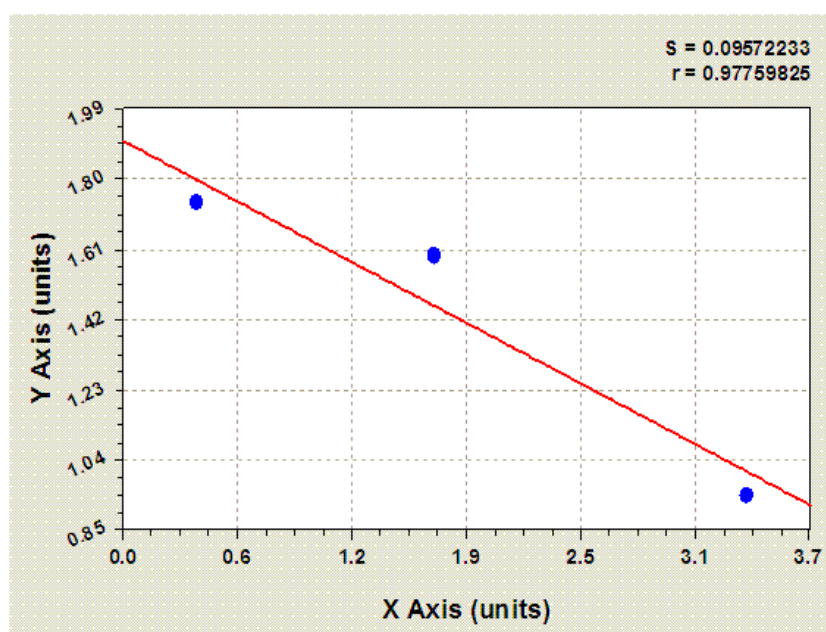
Nós desenvolvemos na Gendercare, desde 2001 até 2003 – dois questionários visando utilizá-los como uma medida aproximada de intensidade nos desenvolvimentos

incomuns de gênero. Denominamos essas escalas MF9 e FM1 e disponibilizamos na internet para resposta gratuita, e recebemos milhares de dados e pudemos estabelecer uma escala bem definida de intensidades.

Mas precisávamos de uma boa estimativa de incidências que fossem comparáveis a nossa escala de intensidades.

A melhor série de dados de incidência que encontramos, foi a série publicada e mantida na internet no website da Universidade de Michigan por Lynn Conway, PhD.

Usando os dados de Conway para incidência e nossos dados de intensidade, levantamos com milhares de pontos, já feita a regressão a figura a seguir:



Essas escalas estão em valores logarítmicos, ou seja, com alto coeficiente de correlação, nossos dados se mostram – como os dados de batimentos cardíacos – como fractais.

Gostaríamos de ter dados mais consistentes – queremos estimular institutos de pesquisa a que levantem dados mais consistentes – orientaremos, participaremos se convidados – e achamos muito proveitoso e necessário que se confirme e se aprimorem esses dados – principalmente de incidência - mas dificilmente o que encontramos será desmentido – quanto à fractalidade desse sistema.

Mas o que significa essa fractalidade?

Significa que não existem normas nesse sistema, não se pode definir o que é normal ou anormal. O que existe é uma enorme diversidade fractal com eventos extremos importantíssimos, COMO UM DESENVOLVIMENTO NATURAL – eventos extremos como transexualidade, como travestismo na linguagem popular – que preferimos designar como CIEGs – Condições Incomuns Extremas de Gênero.

A fractalidade não indica que a causa dessas condições sejam transtornos mentais, pelo contrário – indica que o desenvolvimento dessas condições incomuns – extremas ou não – são uma característica da complexidade do sistema natural – de alguém se perceber de um jeito ou de outro – num universo em que não existem normas mas onde existe uma enorme diversidade, principalmente em sistemas complexos como este que estamos estudando.

A simplicidade do relógio de Newton, dos petardos freudianos, dos mitos do passado – ficam no passado. No passado esses mitos pareciam ciência. Hoje, insistir neles é fazer pseudo ciência.

E no futuro nossa ciência será pseudo ciência? Talvez sim, mas cada vez nos aproximamos mais do conhecimento do complexo, e nossas incertezas – sempre permanentes – se tornam menos evidentes.

## Descobrimos a fractalidade do sistema. Como estudar sua complexidade?

Quais as principais consequências de percebermos que as condições incomuns de gênero - CIG se distribuem de forma fractal?

A primeira já dissemos - se mostra como desenvolvimento natural da diversidade e não como patologia mental ou "transtorno".

