

## CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS A PROPÓSITO DE UM CASO DE TRANSEXUALISMO

*Francisco Allen Gomes, Almeida Ruas, Manuela Carvalheiro, Simões Pereira*

Consulta de Ginecologia Psicossomática e Sexologia dos Hospitais das Universidades de Coimbra.  
Serviço de Endocrinologia e Doenças Metabólicas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.  
Coimbra. Portugal.

### RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico típico de transexualismo. Seguidamente discutem os aspectos mais relevantes da etiologia, diagnóstico diferencial e terapêutica. Concluem que, perante um diagnóstico de certeza, a única atitude terapêutica possível é a de reabilitação, ou seja proceder a uma intervenção hormonal e cirúrgica, no sentido de adequar o mais possível a estrutura anatómica do indivíduo à sua vivência sexual. Como complemento indispensável da intervenção terapêutica deverá haver uma modificação dos documentos legais de identificação dos indivíduos em causa.

O transexualismo constitui hoje um dos temas mais discutidos da sexologia médica.

Para uma abordagem correcta, esta situação clínica exige uma íntima colaboração interdisciplinar, envolvendo psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e geneticistas.

Para além dos aspectos estritamente médicos, apresenta importantes e polémicos problemas éticos, sociais e medico-legais.

Considerando o caso clínico que descrevemos e a principal literatura do tema, discutiremos qual a solução mais correcta a adoptar.

### CASO CLÍNICO

Em Setembro de 1979, observamos na Consulta de Endocrinologia dos H. U. C. um adolescente de 16 anos e de sexo masculino.

Relata que, apesar de ter um corpo masculino, se sente como se fosse do sexo oposto, desejando saber se haveria, do ponto de vista médico, possibilidade de obter a sua transformação anatómica nesse sentido.

Veste calças, os sapatos são do tipo masculino, mas os adornos, o saco que usa e outros aspectos do comportamento identificam o conjunto como feminino.

Apesar de se encontrar na puberdade, desde os 14 anos, a voz é fina, se bem que com uma tonalidade de falsete, denotando que faz esforço em torná-la o mais feminina possível.

O seu modo de estar, os gestos e conversação assemelham-se aos de uma mulher, sem contudo se revestirem de aspectos grotescos.

#### *Exame endocrinológico*

Órgãos genitais externos e configuração anatómica masculinos.

Embora a investigação clínica não sugerisse uma perturbação endocrinológica, procedeu-se a um estudo analítico endocrinológico e pediu-se a colaboração dum psiquiatra.

O estudo cromossómico (46XY) e os doseamentos hormonais foram normais (Quadro 1, 2).

Quadro 1

*Doseamentos hormonais plasmáticos por métodos radioimunológicos*

FSH (UI/l)	8
LH (UI/l)	4,5
PRL (ng/ml)	4,7 (155,1 nmol/l)
Testosterona (ng/ml)	5,3 (18,4 nmol/l)
Dehidrotestosterona (ng/ml)	1,12
Estradiol (pg/ml)	80
Progesterona (ng/ml)	3,3 (10,5 nmol/l)

Quadro 2

*Prova de estimulação com LRH (100 mcg, e.v.)*

	0'	20'	60'
LH (UI/l)	0,5	15,5	14,0
FSH (UI/l)	8,0	10,5	12,0

### *Estudo psicológico*

#### *Dados biográficos*

Filho único, nasceu em Lourenço Marques. O pai é director dos correios e a mãe trabalha numa empresa. Quando tinha 18 meses os pais separaram-se. Aponta como motivo o facto da avó paterna não gostar da mãe, por esta ter sido anteriormente casada, e denegri-la junto do pai. Este, por sua vez, ter-se-ia relacionado com outra mulher.

