



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

BRENDA LOPES VILELA DE MELO

**A INIMPUTABILIDADE E A RESSOCIALIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS
DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE (TDI)**

Recife

2025

BRENDA LOPES VILELA DE MELO

**A INIMPUTABILIDADE E A RESSOCIALIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS
DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE (TDI)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências
Jurídicas da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharela
em Direito.

Área de Concentração: Criminologia,
Direito Penal, Direito Processual Penal.

Orientadora: Maria de Fátima de
Araújo Ferreira

Recife

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Melo, Brenda Lopes Vilela de .

A inimizabilidade e a ressocialização de indivíduos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) / Brenda Lopes Vilela de Melo. - Recife, 2025.

65 p. : il.

Orientador(a): Maria de Fátima de Araújo Ferreira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2025.

Inclui referências, anexos.

1. inimizabilidade. 2. transtorno dissociativo de identidade. 3. ressocialização. 4. medida de segurança. 5. direito penal. I. Ferreira, Maria de Fátima de Araújo. (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

BRENDA LOPES VILELA DE MELO

**A INIMPUTABILIDADE E A RESSOCIALIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS
DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso de pesquisa apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharela em Direito.

Aprovado em: 20/08/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Maria de Fátima de Araújo Ferreira (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Ma. Márcia Maria de Souza Gaiosio (Examinadora Externa)

Me. Carlos Gustavo Arribas (Examinador Externo)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à minha mãe e ao meu pai, Patrizia Lopes e Dell'Ângelo Vilela, por cada sacrifício, cada dia de luta, cada sonho que abriram mão para que eu pudesse sonhar também. Sei que vencer não é um caminho solitário—é uma jornada compartilhada. Se hoje dou mais um passo, é porque vocês caminharam comigo. Minha conquista é nossa. Cresci entendendo que nada me seria entregue sem esforço, mas que eu nunca precisaria lutar sozinha. Porque “vencer na vida” nunca foi sobre caminhar só, e sim sobre mãos que sustentam, sobre ombros que acolhem, sobre corações que sonham juntos.

Àquela que, muito além de mãe, sempre foi minha força em movimento: com seu jeito expansivo, prático e cheio de vida, ensinou-me que leveza também pode ser riso alto, ação rápida e coragem escancarada. Você nunca deixou a vida pesar demais, mesmo quando a realidade exigia força — e foi com você que aprendi a encarar os desafios de frente, mas sem perder o bom humor. Sua forma vibrante de ver o mundo me inspira e me impulsiona. Obrigada por me mostrar que a leveza não está na ausência de luta, mas na forma corajosa e viva de atravessá-la.

E, em especial, ao meu pai, que não apenas esteve ao meu lado, mas viveu cada etapa dessa jornada comigo. Foi ele quem fez minha mudança, quem carregou comigo o peso daquela despedida, quem chorou, mas nunca hesitou em me incentivar quando precisei partir, aos 17 anos, para dar início ao sonho da graduação em Direito na Universidade Federal da Paraíba. E foi ele também quem celebrou comigo, talvez até mais do que eu, quando fui aprovada na Universidade Federal de Pernambuco e finalmente pude voltar para casa. Mesmo cansado depois do trabalho, enfrentava a estrada à noite só para me buscar e me permitir passar um final de semana em casa. Nas noites de sexta, esperando pacientemente eu sair da faculdade, e em cada momento em que colocou meu sonho acima do seu próprio cansaço, me ensinou que amor de pai é feito de presença, de renúncia e, acima de tudo, de uma dedicação incansável.

Este é apenas mais um capítulo da nossa história, mas saibam que tudo o que sou e tudo o que ainda serei tem as digitais de vocês.

À minha irmã, Dandara Lopes, por estar ao meu lado de um jeito único e engraçado. Seja me surpreendendo com um perfume em formato de *Hello Kitty*, fazendo-me rir com memes no *Instagram*, compartilhando fofocas ou até me

presenteando com um *gloss* em formato de *fidget spinner*, você sempre encontra formas inusitadas de se fazer presente na minha vida.

À minha avó Eliane (*in memoriam*), que partiu tão cedo, sem poder me ver escolher o caminho que hoje sigo, mas que, de alguma forma, sempre esteve comigo. Lembro de você a cada brisa suave, a cada nascer e pôr do sol, e a cada borboleta que cruza meu caminho. Sinto sua presença em tudo, em cada detalhe, e sei que o que morreu não ficou morto.

Você está viva em mim, na minha mente, no meu coração e nas minhas ações. Mesmo sem estar fisicamente ao meu lado, sinto sua presença em tudo o que faço. Cada passo que dou, cada conquista, é uma homenagem silenciosa à senhora, que sempre foi parte de mim. Sinto sua falta a cada dia, vovó, mas sei que, de algum jeito, você nunca se foi.

À minha avó Maurely Maria (*in memoriam*), que também partiu cedo, mas cuja presença fez parte de forma marcante da minha história.

Ao meu avô Edson, que sempre se alegra com minhas conquistas e me apoia de forma única. Sua felicidade com minhas vitórias me inspira a seguir em frente.

Aos meus tios, tias, primas e à minha família em geral, por, de alguma forma, sempre estarem presentes, cada um à sua maneira. O apoio de vocês, ainda que silencioso, é sentido e jamais será esquecido.

Aos meus amigos, Estela Elen, Gustavo Paixão e Kamylle Alvaristo, por serem casa, mesmo quando estávamos todos tão distantes de casa. Obrigada por cada voltinha no DCJ, por cada desabafo compartilhado e por nunca deixarem a distância diminuir nossa conexão.

Ao Júlio, que vive me chamando de assessora, mas é ele quem merece esse título por me salvar nas provas e trabalhos. Obrigada por ser tão inteligente, prestativo e presente.

À Maria Eduarda, que me “aguentou” e me deu suporte de forma tão pura e compreensiva. Mesmo longe, nunca me faltou. Sou grata por você ter aparecido na minha vida de uma maneira tão inusitada, e, principalmente, por ter ficado.

À Yasmin Gouveia, que esteve comigo em todas as fases da vida, desde a infância, sendo sempre meu espaço livre de julgamentos. Ter alguém como você na caminhada é um privilégio que levo comigo para sempre.

À Heloiza Ribeiro, pela amizade ao longo dos anos e pelo saudoso tempo da escola. Porque se sobreviver aos trabalhos em grupo e às provas de exatas foi um

desafio, fizemos disso um grande aprendizado (ou, pelo menos, uma boa desculpa para rir das nossas estratégias nada ortodoxas de estudo).

Aos demais amigos que, de alguma forma, apoiaram-me e fizeram parte da minha jornada, meu carinho e gratidão.

Expresso minha gratidão também à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aos docentes do curso de Direito do Departamento de Ciências Jurídicas (DCJ) pelas oportunidades e experiências que enriqueceram minha formação. A trajetória vivida nesta instituição foi crucial para o meu desenvolvimento, tanto acadêmico quanto pessoal, e sou imensamente grata pelo aprendizado e apoio ao longo dessa caminhada.

À Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ao corpo docente e à Faculdade de Direito do Recife, casa de grandes nomes jurídicos, casa de Tobias Barreto, que por alguns anos também pude chamar de minha casa. O peso e a honra de estudar onde tantas mentes brilhantes já passaram são um legado que levo comigo.

Por fim, à minha orientadora, Professora Mestra Maria de Fátima, por acreditar em mim e me guiar neste projeto. Sua paciência, dedicação e incentivo foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

*"Humanos são intrinsecamente
impossíveis de simplificar. Nós nunca
somos só bons ou ruins.*

*Nós somos mosaicos de nossas piores
partes e nossas melhores partes, de
nossos segredos mais sombrios e nossas
histórias favoritas."*

Taylor Swift.

RESUMO

O presente trabalho acadêmico analisa as implicações jurídicas da inimputabilidade de indivíduos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), trazendo à discussão a possibilidade de sua ressocialização após a aplicação de medida de segurança. Trata-se de uma análise teórico-jurídica com abordagem qualitativa, utilizando os métodos dedutivo e comparativo, com ênfase no estudo do caso Billy Milligan. A pesquisa visa compreender se, à luz do ordenamento jurídico brasileiro, é possível reintegrar à sociedade indivíduos considerados inimputáveis por TDI, verificando a eficácia das medidas de segurança e os limites da imputação penal nesses casos. Os resultados evidenciam a insuficiência de parâmetros diagnósticos nacionais, a escassez de jurisprudência sobre o tema e a persistente estigmatização social dos portadores do transtorno. Conclui-se que a ressocialização é juridicamente possível, mas deve ser sustentada por avaliação psiquiátrica contínua, respaldo científico e políticas públicas inclusivas, as quais respeitem os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do bem-estar social e da isonomia.

Palavras-chave: inimputabilidade; transtorno dissociativo de identidade; ressocialização; medida de segurança; direito penal.

ABSTRACT

This academic paper analyzes the legal implications of the non-imputability of individuals diagnosed with Dissociative Identity Disorder (DID), bringing into discussion the possibility of their resocialization after the application of a security measure. It is a theoretical-legal analysis with a qualitative approach, using deductive and comparative methods, with emphasis on the Billy Milligan case. The research aims to understand whether, under the Brazilian legal system, it is possible to reintegrate into society individuals deemed non-imputable due to DID, by assessing the effectiveness of security measures and the boundaries of criminal liability in such cases. The findings reveal the insufficiency of national diagnostic parameters, the lack of jurisprudence on the subject, and the persistent social stigmatization of those with the disorder. It concludes that resocialization is legally possible but must be supported by continuous psychiatric evaluation, scientific evidence, and inclusive public policies that uphold the constitutional principles of human dignity, social well-being, and equality.

Keywords: non-imputability; dissociative identity disorder; resocialization; security measure; criminal law.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	15
2.1	Objetivos	15
2.1.1	<i>Objetivo geral</i>	16
2.1.2	<i>Objetivos específicos</i>	17
3	A APLICABILIDADE DO DIREITO PENAL-CONSTITUCIONAL FACE AO JULGAMENTO DE SUJEITOS PORTADORES DE TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE	18
4	A PSICOPATOLOGIA DO TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E A PSIQUIATRIA FORENSE: ANÁLISE DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO TERAPÊUTICO E DOS MECANISMOS DE CONTROLE À LUZ DO CASO BILLY MILLIGAN	31
5	O TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: ENTENDIMENTOS CONCEITUAIS E PRÁTICOS, FORMAÇÃO DAS MÚLTIPLAS IDENTIDADES E PERFIL DE INCIDÊNCIA DA DOENÇA	39
6	ANÁLISE DA POTENCIAL CONSCIÊNCIA DE ILICITUDE DO PORTADOR DE TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E POSSIBILIDADES DE RESSOCIALIZAÇÃO	46
7	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho acadêmico tem como foco a análise das implicações jurídicas da inimizabilidade de indivíduos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), investigando especialmente a viabilidade de sua reinserção social após o cumprimento de medidas de segurança. Nesse sentido, insta consignar a relevância do tema não apenas no campo do Direito Penal e da Psiquiatria Forense, mas também na esfera dos direitos fundamentais, da dignidade da pessoa humana e da efetividade das garantias constitucionais aplicadas à população acometida por transtornos mentais.

A problemática do estudo consiste em discutir as implicações da responsabilização criminal de indivíduos que, em razão de transtornos psíquicos severos, como o TDI, demonstram incapacidade de compreensão e autodeterminação durante a prática de atos ilícitos. A discussão do problema de pesquisa, portanto, gira em torno do TDI, anteriormente denominado transtorno de personalidade múltipla, que ganha contornos ainda mais complexos diante da escassa e retrógrada jurisprudência sobre o tema no Brasil, da limitada produção científica interdisciplinar e da ausência de protocolos padronizados para diagnóstico e tratamento no sistema jurídico e de saúde pública.

Além disso, há um histórico de incompreensão e estigmatização da condição, tanto por parte da sociedade quanto de profissionais do Direito e da Medicina, o que contribui para a marginalização desses indivíduos no espaço jurídico-social. A criminalização sem a devida consideração da condição psiquiátrica implica a violação de direitos fundamentais e desafia os princípios de culpabilidade, proporcionalidade e humanidade que regem o sistema penal brasileiro.

A pesquisa tem como marco epistemológico o estudo do caso de Billy Milligan, ocorrido nos Estados Unidos na década de 1970. Milligan foi acusado de estupros e sequestros, mas, após exames psiquiátricos, foi diagnosticado com TDI, revelando-se portador de 24 personalidades distintas. O caso tornou-se emblemático por representar a primeira absolvição penal nos Estados Unidos baseada no reconhecimento da inimizabilidade em virtude do transtorno.

A análise deste caso concreto, com seus desdobramentos jurídicos, psiquiátricos e sociais, serve como base comparativa para examinar como o ordenamento jurídico brasileiro poderia lidar com situações análogas. A figura de

Milligan não é apenas um elemento ilustrativo, mas um ponto de partida para reflexões mais amplas sobre a forma como o Direito trata a saúde mental.

Apesar de os primeiros relatos científicos sobre dissociação mental remontarem ao século XIX, apenas em 1980 o TDI foi oficialmente reconhecido pela Associação Americana de Psiquiatria, com sua inserção no DSM-III (APA, 2014). Desde então, o transtorno passou por reformulações diagnósticas e permanece como um dos mais controversos e subdiagnosticados do espectro dissociativo.

O Brasil, por sua vez, ainda enfrenta uma lacuna significativa em relação ao diagnóstico correto, sendo comum a confusão entre TDI e outros transtornos, como esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline e bipolaridade. Essa realidade é agravada pela falta de profissionais capacitados e pela utilização de instrumentos diagnósticos importados, como a *Dissociative Experiences Scale (DES)*, sem adaptação sistemática à realidade sociocultural brasileira.

É importante destacar que o tratamento midiático da temática contribui para o agravamento do estigma. A cultura popular, por meio de filmes, séries e documentários, retrata frequentemente o TDI de maneira sensacionalista, vinculando-o à violência, à loucura e à periculosidade. Personagens fictícios com múltiplas personalidades são usualmente descritos como instáveis, perigosos e imprevisíveis, o que reforça o imaginário coletivo negativo e dificulta o debate técnico e jurídico necessário. Essa distorção cultural influencia não apenas a opinião pública, mas também pode afetar a atuação de juristas, promotores(as), magistrados(as) e peritos(as) que, por vezes, não estão habilitados tecnicamente no conhecimento da moléstia.

Jurídica e hermeneuticamente, a inimputabilidade por transtorno mental está prevista no artigo 26 do Código Penal brasileiro, que estabelece a isenção de pena para o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. *In verbis*:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1940).

O dispositivo em questão adota o critério biopsicológico, exigindo, cumulativamente, a presença de uma condição clínica diagnosticável e a demonstração, por meio de prova pericial, da incapacidade de autodeterminação no momento do crime. Quando constatada a inimputabilidade, não há configuração de crime em sentido penal, sendo aplicada medida de segurança — como internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial — com foco terapêutico e não punitivo.

Cabe ressaltar que, atualmente, em conformidade com a Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário (CNJ, 2023), não há mais a recomendação de internação em tais hospitais, valendo-se o Poder Judiciário da aplicação de medidas substitutivas à internação. Senão, veja-se:

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória **ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão** e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

§ 1º **A internação**, nas hipóteses referidas no caput, **será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional**, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001. (CNJ, 2023).

