



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

[psicopatologiafundamental@uol.com.br](mailto:psicopatologiafundamental@uol.com.br)

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental  
Brasil

Martins Valença, Alexandre; Nascimento, Isabella; Mecler, Kátia; Freire, Rafael; Mezzasalma, Marco  
André; Leão, Valfrido; Nardi, Antonio Egidio  
Comportamento violento, gênero e psicopatologia  
Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 13, núm. 2, junio, 2010, pp. 238-252  
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233016518006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Comportamento violento, gênero e psicopatologia\*

Alexandre Martins Valença  
Isabella Nascimento  
Kátia Mecler  
Rafael Freire  
Marco André Mezzasalma  
Valfrido Leão  
Antonio Egidio Nardi

238

*A violência cometida por indivíduos com transtornos mentais graves tem se tornado um foco crescente de interesse entre profissionais de saúde, autoridades policiais e outros segmentos da sociedade. Na população geral, os homens são mais agressivos do que as mulheres. Entretanto, tem sido encontrado que a diferença de gênero em relação ao comportamento violento é menor entre os indivíduos que apresentam transtornos mentais, comparados àqueles que não apresentam estes transtornos.*

**Palavras-chave:** Agressão, crime, transtorno mental, mulher

\* Esta pesquisa contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa (CNPq), processo n. 306290/2006-5 e da Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (Funadesp), projeto n. 3800126.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde – OMS define a violência como uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Como muitos outros problemas de saúde, a violência não está distribuída igualmente entre os gêneros ou faixas etárias. Em 2000, houve aproximadamente 520 mil homicídios no mundo, para um índice geral ajustado por idade de 8,8 para uma população de 100 mil habitantes. Os homens foram responsáveis por 77% de todos os homicídios e seus índices representaram mais de três vezes o índice das mulheres (13,6 e 4,0 respectivamente, para cada 100 mil) (Krug et al., 2002).

Um dos achados mais consistentes na literatura sobre a violência é que as taxas de comportamento violento são menores entre as mulheres do que entre os homens. Diversos estudos têm encontrado que, desde a adolescência, as mulheres apresentam significativamente menos comportamento agressivo e prisões por crimes violentos. Na população geral, os homens são mais fisicamente agressivos do que as mulheres, em diversas medidas de agressão, incluindo prisões por homicídio e crimes violentos (Menahem e Czobor, 2006). Entretanto, estudos têm sugerido que os transtornos mentais reduzem as diferenças de gênero, no que diz respeito a comportamento violento. Em estudos com grandes amostras não selecionadas, em que os indivíduos são acompanhados desde o nascimento, tem sido verificado que o risco de comportamento violento é aumentado pela presença de transtornos mentais, tanto no homem quanto na mulher, porém relativamente mais na mulher (Hodgins, 1992).

Durante muito tempo o estudo da mulher delinquente não foi explorado, pois se partia do princípio que os dados relacionados à criminalidade feminina se associavam aos dados da criminalidade masculina, e desta forma não recebiam um tratamento distinto. Na verdade, com o desenvolvimento social, ocorreu um aumento excepcional da carga de violência em todos os ramos onde se faz presente a pessoa humana. Desconsiderar a presença da

mulher neste panorama passa inclusive por preconceitos. De acordo com Weizmann-Henelius et al. (2003) a idealização da maternidade, o tabu social em relação à violência feminina e sua consequente negação possivelmente têm minimizado a preocupação com o fenômeno da violência perpetrada pela mulher. A avaliação da criminalidade feminina deve manter uma estreita relação com o enfoque social, ou seja, deve se observar, em primeiro plano, em qual meio social estas mulheres estão inseridas (área de trabalho, ambiente doméstico, etc.) e, num segundo plano, revelar as condições biológicas e psicológicas que podem ou não contribuir para a incidência e o grau dessa criminalidade (Salmasso, 2004).