Aquando da separação, a mãe abandonou a casa do pai e levou-o consigo, indo viver para casa de uma amiga. Mas, no dia seguinte, o pai foi buscá-lo, ficando a residir com este em casa de uns tios paternos. Sentindo que estes o tratavam mal, aos 5 anos o pai entregou-o à avó materna, com quem ficou até aos dez anos. Dos 2 aos 10 anos frequentou um colégio masculino. Nessa data, o pai, por motivos profissionais, transferiu-se para Inhambane, levando-o consigo. Aí frequentou um colégio misto orientado por freiras. Aos 11 anos, como se iniciasse a descolonização, veio para Portugal onde ficou a residir em Coimbra em casa da avó paterna, com o pai e uns primos jovens.

A mãe também regressou e fixou-se em Lisboa. Frequentou em Coimbra, desde a sua chegada, colégios masculinos em regime de externato.

### *Comportamento*

Desde a época em que vivia com os tios (antes dos cinco anos) que se recorda de preferir brincar com bonecas, desprezando os brinquedos masculinos. A própria tia, notando a sua preferência, oferecia-lhe ocasionalmente bonecas. Em casa da avó, recorda-se desde sempre que o seu passatempo favorito consistia em vestir, sempre que possível e a ocultas, roupas femininas. No colégio os rapazes faziam chacota dele, por o acharem efeminado. Detestava as brincadeiras destes, procurando isolar-se.

No Carnaval, vestia-se sempre com trajes do sexo contrário. O pai, apesar de o recriminar pela tendência em usar adornos femininos, comprou-lhe uma peruca no Carnaval quando ele tinha 7 anos. A mãe apreciava que ele a acompanhasse às compras, pois achava que tinha gosto para escolher roupas femininas. Em Inhambane, no colégio, os rapazes também troçavam dele, mas era bem acolhido pelas raparigas que o tratavam como igual.

Chegado a Portugal deixou crescer o cabelo. A pouco e pouco vai femininizando o seu vestuário e, desde há dois anos, veste-se ostensivamente como mulher e procede como tal. Não dá ouvidos aos remoques dos colegas nem aos comentários na rua. Durante os dois primeiros anos, por falta de contactos, vive isolado, passando os tempos livres a brincar com uma prima de 4 anos. À noite nunca sai sozinho. Progressivamente vai contraindo amizade com raparigas que o aceitam como amiga e o tratam por nome feminino. Com a chegada da puberdade, iniciam-se as dificuldades em relação ao seu aspecto físico. Vê-se obrigado a rapar os pêlos da cara e das pernas. Semanalmente vai arranjar o cabelo a um cabeleireiro de senhoras.

No ano passado, durante dois meses, mantém relações de amizade com um rapaz que se não apercebeu do seu verdadeiro sexo. Permittia-lhe contactos físicos ligeiros, tomando, no entanto, todas as precauções para não ser descoberto. Passados dois meses o rapaz afasta-se sem qualquer explicação. Fica deprimido, mas não faz perguntas com medo da resposta. Sabe que é cada vez mais conhecido na cidade.

Considera que o seu melhor tempo são as férias. Acampa com o pai e apresenta-se como rapariga usando nome feminino. Veste biquíni convencido de que ninguém nota o seu disfarce. Nessa época contrai muitas amizades.

No ano passado resolve pôr a família a par do seu problema. A aceitação é, de uma forma geral, boa com excepção da avó materna e da futura madrastra. A mãe é quem melhor aceita a ideia. O pai, embora aceitando, teme o seu futuro. Ficou muito preocupado por ele ter mencionado o propósito de trabalhar como travesti. Às vezes pensa nisso em momentos de depressão, mas o que verdadeiramente deseja é ser uma rapariga normal como todas as outras.

O pénis nunca foi para ele uma fonte de prazer. Ocasionalmente masturba-se, mas fica sempre chocado e envergonhado, quando isso acontece. Sente-se atraído pelos indivíduos do mesmo sexo, mas não aceita que pensem que é homossexual nem como tal se considera. As raparigas não lhe despertam o menor desejo sexual.

Está convicto de que a sua identidade é feminina e dispõe-se a tudo fazer para a respectiva correcção anatómica. Neste último ano houve uma acentuação da sua virilização e a voz já é nitidamente masculina. O crescimento dos pêlos assusta-o.