Ainda assim, a aplicação das medidas de segurança levanta uma série de questionamentos; quais sejam: até que ponto esses dispositivos são eficazes na recuperação dos indivíduos? Quais são os critérios técnicos e jurídicos utilizados para determinar o tempo de tratamento e a cessação da medida? O Estado está preparado para reintegrar esses indivíduos à sociedade após o cumprimento da medida?

São essas perguntas que orientam a presente investigação, cujo objetivo principal é compreender se há possibilidade de ressocialização de agentes diagnosticados com TDI após o cumprimento de medida de segurança, avaliando,

para isso, tanto o arcabouço normativo quanto os obstáculos práticos encontrados no sistema de justiça criminal brasileiro.

Ademais, este trabalho se propõe a analisar o tratamento conferido aos portadores de TDI sob a perspectiva dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da isonomia e do devido processo legal. Ao contrário do que ocorre com outros transtornos mais amplamente reconhecidos, como a esquizofrenia, os indivíduos com TDI encontram-se frequentemente invisibilizados nas estatísticas criminais, nos protocolos de saúde mental e nas decisões judiciais.

A ausência de reconhecimento formal e o desconhecimento técnico por parte dos(as) operadores(as) do Direito podem acarretar a responsabilização indevida desses sujeitos, contrariando os fundamentos do Direito Penal moderno, que exige, como pressuposto da punição, a existência de culpabilidade plena.

Por fim, este estudo pretende contribuir para o avanço da discussão interdisciplinar entre Direito e Saúde Mental, oferecendo subsídios teóricos e práticos para a construção de um modelo jurídico mais humanizado, técnico e inclusivo. A partir da análise do caso Milligan, da legislação penal brasileira e da literatura científica atual, busca-se fomentar um debate crítico sobre a forma como o sistema jurídico deve lidar com indivíduos cuja capacidade de autodeterminação está profundamente comprometida por fatores psíquicos. A reinserção social de pessoas diagnosticadas com TDI não pode ser descartada, mas deve ser construída com base em avaliações criteriosas, políticas públicas eficientes e respeito aos direitos humanos.

2 ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

A presente pesquisa se insere no campo do Direito Penal, das Criminologias e da Psiquiatria Forense, com enfoque interdisciplinar voltado à análise da inimputabilidade penal de indivíduos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) e a viabilidade de sua reintegração social após a aplicação de medidas de segurança. A fundamentação teórica apoia-se nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da isonomia e da culpabilidade penal, bem como em doutrinas jurídicas e psiquiátricas que tratam do tratamento legal dispensado a pessoas com transtornos mentais no Brasil. Autores como Bittencourt, Bandeira de Mello, Tourinho Filho e Maraldi contribuem para a construção do referencial teórico, aliando-se a estudos clínicos e estatísticos nacionais e internacionais acerca do TDI.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com enfoque exploratório e analítico. O método de abordagem adotado é o dedutivo, partindo de premissas gerais acerca da imputabilidade penal e dos direitos fundamentais, para análise de um caso concreto de grande relevância (Billy Milligan), permitindo observar como os elementos jurídicos e clínicos dialogam na formulação de respostas penais a condutas praticadas por indivíduos acometidos por transtornos psíquicos. Além disso, utiliza-se o método comparativo, ao colocar em paralelo o tratamento conferido ao TDI no ordenamento jurídico brasileiro e no contexto jurídico norte-americano, considerando diferenças culturais, legais e institucionais.

O trabalho fundamenta-se na análise documental de normas jurídicas, decisões judiciais, manuais psiquiátricos (como o DSM-5), relatórios técnicos, artigos científicos e produções audiovisuais que abordam o TDI. O estudo do caso Billy Milligan é explorado como exemplo paradigmático de absolvição penal motivada por transtorno mental, servindo como eixo empírico para a problematização da responsabilização e da medida de segurança. A articulação entre teoria e prática é essencial para compreender as falhas e os limites do sistema penal frente a situações que envolvem transtornos mentais complexos, visando propor uma abordagem mais humanizada, eficiente e juridicamente coerente.

2.1. Objetivos

Este estudo tem como objetivo central analisar, sob a óptica jurídico-penal, as implicações da inimputabilidade dos agentes diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), buscando compreender como o ordenamento jurídico brasileiro responde a condutas típicas praticadas por indivíduos cuja capacidade de autodeterminação esteja comprometida por uma condição psíquica dissociativa. A partir disso, pretende-se investigar se há viabilidade jurídica, social e clínica para a reinserção desses indivíduos na sociedade, após o cumprimento de medida de segurança imposta pelo Estado em substituição à pena, como prevê a legislação penal para os casos em que se reconhece a inimputabilidade ou semi-imputabilidade.

A pesquisa propõe-se a lançar luz sobre a adequação das medidas de segurança previstas no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente no que tange à sua eficácia como instrumento terapêutico e de proteção social, questionando se estas medidas estão sendo utilizadas de maneira compatível com os direitos fundamentais da pessoa humana e com os princípios do Estado Democrático de Direito. Diante do cenário atual, em que o TDI ainda é alvo de estigmas e incompreensões, tanto por parte da sociedade quanto de operadores(as) do Direito, a análise da possibilidade de ressocialização ganha relevância não apenas do ponto de vista normativo, mas também sob uma perspectiva humanitária, ética e técnica.

Além disso, o estudo pretende identificar os critérios utilizados para aferir a capacidade de imputação penal dos portadores de TDI, analisando como a doutrina e a jurisprudência brasileiras vêm interpretando e aplicando o artigo 26 do Código Penal, especialmente diante da escassez de precedentes sobre a temática. A proposta é, portanto, examinar se os institutos jurídicos disponíveis são suficientes para garantir um tratamento justo, individualizado e baseado em evidências para esses indivíduos, sem violar princípios como a legalidade, a proporcionalidade e a dignidade da pessoa humana.

Desse modo, os objetivos gerais e específicos desta pesquisa serão delineados a seguir, com vistas a orientar a abordagem teórica e prática da investigação.

2.1.1. Objetivo geral

O objetivo principal da pesquisa é compreender se há possibilidade de

reinserção de agentes portadores de transtorno dissociativo de identidade na sociedade e se é factível que o Estado garanta que este agente não voltará a cometer atos ilícitos. Para tanto, é necessário conceber a eficácia da medida de segurança para o tratamento e recuperação dos indivíduos com TDI.

2.1.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos desta pesquisa acadêmica estão assim delineados:

- a) Analisar a aplicabilidade das garantias constitucionais e penais, como o princípio da dignidade humana, da igualdade e do devido processo legal, nos julgamentos de agente com TDI;
- b) Compreender a eficácia de tratamentos psiquiátricos em agentes portadores de TDI, além de entender como ocorre a identificação dessa psicopatologia, à luz do caso paradigmático de Billy Milligan;
- c) Conceituar o transtorno dissociativo de identidade, entender como ocorre a formação das personalidades, além de traçar um perfil de quem está mais suscetível ao transtorno;
- d) Verificar se o portador de TDI pode reconhecer a ilicitude dos atos que praticou e se, na prática do tratamento jurídico-penal dado a esses sujeitos, a sua ressocialização pode ser efetivada.

3 A APLICABILIDADE DO DIREITO PENAL-CONSTITUCIONAL FACE AO JULGAMENTO DE SUJEITOS PORTADORES DE TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE

É incontrovertível que o Direito Penal vigente no ordenamento jurídico brasileiro, alicerçando-se sobre os pilares da culpabilidade e da imputabilidade, encontra limites e desafios quando confrontado com casos que envolvem sujeitos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI).

Nesse contexto, o Direito Penal-Constitucional deve ser concebido como parâmetro de proteção da dignidade humana, da legalidade estrita e do princípio da culpabilidade, para que a persecução penal não se desvirtue em arbitrariedade (DA SILVA, 1996). Este capítulo tem por objetivo discutir a compatibilidade entre o modelo penal garantista e os limites impostos por um diagnóstico psiquiátrico como o TDI, que fragmenta o conceito clássico do indivíduo enquanto sujeito de direito (ALTOÉ, 2004).

Sob essa óptica, é de se referir que o advento do Estado Democrático de Direito consolidou uma nova forma de compreender o Direito Penal, cuja função passou a ser pautada por princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana, a presunção de inocência, o devido processo legal e, especialmente, a culpabilidade como limite da pena.

Autores como Canotilho (2003) e José Afonso da Silva (1996) defendem que os direitos fundamentais representam uma limitação ao poder punitivo estatal. É justamente por esse viés que Constituição Federal de 1988 erige o ser humano à condição de titular de direitos invioláveis, inclusive em face do sistema de justiça penal, não podendo a culpabilidade ser tratada apenas como um elemento técnico e formal do crime, mas como um critério ético-jurídico que impede a responsabilização de quem não tinha, à época dos fatos, capacidade de autodeterminação. Tal exegese jurídica encontra respaldo legal no artigo 26 do Código de Processo Penal.

Em breve síntese, o Transtorno Dissociativo de Identidade caracteriza-se pela existência de duas ou mais identidades distintas em um mesmo indivíduo, sendo cada uma dotada de padrões próprios de percepção, comportamento e memória. Conforme apontam Fiorelli e Mangini (2015), há uma disfunção na integração entre consciência, identidade e memória, o que pode comprometer a continuidade da experiência subjetiva do indivíduo. Nesse sentido, na visão desses doutrinadores, os transtornos dissociativos, especialmente no Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), geram

ruptura significativa na integração psíquica do sujeito, afetando diretamente sua continuidade existencial.

Segundo a teoria dos referidos autores, a vivência subjetiva de um indivíduo é alicerçada sobre os pilares da consciência, da identidade e da memória. Esses três elementos, quando devidamente integrados, permitem que o sujeito desenvolva um senso de continuidade, de coerência interna, que sustenta sua atuação no mundo e sua responsabilização pelas escolhas que faz.

No TDI, entretanto, essa integração é profundamente comprometida. O indivíduo manifesta duas ou mais identidades distintas que alternam entre si, cada uma com seu próprio padrão de comportamento, afetividade, histórico e, em muitos casos, com amnésia relativa aos atos praticados pelas outras identidades.

Assim, o que se observa é a existência de lacunas significativas de memória — não como simples esquecimentos —, mas como verdadeiros apagamentos de experiências que, sob uma perspectiva normativa, seriam fundamentais para a responsabilização jurídica e penal do sujeito, fazendo-se necessária a aplicação de medida de segurança em face de tais indivíduos.

Essa descontinuidade da experiência psíquica, por sua vez, impacta diretamente na capacidade do indivíduo de formar um juízo de valor sobre a própria conduta e de se autodeterminar conforme a compreensão da ilicitude, o que compromete frontalmente o juízo de imputabilidade. A memória, nesse quadro, deixa de ser um instrumento coeso de construção da narrativa pessoal e passa a ser fragmentada conforme a alternância das identidades.

Há, portanto, uma dissociação funcional: a consciência que atua no mundo em determinado momento não reconhece as ações praticadas por outra que habita o mesmo corpo. Como destacam os autores, tal cenário suscita debates complexos no campo penal, uma vez que se torna discutível até que ponto a pessoa jurídica do agente coincide com a pessoa que efetivamente praticou o delito.

A dissociação impede a consolidação de uma identidade jurídica estável, desafiando as estruturas do direito punitivo tradicional, que partem da ideia de sujeito uno, contínuo e responsável. Nesse viés, o sistema penal, ao julgar um portador de TDI, precisa ser capaz de compreender essa fragmentação da subjetividade como um elemento essencial na análise da culpabilidade, sob pena de incorrer em grave violação aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da

individualização da pena.

Diante disso, surge o seguinte dilema: se, no momento do crime, uma determinada identidade estava "ativa", é possível responsabilizar a totalidade do sujeito pelo comportamento de uma parte fragmentada? Trata-se de um questionamento que toca no núcleo do conceito de imputabilidade, tradicionalmente entendido como a capacidade de compreender o caráter ilícito do fato e de se autodeterminar de acordo com esse entendimento (artigo 26 do Código Penal).

Saks (1999), por seu turno, propõe três teorias para lidar com esse dilema. A primeira é a teoria da personalidade múltipla autônoma, em que cada identidade deve ser tratada como uma pessoa distinta. Logo, uma identidade inocente não pode ser punida por atos de outra.

A segunda é a teoria das consciências paralelas, na qual as identidades são centros autônomos de consciência; logo, punir uma delas seria punir um ente distinto daquele que praticou a conduta. A terceira, por fim, é a teoria da pessoa uma fragmentada, na qual, apesar da cisão com a realidade, o indivíduo continua sendo um só. Assim, haveria responsabilidade penal, desde que observada a imputabilidade geral.

Observa-se, por ilação da linha de raciocínio de Saks (1999), que a aplicação de qualquer dessas teorias tem implicações constitucionais. Isso porque punir uma personalidade "inocente" ofende frontalmente o princípio da intranscendência da pena, conforme preconiza o art. 5º, XLV, da CF, bem como o da dignidade da pessoa humana, nos termos do art. 1º, III.

Por outro lado, a isenção automática de pena pode implicar risco à ordem pública, exigindo um exame criterioso da periculosidade e da possibilidade de aplicação de medida de segurança. É justamente sobre essa questão que se assenta a problemática desta pesquisa, conforme elucidado na introdução deste trabalho.

Pode-se perceber, nesse contexto, que o juízo de imputabilidade do sujeito portador de TDI não pode ser feito de forma simplificada, mas deve levar em consideração os três pilares apontados por Fiorelli e Mangini (2015), além das garantias jurídico-constitucionais pertinentes à matéria. Para tanto, o Poder Judiciário deve avaliar se há periculosidade e se há a possibilidade de aplicação de medida de segurança, cumulativamente. Tal aferição deve ser feita com apoio de perícia psicológica e psiquiátrica, avaliando-se os seguintes elementos: a consciência de ilicitude do sujeito; a sua capacidade de autodeterminação e, por fim, o controle efetivo

das suas ações naquele determinado momento.

Denota-se, portanto, que, a despeito de ser realizada uma avaliação psiquiátrica e psicológica, baseada em evidências científicas, tal perícia é, na prática, um instrumento jurídico veementemente subjetivo para a aferição da capacidade de autodeterminação do indivíduo portador de TDI.

Veja-se: como um psicólogo ou um psiquiatra pode afirmar, com precisão, se, no exato momento do cometimento do ato ilícito, o sujeito estava sob o efeito de uma personalidade múltipla? É com base em tal paradigma que Fiorelli e Mangini (2015) tecem críticas à perícia psicológica-psiquiátrica em relação aos sujeitos portadores de TDI que cometem delitos.

Nesse contexto, Bittencourt (2019) discorre que a culpabilidade é o elemento articulador entre a consciência do sujeito e o fato típico e ilícito, razão pela qual é inadmissível a aplicação da pena sem que haja um liame psíquico devidamente estabelecido. Nesse mesmo viés, Corrêa (1998) afirma que a imputabilidade se caracteriza como um pré-requisito indispensável ao cumprimento das garantias constitucionais face à punição, razão pela qual serve à Justiça como elemento constitutivo do devido processo legal.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), como cediço, inaugurou um Estado Democrático de Direito, logo após o regime de exceção da Ditadura Militar que perdurou por mais de duas décadas. Assim sendo, o Poder Judiciário não pode se curvar ao clamor popular por punições exemplares em casos de grande repercussão midiática.