Por outro lado, em todas as sociedades existe a violência contra a mulher. A violência contra a mulher engloba várias formas de violência, física e psicológica. O abuso sexual de meninas, no lar ou fora dele, a violência por parte do marido, assédio e intimidações sexuais no local de trabalho ou instituições educacionais, a prostituição forçada, entre outros. No Brasil os assassinatos de mulheres, cometidos por seus companheiros ou mesmo parentes próximos, têm também atingindo números elevados. A violência contra a mulher é em geral, praticada pelo marido, namorado ou ex-companheiro (Krug et al., 2002).

### Gênero e violência

O estudo sobre a relação entre gênero e violência tem sido tema de interesse crescente. De acordo com Robbins et al. (2003), uma pesquisa sobre a criminalidade nos Estados Unidos, a nível nacional, encontrou que apenas 14% das vítimas de crimes violentos relataram terem sido agredidas por mulheres ou meninas. Entretanto, no que diz respeito aos transtornos mentais, a proporção de criminalidade entre os gêneros tem características diferentes. Estudos recentes de pessoas liberadas de internações psiquiátricas não encontraram diferenças significativas nas taxas de violência, na comunidade, entre homens e mulheres (Lidz et al., 1993; Hiday et al., 1998).

Os estudos de avaliação do risco de violência indicam que os profissionais de saúde mental são menos precisos em predizer a violência em pacientes mulheres do que em pacientes homens, talvez levando a uma monitorização e intervenção inadequadas com as mulheres potencialmente violentas (Lidz et al., 1993; McNiel e Binder, 1995). Monahan et al. (2000) apontam que esta imprecisão dos clínicos pode levar a uma subestimativa do risco de violência entre as mulheres com transtornos mentais, ou seja, os clínicos têm uma tendência a acreditar que as pacientes mulheres, a exemplo das mulheres da população em geral, apresentam baixo risco de comportamento violento.

Para entender a ocorrência de violência em pacientes homens e mulheres, é importante investigar os sintomas clínicos e os fatores psicossociais que acompanham a violência nestes pacientes, avaliando como estes variam entre homens e mulheres. De acordo com Stueve e Link (1998), para determinar se a presença de transtorno mental atenua a relação entre gênero e violência, o desenho da pesquisa deve incluir grupos de comparação de indivíduos sem transtornos mentais, ou fazer comparações utilizando estatísticas da população geral. Levando em consideração estes aspectos, alguns estudos podem ser citados primeiramente. Hodgins (1992) examinou os registros de prisões e de saúde mental de uma amostra de indivíduos nascidos em 1953, na Suécia, e comparou grupos de indivíduos definidos por hospitalização psiquiátrica e deficiência intelectual com indivíduos que não apresentavam estas condições. Embora neste último estudo tenha sido observado que os homens foram mais condenados por crimes violentos, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, esta diferença foi menor entre aqueles que apresentavam transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtornos afetivos maiores, transtornos paranoides e outras psicoses) do que entre aqueles com outros transtornos mentais. Foi encontrado que 14,6% e 6,3% (pouco mais do dobro) de homens e mulheres, respectivamente, que apresentavam transtornos mentais graves, foram condenados por crimes violentos, diferença esta bem menor que aquela de 5,7% e 0,5% entre homens e mulheres sem transtornos mentais. Desta forma, as diferenças de taxas de prisões por crimes violentos entre os gêneros foram menores entre aqueles que apresentaram transtornos mentais graves do que estas mesmas diferenças na população geral (Hodgins, 1992).

Em outro estudo de “*birth cohort*”, realizado na Dinamarca, Hodgins et al. (1996) descreveram resultados semelhantes. No período de 1978 a 1990, 6,7% e 0,9%, respectivamente, de homens e mulheres com transtornos mentais graves foram condenados por crime violento (diferença de sete vezes), comparados com 1,5% e 0,1% de homens e mulheres, respectivamente, sem transtornos mentais (diferença de quinze vezes). Novamente, as taxas de prisões foram maiores entre os homens do que entre as mulheres, porém estas diferenças também foram menores naqueles com transtornos mentais graves.