Parece emocionalmente uma pessoa estável, não se detectando sintomas neuróticos, psicóticos ou sociopáticos. É pouco vulnerável psicologicamente e tolera bem a adversidade.

### *Teste de personalidade*

Praticámos um teste de personalidade (MMPI), que, interpretado como indivíduo do sexo feminino, mostra um perfil normal. Interpretado como do seu verdadeiro sexo, revela apenas características femininas acentuadas.

Da presente história clínica, do inventário de personalidade e do estudo endocrinológico podemos destacar os elementos fundamentais seguintes:

1. Inteira convicção de pertencer ao sexo feminino em contradição com o seu verdadeiro sexo biológico — masculino — reconhecendo embora a sua anatomia como masculina.

2. Não comprovação, quer nas entrevistas clínicas, quer no teste de personalidade, de sintomas psicopatológicos, nomeadamente psicóticos ou sociopáticos.

3. Inexistência de alterações hormonais e cromossómicas.

4. Manifestação, desde a 1.<sup>a</sup> infância — 3 anos — de uma tendência acentuada para vestir roupas do sexo feminino e para exibir todo um comportamento típico do sexo feminino, facto que, com o passar dos anos, se tem vindo a acentuar. Nos dois últimos anos tem vivido praticamente como sendo do sexo oposto, apesar dos problemas de rejeição que tem experimentado e da chacota de que tem sido vítima já que vive numa cidade pequena onde progressivamente vai sendo conhecido.

5. Firme determinação em se submeter a terapêuticas que lhe permitam conseguir alterar o seu aspecto corporal de forma a torná-lo coerente com a sua vivência psicológica.

6. De salientar a sua notável resistência psicológica, pois ao longo deste difícil trajecto vital, não apresentou até agora nenhuma descompensação psicológica digna de menção, tão comum em jovens da sua idade e por motivos bem mais pueris.

Estas características são típicas de um quadro clínico de transexualismo clássico.

### DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E FREQUÊNCIA

O fenómeno conhecido hoje por transexualismo descreveu-o, pela primeira vez, Westphal em 1980.<sup>1</sup> Em 1899, Krafft-Ebbing utilizou a designação de *metamorphosis sexualis paranoica*. O termo transexual foi aplicado por Caldwell em 1949, mas o seu uso só se tornou generalizado após a publicação da obra de Benjamin *The Transsexual Phenomenon* em 1966.<sup>2</sup>

Para Roy Mackenzie,<sup>3</sup> deve entender-se por transexual *a pessoa que acredita pertencer ao sexo oposto, embora não negando a sua anatomia sexual, tentando viver socialmente de acordo com a sua escolha e procurando os procedimentos necessários para a sua reavaliação sexual*. Se acrescentarmos a essa definição, o facto das manifestações transexuais começarem a esboçar-se logo nos primeiros anos de vida, temos aqui apontados claramente os traços fundamentais do transexual e os elementos necessários para fazer o diagnóstico diferencial com as situações clínicas com que eventualmente pode ser confundido.

Muito recentemente Norman Fisk<sup>4</sup> englobou todos estes casos sob a designação *Síndrome de disforia do género*.

Além do transexualismo, a referida síndrome apresenta as seguintes subdivisões:

1. Travestismo — neste quadro encontram-se os indivíduos que apresentam um comportamento feiticista em relação ao vestuário, ou seja, para quem o vestir roupas de outro sexo se reveste de um carácter erótico, que eventualmente conduz à masturbação e ao orgasmo.<sup>5</sup>

São indivíduos que se identificam perfeitamente com o seu sexo e que em geral

têm uma actividade heterossexual. A actividade de travesti é em regra passageira, levando a maior parte da sua vida vestidos com a roupa do seu sexo. Os seus órgãos genitais são fonte de prazer, não sentindo em relação a eles o menor sentimento de rejeição.

Contudo, em certas épocas da sua vida, quer por crise de ordem pessoal, quer por influência do meio ambiente, quer ainda por imperativos profissionais (travestis do mundo do espectáculo), podem ser tentados a pedir uma mudança de sexo.