Cabe a este Poder, antes, zelar pelos direitos fundamentais de todos os cidadãos, inclusive (e principalmente) daqueles em situação de vulnerabilidade psíquica, a exemplo dos portadores de TDI. Nesse cenário, a aplicação de medidas de segurança em substituição à pena privativa de liberdade mostra-se adequada somente quando o agente é declarado inimputável.

Entrementes, deve-se garantir que tal medida seja proporcional, revisável e estritamente necessária, conforme exigem as recentes jurisprudências do Supremo Tribunal Federal, em face à liberdade e à saúde mental do indivíduo. Senão, veja-se a decisão do Ministro Alexandre de Moraes, do ano de 2025, que reconheceu a inimputabilidade de um réu declarado mentalmente incapaz por laudo pericial:

(...) Diante do exposto, **RECONHEÇO A INIMPUTABILIDADE de ANDRÉ WILSON GUERRA e, conseqüentemente, DECRETO SUA**

ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA COM APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, em relação aos crimes previstos nos arts. 286, parágrafo único e 288, caput, na forma do artigo 69, caput, todos do Código Penal, **pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos, quando então deverá ser apurada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade, conforme previsão do § 1º do artigo 97 do Código Penal**. Transitada em julgado essa decisão e iniciada a execução da pena, será indicada o estabelecimento psiquiátrico que realizará o tratamento ambulatorial. (BRASIL, STF, 2025, Ação Penal nº 0000822-60.2024.1.00.0000/2025. Grifos nossos).

Constitucional e penalmente, a aplicação de medidas de segurança em substituição à pena privativa de liberdade nos casos de inimputabilidade não apenas encontra respaldo legal no ordenamento jurídico brasileiro, notadamente no artigo 97 do Código Penal, como também representa um imperativo constitucional, à luz da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88) e dos princípios do devido processo legal e da individualização da pena.

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal, guardião da Carta Magna por força de mandamento constitucional expresso, tem consolidado o entendimento acima exposto, no sentido de que tais medidas, por sua natureza protetiva e não retributiva, não podem ser utilizadas como subterfúgio para punir sujeitos que, por deficiência psíquica comprovada, são incapazes de compreender o caráter ilícito de suas condutas ou de se autodeterminar conforme esse entendimento.

A lógica do *decisum* do Ministro reside na necessidade legal de revisão periódica das medidas de segurança, conforme mandamento expresso do § 1º do artigo 97 do Código Penal. Visa-se evitar, assim, que o Estado mantenha indefinidamente alguém privado de liberdade sem fundamentos técnicos atualizados, uma vez que não há penas perpétuas no sistema jurídico pátrio (BRASIL, 1988), embora a medida de segurança não se enquadre como pena em sentido estrito.

Deve-se reconhecer, assim, que a manutenção de medidas sem a devida reavaliação implica violação de direitos fundamentais, podendo configurar tratamento cruel ou desumano, situação vedada pelo ordenamento jurídico. A proporcionalidade, portanto, opera como critério limitador e protetor, enquanto a revisão periódica garante que a sanção, mesmo não penal, esteja submetida ao controle judicial, impedindo que o Direito Penal se converta em uma forma disfarçada de tutela manicomial ou exclusão social (CORRÊA, 1998).

A esse respeito, importa ressaltar que, conquanto a tutela penal e jurisdicional

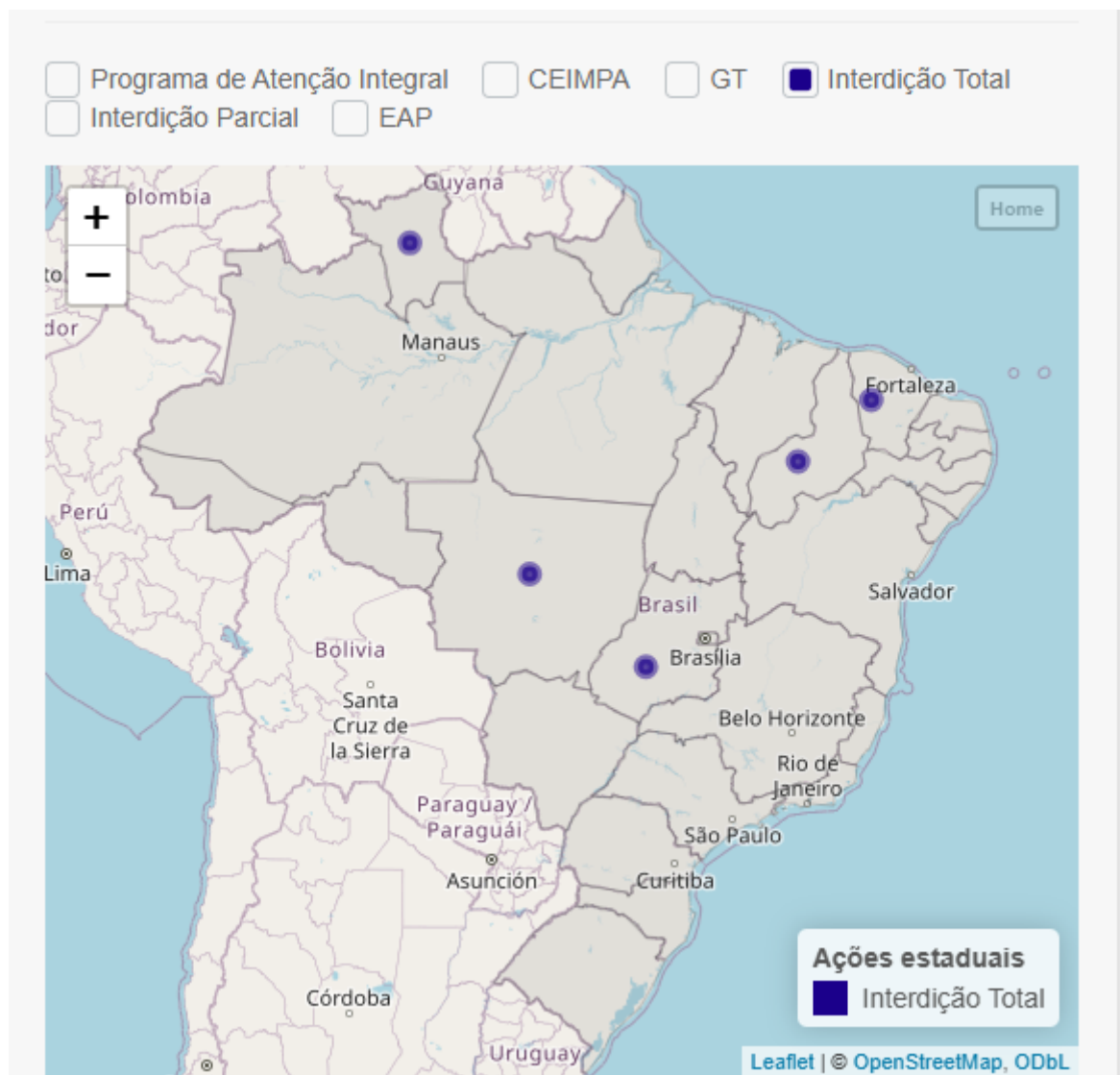
indique a necessidade de um tratamento antimanicomial e não excludente para os sujeitos portadores de TDI, verifica-se, na prática, que a aplicabilidade penal e constitucional das medidas de segurança se revela ineficaz. Nos dizeres de Baratta (2002), o direito penal, associado à psiquiatria forense, tem servido mais como mecanismo propagador de violências simbólicas do que de garantia de bem-estar para os sujeitos em sofrimento mental.

Conforme defende o autor, o sistema penal, historicamente, estruturou-se como um mecanismo de controle social excludente, reforçado pela aliança entre o direito penal e os saberes médicos e psiquiátricos, que frequentemente resultam na segregação de sujeitos considerados desviantes. Por esse ângulo, observa-se que a ineficácia jurisdicional do tratamento adequado para os portadores de TDI pode ser vista como corolário da lógica punitivista, herdada das criminologias tradicionais, que, por vezes, revela-se como segregacionista e de viés manicomial.

Como elucidado por Ferreira (2020), mesmo com a promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção jurídica às pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental no país, verifica-se que o sistema penal vigente ainda tende a utilizar o argumento do nível de periculosidade do sujeito como meio de justificar a institucionalização desses indivíduos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Apesar dos avanços normativos que visam superar esse modelo, a eficácia prática da mudança permanece limitada. Dois anos após a vigência da Resolução nº 487/2023 do CNJ, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e fixa prazos para a interdição parcial e total dessas unidades, apenas cinco estados — Ceará, Goiás, Mato Grosso, Piauí e Roraima — conseguiram interditar totalmente os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres. A imagem a seguir ilustra a situação em comento.

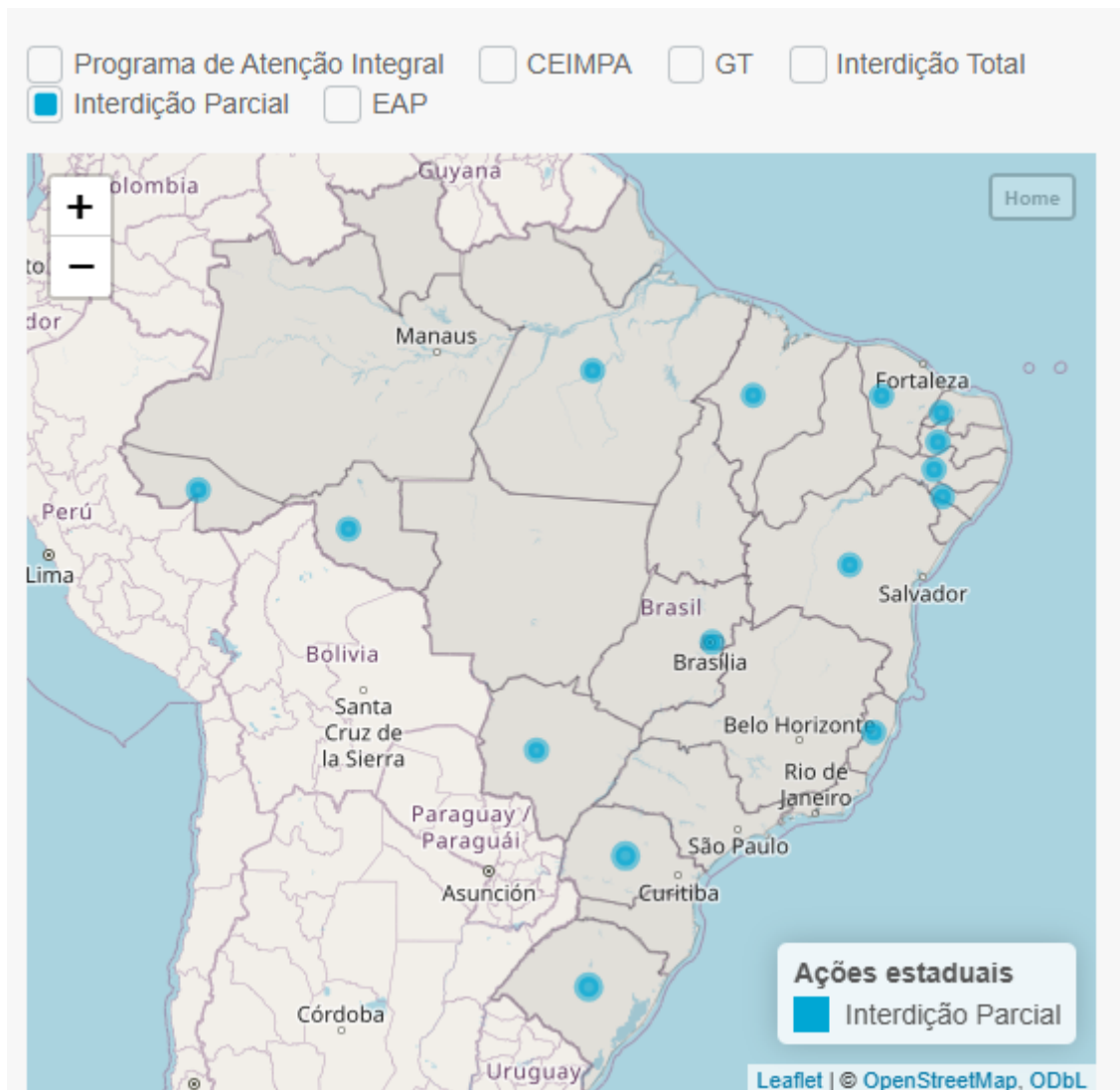
Figura 1 – Ações estaduais de interdição de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2025)

Em contraponto à figura 1, observa-se que quinze estados procederam apenas com interdições parciais. O Estado de Pernambuco, por exemplo, figura entre aqueles com interdição parcial, medida implementada por força do Ato Normativo – Portaria nº 001/2024 – Capital, expedido pela 1ª Vara de Execução Penal de Recife (TJPE, 2024). Senão, veja-se:

Figura 2 – Ações estaduais de interdição parcial de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2025)

Tal cenário, na visão de Streck (2017), é fruto de uma resistência do sistema de justiça penal brasileiro em efetivar a transição trazida pela Carta Magna de 1988 e pela Lei de Reforma Psiquiátrica, diplomas que, embora tragam inovações no campo do direito à saúde mental e ao bem-estar dos indivíduos, carecem de implementação fática. Dessa forma, as medidas de segurança, que deveriam ser instrumentos de caráter excepcional, ambulatorial e terapêutico, revelam-se, na maioria dos casos, como uma espécie de pena sem sentença, situação que perpetua o legado histórico de exclusão social, marginalização e manicomialização dos sujeitos portadores de TDI.

Traçando-se um paralelo entre a discussão aqui levantada e uma notícia

publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2023), que versa sobre o fechamento progressivo dos HCTPs, pode-se conceber um cenário de preocupação em relação à destinação dos sujeitos portadores de transtorno mental. Explica-se: segundo os especialistas, o fechamento dessas unidades hospitalares sem uma rede substitutiva profissionalizada e especializada em atendimento à saúde mental e acompanhamento psicossocial põe em vulnerabilidade os pacientes e a própria sociedade. Importa destacar que não se trata, aqui, de pessoas com qualquer tipo de transtorno mental, mas sim de indivíduos que, embora acometidos por sofrimento psíquico, tenham praticado condutas tipificadas como crimes, exigindo, portanto, cuidado específico e contínuo, que concilie tratamento adequado com a garantia da segurança coletiva. *In verbis*:

Na prática, 5.800 **criminosos considerados inimputáveis serão soltos porque uma resolução do CNJ determinou o fechamento das alas e dos hospitais** e, assim, a consequente suspensão do tratamento. Hoje, nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há casos de canibalismo, esquizofrenia, bipolaridade, crimes contra crianças, homicídios praticados contra a família e outros tantos. **Com a decisão do CNJ, um doente mental grave será abandonado à própria sorte e terá acompanhamento, se assim quiser e conseguir, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e ambulatórios?** (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2023. Grifos nossos.).