De acordo com Hiday et al. (1998), ao se estudar a diferença de gêneros no comportamento violento, algumas questões metodológicas necessitam ser melhor discutidas: 1) pode haver um viés de seleção, no qual homens e mulheres são diferentemente selecionados para centros de emergência ou hospitais; 2) talvez haja uma maior preocupação com a possibilidade de lesões causadas pela violência do homem, levando a uma intervenção mais rápida quando os homens dão sinais de violência do que quando isso acontece com as mulheres; 3) estes achados poderiam ser devidos a um artefato de medição da violência, de estudos que medem a violência geral incluindo diferentes formas de comportamento violento.

Gondolf et al. (1990) encontraram que o número de indivíduos envolvidos em violência familiar, admitidos em hospitais, foi significativamente menor do que indivíduos envolvidos em violência não familiar. Além disso, os indivíduos que foram admitidos em casos de violência familiar tinham transtornos mentais mais graves, mais tentativas de suicídio e mais histórico de terem sido presos no passado. É possível que os clínicos vejam a violência como uma dificuldade conjugal, com menor representatividade de psicopatologia grave. Como resultado, pacientes cuja violência é dirigida contra o cônjuge, precisam ser mais violentos e ter mais psicopatologia para serem internados em hospitais. Como a violência da mulher é predominantemente doméstica, estes fatores podem levar a uma menor presença da mulher em serviços de emergência, ou, por outro lado, presença de mulheres com psicopatologia mais grave em serviços de emergência.

Em estudo de seguimento, Robbins et al. (2003) avaliaram pacientes de uma comunidade, sendo os mesmos entrevistados a cada dez semanas, ao longo de um ano, a partir da alta hospitalar. A amostra foi composta por 667 homens e 469 mulheres. A prevalência total de pelo menos um ato violento neste período foi de 29,7% para os homens e 24,6% para as mulheres (diferença não significativa estatisticamente). Apenas no primeiro período de seguimento, imediatamente após a alta hospitalar, os homens foram significativamente mais violentos do que as mulheres (16,3% e 9,7%, respectivamente). Todas as diferenças observadas nos demais períodos de seguimento não foram significativas.

Ainda em relação a este último estudo, outra diferença significativa foi em relação ao local da agressão: mais frequentes nos lares, no caso das mulheres, e mais frequentes nas ruas, no caso dos homens. A comorbidade de transtornos mentais com transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou substâncias psicoativas foi o principal fator de risco de violência durante as vinte primeiras semanas de seguimento após a alta hospitalar. Nas mulheres, o principal diagnóstico encontrado foi o de depressão. Nos homens, os transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou substâncias psicoativas foram os principais diagnósticos (Robbins et al., 2003).

Em estudo retrospectivo, Hiday et al. (1998) descreveram o comportamento violento nos últimos quatro meses que antecederam a hospitalização psiquiátrica de 331 pacientes com transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, psicoses afetivas ou outros transtornos psicóticos) internados involuntariamente. Quando foi utilizada uma medida mais ampla de violência (agressão física e participação em brigas sem uso de armas), os homens não apresentaram comportamento violento mais significativamente do que as mulheres (53,9% e 47,1%, respectivamente). Ao ser utilizada uma medida mais restrita de violência (ameaça com arma ou produção de dano físico grave), os homens foram significativamente mais violentos do que as mulheres (29,1% e 13,1%, res-

pectivamente). Também neste estudo, as mulheres descreveram mais agressões físicas a seus parentes (30,4% e 2,1%) e os homens descreveram mais agressões físicas dirigidas a estranhos (35,4% e 2,1%).