2. Homossexualidade — trata-se aqui do homem homossexual efeminado ou da mulher homossexual hipermasculina, que têm alguma tendência a exhibir um conjunto de trejeitos típicos do sexo oposto. Em geral vestem roupas do seu sexo e os seus órgãos genitais são gratificantes, pelo que não pretendem a sua alteração. Podem contudo, como tentativa de escape a estigmas sociais, por condições socio-culturais, ou ainda pelo fracasso de uma ligação amorosa, pedir impulsivamente uma mudança de sexo. As diferenças em relação à transexualidade são profundas. Na homossexualidade não há uma recusa do corpo que é aceite como tal, apenas o objecto de desejo e amor é o indivíduo do mesmo sexo. Sublinhemos também que não é a forma de homossexualidade mais comum e que terá tendência a ir desaparecendo à medida que a sociedade heterossexual for deixando de os marginalizar.

3. Casos Psicóticos — são indivíduos com actividade delirante que, através dela, podem ter a convicção de pertencerem ao sexo oposto. É o caso do célebre Presidente Schereber, descrito por Freud,<sup>6</sup> que tinha a convicção de ser uma mulher, ao mesmo tempo que experimentava sensações de modificação corporal nesse sentido. Há, nestes casos, uma perda profunda do seu contacto com a realidade que motiva não só a alteração das suas vivências, como também as da percepção. No transexual, pelo contrário, nunca se verifica esse aspecto. Sente-se como pertencendo ao outro sexo, mas tem uma noção precisa do seu próprio corpo. Este facto é muito importante pois permite compreender por que motivo certos psiquiatras apressadamente interpretam o transexual como delirante.

É importante fazer um diagnóstico correcto, porque as implicações terapêuticas são diferentes. Com efeito, só ao transexual, segundo a maioria dos autores, deve ser possibilitada uma intervenção cirúrgica.

É ainda difícil estimar a frequência deste quadro clínico, tanto mais que, com o decorrer dos anos e com uma melhor aceitação da parte da classe médica, o número de pedidos para transformação de sexo vem aumentando. Não podemos esquecer que, deste número de pedidos, é necessário excluir os travestis e os homossexuais. Por outro lado, a frequência quanto ao sexo também se tem mostrado variável. Pauly, por exemplo, falava em 1969 de 1 para 100 000 nos homens, contra 1 para 400 000 nas mulheres, e já em 1974 encontrou 1 para 65 000 e 1 para 130 000 respectivamente.<sup>7</sup> Verifica-se, pois, uma maior frequência e uma tendência para equilíbrio das taxas masculinas e femininas. Estes dados estão de acordo com os autores escandinavos, que têm boas estatísticas visto as operações para mudança de sexo serem permitidas nesses países desde os anos 50.<sup>1-8</sup>

## ETIOLOGIA

No estado actual dos nossos conhecimentos a etiologia deste estranho quadro clínico continua a ser uma incógnita.

Assim, também não há nenhuma teoria que actualmente consiga explicar o fenómeno em toda a sua extensão.

O transexualismo deve ser considerado como um acidente de percurso que pode

acontecer em vários momentos ao longo do desenvolvimento sexual do indivíduo.<sup>7</sup> Assim, poder-se-á admitir que um ou mais factores sejam responsabilizados por esse acidente.

Salientamos como possíveis factores etiológicos os seguintes:

a) Factores genéticos e neuroendócrinos

Dorner,<sup>9</sup> nos seus estudos sobre a diferenciação hormono-dependente do cérebro o comportamento sexual, afirma que as perturbações do comportamento sexual do homem podem ser baseadas, pelo menos em parte, numa divergência entre o sexo genético e a taxa de hormonas sexuais correspondendo ao sexo genético no momento da diferenciação cerebral no período pré-natal.

Pensamos tratar-se de um campo de investigação fértil, que pode eventualmente contribuir para o esclarecimento do transexualismo à semelhança do que tem acontecido com a intersexualidade.

b) Factores Psicológicos

Partindo do princípio que os transexuais em geral não apresentam alterações genéticas e neuro-endócrinas, há uma natural tendência para analisar o desenvolvimento da sua personalidade e a possível influência do meio ambiente.