Nesse escopo, conforme defende Streck (2017), tal encerramento se insere num contexto no qual a lógica manicomial, embora formalmente rechaçada pela Lei 10.216/2001, continua operando nos bastidores do sistema penal e de saúde pública, vez que, mesmo com a necessidade de desinstitucionalização desses sujeitos já reconhecida, não há uma política adequada de realocação desses indivíduos em outro modelo assistencial, o que, na prática, acaba por deslocar os sujeitos da realidade manicomial para a rua ou a prisão comum.

Em diversos casos, observa-se que indivíduos previamente desinternados em decorrência do fechamento das unidades específicas, assim como novos sujeitos que passam a cometer ilícitos, são, quando reincidentes ou envolvidos em novos delitos, encaminhados ao sistema prisional comum — cenário que representa um retrocesso significativo. Como alerta Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria: “Negar internação é negar tratamento. Estamos tratando de pessoas que podem ser perigosas e precisam de cuidados adequados para cessar a periculosidade e conviver em sociedade” (BBC, 2024). Em certos contextos, a recusa

da internação, sem que haja alternativa terapêutica eficaz e proporcional, não apenas compromete a recuperação do indivíduo, como também potencializa riscos sociais e individuais, demonstrando a insuficiência de uma política de desinstitucionalização puramente formal.

Por óbvio, tal realidade é explicada e criticada por autores como Baratta (2002), que defendem que há a persistência de uma racionalidade punitiva e excludente no contexto da aplicação das medidas de segurança para os portadores de TDI. A crítica, portanto, não é à desinstitucionalização em si — que é constitucionalmente desejável e amparada pela Lei nº 10.216/2001 e pela Resolução nº 487/2023 do CNJ (CNJ, 2023) —, mas à sua realização totalmente desarticulada, sem estrutura de suporte à saúde mental e sem garantir a proteção ao sujeito em sofrimento psíquico.

Por outro lado, a psiquiatra forense Emi Mori ressalta que não há doença psiquiátrica que exija, de antemão, períodos longos e fixos de internação: “O tempo depende da evolução do tratamento, não de prazos fixos estabelecidos pela lei” (BBC, 2024). Ela pondera que nem todo paciente com transtorno mental que comete um crime é intrinsecamente perigoso e que o conceito de periculosidade jurídica nem sempre se alinha com a realidade clínica. Mori adverte que a polarização política prejudica o debate, que se torna permeado por propostas extremas que simplificam um problema complexo e podem reforçar um discurso alarmista sobre a “soltura de criminosos”. Ressalta ainda a carência estrutural das unidades de saúde mental, que frequentemente carecem de equipes multiprofissionais completas, como psicólogos e terapeutas ocupacionais, dificultando o tratamento adequado. (BBC, 2024)

A especialista defende uma revisão do modelo assistencial para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, destacando que hoje o foco está mais na contenção do que no tratamento: “Os hospitais de custódia estão em um limbo entre o cumprimento de pena e o tratamento médico”. Segundo Mori, é necessário criar espaços que ofereçam assistência multiprofissional e um ambiente propício à recuperação, mesmo nos casos em que a internação seja indispensável. Ela alerta, contudo, que o fim dos manicômios deve ser acompanhado de alternativas eficazes, com suporte psicológico, social e terapêutico, pois “sem isso, a reforma se torna uma transferência de problema, não uma solução”. (BBC, 2024).

Nesse sentido, o desembargador Gilberto Leme aponta para a necessidade de se criar uma estrutura de saúde pública capaz de atender a essa nova demanda, incluindo a possibilidade de reformar os hospitais de custódia para transformá-los em

centros de referência em saúde mental. Ele observa que a Resolução do CNJ já impacta decisões judiciais e que o Judiciário tem adotado uma postura mais criteriosa na aplicação das medidas de segurança: “Notamos que os juízes têm sido mais parcimoniosos ao aplicar medidas de segurança” (BBC, 2024). Leme enfatiza que essa mudança demanda tempo, investimento e diálogo entre Justiça e Saúde para oferecer tratamento digno e eficaz às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

Tratando-se de termos práticos, reafirma-se o que Streck (2017) denomina como “resistência paradigmática” do sistema: há um discurso garantista na norma, mas a prática regride ao modelo de neutralização da alteridade descrito por Baratta (2002). Para indivíduos com TDI, essa ausência de política substitutiva adequada representa um risco ainda maior, dada a especificidade clínica e a necessidade de acompanhamento terapêutico contínuo e interdisciplinar.

É de se observar, nessa linha de intelecção, que o Supremo Tribunal Federal (STF, 2025), em decisão de agosto de 2025, abrandou a norma do CNJ que previa o fechamento dos Centros de Saúde Penitenciários, anteriormente denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sob o argumento de que incumbe ao Estado provar que tais instituições não têm características asilares. Senão, veja-se:

2. A pessoa com transtorno mental em conflito com a lei tem garantidos os direitos previstos na Lei 10.216/2001, na Lei 13.146/2015 e na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, **sendo vedada a internação em instituições com características asilares**, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde e de assegurar aos pacientes os direitos previstos no artigo 2o, parágrafo único, da Lei 10.216/2001, **facultando-se ao ente federado comprovar perante o Conselho Nacional de Justiça, mediante procedimento específico para este fim, que estabelecimento sob sua responsabilidade não se enquadra na classificação como “asilar”, não incidindo, nesse caso, as determinações que decorrem de tal definição.** 3. Quando decorrente da aplicação de medida de segurança, a internação e a desinternação dependerão de decisão judicial, a qual será amparada por laudo médico circunstanciado e por avaliação biopsicossocial, com a participação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais, **cabendo à Administração Pública a definição do estabelecimento que alojará o leito** (STF, 2025, grifos nossos).

A recente decisão do Supremo Tribunal Federal (STF, 2025), no julgamento conjunto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 7.389, 7.454, 7.566 e da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1.076, deixou evidente que a

internação de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ainda é uma realidade latente no Brasil, mesmo diante das diretrizes antimanicomiais da Resolução CNJ nº 487/2023, explicitadas no decorrer deste estudo.

Embora a Corte tenha reafirmado a aplicação da Lei nº 10.216/2001 e da Lei nº 13.146/2015, deixando clara a vedação à internação em instituições com características asilares, reconheceu-se a possibilidade de manutenção das internações compulsórias quando respaldadas por medida de segurança e decisão judicial fundamentada em laudo médico e avaliação biopsicossocial. Assim, inegavelmente, o cenário brasileiro permanece distante da plena superação das práticas manicomiais, preservando a institucionalização como resposta penal-terapêutica predominante.

Essa posição revela uma contradição jurídica: por um lado, busca-se garantir direitos fundamentais e promover a reabilitação psicossocial; por outro, mantém-se a estrutura de custódia e tratamento psiquiátrico como destino frequente dos inimputáveis, com permanência muitas vezes indeterminada. As discussões já expostas neste trabalho mostram que, em casos como o Transtorno Dissociativo de Identidade, a internação prolongada tende a cronificar o quadro clínico, reforçando a exclusão social e esvaziando o caráter terapêutico da medida.

Dessa forma, é lícito consignar que a decisão do STF, embora seja promissora ao condicionar a internação a critérios estritos, acaba por cancelar, na prática, a continuidade de um modelo que privilegia o enclausuramento em detrimento do cuidado territorializado e interdisciplinar. À luz dessa realidade, torna-se evidente a necessidade de repensar o papel da medida de segurança no Brasil.

A experiência italiana, por exemplo, demonstra que é possível substituir progressivamente os espaços de custódia por redes comunitárias de atenção, capazes de conciliar proteção social e respeito à autonomia do sujeito. Sem mudanças estruturais, a novel decisão do STF corre o risco de reforçar o *status quo*, legitimando um sistema que, sob o pretexto de proteger a sociedade, perpetua a segregação e a invisibilidade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

Em linhas finais, insta perceber que a aplicabilidade do Direito Penal-Constitucional aos casos envolvendo sujeitos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) exige um equilíbrio delicado entre a proteção da coletividade e o respeito aos direitos fundamentais do indivíduo.

Trata-se, assim, de uma situação-limite, em que o modelo tradicional de

imputação penal encontra severos desafios para se sustentar, especialmente diante da fragmentação da consciência, da memória e da identidade — elementos essenciais para a configuração da culpabilidade, conforme debatido por Fiorelli e Mangini (2015).

O julgador, portanto, é convocado a ultrapassar a rigidez de fórmulas jurídicas clássicas, a fim de atuar com base em um olhar clínico, ético e constitucionalmente orientado, com vistas a garantir que os preceitos constitucionais e infraconstitucionais pertinentes à saúde mental e à dignidade da pessoa humana sejam devidamente respeitados.

Por outro lado, é imperioso destacar que a aplicação das medidas de segurança em substituição às penas privativas de liberdade deve ser feita com cautela, observando-se a criteriosa análise da imputabilidade e culpabilidade, não podendo esta última ser considerada de forma presumida ou ficta. A jurisprudência mais recente do Supremo Tribunal Federal, como se observou, exige que tais medidas sejam aplicadas de forma proporcional, com finalidade terapêutica e de caráter revogável, nos moldes do artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

É sob essa perspectiva que se consagra a ideia de que, relativamente à aplicabilidade das normas penais e constitucionais para as pessoas portadoras de TDI no ordenamento jurídico vigente, há a necessidade latente de reformulação do modelo de assistência em saúde mental dos indivíduos em sofrimento psíquico, sobretudo nos casos de transtornos dissociativos graves, como os deste estudo. Tal constatação é ainda mais séria porque a medida de segurança não foi criada no ordenamento jurídico para ser uma “pena indefinida”, tampouco um instrumento de contenção social para as questões de saúde que o Estado não sabe lidar.

Diante desse cenário, conclui-se que o Direito Penal-Constitucional, enquanto guardião da legalidade estrita e dos direitos inerentes à condição humana, deve sempre ser aplicado com rigor técnico, ética e razoabilidade, com vistas à concretização das garantias processuais penais, vez que punir criminalmente o sujeito portador de TDI sem a análise da sua culpabilidade implica negação do Estado Democrático de Direito (BARATTA, 2002).

4 A PSICOPATOLOGIA DO TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E A PSIQUIATRIA FORENSE: ANÁLISE DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO TERAPÊUTICO E DOS MECANISMOS DE CONTROLE À LUZ DO CASO BILLY MILLIGAN

À vista da discussão médico-jurídica elucidada no capítulo anterior, cabe, agora, discorrer acerca da definição psicopatológica do Transtorno Dissociativo de Identidade face à Psiquiatria Forense, tomando como norte o caso Billy Milligan, com vistas à análise da eficácia do tratamento terapêutico dado às pessoas portadoras dessa patologia e dos mecanismos de controle utilizados pelo Estado para tanto.

Como mencionado no escopo desta pesquisa, o TDI é compreendido como uma das mais complexas manifestações psicopatológicas reconhecidas nos manuais de classificação de doenças psiquiátricas, notadamente no DSM-5 (APA, 2014), situação que desafia tanto a comunidade médica quanto a comunidade jurídica (CAMPOS, 2022). Veja-se: o TDI é, em breve síntese, a presença de duas ou mais identidades distintas e conflitantes que, alternadamente, assumem o controle da consciência e da conduta do indivíduo.

A referida psicopatologia implica amnésias dissociativas significativas, ruptura da continuidade da memória e prejuízo considerável das interações sociais do seu portador. Quando tais sujeitos se vêem envolvidos em condutas criminosas, o sistema de justiça penal é convidado a avaliar não apenas a materialidade e a autoria delitiva do fato típico, mas também a imputabilidade e culpabilidade do agente, característicos do Direito Penal, o que exige uma articulação precisa entre a psiquiatria forense e os fundamentos do ordenamento jurídico pátrio, já balizados no capítulo anterior.

É evidente que a Psiquiatria Forense, ao se deparar com quadros como o TDI, encontra dificuldades tanto diagnósticas quanto prognósticas, no sentido de efetivamente tratar esses indivíduos. A escassez de profissionais capacitados(as), associada à inexistência de diretrizes nacionais adaptadas à realidade sociocultural brasileira e à insuficiência de jurisprudência específica sobre o transtorno, revelam um despreparo sistemático para lidar com a complexidade do TDI – situação que se evidencia na desqualificada aplicação fática da Resolução nº 487/2023 do CNJ (CNJ, 2023), por exemplo.

O caso de Billy Milligan, que é o marco paradigmático deste estudo, também exemplifica a questão em comento, pois foi a partir desse contexto, no decênio de

1970, nos Estados Unidos, que se passou a se discutir as implicações jurídicas e terapêuticas do transtorno, servindo como alerta para a necessidade de avanços normativos e científicos no Brasil. O julgamento de Milligan resultou em sua absolvição penal por inimizabilidade, tornando-o o primeiro caso em que o diagnóstico de TDI foi aceito judicialmente como causa excludente de culpabilidade penal nos Estados Unidos (DE ANDREIA; GULART, 2023).

Esse precedente, além de gerar intensos debates na comunidade jurídica e psiquiátrica estadunidense, também provocou reações sociais de espanto e rejeição, refletindo o incômodo coletivo diante da ideia de que alguém com histórico de violência poderia ser isentado de pena por conta de um transtorno mental – o que representou significativa mudança na jurisprudência da época.

Salienta-se, entretanto, que, embora tenha sido, em 1978, absolvido das acusações contra os crimes que lhe foram imputados, a saber: estupro e roubo à mão armada, Milligan passou cerca de 10 anos sob custódia e observação judicial para, enfim, ser libertado oficialmente em 1988, conforme elucidado por Keyes (2007).

Do ponto de vista forense, o caso Milligan evidenciou a necessidade de protocolos mais modernos para avaliar a integridade psíquica dos réus diagnosticados com transtornos dissociativos. Como destacam Whitbourne e Halgin (2015), o julgamento de Milligan, embora pioneiro, gerou preocupações na sociedade e nos juristas quanto à possibilidade de simulação e à fragilidade dos critérios clínicos de diagnóstico, especialmente quando utilizados como base para afastar a responsabilidade penal.

No direito estadunidense, que se distingue do brasileiro por adotar o sistema de *common law*, observam-se divergências na aplicação do precedente Milligan. Isso porque, sendo um sistema de natureza consuetudinária, fundamentado nos costumes e nas jurisprudências de cada Estado, o Poder Judiciário norte-americano atribui interpretações distintas ao transtorno, variando a compreensão conforme as peculiaridades de cada caso concreto.

Ou seja, se por um lado alguns tribunais passaram a admitir a dissociação como hipótese atenuante ou excludente de imputabilidade, por outro, tribunais mais conservadores negaram a validade do diagnóstico, considerando que a presença de múltiplas personalidades não impediria, por si só, o reconhecimento da ilicitude da conduta (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

No Brasil, como é cediço, embora o ordenamento jurídico preveja a possibilidade de inimputabilidade por doença mental nos termos do artigo 26 do Código Penal, a abordagem do TDI ainda é extremamente limitada e marcada por incompreensão clínica e jurídica. Conforme aponta Campos (2022), a escassez de decisões judiciais envolvendo TDI e a ausência de operadores capacitados para identificar corretamente os sinais dissociativos tornam inexequível a discussão mais elaborada sobre esse diagnóstico no sistema de justiça brasileiro.

Ademais, o caso Milligan serve como parâmetro comparativo para expor o descompasso entre a Psiquiatria Forense brasileira e os avanços científicos internacionais, revelando a urgência de dialogar com a complexidade das novas categorias diagnósticas, sem recorrer à simplificação punitiva ou ao negacionismo psiquiátrico. Ocorre que, não é papel do Estado relegar a tais sujeitos uma condição asilar e segregacionista por simplesmente não saber como lidar com os indivíduos portadores de doenças mentais.