A terminologia e as metodologias derivadas do que foi desenvolvido no passado pela APA (psiquiátrica) e encampado pela OMS – patologizando mentalmente o que não era patológico – carece de sentido e de ética.

Mas as consequências são muito mais abrangentes.

Se as CIG's fossem decorrentes de transtornos mentais como supunham, seria certa a absoluta NECESSIDADE de um diagnóstico psiquiátrico ou pelo menos psicológico - como ainda pensam no Brasil, no "processo transexualizador do SUS", no CFM e alhures.

Mas como não são - o que fazer?

Que parâmetros usar para diagnosticar ou RECONHECER com precisão essas condições incomuns?

Se fossem transtornos mentais - depois de 3 meses ou mesmo de 2 anos de exaustivas e tormentosas sessões de psicoterapia para os terapeutas e de tortura para a maioria dos pacientes – se poderia curar ou minimizar os desejos ou alucinações incontroladas desses pacientes mentais.

Mas com psicoterapia nada se pode fazer para MUDAR o paciente e DESENTORTÁ-LO colocando-o numa forma artificial de uma pretensa "normalidade" – nem em 3 meses, nem em 2 anos, nem em 50 anos.

Esgotados os recursos e extenuados os terapeutas (mesmo que alguns enriquecidos e sustentados com esse processo bastante iníquo), depois de se torturar os pacientes com todas exigências as mais descabidas possíveis para vermos se caíam em si e mudavam de idéia – eles teimam em não mudar de idéia nunca.

Terminamos por conceder os seus desejos – muitas vezes fazendo-os nossos inimigos - mesmo a contragosto muitas vezes, nós, e eles enraivecidos quase sempre.

Mas não sendo um transtorno - como faremos?

Cada um faz o que quer e o SUS paga tudo? Ou o SUS não paga nada e cada um que se dane?

Aí é a MELHOR PARTE - sendo uma fractalidade natural - PODE-DE MEDIR ou pelo menos estimar uma mensuração da condição incomum, e MEDINDO, pode-se RECONHECER condições e desenvolvimentos típicos - e melhor - essas MEDIÇÕES E RECONHECIMENTOS podem ser desenvolvidos RAPIDAMENTE e A DISTANCIA.

Como?

Fazendo com que através de questionários não tradicionais - possamos levantar as dinâmicas de formação (como as series de batimentos cardíacos) - transformando essas dinâmicas em séries temporais numéricas - e depois considerando métodos de análise não linear desses dados.

Os batimentos cardíacos a gente põe um sensor e pergunta para o coração – e ele responde e nos mostra sua dinâmica. Nós perguntamos através de questionário quase tão tolos como as perguntas ao coração, e registramos a dinâmica.

Usamos por exemplo, mapeamentos por recorrência para definirmos situações típicas de grupos - e depois também diagramas de fase e mapas de retorno - recursos comuns na avaliação não-linear de séries temporais - para identificar clientes - ou para "diagnosticar pacientes" se preferirem.



Resumindo - o que era difícilimo ou mesmo quase impossível para um psiquiatra ou psicólogo fazerem em dois anos de enormes dificuldades para todos - pode-se MEDIR com muito maior precisão EM POUCOS MESES - de 2 a 3 meses - a distancia – de forma muito mais objetiva.

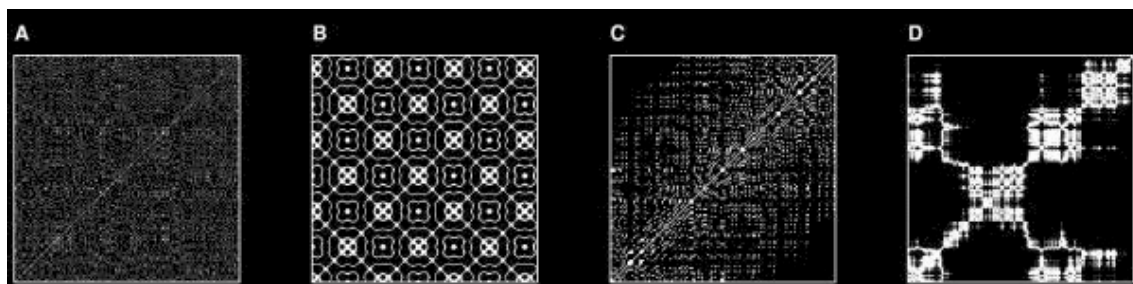
Fazendo uma analogia bem simples (e grosseira) imagine um médico e um paciente com uma costela lascada – dói, o paciente geme, o médico apalpa, mas não pode ter certeza de como está a costela, se é só uma, qual delas, etc.