Em relação aos factores psicológicos duas teorias avultam na tentativa de explicar o fenómeno.

1. Teoria psicanalítica

Para os psicanalistas, o transexualismo constitui uma perversão e situam a sua origem na fase pre-edipiana. Ao longo do desenvolvimento da personalidade, o indivíduo não conseguiu ultrapassar a fase de simbiose com a mãe, pelo que não se realizou a clivagem entre ele e esta que conduz à sua individualização. Atingida a fase edipiana, a fixação à mãe impede o indivíduo de completar a sua identificação.<sup>5</sup>

Assim, o transexualismo aparece intimamente ligado às perversões sexuais em geral.

Modernamente, um autor psicodinâmico, Stoller,<sup>10</sup> que tem estudado o transexualismo e intersexualidade, aponta factores novos. Para ele a identidade adquire-se nos primeiros três anos de vida, tendo uma grande importância a anatomia dos órgãos genitais externos bem como as relações pais-filhos e os factores biológicos. Considera extremamente importante a forma como se fez sentir a uma criança se ela é macho ou fêmea. Para Stoller, em relação à teoria psicanalítica, a vivência de ser um macho ou uma fêmea adquire-se antes do estado fálico-edipiano clássico, estado de evolução psico-afectivo fixado por Freud e sua escola entre o terceiro e o quinto ano de vida.<sup>11</sup>

Stoller dá muita importância a factores habitualmente relacionados com a teoria de aprendizagem (imitação, modulação) e considera que o transexualismo masculino pode originar-se através da relação da criança com uma mãe falocrática, ou seja, com fortes traços masculinos e que, na sua estreita relação com a criança, a modula como uma rapariga.

2. Teoria de aprendizagem

Nesta teoria foca-se mais a aprendizagem por mecanismos de reforço fornecidos pelo meio ambiente.

Sabemos hoje, através do estudo da intersexualidade, a importância que o registo

de nascimento tem no desenvolvimento da identidade sexual, podendo nitidamente ultrapassar a influência genética e hormonal. O facto de uma criança ser etiquetada como macho ou como fêmea pela aparência dos seus órgãos genitais leva a que todo o meio que rodeia a criança, numa sociedade em que os papéis sexuais estão perfeitamente individualizados, exerça uma poderosa acção condicionante, o que induz a criança a adoptar com frequência quer uma vivência, quer um comportamento, nitidamente incompatíveis com o seu sexo genético. O privilegiar exclusivamente a relação pais-filhos pode escamotear parte importante da realidade que envolve a criança.

Daqui também a nossa relutância em aceitar que o transexualismo possa ser originado através da relação criança-mãe ou criança-pai.

À guiza de conclusão, diremos que a identidade de um indivíduo se adquire a partir dum duplo sistema de forças, biológicas e ambientais, pelo que todas as alterações devem surgir através de estados patológicos de um ou outro sistema ou da sua intervenção.<sup>5</sup>

## TRATAMENTO

Sob o ponto de vista terapêutico, tudo o que se tem ensaiado em relação a um transexual não teve efeito.<sup>10</sup> Até à data não se obteve êxito com a psicoterapia no sentido de *normalizar* o transexual.<sup>10</sup>

Também a terapêutica do comportamento não apresenta melhor perspectiva. Para John Bancroft,<sup>2</sup> autor experimentado na terapêutica do desvio sexual, deve considerar-se como fútil a terapêutica do comportamento em relação ao transexualismo.

Obviamente também se não obtém a *normalização* através da terapêutica hormonal.

Não há, portanto, actualmente, sob o ponto de vista médico, possibilidade de curar o transexual, ou seja, transformá-lo num heterossexual.

Sabemos também que deixar o transexual entregue a si próprio se salda muitas vezes num suicídio ou em automutilações.