Campos (2022) e de Andreia e Gulart (2023) reiteram essa crítica ao sustentar que o sistema penal brasileiro permanece pautado por uma lógica de periculosidade e contenção, herdada do modelo manicomial e das criminologias tradicionais. Assim, segundo os autores, a manutenção da prática “terapêutica” de internação — ainda observada no Brasil, apesar da vedação estabelecida pela Resolução 487/2023 do CNJ — reduz a pessoa com TDI à condição de objeto de vigilância e segregação, em vez de reconhecê-la como sujeito de direitos, com potencial para reintegração social.

O caso Milligan, nesse contexto, desafiou o Direito a pensar soluções que transcendessem a dicotomia punir-absolver, incorporando à discussão a perspectiva terapêutica, interdisciplinar e proporcional, conforme os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do devido processo legal.

Não se tratava, portanto, de importar diretamente modelos estrangeiros, mas de reconhecer que casos-limite, como o de Billy Milligan, revelam a necessidade de o Direito Penal dialogar de forma mais consistente com a psiquiatria contemporânea, sobretudo quando se trata da liberdade de sujeitos cuja sanidade mental está violada por fenômenos dissociativos importantes (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

A partir desse cenário, tornou-se imprescindível discutir, em termos jurídicos, no Brasil, a eficácia das medidas de segurança impostas a tais indivíduos, analisando se essas políticas cumprem, de fato, sua função ressocializadora ou se se limitam à

segregação sob o manto da terapia compulsória, proveniente do Estado enquanto ente centralizador do qual emanam as normas e os tratamentos sociais.

Com base nos estudos de Campos (2022) acerca da temática, pode-se analisar criticamente a situação. A referida autora aborda de forma aprofundada a internação dos indivíduos em situação de sofrimento mental no Estado de Pernambuco, por meio da descrição da realidade desses sujeitos no Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP/PE), anteriormente denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Nesse sentido, verifica-se que, embora o discurso jurídico-psiquiátrico contemporâneo sustente uma lógica de cuidado, o que se verifica na prática é a reprodução de um sistema asilar, estigmatizante e cronicamente excludente em relação às pessoas portadoras de doenças mentais, especialmente o TDI, sobre o qual há escassa jurisprudência e informação pública a respeito.

A lógica ressocializadora, anunciada formalmente como princípio norteador e basilar das medidas de segurança, mostra-se, na prática, comprometida por uma institucionalização prolongada que fragmenta as subjetividades dos indivíduos internados (FIORELLI; MANGINI, 2015).

Como denota Campos (2022), o tempo de reclusão e a estrutura da rotina imposta no Centro de Saúde Penitenciário (CSP) conduzem a uma espécie de "adaptação institucionalizada", na qual o interno, gradualmente, deixa de se perceber como sujeito autônomo para assumir o papel de paciente permanente.

Nessas circunstâncias, o senso de identidade individual passa a se confundir com o da própria instituição. A autora apresenta relatos de internos que apreendem as regras e os modos de convivência do espaço prisional como únicos parâmetros de normalidade, o que evidencia a perda de referencial externo e a permanência da condição de exclusão social e marginalização.

Em corolário, soma-se à situação a crítica de que o diagnóstico psiquiátrico tende a operar, de forma contundente, como mecanismo de manutenção do *status quo* e do controle social. Conforme demonstra Campos (2022), o saber médico-psiquiátrico, quando instrumentalizado pelo aparato jurídico-penal, tende a rotular os indivíduos como "loucos perigosos" (FOUCAULT, 2014), retroalimentando estigmas históricos e justificando medidas de privação de liberdade com base em critérios subjetivos, a exemplo da periculosidade.

Tal conceito anacrônico, herdado das criminologias positivistas do século XIX (BARATTA, 2002), permanece como critério central para a manutenção da medida de segurança, mesmo diante de evidências de que sua aplicação é pouco científica e altamente seletiva

Essa lógica revela o seguinte cenário paradoxal: medidas de segurança previstas no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), que deveriam ser terapêuticas, temporárias e excepcionais, como já reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF, 2025) acabam por funcionar como penas de caráter indefinido, sem prazo, as quais condenam os indivíduos a um espaço de invisibilidade institucional.

Como aponta Campos (2022), há casos em que os internos, ao se aproximarem de uma possível desinternação, manifestam comportamentos que prorrogam sua permanência, o que pode ser lido como um sintoma do processo de alienação subjetiva a que foram submetidos. Assim, a suposta proteção oferecida pelo Estado transforma-se, para esses indivíduos, em um processo de confinamento que nega a própria condição de sujeito de direito, tornando a "ressocialização" uma promessa formal sem correspondente real.

A subjetividade da pessoa internada é moldada pelas dinâmicas da própria instituição (CAMPOS, 2022). A privação de autonomia e a vivência de um cotidiano rigidamente regulado resultam em um apagamento identitário, no qual ser doente e estar institucionalizado tornam-se condições existenciais permanentes.

Dessa forma, muitos internos só conseguem projetar sua vida futura dentro da lógica do tratamento: a possibilidade de retorno ao convívio social é vista como viável apenas sob tutela médica, constante uso de medicação e permanente vigilância – seja do Estado, seja da iniciativa privada. Logo, a ressocialização é substituída pela perpetuação da internação, e o sujeito deixa de ser compreendido como passível de transformação para ser tratado como um risco a ser controlado (FOUCAULT, 2014).

Tratando-se especificamente do TDI, observa-se que a exclusão institucionalizada a que são submetidos os indivíduos acometidos por essa condição é agravada por uma histórica incompreensão clínica do transtorno. Conforme as elucidações de Campos (2022) acerca da realidade dos hospitais de custódia do Estado de Pernambuco, denota-se que a exclusão institucionalizada a que são submetidos os indivíduos acometidos por essa condição é agravada por uma incompreensão clínica do transtorno, sendo este facilmente confundido com outras patologias, como o borderline, a esquizofrenia e a psicopatia.

Significa, na verdade, a racionalidade do controle social operado pelo Estado, que se vale de discursos médico-jurídicos com o fim de alimentar o senso comum de juízo negativo da “periculosidade social” (AMARANTE, 2003; SANTOS, 2012). Tal processo pode ser traduzido em um apagamento da subjetividade (FIORELLI; MANGINI, 2015).

Em vez de serem compreendidos em sua complexidade psíquica, os sujeitos com TDI são, ao revés, etiquetados, disciplinados e inseridos em dispositivos de controle que reduzem sua existência a um diagnóstico e a uma conduta a ser vigiada.

Na prática, isso significa que a medida de segurança deixa de ser uma ferramenta de reabilitação e passa a funcionar como uma pena sem sentença, em que o Estado se mostra incapaz de solucionar a questão por vias terapêuticas, refletindo uma política de abandono sob o disfarce da proteção (FOUCAULT, 2014; GONÇALVES, 2008).

Em vista desse cenário de não tratamento, constata-se que o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) suscita questionamentos às bases estruturais do sistema penal brasileiro e da Psiquiatria Forense, exigindo respostas que ultrapassem o paradigma punitivo e alcancem uma abordagem ética, interdisciplinar e efetivamente terapêutica.

A análise desenvolvida ao longo deste capítulo, centrada na psicopatologia do TDI, evidenciou que a fragmentação da identidade psíquica e as amnésias dissociativas profundas representam desafios não apenas à psiquiatria clínica, mas também à dogmática penal, especialmente nos campos da imputabilidade e da culpabilidade.

Por sua vez, o caso de Billy Milligan, tomado como referência paradigmática, serviu como marco, nos Estados Unidos, para demonstrar a complexidade do diagnóstico em questão e das repercussões jurídicas da dissociação, bem como os riscos de decisões judiciais baseadas em critérios clínicos frágeis, incompletos ou mal interpretados.

No Brasil, a situação é ainda mais grave, vez que a escassez de decisões judiciais relacionadas ao TDI, aliada à falta de preparo técnico de operadores(as) do Direito e dos(as) profissionais de saúde mental (CAMPOS, 2022), contribui para o silenciamento institucional desses sujeitos. Em vez de o tratamento individualizado trazer respeito à condição clínica dos diagnosticados, o que se observa, na realidade

fática dos hospitais psiquiátricos, é a manutenção de uma lógica manicomial disfarçada de terapêutica.

A prática da internação prolongada, vislumbrada por Campos (2022), revela-se como um dispositivo de exclusão social que priva o sujeito de sua autonomia, de sua identidade e de sua possibilidade de reinserção. A medida de segurança, prevista legalmente como excepcional e com finalidade terapêutica, converte-se, na prática, em uma pena de duração indefinida, com fundamento na noção arcaica e estigmatizante de periculosidade.

A persistência dessa lógica punitivista evidencia um descompasso estrutural entre o discurso jurídico-constitucional e a realidade dos dispositivos de controle psiquiátrico-penal. A Resolução nº 487/2023 do CNJ, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, representa um avanço formal, mas sua aplicação ainda é incipiente e carente de efetividade prática, como visto.

Isso porque, a despeito de a supracitada Resolução determinar o fechamento progressivo dos hospitais de custódia psiquiátrica, ainda há, na realidade fática, pessoas internadas sob o argumento de “alta periculosidade” – situação que, como já visto, é veementemente rechaçada pelos autores desta pesquisa, a exemplo de Foucault (2014) e Baratta (2002).

Segundo apuração recente, somente no Estado de São Paulo, 746 pessoas foram internadas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico desde a interdição parcial iniciada em agosto de 2023. Deste total, 224 internações ocorreram apenas em 2023, de 15 de agosto em diante, enquanto 522 internações se deram nos primeiros dez meses de 2024, representando uma média de 52 por mês (JORNAL DE BRASÍLIA, 2024).

Observa-se, assim, uma manifesta ingerência do Estado em promover a ressocialização e o acesso à dignidade mental das pessoas portadoras de transtornos psicopatológicos, especialmente o TDI, sobre o qual não há, sequer, pesquisas acadêmicas ou demonstrativos científicos específicos a respeito.

Tais sujeitos encontram-se em um limbo jurídico, onde transitam entre a custódia comum – destinada às pessoas neurotípicas que cometem delitos – e os HCTPs – locais que, como já determinou o CNJ, devem ser fechados e substituídos por redes alternativas de apoio à saúde mental.

Como apontado por diversos autores utilizados nesta análise, a exemplo de Fiorelli e Mangini (2015), a ausência de uma rede substitutiva sólida e de políticas

públicas integradas tem dificultado a superação do modelo de contenção e preconceitos e impedido a construção de alternativas terapêuticas baseadas na liberdade assistida e na individualização do cuidado.

Dessa forma, a análise da eficácia do tratamento terapêutico e dos mecanismos de controle aplicáveis às pessoas com TDI culmina em uma reflexão crítica sobre a função do Estado diante do sofrimento psíquico. O desafio não é apenas jurídico ou médico, mas ético e civilizatório, isto é, reconhecer o portador de TDI como sujeito de direitos, e não como objeto de contenção.

Para que haja o efetivo tratamento dos sujeitos portadores de TDI e as suas consequentes ressocializações, exige-se, de plano, uma reforma profunda das práticas institucionais vigentes e dos paradigmas jurídicos que ainda sustentam a exclusão, de modo a compatibilizar o Direito Penal com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da individualização da pena e da proteção integral à saúde mental, amparados pela Lei nº 10.2016/2001.

5 O TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: ENTENDIMENTOS PRÁTICOS E CONCEITUAIS, FORMAÇÃO DAS MÚLTIPLAS PERSONALIDADES E PERFIL DE INCIDÊNCIA DA DOENÇA

À luz da discussão clínico-jurídica já elucidada nos capítulos anteriores, cabe discorrer, agora, sobre a conceituação psicopatológica do Transtorno Dissociativo de Identidade, bem como o seu entendimento na realidade prática, conceituando a formação das múltiplas identidades e o perfil de incidência dessa patologia.

Em primeiro lugar, explica-se: o TDI é um transtorno de natureza multifatorial e, como tanto, exige não apenas compreensão diagnóstica, mas também uma abordagem que considere suas implicações no campo da psiquiatria forense, das políticas públicas de saúde mental e dos direitos humanos.

Como se observou ao longo desta pesquisa, o TDI transcende a mera caracterização médica, tornando-se um fenômeno complexo que desafia os limites entre a sanidade e a imputabilidade, entre o sujeito de direitos e o indivíduo rotulado como perigoso (FOUCAULT, 2014).

Ao tratar de sua etiologia, os estudos clínicos reiteram que o TDI decorre, majoritariamente, de experiências traumáticas repetidas durante os primeiros anos de vida, o que reforça o entendimento da dissociação como estratégia de sobrevivência psíquica frente ao insuportável (SANTOS et al., 2015; PUTNAM, 1997).

Nesse contexto, a multiplicação de identidades — ou "alters" (FARIA, 2008) — representa, assim, uma tentativa inconsciente de proteção, na qual cada identidade se especializa em lidar com determinados afetos, lembranças ou situações. Compreender esse processo, portanto, é essencial para afastar interpretações reducionistas ou patologizantes que negam a subjetividade e a história de vida desses pacientes.

Nesse viés, conforme a literatura médica aponta, o reconhecimento clínico do TDI ainda enfrenta resistência e subdiagnóstico, seja pela escassez de formação adequada dos profissionais de saúde mental, seja pela sobreposição sintomatológica com outros quadros, como transtornos psicóticos ou de personalidade (DELL; O'NEIL, 2010; FARIA, 2008).

A obra de Faria (2008), ao tratar do uso do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, reforça a existência de um psiquismo fragmentado em indivíduos com TDI,

pois as "personalidades alternativas" ou "alters" apresentam características próprias, com lapsos de memória e comportamentos autônomos.

Neste caso, mostrava-se uma paciente com dez personalidades diferentes que se alternavam sem consciência umas das outras, manifestando diferentes padrões afetivos e cognitivos.

A avaliação por meio do teste projetivo demonstrou claramente os aspectos dissociativos através de alterações cromáticas, formais e de estrutura, configurando o TDI como um fenômeno psíquico multifacetado e de alta complexidade. Nesse sentido, conclui Faria (2008):

A análise qualitativa das pirâmides coloridas evidenciou uma estrutura interna fragmentada, revelando elementos dissociativos intensos nas configurações realizadas. O exame das cores, do tempo de execução, das substituições feitas, da posição e da forma das pirâmides mostrou clara alternância entre diferentes padrões de funcionamento psíquico, com oscilações abruptas entre expansividade e retraimento. **Essas variações foram interpretadas como reflexo direto da atuação das diferentes personalidades presentes no quadro clínico da paciente.** O instrumento mostrou-se sensível para captar conteúdos simbólicos e afetivos inconscientes, sendo, portanto, relevante na identificação de aspectos dissociativos profundos e na delimitação do diagnóstico do transtorno dissociativo de identidade (FARIA, 2008, p. 366. Grifos nossos).