Ele mede – através de um raio – x e pronto – ele vê a costela lascada e sabe que a coisa é simples por exemplo.

O que mudou foi o embasamento epistemológico da questão. Ao invés do achômetro das apalpadelas usamos um pouquinho de eletrônica e pronto – a engenharia e a física complementam a medicina.

Aqui, usamos umas perguntinhas tolas, um pouquinho de matemática, e produzimos graficamente meios de reconhecer ou diagnosticar com muito mais facilidade – uma situação muito complexa.

Se na economia se tivesse mudado a análise do chinês em Wall Street de distribuições normais para fractais - talvez muito da crise atual na economia global tivesse sido evitada.



Como mapear esse universo de gênero, através de questionários simples?

Desenvolvemos os questionários MFX e FMX derivados dos já mencionados MF9 e FM1. São 100 questões "bastante tolas" mas pertinentes e essenciais para podermos matematizar mais facilmente o processo.

Dessas 100 questões sim ou não, extraímos índices por idades - e montamos uma série temporal de desenvolvimento para cada cliente.

Trabalhamos essas séries temporais por regressão, e conseguimos uma maior riqueza de

detalhes para cada cliente e para cada grupo de clientes típicos em uma condição já previamente classificada - por exemplo como transexuais, ou transgeneros (travestis), ou transformistas, ou outra condição qualquer.

Fazemos o mapeamento da recorrência desses grupos de dados para grupos de clientes típicos e estabelecemos padrões de mapeamento.

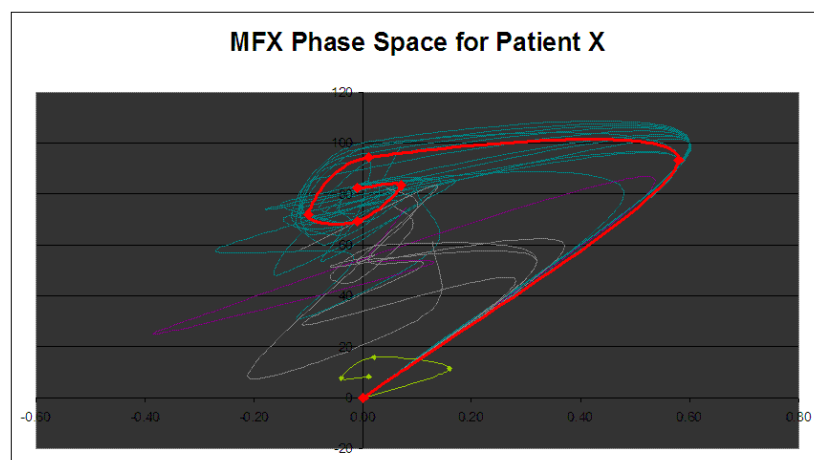
Por exemplo vejam na figura acima os padrões de mapeamento que classificamos como A a D – obtidos com nossos testes MFX e FMX aplicados a centenas de pacientes avaliados, sendo:

- A típico para pessoas com provável problema mental real;
- B para pessoas comuns e transformistas;
- C para travestis (ou transgeneros) típicos e
- D para transexuais típicos.

Eles são plenamente reconhecíveis e diferenciáveis entre si (consequimos o background para um “diagnostico ou reconhecimento diferencial”).

Estabelecemos um mapeamento primário de grupos.

Mapeamos os grupos: como reconhecer (diagnosticar) indivíduos?



Diferenciamos grupos típicos e reconhecemos suas assinaturas ou padrões por mapeamento de recorrência - pois tínhamos volume de dados para tanto, depois de centenas de avaliações, em clientes em todo o mundo.

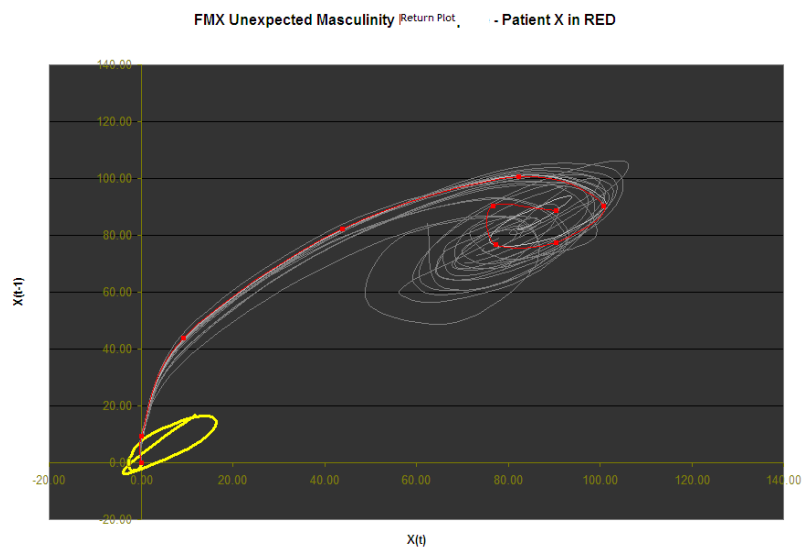
Mas como reconhecer O INDIVIDUO no grupo? Temos dados para isso para cada individuo?