Quando se estuda as diferenças de gênero na manifestação do comportamento violento, pesquisas comunitárias têm sido muito valorizadas. Neste sentido, Yang e Coid (2007) mediram a prevalência de morbidade psiquiátrica e autorrelato de violência nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa, de uma amostra de 8.397 adultos da Inglaterra. Destes, 982 (12%) descreveram comportamento violento, sendo que os homens descreveram três vezes mais comportamento violento do que as mulheres, e abusaram de álcool ou substâncias duas vezes mais que as mulheres. Outro achado foi que os homens e mulheres violentos apresentaram níveis mais altos de morbidade psiquiátrica do que seus pares sem história de comportamento violento. Também foi encontrado que as mulheres com comportamento violento tiveram um risco maior de transtornos mentais, especialmente psicoses, transtorno de personalidade antissocial e síndrome de dependência de álcool do que os homens com este comportamento, havendo maior importância desta associação, no caso das mulheres. De acordo com os autores, quando o transtorno de personalidade antissocial ocorre em mulheres, ele é acompanhado de maior risco de comportamento violento, em relação aos homens.

Outros pesquisadores estudaram o comportamento violento durante a permanência em enfermarias de hospitais psiquiátricos, em pacientes com esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar. Registrando dados ao longo de quatro anos de estudo, selecionaram 222 pacientes que cometeram agressão física nos dois primeiros meses de hospitalização. Encontraram que as mulheres apresentaram significativamente maior número de agressões físicas e verbais. Entretanto, os homens cometeram agressões físicas mais graves. Sintomas psicóticos positivos (delírios, alucinações, alterações formais do pensamento etc.), irritabilidade e dificuldades na rotina das enfermarias e interações sociais foram fortemente associados com agressão verbal, tanto em homens quanto em mulheres (Menahem e Czobor, 2004).

### Mulher e criminalidade

A criminalidade praticada por mulheres é um tema que vem obtendo interesse crescente, na literatura nacional e internacional. De acordo com o Censo Carcerário, no Brasil as mulheres representam em torno de 4% da população carcerária. Em nosso meio existem poucos estudos sobre este tema (Depen, 2003).

Em um estudo brasileiro, Costivelli de Moraes e Dalgalarrrondo (2006) entrevistaram 358 mulheres, detentas da Penitenciária Feminina da Capital (São Paulo, SP), aplicando um questionário para rastreamento de transtornos mentais (GHQ-12). Os principais crimes praticados foram os violentos (51,5%) e o tráfico de drogas (42,2%). Os crimes violentos mais frequentemente praticados foram roubo (28,8%), homicídio (10,6%), sequestro (5,9%) e latrocínio (5,3%). A aplicação do GHQ-12 identificou apenas 95 mulheres com possível transtorno mental, representando 26,6 % da amostra, prevalência considerada baixa.

Atos homicidas praticados por mulheres resultam, em grande parte, de conflitos interpessoais, e são direcionados a pessoas com quem elas têm relações de intimidade. Os membros familiares, especialmente os companheiros, são frequentemente as vítimas. A agressão contra pessoas estranhas é menos comum (Husain et al., 1983). A prática de atos violentos contra os parceiros muitas vezes é uma represália contra uma vitimização inicial da mulher pelo companheiro (Jurik e Winn, 1990). Em casos extremos, a mulher exposta a repetidos atos violentos por seu companheiro desenvolve a “síndrome da mulher espancada”. Estas mulheres podem assassinar seus parceiros abusivos como uma tentativa desesperada de escapar da relação.

244

Weizmann-Henelius et al. (2003) estudaram uma amostra composta por 49 (56%) de mulheres violentas e 12 (54,5%) pacientes de centros forenses da Finlândia. O crime violento foi definido como homicídio, tentativa de homicídio ou agressão grave. Foi encontrado que cerca de um terço das vítimas eram pessoas próximas à ofensora, mais da metade eram conhecidos e um quarto eram pessoas estranhas. A maioria das vítimas eram homens, menos de um quinto eram mulheres e poucas eram crianças. Os homens foram mais vítimas de homicídio do que de agressão. Ainda em relação a este estudo, brigas em festas acompanhadas de uso de bebidas alcoólicas, tentativas de resolver problemas com a vítima e problemas de saúde mental foram as circunstâncias que ocorreram com maior frequência, quando as ofensas violentas foram cometidas.