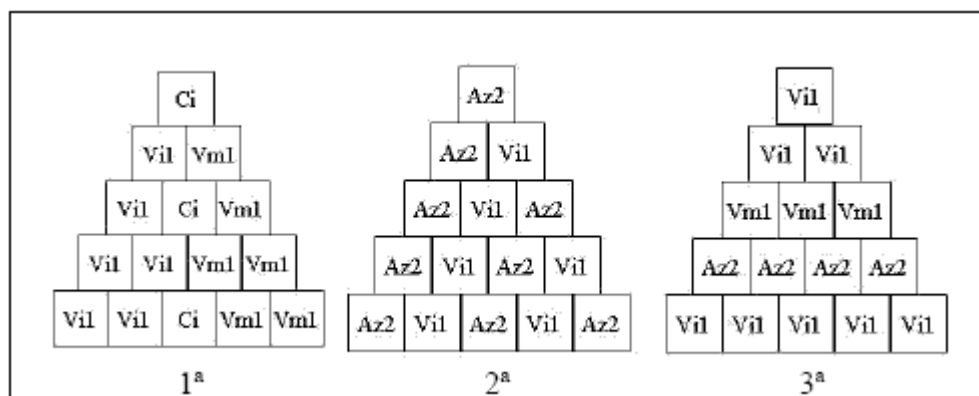
Tal resultado corrobora a concepção defendida por Putnam (1997), segundo a qual os diferentes estados de identidade podem apresentar respostas neuropsicológicas e emocionais autônomas, como se fossem estruturas psíquicas relativamente independentes.

Essas manifestações singulares de cada "alter" não se restringem ao campo comportamental, mas estendem-se a padrões fisiológicos, de memória e de processamento emocional, como já demonstrado por Ross (1989) em estudos clínicos com múltiplos pacientes.

O uso de testes projetivos, como o de Pfister, permite acessar aspectos inconscientes da personalidade dissociada e oferece subsídios importantes para o diagnóstico diferencial, sobretudo em contextos nos quais há dúvidas entre TDI e transtornos psicóticos.

Além disso, a interpretação das produções gráficas e cromáticas sob o prisma da dissociação permite visualizar de forma simbólica a fragmentação do ego, o que, conforme Hermann (2007), é essencial para traçar estratégias terapêuticas que respeitem a singularidade psíquica de cada sujeito.

Figura 3 – Representação gráfica das identidades dissociadas.



Fonte: Faria (2008)

Desse modo, o estudo de Faria (2008) adquire relevância não apenas como demonstração empírica do fenômeno dissociativo, mas como contribuição metodológica para o campo da psicodiagnose e para a construção de um olhar clínico mais cuidadoso e profundo sobre o TDI.

Do ponto de vista clínico, Santos et al. (2015) descreveram o caso de um paciente com 13 personalidades identificadas, sendo algumas delas infantis, outras violentas ou hipersexualizadas. O paciente apresentava histórico de traumas severos, como abuso sexual infantil e violência familiar, condições largamente relatadas na literatura como comuns a pacientes com TDI (ROSS, 1989; HERMANN, 2007).

O referido estudo também destacou a frequente demora no diagnóstico correto, com uma média de sete anos entre os primeiros sintomas e a identificação precisa do transtorno, o que prejudica significativamente o prognóstico e a adesão ao tratamento.

Tratando-se do perfil diagnóstico, o TDI é mais comumente diagnosticado em mulheres, com idade média de 31 anos no momento do diagnóstico. Estudos apontam que cerca de 92% dos casos envolvem mulheres, muitas vezes com histórico de abuso sexual e outras formas de violência na infância (SANTOS et al., 2015).

Não obstante, os dados levantados na presente pesquisa indicam que os casos relacionados à prática de delitos por indivíduos com TDI foram, predominantemente, identificados em homens, em contraste com o perfil majoritário apontado na literatura clínica. Tal discrepância pode decorrer tanto de um viés nos registros clínicos quanto das particularidades da amostragem, voltada a processos judiciais e contextos penais,

nos quais o transtorno pode apresentar manifestações distintas daquelas observadas nos atendimentos psiquiátricos convencionais.

É relevante destacar que a literatura internacional reconhece uma prevalência de 1 a 3% da população, sendo que o TDI representa cerca de 1% dos casos de transtornos dissociativos (FARIA, 2008; ROSS, 1989). Senão, veja-se:

Em termos de prevalência, **em média 92% dos casos são mulheres, com idade média no diagnóstico de 31 anos e um número médio de 13 personalidades.** Em 85% dos casos, uma das personalidades é de criança. Muitas personalidades são autodestrutivas, violentas, criminosas ou desinibidas sexualmente. De acordo com um estudo holandês que avaliou a frequência de transtornos dissociativos em internações psiquiátricas, 8% dos pacientes apresentavam essas patologias, e 2% do total apresentavam TDI, correspondendo à média relatada em estudos europeus, porém menor do que as taxas norte-americanas. (SANTOS et. Al, 2015, p. 33. Grifos nossos).

Nesse escopo, o diagnóstico diferencial do TDI revela-se particularmente desafiador, pois, na realidade prática, é comumente confundido com transtornos como esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), entre outros.

Como apontado nos dois estudos analisados, muitos pacientes recebem diagnósticos incorretos durante anos, o que demonstra a necessidade de formação especializada dos profissionais de saúde mental para reconhecerem os sinais dissociativos.

É de se observar, ainda, as ponderações de Ferreira (2012) a respeito da formação das múltiplas personalidades. A autora discute, a partir do seu artigo científico, a estrutura heteronímica de Fernando Pessoa como manifestação de dissociação da sua personalidade e sugere que seus múltiplos “eus” (heterônimos como Álvaro de Campos, Alberto Caeiro, Ricardo Reis e António Mora) poderiam ser lidos como fragmentações dissociativas de uma mente profundamente marcada por traumas psíquicos e sociais.

Propõe-se, assim, uma análise prática do Distúrbio de Personalidade Múltipla, hodiernamente denominado TDI, a partir desse caso singular da literatura portuguesa. À época, interpretou-se a heteronímia do poeta como uma expressão concreta da Dissociação de Identidade, estruturada em resposta a traumas, ausências familiares e conflitos internos, sendo que os heterônimos se configuraram como representações autônomas de partes fragmentadas de sua mente.

Essa leitura converge com os aspectos clínicos do TDI, como a criação de identidades distintas com memórias e comportamentos próprios. Além disso, destaca-se o papel terapêutico potencial da arte como forma de expressão de traumas inenarráveis, o que reforça a compreensão de que as múltiplas personalidades podem emergir como mecanismo de enfrentamento psíquico, por meio da arte e da literatura, por exemplo.

Destarte, consigna-se que Ferreira (2012), ao tratar a dissociação com reflexos no campo artístico, contribui para a discussão forense e psicopatológica sobre a gênese e os efeitos do TDI, enriquecendo o debate teórico e clínico presente nesta pesquisa acadêmica.

Por seu turno, a utilização de instrumentos diagnósticos como a Dissociative Experiences Scale (DES) e entrevistas clínicas estruturadas é recomendada para garantir maior precisão e confiabilidade no diagnóstico (SANTOS et al., 2015; DELL; O'NEIL, 2010).

Faria (2008) destaca que, antes de qualquer tentativa de fusão entre as identidades, é necessário estabelecer segurança interna e externa para o paciente. Tal processo envolve o fortalecimento do eu observador, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e a construção de um vínculo terapêutico sólido, que funcione como base segura diante das intensas flutuações emocionais e das reativações traumáticas.

O terapeuta, nesse caso, deve atuar como um facilitador do diálogo interno entre as identidades, promovendo a integração progressiva das memórias e a resignificação dos eventos traumáticos. Importa salientar que a integração não significa anulação das partes dissociadas, mas sim a construção de uma identidade funcional e coerente, capaz de sustentar a continuidade da experiência subjetiva (FIORELLI; MANGINI, 2015).

Segundo Faria (2008), a intervenção medicamentosa, a despeito de ser frequentemente empregada, não se mostra suficiente para lidar com a etiologia do transtorno. A farmacoterapia é geralmente restrita ao controle de sintomas associados, como transtornos ansiosos, episódios depressivos ou distúrbios do sono, e deve ser conduzida com cautela para não mascarar os conteúdos psíquicos dissociativos que precisam emergir e ser elaborados no setting terapêutico (PUTNAM, 1997).

Ademais, a medicalização excessiva, via de regra, pode reforçar a lógica da patologização e silenciamento dos afetos, dificultando a escuta clínica qualificada das vivências dissociativas (FARIA, 2008).

Do ponto de vista terapêutico e clínico, denota-se consenso na literatura de que o tratamento do TDI deve ser psicoterápico e de longo prazo. Conforme Faria (2008), a terapia deve buscar a estabilização dos sintomas, o processamento dos traumas e, posteriormente, a integração das identidades. A farmacoterapia é considerada apenas coadjuvante, utilizada para tratar sintomas comórbidos como depressão e ansiedade. Intervenções familiares e acompanhamento multiprofissional também são recomendados, conforme elucida Putnam (1997).

Outro aspecto relevante para o sucesso terapêutico do TDI é o envolvimento da rede de apoio, incluindo familiares e cuidadores(as), os(as) quais precisam ser orientados(as) quanto às manifestações do transtorno, às possíveis crises dissociativas e aos limites do processo terapêutico.

A inclusão de uma equipe multidisciplinar — com psicólogos(as), psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais — possibilita uma compreensão ampliada das necessidades do(a) paciente e favorece a elaboração de um projeto terapêutico singularizado (FARIA, 2008). Segundo Ross (1989), o suporte social e institucional é determinante para evitar recaídas, fortalecer a autoestima do sujeito e promover sua inserção gradual em contextos de convivência menos ameaçadores.

Em linhas gerais, observa-se que a formação das múltiplas identidades não ocorre ao acaso, mas como resposta adaptativa a experiências insuportáveis vivenciadas no período de formação do ego. A dissociação, nesse sentido, é compreendida como tentativa de organização interna do sofrimento. Os “alters” desenvolvem-se com papéis distintos, desde os protetores até os autodestrutivos, como forma de lidar com os conflitos internos e os contextos abusivos (ROSS, 1989; DELL; O’NEIL, 2010). Assim, compreender o TDI exige, indubitavelmente, uma abordagem humanizada, empática e multifatorial.

É nesse sentido que se mostra imprescindível uma condução clínica fundamentada na ética do cuidado; ou seja, sensível à dor psíquica e respeitosa em relação à pluralidade subjetiva, conforme defendem Fiorelli e Mangini (2015). Em muitos casos, o tratamento do TDI é marcado por períodos de regressão, resistências e manifestações intensas de sofrimento, exigindo do terapeuta uma postura firme — entendida como a capacidade de sustentar limites terapêuticos claros, manter a

estabilidade diante das crises dos(as) pacientes e conduzir o processo com responsabilidade técnica, sem ceder a idealizações, manipulações ou rupturas de vínculo —, mas empática, além de constante supervisão clínica.

A longo prazo, os benefícios da terapia se traduzem na redução das amnésias dissociativas, na estabilização do humor e, sobretudo, na possibilidade de a pessoa retomar sua autonomia psíquica e social. Mais do que curar no sentido médico, o objetivo terapêutico reside em restaurar a continuidade da experiência vivida e favorecer o reconhecimento do sujeito como alguém que, apesar da fragmentação, conserva uma identidade narrativa passível de reconstrução (PUTNAM, 1997).

O cuidado terapêutico, portanto, não se restringe meramente à eliminação de sintomas, mas à revalorização da história singular do(a) paciente e à escuta ética de suas múltiplas formas de existir. Como observa Hermann (2007), tal cuidado manifesta-se na escuta atenta das rupturas e das vozes dissociadas que o(a) terapeuta pode lançar pontes entre os fragmentos e promover a simbolização do trauma.

Nesse escopo, a clínica do TDI convoca profissionais a abandonar modelos normativos de subjetividade e a acolher a multiplicidade como expressão legítima da existência humana. Em vez de patologizar a pluralidade interna, é necessário reconhecer que a dissociação, embora dolorosa, foi uma estratégia de sobrevivência que permitiu ao(à) paciente suportar o insuportável (DELL; O'NEIL, 2010).

Destarte, à vista das informações elucidadas neste capítulo, conclui-se que o processo terapêutico deve ser compreendido como um espaço de reconexão com o mundo, com o outro e consigo, onde o sofrimento é reconhecido, acolhido e gradualmente transformado. Em última instância, tratar o TDI implica exercício de reconstrução da dignidade; ou seja, não se limita à prática clínica, mas se estende aos aspectos existenciais e humanitários do diagnóstico.

6 ANÁLISE DA POTENCIAL CONSCIÊNCIA DE ILICITUDE DO PORTADOR DE TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E POSSIBILIDADES DE RESSOCIALIZAÇÃO

É fato que a discussão sobre a responsabilidade penal do portador de Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) insere-se em um campo limítrofe entre a psiquiatria forense e o direito penal, exigindo-se, assim, uma abordagem que compreenda as limitações cognitivas e volitivas decorrentes da dissociação de identidades e a forma como essas se refletem na avaliação da imputabilidade e da culpabilidade penal.

No modelo das criminologias tradicionais, conforme é cediço, a culpabilidade requer a capacidade do agente de entender o caráter ilícito do fato e de se determinar conforme esse entendimento. No entanto, como se observou ao longo dos estudos clínicos e jurídicos aqui analisados, o sujeito com TDI, em regra, não possui integração psíquica suficiente para que essa compreensão seja uniforme entre suas diferentes personalidades.

De acordo com as observações de Putnam (1997), os estados de identidade dissociados funcionam como unidades autônomas, muitas vezes sem consciência das ações praticadas pelas demais identidades. Assim, a identidade que assume determinada conduta ilícita pode não ter capacidade de julgamento ou mesmo percepção moral suficiente para distinguir o certo do errado, e as demais identidades podem desconhecer totalmente o ocorrido. É essa, em síntese, a realidade factual de uma pessoa acometida por Transtorno Dissociativo de Identidade, conforme já visto.

A esse respeito, Faria (2008) demonstra, por meio de estudo de caso utilizando o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, como os estados dissociativos impactam diretamente na unidade da consciência e do juízo moral do sujeito, evidenciando a fragmentação da responsabilidade penal. Dessa forma, impõe-se o reconhecimento de que, em contextos de TDI, a consciência da ilicitude não pode ser presumida, mas deve ser analisada de forma minuciosa, caso a caso, com suporte de avaliação psiquiátrica forense criteriosa.

Conforme defendem Dell e O'Neil (2010), a dissociação compromete não apenas a memória, mas também a coerência narrativa e a percepção moral do indivíduo. Tal constatação, por sua vez, exige do sistema de justiça penal uma compreensão ampla da imputabilidade, que leve em consideração não apenas a

presença de um transtorno mental, mas o modo como esse transtorno afeta, concretamente, a capacidade do agente de compreender a ilicitude e de agir conforme esse entendimento.

É justamente sobre esses pilares que se assenta a problemática desta pesquisa; mais especificamente, sobre a possibilidade de reconhecimento da ilicitude dos portadores de TDI, a sua imputabilidade penal e as repercussões práticas da ressocialização desses indivíduos.

Por esse viés, percebe-se que a jurisprudência pátria ainda caminha de forma lenta na compreensão da culpabilidade fragmentada no TDI. O caso Billy Milligan, amplamente discutido na literatura, é paradigmático ao demonstrar que, mesmo nos sistemas jurídicos mais flexíveis, como se evidenciou à época por meio da jurisprudência estadunidense, ainda há resistência em aceitar a pluralidade de sujeitos como excludente de culpabilidade.