A única solução presentemente é adoptar uma terapêutica de reabilitação como propõe John Money,<sup>13</sup> e esta consiste em satisfazer o seu anseio, ou seja: terapêutica hormonal, tratamento cosmético, mudança de registo de nascimento e intervenção cirúrgica de forma que o transexual se possa comportar social e sexualmente de acordo com a sua vivência.

Este procedimento implica a existência de uma equipa multidisciplinar, que inclui obrigatoriamente endocrinologista, psiquiatra, urologista e ginecologista, auxiliados por uma assistente social e um consultor jurídico.

É evidente a responsabilidade dum trabalho deste tipo, pelo que devem ser tomadas todas as precauções.

Para isso tornam-se necessárias as seguintes condições:

1. Diagnóstico correcto, a fim de evitar os falsos pedidos.<sup>14-17</sup>
2. Ser maior, dando previamente a sua concordância face à terapêutica proposta.
3. Estabilidade psicológica do indivíduo em causa.
4. No caso de ainda ser menor, haver uma autorização por escrito dos pais.
5. Tentar estabelecer uma margem de segurança entre o reversível e o irreversível, através do teste real de vida de 2 anos proposto por John Money.<sup>13</sup>

Este consiste em fazer inicialmente o tratamento hormonal e cosmético, a que se segue a mudança legal de sexo, vivendo o indivíduo dois anos no sexo que deseja. Após esse tempo, é novamente avaliado sob o ponto de vista psicológico e social. Se se encontrar estável e adaptado nestes dois aspectos, pode então praticar-se o irreversível, ou seja, a intervenção cirúrgica.

Devemos mencionar que a modificação de homem para mulher é mais fácil, mais perfeita e com menos risco, mas que últimas experiências mostram<sup>18</sup> estar a progredir-se na técnica cirúrgica de mudança de mulher para homem.

6. Torna-se evidente que ao longo de todo este processo é indispensável o auxílio psicoterapêutico do transexual. A psicoterapia usa não só a ajuda para enfrentar as dificuldades surgidas a cada passo, mas fundamentalmente para facilitar a integração harmoniosa das modificações corporais, de forma a evitar futuras rejeições da nova imagem corporal. A sua orientação dependerá basicamente da formação teórica do psicoterapeuta.

## RESULTADOS

A maioria dos autores considera em geral os resultados satisfatórios, mas só ultimamente dispomos de estatísticas seguras, com estudo da evolução dos casos por mais de cinco anos.

J. Walinder<sup>19</sup> na Suécia, estuda 13 homens e 11 mulheres e mostra 80 % de resultados claramente favoráveis. Considerando o grave sofrimento do transexual não tratado, acha que o tratamento é perfeitamente justificado sob os pontos de vista ético e médico.

D. Hastings e C. Markland,<sup>20</sup> num estudo que incidiu em 25 transexuais masculinos, apresentam resultados semelhantes, não tendo nenhum dos indivíduos mostrado arrependimento pelo tratamento efectuado.

Norman Fisk<sup>4</sup> relata 5 casos de indivíduos que não ofereciam as condições ideais de selecção por apresentarem difíceis problemas psicológicos e sociais.

Pelo que expusemos, pensamos que, no caso por nós estudado, a solução consistirá em praticar a mudança de sexo.

Várias dificuldades se levantam:

- 1.º Trata-se de um adolescente e, portanto, menor;
- 2.º No nosso país, supomos não haver mecanismos legais que permitam esta actuação e a Ordem dos Médicos já se pronunciou de forma negativa.<sup>21</sup>

Em relação ao primeiro aspecto, pensamos que pode ser ultrapassado através de uma solução de compromisso, com a qual os pais estão ambos de acordo. Começar-se-ia pelo tratamento hormonal (que é urgente, devido ao acentuar progressivo da sua virilização) até atingir a maioridade e que serviria de teste em relação ao seu ajustamento.

A segunda dificuldade, ou seja, a legal, parecer ser a maior. No entanto, pensamos que é possível levantar o problema a nível jurídico e tentar que, no aspecto médico, surja um organismo que estude o assunto e elabore um relatório circunstanciado sobre o mesmo, de forma a que se possa criar uma legislação adequada, tanto mais que a solução proposta não acarreta o prejuízo de ninguém, quer em termos pessoais, quer em termos sociais.