Stuart et al. (2004) realizaram estudo com 103 mulheres presas por comportamento agressivo. Estas foram divididas em dois grupos: bebedoras abusivas e bebedoras não abusivas. As primeiras descreveram maior frequência de agressão física, abuso psicológico e abuso sexual em relação aos seus companheiros, causando significativamente mais lesões nos mesmos. As mulheres bebedoras abusivas também foram mais frequentemente vítimas de violência por seus parceiros. O abuso de álcool foi um fator preditor de vitimização e violência perpetrada por mulheres presas por violência doméstica. Desta forma, é razoável supor que um tratamento para o abuso de álcool estaria associado a menores taxas de recidiva de comportamento violento e vitimização nesta população.



Outro estudo avaliou 805 mulheres presas recentemente nos Estados Unidos. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias (30,3%) e transtorno de personalidade *borderline* (TPB) (28%) foram os mais prevalentes. A prevalência de transtorno de personalidade antissocial (TPAS) foi de 11,9% da amostra. Este transtorno foi mais comum em mulheres mais jovens, com menor escolaridade. Talvez este achado seja explicado por problemas com figuras de autoridade e brigas, o que pode ter contribuído para estas mulheres terem sido expulsas de escolas. As prevalências de transtornos de personalidade *borderline*, antissocial e abuso de substâncias foram maiores do que aquelas encontradas em populações comunitárias, possivelmente contribuindo para o comportamento desviante e criminoso que resultou na prisão destas mulheres. Em relação a outros transtornos, estas mulheres apresentaram maior frequência de transtornos do humor do que mulheres da comunidade. De acordo com os autores, a depressão em indivíduos com TPAS em situação de confinamento é elevada, e a comorbidade de depressão com TPB também é elevada (Jordan et al., 1996).

Tye e Mullen (2006) também estudaram amostra de presas (n=103). Encontraram frequências elevadas de transtornos mentais e de personalidade nestas mulheres, comparadas àquelas da população geral. Verificaram que um total de 41 mulheres (63%) que preencheram critérios diagnósticos para um transtorno mental nos últimos 12 meses, também preencheram critérios diagnósticos para transtornos relacionados ao abuso de álcool e substâncias. Os transtornos mentais mais comuns foram transtornos depressivos (45%), ansiosos (53%) e psicóticos (23%). Entre os transtornos de personalidade, os mais comuns foram os tipos paranoide (33%), antissocial (30%) e *borderline* (26%). Sem dúvida, estas mulheres apresentam vários aspectos de desvantagem em relação às mulheres da comunidade, como altas taxas de desemprego, baixo nível educacional e transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias. Estes fatores podem ter contribuído para as elevadas frequências de transtornos mentais nesta amostra.

Continuando a pesquisar sobre este tema, desta vez com mulheres que apresentavam transtornos mentais graves, Dean et al. (2006) estudaram uma amostra constituída por 304 mulheres com psicoses, com alta recente de hospitais psiquiátricos. Destas, 164 (53,9%) tinham diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, 94 (30,9%) esquizofrenia, 27 (8,9%) transtorno bipolar, e 18 (5,9%) transtorno psicótico não especificado. No seguimento de dois anos, 53 mulheres (17%) agrediram fisicamente outra pessoa. Comparadas às mulheres não violentas, as violentas tiveram mais prisões por crime não violento e relataram, com maior frequência, ter sido vítimas de violência no ano anterior ao estudo. As violentas tinham um início de doença mais precoce (antes dos trinta anos) e diagnóstico de transtorno de personalidade do *cluster B* (*borderline*, antissocial e histriônica), comparadas às não violentas.