No Brasil, as poucas decisões que tratam do TDI, como mostram Santos et al. (2015) e Campos (2022), revelam um sistema ainda pautado na patologização da diferença e na exclusão institucionalizada do sujeito diagnosticado com transtornos mentais.

A resposta penal à inimputabilidade vinculada ao TDI, com frequência, consiste na aplicação de medida de segurança em estabelecimentos de custódia, em afronta ao que dispõem a Lei nº 10.216/2001 e a Resolução nº 487/2023 do CNJ. Não obstante a tal cenário, observa-se, com base em Campos (2022), que tal medida raramente se constitui em uma prática terapêutica efetiva, funcionando, precipuamente, como uma forma de reclusão prolongada e de silenciamento da subjetividade.

O modelo adotado nos hospitais de custódia no Brasil ainda se alinha às lógicas manicomiais, mesmo diante da vigência da Lei nº 10.216/2001 e da Resolução nº 487/2023 do CNJ, que, como visto, estabelecem diretrizes para uma abordagem antimanicomial.

Percebe-se, destarte, que, a despeito de tais marcos normativos, os quais indiscutivelmente buscam garantir o cuidado em liberdade e o respeito à dignidade dos sujeitos em sofrimento psíquico, a realidade institucional brasileira continua marcada por práticas de exclusão, contenção e estigmatização da loucura (FOUCAULT, 2014).

Como evidenciado por Campos (2022), os hospitais de custódia operam ainda sob a lógica do castigo disfarçado de tratamento, em que os internos vivem em condições de constante vigilância, privação de liberdade e ausência de estratégias reais de reinserção social.

A autora descreve com contundência tal fenômeno, comparando-o a um quadro de naturalização da violência institucional nesses espaços ditos hospitalares. Isso porque as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, após longos períodos de internação, acabam por desenvolver uma espécie de adaptação afetiva ao ambiente opressor, similar à síndrome de Estocolmo (CANTER, 2010), em que passam a ver o espaço de contenção como único referencial possível de existência e sobrevivência.

Essa identificação com o agressor institucional evidencia o grau de despersonalização a que são submetidos os indivíduos que, longe de receberem cuidado terapêutico, experimentam a ruptura de vínculos afetivos, a perda da autonomia e a diluição da identidade subjetiva. O hospital de custódia transforma-se, assim, em um lugar perpétuo, onde o tempo é suspenso, as subjetividades são silenciadas e o futuro é permanentemente adiado (CAMPOS, 2022).

Além disso, a autora destaca que o discurso da periculosidade, amplamente utilizado para justificar a permanência dos internos nas unidades de custódia, funciona como elemento legitimador da manutenção do *status quo* manicomial. Mesmo com laudos favoráveis à desinternação, a lógica judicial e psiquiátrica muitas vezes converge para a perpetuação da medida de segurança, não por critérios clínicos rigorosos, mas por conveniência institucional ou temor social.

A avaliação da cessação da periculosidade, prevista legalmente como requisito para a liberação, torna-se, na prática, um instrumento vago, manipulado de forma a estender indefinidamente a reclusão de pessoas que, muitas vezes, já não representam risco algum à sociedade.

Essa realidade revela não apenas a nefasta proposta de ressocialização da atualidade, mas, sobretudo, o esvaziamento do sentido constitucional da dignidade da pessoa humana, uma vez que o sujeito é reduzido à sua patologia e à sua condição jurídica. Nesse escopo, é lícito perceber que os ambientes dos hospitais de custódia brasileiros, em vez de promover reabilitação, reforçam o isolamento, a medicalização em excesso e a dependência institucional.

Conforme argumenta Amarante (2003), trata-se de um modelo em que o cuidado se converte em contenção e a proteção em opressão, revelando a

persistência de uma lógica higienista e excludente na política penal e psiquiátrica brasileira. Assim, a promessa de um tratamento humanizado e antimanicomial, prevista na legislação, esbarra na realidade concreta de estruturas que reproduzem o encarceramento e negam a subjetividade dos internos.

A ineficácia do modelo de ressocialização brasileiro também pode ser evidenciada a partir do que a literatura criminológica denomina "pena sem sentença", isto é, a manutenção da medida de segurança por tempo indeterminado, com base em laudos subjetivos de periculosidade e reiteradamente renovados.

Tal situação jurídica viola não apenas os princípios da proporcionalidade e da legalidade, mas também os direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental, transformando a exceção em regra e perpetuando a exclusão social sob a roupagem do tratamento (FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, a experiência internacional pode oferecer alternativas viáveis. Veja-se: modelo italiano de desinstitucionalização, iniciado com a Lei Basaglia (Lei nº 180/1978), promoveu o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a implementação de centros de atenção psicossocial territorializados, priorizando o cuidado em liberdade, a inclusão comunitária e a escuta clínica singularizada.

Como destacam Amarante (2003) e Rotelli (2001), o paradigma italiano rompeu com a lógica do internamento e da tutela, propondo um modelo de responsabilização compartilhada entre os serviços de saúde, a família e a comunidade.

Essa mudança se consolidou a partir da promulgação da Lei nº 180/1978, conhecida como Lei Basaglia, que estabeleceu o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede comunitária de atenção à saúde mental, descentralizada, territorializada e interdisciplinar (ROTELLI, 2001).

Tal reforma representou um marco na psiquiatria mundial, pois passou a considerar a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos e não mais como objeto de contenção (AMARANTE, 2003). O modelo italiano de ressocialização pressupõe, ainda, uma articulação entre os órgãos do sistema de justiça, os serviços de saúde mental e as instâncias sociais, de forma a permitir que a medida de segurança não seja sinônimo de exclusão, mas sim um instrumento de proteção e reabilitação.

A responsabilização penal, nesse caso, deixa de ser encarada como imposição de pena e passa a ser concebida como processo terapêutico e educativo, com enfoque na reconstrução de vínculos sociais e na promoção da cidadania (DE

LIGUORI, 2017). A proposta italiana reforça, portanto, a integração entre os dispositivos de cuidado e a participação ativa dos usuários no planejamento e condução do próprio tratamento, o que fortalece a autonomia e reduz a cronificação da exclusão.

No lugar da institucionalização prolongada, o Estado passa a investir em formas de acompanhamento intensivo e personalizado, capazes de favorecer a autonomia do sujeito e sua reinserção social. Segundo Saraceno (1999), o êxito do modelo italiano se deve à sua capacidade de criar redes intersetoriais de suporte que envolvem habitação, trabalho, cultura e convivência, rompendo com o isolamento histórico imposto à loucura.

Nesse sentido, a comunidade, especialmente a família, assume papel central no cuidado, haja vista que a lógica de segregação passa a ser substituída por uma lógica de inclusão e de acolhimento. O sucesso desse modelo, reconhecido internacionalmente, é indicativo de que é possível construir uma política de saúde mental que seja, ao mesmo tempo, eficaz e garantista, com vistas à concretude dos direitos humanos e das garantias fundamentais inerentes a todos os indivíduos.

Sob outro ângulo, faz-se imperativo observar a delegação quase automática do cuidado de indivíduos diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) em conflito com a lei para o núcleo familiar, especialmente para as mães, a qual revela um processo de “pseudoreinserção” social que, em essência, transfere ao âmbito da família uma responsabilidade que é exclusivamente do Estado.

Essa prática, além de mascarar a ausência de políticas públicas efetivas de atenção psicossocial, reproduz uma lógica de gênero que naturaliza o papel da mulher como cuidadora, sem que lhe sejam oferecidos suporte material e psicológico adequados (AMARANTE, 2003; CAMPOS, 2022). Afinal, quem cuida de quem cuida?

O discurso jurídico-penal e psiquiátrico, nesse contexto, mantém a aparência de proteção aos direitos humanos, mas perpetua uma política de abandono institucionalizada, onde a “liberdade” se traduz em sobrecarga invisível para as mulheres, que acabam por assumir, sozinhas, a função de assistência integral.

Essa sobrecarga tem raízes em uma estrutura histórica de misoginia estatal, na qual o cuidado de sujeitos com sofrimento mental é visto como uma extensão natural das funções maternas. Como observa Foucault (2014), a psiquiatria, aliada ao direito penal, opera como um mecanismo de controle social que atribui ao “ambiente

doméstico” a função de correção, vigilância e normalização do indivíduo, sem que o Estado assegure rede de apoio efetiva.

Na prática, a “reinserção comunitária” ocorre sem a implementação de serviços substitutivos adequados — como CAPS especializados e equipes multiprofissionais —, o que transforma o lar em uma espécie de “hospital invisível” e reforça estigmas sociais tanto contra o indivíduo com TDI quanto contra a mulher responsável por ele (BARATTA, 2002; GONÇALVES, 2008).

Esse processo culmina em um duplo apagamento: o do sujeito com TDI, cuja autonomia é reduzida à gestão doméstica do cuidado, e, principalmente, o da mulher cuidadora, cuja identidade social é diluída no papel de suporte silencioso. A estigmatização recai, assim, não apenas sobre o diagnóstico, mas também sobre a figura feminina, que é responsabilizada pelo fracasso ou sucesso da reinserção (SANTOS, 2012; CAMPOS, 2022).

Tal realidade evidencia que a suposta política antimanicomial, quando implementada sem suporte estatal, não apenas perpetua a lógica manicomial sob outra forma, mas também reforça desigualdades de gênero, transferindo para o espaço privado um ônus que deveria ser assumido coletivamente pelo Estado e pela sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) reconheceu, por seu turno, a experiência italiana como uma das mais avançadas do mundo na atenção psicossocial, destacando sua capacidade de assegurar cuidado em liberdade e respeito à dignidade da pessoa com transtorno mental.

Na realidade sanitária atual, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde (2011), constitui o principal arranjo organizacional destinado a articular os serviços e ações de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS é composta por diversos pontos de atenção, entre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a atenção básica em saúde, as unidades de urgência e emergência e a atenção hospitalar especializada.

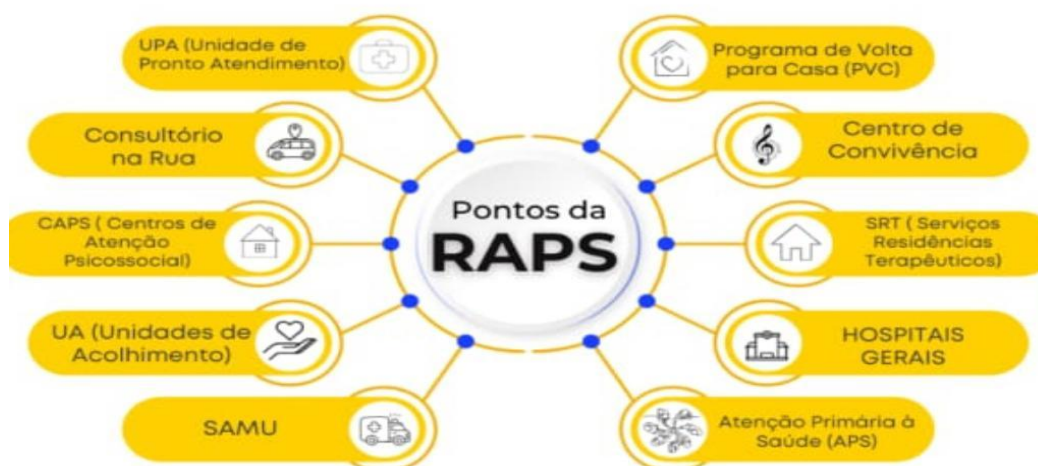
Cada um desses pontos cumpre funções específicas: os CAPS atuam como referência para o atendimento especializado em saúde mental no território; os SRT oferecem moradia assistida para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas; a atenção básica representa a porta de entrada do SUS e atua na

prevenção e acompanhamento de casos; as unidades de urgência e emergência prestam atendimento em situações de crise; a atenção hospitalar especializada realiza internações breves e necessárias; e as Unidades de Acolhimento (UA) oferecem moradia transitória para pessoas em sofrimento psíquico em situação de vulnerabilidade.

O objetivo central da rede é garantir cuidado contínuo e integral, privilegiando o tratamento em meio aberto, próximo ao convívio familiar e comunitário, e evitando, sempre que possível, a internação de longa duração em instituições de caráter asilar (BRASIL, 2011).

A imagem a seguir informa quais são as Unidades de Acolhimento (UA) das RAPS:

Figura 4 – Pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2011)

No campo jurídico-penal, a RAPS é fundamental para a execução de medidas de segurança em meio aberto, mediante articulação entre o sistema de justiça, a saúde e a assistência social. Ao se comparar esse arranjo com o sistema italiano, observa-se que ambos compartilham princípios orientadores vinculados à Reforma Psiquiátrica e ao paradigma antimanicomial.

A experiência italiana, consagrada pela Lei nº 180/1978 (Lei Basaglia), promoveu o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e instituiu um modelo baseado em serviços comunitários descentralizados, garantindo a continuidade do cuidado e a inclusão social da pessoa com transtorno mental, inclusive aquelas em conflito com a lei (ROTELLI, 2001; SARACENO, 1999). Nesse modelo, a medida

judicial não é cumprida em um hospital de custódia, mas em dispositivos comunitários supervisionados, com apoio clínico e social permanente, estimulando a autonomia e a reinserção cidadã.

Assim, é possível afirmar que, à luz do ordenamento jurídico brasileiro vigente — especialmente da Lei nº 10.216/2001, da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e das diretrizes da RAPS —, a ressocialização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é viável, desde que haja a efetiva articulação entre saúde, justiça e comunidade.

Assim como no modelo italiano, o desafio no Brasil não reside na inexistência de base legal ou institucional para esse cuidado, mas na resistência cultural e estrutural que mantém a lógica de segregação. A plena implementação da RAPS, integrada ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, pode, indubitavelmente, concretizar medidas de segurança não manicomiais, tornando realidade um processo de responsabilização penal que respeite a dignidade humana e promova a autonomia dos indivíduos.

Portanto, resta evidente que o Brasil poderia se inspirar nessa experiência ao reformular suas práticas de responsabilização penal dos indivíduos com TDI e outros transtornos mentais, abandonando a lógica punitiva e manicomial em favor de um cuidado territorializado, interdisciplinar e voltado à autonomia do sujeito.

A realidade brasileira demonstra que, a despeito das promessas normativas de um modelo de atenção psicossocial, a exemplo da Lei da Reforma Psiquiátrica e da recente Resolução Antimanicomial do Conselho Nacional de Justiça, a política penal aplicada aos portadores de transtornos mentais ainda se baseia na exclusão, na reclusão e na cronificação da loucura como estratégia de controle social. A ressocialização, na maioria dos casos, não passa de um discurso vazio, alheio às práticas institucionais efetivas, como apontam Campos (2022) e Amarante (2003).

Decerto, os hospitais de custódia funcionam mais como depósitos humanos do que como espaços de reabilitação. Veja-se: não há, nesses ambientes, planejamento terapêutico individualizado, escuta qualificada ou reinserção social concreta, conforme denota Campos (2022) em sua pesquisa.

A permanência prolongada dos indivíduos, associada à ausência de vínculos comunitários efetivos, despersonaliza o sujeito, que passa a viver sob o regime da contenção, da medicalização e da vigilância contínua. Conforme observa Foucault (2014), esse sistema transforma a medida de segurança em instrumento de

normalização forçada, apagando a singularidade do sujeito em nome de uma pretensa ordem social.