## SUMMARY

### CLINICAL ASPECTS OF TRANSSEXUALISM — A CASE REPORT

This article reports on a typical case of transsexualism. The authors discuss the most meaningful aspects concerning the etiology, differential diagnosis and therapy. It is settled that, once the definite diagnosis established, the only therapy feasible comprises a hormonal and surgical correction in order to adjust, as much as possible, the anatomic



structure of the being to its sexual feeling. The therapy should in all cases entail the modification of the identity cards of the patients.

## BIBLIOGRAFIA

1. SORENSEN T, HERTOFT P. Transsexualism as a nosological unity in men and women. *Acta Psych Scand* 1980; 61: 135-151.
2. BENJAMIN H. The transsexual phenomenon. The Julian Press, New York, 1966.
3. MAC KENZIE KR. Gender dysphoria syndrome: Towards standardized diagnostic criteria. *Archs Sex Behav* 1978; 7, 4—251-262.
4. FISK NM. Five spectacular results. *Archs Sex Behav* 1978; 7, 4—327-336.
5. COTE G. Examen psychiatrique du transsexuel. *Cab Sex Clin* 1978; 4, 19—41-45.
6. FREUD S. Observaciones psicoanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*) autobiograficamente descrito. Obras Completas — Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
7. BUREAU J, TREMPE JP, JODOIN L. Transsexualité: catégorie, diagnostic ou expérience d'un individu. *Cab Sex Clin* 1978; 4, 19—25-39.
8. SORENSEN T, HERTOFT P. Sexmodifying operations on transsexuais in Denmark in the period 1950-1977. *Acta Psychiat, Scand* 1980; 61: 56-66.
9. DORNER G. Differentiation hormono-dependante du cerveau et comportement sexuel. *Cab Sex Clin* 1978; 4, 19—21-24.
10. STOLLER J. The transsexual experiment. Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, Londo, 1975.
11. HAYNAL A. Identité sexuelle et transsexualisme. «Introduction à la Sexologie Médicale». Edit. por G. Abraham e W. Pasini, Payot, Paris.
12. BANGROFT J. Deviant sexual behaviour — modification and assessment. Clarendon Press, Oxford, 1974.
13. MONEY J, WALKER P. Counseling the transsexual. «Handbook of Sexology». Edit. por J. Money e H. Musaph — Excerpta Medica, Amsterdam, 1977.
14. SHTASEL TM. Behavioral treatment of transsexualism: A case report. *J Sex Marital Ther* 1979; 5, 4—362-367.
15. WISE TN. Psychotherapy of an aging transvestite. *J Sex Marital Ther* 1979; 5, 4—368-373.
16. ABEL GG. What to do when non transsexual seek sex reassignment surgery. *J Sex Marital Ther* 1979; 5, 4—374-376.
17. PRINCE V. Transsexuals and pseudotranssexuals. *Archs Sex Behav* 1978; 7, 4—263-272.
18. WEATHERHEAD AD, POWERS S, RODGERS D, SCHUMACHER OP, BALLARD LA, HARTWELL SW. Sex reassignment program: The Cleveland Clinic Foundation. *Archs Sex Behav* 1978; 7, 4—377-382.
19. WALINDER J. A Social-Psychiatry follow-up study of 24 sex-reassigned transsexuals. Abstracts of Third International Congress of Medical Sexology, Roma, 1978.
20. HASTING DR, MARKLAND C. Post-surgical adjustment of twenty-five transsexuals (male-to-female) in the University of Minnesota Study. *Archs Sex Behav* 1975; 7, 4—327-336.
21. REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS, n.º 1, Jan. 1980, p. 23.

Pedido de Separatas: *Francisco Allen Gomes*

*Consulta de Ginecologia Psicossomática e Sexologia  
Hospitais das Universidades de Coimbra  
Coimbra, Portugal.*