Valença (2008) estudou amostra de todas as pacientes do sexo feminino com transtornos psicóticos primários que cumpriam medida de segurança, na forma de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, no Rio de Janeiro, acusadas de homicídio (n=5, 62,5%) ou tentativa de homicídio (n=3, 37,5%). Sete pacientes receberam diagnóstico de esquizofrenia, e uma de transtorno esquizoafetivo. No total houve dez vítimas agredidas. A maioria das vítimas (n=6; 60%) era membro familiar das pacientes. De acordo com a avaliação da perícia psiquiátrica inicial, cinco (62,5%) pacientes da amostra total (n=8) apresentavam sintomatologia psicótica no momento desta avaliação. Observou-se que as alucinações auditivas (n=4, 50%) foram os sintomas psicóticos mais comuns neste grupo, ainda de acordo com a avaliação pericial.

### Conclusões

Embora diversos estudos mostrem uma associação entre transtornos mentais graves e violência, ainda não está estabelecido porque alguns pacientes apresentam comportamento violento e outros não. Para Hodgins (2001), o comportamento violento está associado a fatores contextuais e individuais. Entre os primeiros estão incluídos a repressão policial e disponibilidade e adequação de tratamento psiquiátrico. Entre os segundos estão a presença de transtornos de personalidade comórbidos e transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou drogas, o que é reforçado por outros autores (Cote e Hodgins, 1992; Modestin et al., 1997; Elbogen e Johnson, 2009), além de falta de aderência ao tratamento e ausência de *insight* em relação ao transtorno mental (Swartz et al., 1998). Pessoas que apresentam abuso de substâncias têm um risco de 12 a 16 vezes maior de se envolver em comportamento violento do que outras que não usam substâncias (Nestor, 2002).

A hipótese de que o transtorno mental tem um efeito especial no impacto da violência da mulher tem sido reforçada por diversos estudos epidemiológicos (Swanson et al., 1990; Hodgins, 1992; Brenan et al., 2000). Mesmo em estudos em que há diferenças de gênero na violência (apontando os homens como mais violentos), a magnitude destas diferenças parece ser fortemente diminuída quando as amostras consistem de homens e mulheres com transtornos mentais, comparadas a amostras de indivíduos sem estes transtornos (Stueve e Link, 1998).

Diversos estudos têm encontrado um padrão duradouro de rompimento do contato com serviços de saúde mental, enquanto em outros o comportamento violento parece ocorrer logo após o início do transtorno mental, antes do ofensor ter estabelecido um contato com estes serviços (Meehan et al., 2006). É

importante que os serviços de saúde mental trabalhem para prevenir a perda de contato e não aderência ao tratamento, que frequentemente precedem o comportamento violento cometido por pessoas com transtornos mentais graves. Também é fundamental que a sociedade e autoridades governamentais atenuem barreiras de acesso a tratamento psiquiátrico e psicossocial.

Pesquisas que forneçam dados que auxiliem a identificação de indivíduos com transtornos mentais com risco de comportamento violento, bem como o tratamento adequado dos mesmos, podem contribuir para a prevenção deste comportamento, assim como a sua expressão no meio social. Também podem permitir uma melhor caracterização dos grupos ou situações de risco, e esclarecer as motivações específicas relacionadas à manifestação de comportamento violento, em indivíduos com transtornos mentais.

## Referências

- BRENNAN, P.A.; MEDNICK, S.A.; HODGINS, S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 57, n. 5, p. 494-500, 2000.
- COSTIVELLI DE MORAES, P.A.; DALGALARRONDO, P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 50-56, 2006.
- COTE, G.; HODGINS, S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, Amsterdam, v. 15, n. 1, p. 89-99, 1992.
- DEAN, K. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, London, n. 188, p. 264-270, 2006.
- DEPEN. Censo Carcerário do Brasil. Fundação SEADE/DEPEN, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.siraque.com.br/populacaocarceraria.htm>> Acesso em: 9 maio 2009.
- ELBOGEN, E.B.; JOHNSON, S.C. The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of general Psychiatry*, Chicago, v. 66, n. 2, p. 152-161, 2009.
- GONDOLF, E.W.; MULVEY, E.P.; LIDZ, C.W. Characteristics of perpetrators of family and nonfamily assaults. *Hospital & Community Psychiatry*, Washington, v. 41, n. 2, p. 191-193, 1990.
- HIDAY, V.A.; SWARTZ, M.S.; SWANSON, J.W. et al. Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, n. 33, p. S68-S74, 1998.

*Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 238-252, junho 2010

HODGINS, S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 49, n.6, p. 476-83, 1992.

\_\_\_\_\_. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, Amsterdam, v. 24, n. 4/5, p. 427-46, 2001.

HODGINS, S.; MEDNICK, S.A.; BRENNAN, P.A. et al. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 53, n. 6, p. 489-96, 1996.

HUSAIN, A.; ANASSERIL, D.E.; HARRIS, P.W. A study of young-age and mid-life homicidal woman admitted to a psychiatric hospital for pre-trial evaluation. *Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 28, p. 109-113, 1983.

JORDAN, B.K.; SCHLENGER, W.E.; FAIRBANK, J.A. et al. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 53, p. 513-519, 1996.

JURIK, N.C.; WINN, R. Gender and homicide: a comparison of men and women who kill. *Violence and Victims*, New York, v. 5, p. 227-242, 1990.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A. (Eds.). World report on violence and health. *World Health Organization*, Geneva, p. 3-22, 2002.

LIDZ, C.; MULVEY, E.; GARDNER, W. The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 269, p. 1007-1011, 1993.

MCNIEL, D.; BINDER, R. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, Arlington VA, v. 152, p. 901-906, 1995.

MEEHAN, J.; FLYNN, S.; HUNT, I. et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Services*, Washington DC, v. 257, p. 1648-1651, 2006.

MENACHEM, K.; CZOBOR, P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*, Arlington VA, v. 161, p. 459-465, 2004.

MODESTIN, J.; HUG, A.; AMMANN, R. Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 42, n. 1, p. 29-38, 1997.

MONAHAN, J.; STEADMAN, H.J.; ROBBINS, P.C. et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 176, p. 312-319, 2000.

NESTOR, P.G. Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry*, Arlington VA, v. 159, n. 12, p. 1973-8, 2002.

ROBBINS, P.C.; MONAHAN, J.; SILVER, E. Mental disorder, violence and gender. *Law and Human Behavior*, New York, NY, v. 27, p. 561-571, 2003.

*Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 238-252, junho 2010

SALMASSO, R.C. Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília-SP. *Revista de Iniciação Científica da FEC*, São Paulo, v. 4, p. 16-31, 2004.

STUART, G.L.; MOORE, T.M.; RAMSEY, S.E. et al. Hazardous drinking and relationship violence perpetration and victimization in women arrested for domestic violence. *Journal of Studies on Alcohol*, New Brunswick, v. 65, p. 46-53, 2004.

STUEVE, A.; LINK, B.G. Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, v. 33, p. S61-S67, 1998.

SWANSON, J.W.; HOLZER, C.E.; GANJU, V. et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, Washington, v. 41, n. 7, p. 761-70, 1990.

SWARTZ, M.S.; SWANSON, J.W.; HIDEY, V.A. et al. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, Arlington VA, v. 155, n. 2, p. 226-31, 1998.

TYE, C.S.; MULLEN, P.E. Mental disorders in female prisoners. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Abingdon, v. 40, p. 266-271, 2006.

VALENÇA, A.M. Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários – estudo de série de casos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 253-260, 2008.

WEIZMANN-HENELIUS, G.; VIEMERO, V.; ERONEN, M. The violent female perpetrator and her victim. *Forensic Science International*, Limerick, v. 133, p. 197-203, 2003.

YANG, M.; COID, J. Gender differences in psychiatric morbidity and violent behavior among a household population in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, v. 42, p. 599-605, 2007.