Não temos para mapeamento de recorrência - mas temos para comparação de diagramas de fase e mapas de retorno, como mostra a figura apresentada acima para diagrama de fase.

O diagrama de fase foi determinado para a observável – gênero inesperado no caso - em amarelo para pessoas comuns, e em azul claro para a família dos típicos incomuns como evento extremo - como transexuais.

O cliente no caso, curva vermelha – plenamente identificado e reconhecido.

É importante compreender esse gráfico. No ponto inicial, onde inicia o movimento, corresponde ao ovo humano – todos partem do mesmo ponto. Logo no inicio surge uma incerteza – pois cada ovo carrega em si uma indeterminação (por isso o sistema é sempre caótico), e resumimos os desenvolvimentos mais comuns com a dinâmica amarela. Ocorre uma bifurcação – uma n-furcação ainda durante a gestação (o cérebro basal por exemplo) e as curvas se afastam – e outras bifurcações posteriores podem ocorrer (por exemplo entre as curvas cinzas e as azuis por exemplo). Cada bifurcação, cada diferença nesse diagrama tem seu significado – e sua relação com o avaliando.



Finalmente o mesmo podemos fazer com o mapeamento de retorno, como pode ser visto na figura anterior.

O cliente é retratado na figura em vermelho.

Os comuns em amarelo e os incomuns transexuais em cinza.

A identificação do cliente fica muito simples.

## Identificada a condição CIG – verificar se existe um verdadeiro Transtorno Mental – isso tem que ser obrigatório sempre.

Evidentemente, uma anamnese completa acompanha e consolida o processo de "diagnóstico" (prefiro considerar de reconhecimento - despatologizando o termo) - que pode ser feita presencialmente ou por emails (fazemos na Clínica Gendercare por emails apenas) - e um peneiramento (ou pré-avaliação) de possíveis problemas mentais correlatos, que fazemos na Gendercare usando o MMPI - outros podem usar outros métodos (não aconselhamos o Rorschach pois cremos que os resultados permitem abordagens subjetivas por parte do avaliador - e foi praticamente abolido para esse fim no mundo) - mas o MMPI é o mais usado no mundo para esse fim, há muitos anos com excelentes resultados.

Completadas as três fases que consideramos como OBRIGATÓRIAS - a anamnese, o teste MFX ou FMX e a aplicação do MMPI, em dois a três meses uma pessoa estará plenamente "diagnosticada", reconhecida e compreendida em seu processo de auto-percepção de gênero.

Só nos raros casos em que um transtorno mental real for percebido pelo MMPI - ou pelo método alternativo adotado para uma pré-avaliação - transtorno esse que possa ser A CAUSA de um verdadeiro TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GENERO - então só nesses casos muito raros talvez seja necessário impedir uma transição mais radical - ou exigir um tempo maior para uma avaliação além dos 3 meses.

Cada caso é um caso particular, sempre, nos seus detalhes.

## Referencias Bibliográficas Principais

Conway, L - How Frequently Does Transsexualism Occur? – *University of Michigan website 2002*;

Freitas, MC – *Meu Sexo Real – a origem inata, somática e neurobiológica da transexualidade* – Editora Vozes, 1998;

Liebovitch, LS & Scheurle, D - Two Lessons from Fractals and Chaos - *Complexity* 5 (4), 34-43, 2000;

Torres,WF – *Gênero, do Mito à Realidade* – Dissertação de mestrado defendida “cum laudae” no mestrado em sexologia da Universidade Gama Filho – RJ - 2002.

Torres,WF - Web-Based Services: Background & Methods for an objective gender variance evaluation - *20th HBIGDA/WPATH Biennial Symposium, Chicago, 2007;*

Torres, WF - Proposition for WGC - SOC 1st - *suggestion for discussion as a WGC-SOC Committee member, 2009.*