## Resumos

(Violent behavior, gender and psychopathology)

*Violence committed by individuals with severe mental disorders has come under considerable scrutiny recently by mental health professionals, police authorities and other segments of society. Men are more aggressive than women among the general population. In contrast, however, it has been found that the difference between the genders in terms of violence is smaller among individuals with mental disorders than among people in general.*

**Key words:** Aggression, crime, mental disorder, women

*Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 238-252, junho 2010

(Comportement violent, sexes et psychopathologie)

*Les actes de violence commis par des personnes atteintes de graves troubles mentaux attirent de plus en plus l'intérêt des professionnels de santé, des autorités policières et d'autres segments de la société. Dans la population normale, les hommes sont d'habitude plus agressifs que les femmes. Cependant, on observe que le décalage entre les sexes par rapport au comportement violent est moins prononcé parmi les individus porteurs de troubles mentaux que dans la population normale.*

**Mots clés:** Agression, crime, trouble mental, femme

(Comportamiento violento, género e psicopatología)

*La violencia cometida por los individuos con trastornos mentales graves ha despertado el interés creciente de los profesionales de la salud, autoridades policiales y otros estratos de la sociedad. Si bien que en la población común, los hombres son más agresivos que las mujeres, se ha encontrado que las diferencias de género relacionadas al comportamiento violento son menores entre individuos que presentan trastornos mentales que de aquellos que no presentan esos trastornos.*

**Palabras claves:** Agresión, crimen, trastorno mental, mujer

250

**Citação/Citation:** VALENÇA, A.M.; NASCIMENTO, I.; MECLER, K.; FREIRE, R.; MEZZASALMA, M.A.; LEÃO, V.; NARDI, A.E. Comportamento violento, gênero e psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 238-252, jun. 2010.

**Editor do artigo/Editor:** Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

**Recebido/Received:** 25.5.2009 / 5.25.2009 **Aceito/Accepted:** 10.8.2009 / 8.10.2009

**Copyright:** © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Financiamento/Funding:** Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular – Funadesp/This research has been funded by the National Council of Technological and Scientific Development and Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular – Funadesp.

**Conflito de interesses/Conflict of interest:** Os autores declaram que não há conflito de interesses/The authors declare that has no conflict of interest.

*Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 238-252, junho 2010

**ALEXANDRE MARTINS VALENÇA**

Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Prof. Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Saúde da Universidade Federal Fluminense – UFF (Niterói, RJ, Brasil); Prof. Adjunto de Psiquiatria da Universidade Severino Sombra (Vassouras, RJ, Brasil); Psiquiatra Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Pesquisador do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca  
20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Fone: (21) 2264-4394  
e-mail: avalen@uol.com.br

**ISABELLA NASCIMENTO**

Doutora em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Médica Assistente e Pesquisadora do Instituto de Psiquiatria da mesma Universidade.

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca  
20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Fone: (21) 2264-4394  
e-mail: inascimento@gbl.com.br

**KÁTIA MECLER**

Doutora em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Médica Perita do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e do Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Psiquiatra Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca  
20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Fone: (21) 2264-4394  
e-mail: Kátia@mecler.com.br

**RAFAEL FREIRE**

Mestre em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Médico Psiquiatra; Pesquisador do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca  
20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Fone: (21) 2264-4394  
e-mail: rafaelfreire@terra.com.br

**MARCO ANDRÉ MEZZASALMA**

Mestre em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Médico Assistente e Pesquisador do Instituto de Psiquiatria da mesma Universidade.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca

20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Fone: (21) 2264-4394

e-mail: mmezza@uol.com.br

**VALFRIDO LEÃO**

Mestre em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Pesquisador do Instituto de Psiquiatria da mesma Universidade.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca

20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Fone: (21) 2264-4394

e-mail: valfrido@gmail.com

252

**ANTONIO EGIDIO NARDI**

Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); Prof. Associado do Instituto de Psiquiatria da mesma Universidade; Livre Docente.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

R. Conde de Bonfim, 232/511 – Tijuca

20520-054 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Fone: (21) 2264-4394

e-mail: antononardi@terra.com.br