É nesse cenário que se evidencia a urgência de revisão do modelo ressocializador vigente. A despeito de o termo indicar um retorno à sociedade, o que se verifica na prática é a produção de corpos dóceis e silenciados, alijados de qualquer perspectiva real de cidadania (FOUCAULT, 2014). A ressocialização, tal como praticada no ordenamento jurídico atual, ignora o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, bem como a complexidade das subjetividades envolvidas, promovendo, em última instância, uma exclusão camuflada de tratamento.

Ademais, a escassez de equipamentos de saúde mental comunitários, a desarticulação entre o Judiciário e o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o despreparo dos operadores do direito para lidar com as especificidades dos transtornos mentais, revelam um cenário incompatível com os ideais constitucionais de dignidade e igualdade (BRASIL, 1988). Sem romper com esse ciclo institucional excludente, qualquer tentativa de responsabilização penal tende a reproduzir injustiças e a perpetuar a marginalização dos sujeitos com transtornos psíquicos.

Nesse espectro, reformular o pensamento atual sobre a ressocialização dos pensadores de TDI não é apenas uma questão técnica, mas sobretudo política e ética. E a ser feita com urgência, portanto. Impõe-se, assim, o reconhecimento da seguinte ideia: o cuidado não pode ser imposto por meio da força, mas construído a partir da escuta, da singularidade e da aposta na capacidade de transformação do outro (CAMPOS, 2022).

Como ensinam os modelos reformistas europeus, especialmente o italiano, é possível, sim, pensar em uma justiça penal que acolha a diferença sem criminalizá-la, que trate a loucura sem isolá-la e que promova a responsabilização sem aniquilar a subjetividade. Isso exigiria não apenas a revisão das normas que regem a medida de segurança, mas também uma transformação cultural nos modos de conceber a loucura e o crime, rompendo com a histórica aliança entre psiquiatria e controle social (BARATTA, 2002).

Como observa De Liguori (2017), a desinstitucionalização não significa ausência de cuidado, mas sim substituição da lógica da segregação por redes complexas de apoio e atenção integral. Apenas assim poderemos construir um sistema penal verdadeiramente comprometido com os princípios constitucionais da

dignidade da pessoa humana, da igualdade e da função ressocializadora da sanção penal.

Portanto, cabe às autoridades brasileiras, com urgência e seriedade, o estudo aprofundado dessa experiência internacional bem-sucedida, com vistas à reformulação das práticas de responsabilização penal dos indivíduos com TDI e outros transtornos mentais. Tal atitude culminaria, em primeiro lugar, no abandono da lógica punitiva e manicomial, proporcionando, assim, um cuidado individualizado, interdisciplinar, multifatorial, voltado majoritariamente à autonomia do sujeito.

Para tanto, exigiria-se não apenas a revisão das normas que regem a medida de segurança, mas também uma transformação cultural e intertemporal nos modos de conceber a loucura e o crime, rompendo com a histórica aliança entre psiquiatria e controle social (BARATTA, 2002).

Apenas assim, tornar-se-ia possível a construção paulatina de um sistema penal verdadeiramente comprometido com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da igualdade e da função ressocializadora da sanção penal, à luz do modelo antimanicomial preconizado por Foucault (2014).

7 CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho acadêmico, foram examinadas as principais interfaces entre o Direito Penal e a Psiquiatria Forense diante dos desafios trazidos pelo Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI). Partindo de uma análise jurídico-constitucional da imputabilidade, foi possível demonstrar que o TDI fragiliza os pressupostos clássicos da culpabilidade penal, especialmente no que tange à capacidade de compreensão da ilicitude e à autodeterminação do agente no momento da conduta delituosa (FIORELLI; MANGINI, 2015).

A multiplicidade de identidades dissociadas, como visto, implica não apenas fragmentação da consciência, mas, sobretudo, a existência de lacunas psíquicas que tornam inaplicável o juízo de culpabilidade unitária, conforme exige o sistema penal vigente. Nesse escopo, enfatizou-se a necessidade de repensar a culpabilidade sob a ótica constitucional, a fim de compatibilizar os direitos fundamentais com as peculiaridades clínicas do TDI.

A dogmática penal, ancorada em um sujeito uno e racional, não se mostra suficiente para lidar com indivíduos cuja subjetividade está fraturada por traumas profundos e dissociação psíquica. O sistema jurídico, ao ignorar tal complexidade, incorre no risco de criminalizar a doença mental e de impor sanções punitivas a sujeitos que, por vezes, sequer detêm controle sobre suas ações (BARATTA, 2002).

Ao abordar a psicopatologia do TDI à luz da psiquiatria forense, tendo como eixo analítico o caso paradigmático de Billy Milligan, pôde-se verificar os impasses jurídicos e terapêuticos diante de um diagnóstico psiquiátrico complexo, além de evidenciar a importância de diagnósticos precisos e de perícias clínicas conduzidas com rigor técnico, sensibilidade ética e base científica consolidada.

O julgamento de Milligan, que resultou na sua absolvição por inimputabilidade, lançou luz sobre a necessidade de considerar os efeitos psíquicos da dissociação no campo do direito penal e provocou discussões em nível internacional sobre as fronteiras da imputabilidade.

No contexto brasileiro, observa-se que, embora existam normativas legais como o artigo 26 do Código Penal e a Lei nº 10.216/2001, a aplicação prática das medidas de segurança ainda é pautada por uma lógica de segregação. Conforme denúncia Campos (2022), os hospitais de custódia, longe de funcionarem como

espaços terapêuticos, reproduzem uma estrutura asilar que ignora a complexidade clínica do TDI.

A autora demonstrou, por meio de pesquisa empírica no Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco, que os sujeitos diagnosticados com transtornos mentais vivenciam rotinas institucionalizadas que promovem a estagnação subjetiva, a medicalização em excesso e a alienação de sua própria história de vida.

A internação prolongada nesses estabelecimentos de custódia psiquiátrica compromete o processo terapêutico ao reduzir o sujeito a uma condição de paciente permanente, privado de autonomia e submetido a um regime disciplinar que silencia sua pluralidade psíquica. Como indicam Fiorelli e Mangini (2015), a fragmentação da identidade no TDI exige um olhar clínico diferenciado, que não se coaduna com a padronização institucional imposta pelas medidas de segurança.

Nesse sentido, o tempo de reclusão, muitas vezes indeterminado, agrava o quadro dissociativo, transformando o ambiente prisional em um fator de manutenção ou agravamento da patologia. Ademais, observou-se, como resultado desta pesquisa, que há uma espécie de "adaptação institucionalizada" por parte dos internos, semelhante à síndrome de Estocolmo, em que o sujeito, diante da ausência de alternativas, passa a naturalizar o ambiente opressor como um espaço de referência.

Essa adaptação patológica, indiscutivelmente, reforça a permanência da medida de segurança, criando um ciclo vicioso que impede a progressão terapêutica e inviabiliza a reinserção social. Assim, o caso Milligan, ao lado das evidências coletadas por Campos (2022), permite concluir que o sistema penal brasileiro falha em reconhecer as especificidades clínicas do TDI e, por conseguinte, em oferecer respostas jurídicas e terapêuticas adequadas à sua complexidade.

O entendimento conceitual do TDI, por sua vez, também foi fundamental para atingir os objetivos e elucidar a problemática da pesquisa, vez que se discutiu a sua etiologia, sintomatologia e perfil epidemiológico. A literatura moderna aponta que, em sua maioria, os pacientes com TDI são mulheres com histórico de abuso na infância (SANTOS et al., 2015).

A formação das múltiplas identidades, como resposta psíquica ao trauma, revela que o transtorno é, antes de tudo, um mecanismo de autopreservação, que deve ser compreendido com empatia clínica e responsabilidade ética.

Essa relação entre vivência traumática precoce e dissociação revela que a formação das múltiplas identidades não se dá de maneira aleatória, mas como mecanismo adaptativo diante de um contexto emocional insuportável. Nesse cenário, cada identidade dissociada assume uma função psíquica de proteção, seja para suportar o sofrimento, seja para desempenhar papéis específicos relacionados à sobrevivência do ego fragmentado (ROSS, 1989).

A compreensão desse processo é fundamental para que o sistema jurídico e médico não tratem a dissociação como simulação ou como um transtorno de personalidade ordinário. Ao contrário, o TDI requer uma abordagem diagnóstica minuciosa, apoiada em instrumentos psicodiagnósticos e entrevistas estruturadas que consigam acessar as experiências subjetivas do paciente com o devido cuidado (DELL; O'NEIL, 2010).

A formação das múltiplas identidades, como resposta psíquica ao trauma, revela que o transtorno é, antes de tudo, um mecanismo de autopreservação, que deve ser compreendido com empatia clínica e responsabilidade ética. Não se trata de um desvio voluntário ou de um comportamento manipulador, mas de um estado psíquico complexo, marcado por amnésias, alternância de estados de consciência e rupturas na percepção da continuidade existencial do sujeito.

Nesse sentido, os operadores do direito e da saúde mental devem abandonar preconceitos clínicos e julgamentos morais, adotando uma postura técnico-humanista no trato com esses pacientes. Tal situação ficou demonstrada, por exemplo, à luz dos esclarecimentos de Ferreira (2012), em relação ao quadro psicopatológico do poeta Fernando Pessoa, em que a autora demonstrou a possibilidade desses sujeitos de romper paradigmas institucionais historicamente atribuídos à loucura e à dissociação em face da arte e da literatura, possibilitando um olhar mais humanizado à doença.

O aprofundamento conceitual do TDI, portanto, permitiu não apenas esclarecer os fundamentos psicopatológicos da dissociação, mas também lançar luz sobre a insuficiência das políticas públicas de saúde mental no Brasil para lidar com sujeitos cuja subjetividade foi desorganizada por traumas massivos.

Trata-se, assim, de reconhecer que o TDI não pode ser tratado nos moldes tradicionais da psiquiatria de contenção, mas requer uma escuta sensível e uma rede de apoio psicossocial que acolha a pluralidade psíquica sem a transformar em patologia crônica ou motivo de exclusão institucionalizada.

Relativamente à análise, da consciência de ilicitude do portador de TDI, destacou-se que, na maioria dos casos, as personalidades dissociadas não compartilham entre si a consciência do ato praticado, o que torna o juízo de imputação penal altamente problemático. Defendeu-se que a medida de segurança deve ser aplicada apenas quando absolutamente necessária e que seu cumprimento deve ocorrer em ambiente terapêutico, não punitivo.

A crítica recai, sobretudo, sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que, embora legalmente repudiados pela legislação infraconstitucional, ainda continuam a operar, notadamente sob estruturas manicomiais (AMARANTE, 2003).

Como denunciado por Baratta (2002) e reforçado por Foucault (2014), o sistema penal aliado à psiquiatria forense tem reiteradamente reproduzido práticas de exclusão e silenciamento das subjetividades dissidentes. O modelo institucional vigente, que promete reabilitação, acaba por gerar o efeito contrário: cronifica a condição de internação, retira a autonomia do sujeito e nega sua condição de cidadania.

A medida de segurança converte-se, assim, em uma pena sem sentença, sem prazo e sem função social efetiva, pois, em última análise, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, apesar de abolidos pela Resolução Normativa do Conselho Nacional de Justiça nº 487/2023, seguem operando como dispositivos de exceção que neutralizam o sujeito em nome da contenção da periculosidade.

Essa categoria, como demonstra Foucault (2014), não possui respaldo científico nos manuais de diagnóstico psiquiátrico modernos (DSM-5 ou CID-11), funcionando antes como um mecanismo jurídico de controle social sobre corpos dissidentes. No Brasil, a periculosidade se transforma, com frequência, em fundamento para confinamentos indefinidos, amparados em laudos vagos e sem metas terapêuticas claras (BARATTA, 2002).

Esse cenário evidencia um verdadeiro “estado de coisas inconstitucional” na saúde mental forense, à semelhança do que o Supremo Tribunal Federal reconheceu no sistema prisional, na Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347 (BRASIL, 2015), pois há superlotação, ausência de revisão periódica das medidas de segurança e internações prolongadas em condições degradantes.

Campos (2022) demonstra que os sujeitos diagnosticados com transtornos mentais desenvolvem, dentro dos hospitais de custódia, uma espécie de adaptação

institucionalizada — semelhante à síndrome de Estocolmo — em que o espaço de violência institucional é naturalizado como única forma possível de existência. A promessa de cuidado se converte, assim, em exclusão permanente.

É nesse ponto que se torna indispensável revisitar experiências bem-sucedidas, como o modelo italiano de reforma psiquiátrica. A Lei Basaglia (Lei nº 180/1978) não apenas aboliu os manicômios tradicionais, como também substituiu o paradigma da periculosidade por estratégias intersetoriais de cuidado em liberdade, protagonismo do sujeito e redes territoriais de suporte (ROTELLI, 2001; SARACENO, 1999).

O sucesso do modelo italiano, com unidades pequenas, comunitárias e com tempo máximo de internação, comprova que ressocializar é possível sem recorrer à lógica asilar. O Brasil pode e deve seguir por esse caminho, desde que haja vontade política, revisão crítica das categorias jurídicas em uso e investimento real nas políticas públicas de saúde mental.

A Resolução nº 487/2023 do CNJ, embora represente um avanço normativo ao instituir diretrizes antimanicomiais, falha em sua implementação fática. A ausência de unificação em território nacional em torno de seu escopo normativo, somada à precariedade das redes substitutivas de atenção psicossocial, resulta na manutenção de práticas asilares, em detrimento do cuidado territorializado e da liberdade assistida.

É nesse contexto que se destaca a importância do modelo italiano de reforma psiquiátrica, fundamentado na Lei Basaglia (ITÁLIA, 1978), o qual rompeu com a lógica do internamento compulsório e passou a investir em redes comunitárias, interdisciplinares e centradas na autonomia do sujeito (ROTELLI, 2001; SARACENO, 1999). O sucesso dessa experiência, reconhecida internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde, indica que é possível implementar políticas públicas de saúde mental eficazes, respeitosas e comprometidas com os direitos humanos.

É fundamental ressaltar que a responsabilização penal dos sujeitos diagnosticados com TDI não deve ser confundida com abandono institucional. Ao contrário, exige do Estado o compromisso com o cuidado ético, técnico e humanizado.

A ressocialização é possível, sim, desde que acompanhada por estruturas adequadas de suporte social, familiar e comunitário. O Brasil pode — e deve — inspirar-se em modelos internacionais bem-sucedidos, como o italiano, para reestruturar seu sistema de medidas de segurança, abandonando a lógica punitiva e apostando em um paradigma de cuidado, reintegração e dignidade.

À vista de toda a discussão médico-jurídica elucidada no decorrer desta pesquisa, pugna-se por concluir, portanto, que a superação do atual modelo penal-psiquiátrico brasileiro não depende apenas de reformas legais, mas de uma verdadeira transformação cultural, capaz de romper com os estigmas históricos em torno da loucura e de construir uma nova ética da responsabilização e do cuidado. Essa é, indubitavelmente, conforme demonstrado na pesquisa, uma das principais vias para se alcançar, a médio e longo prazos, um sistema de justiça penal que se revele, de fato, constitucional, inclusivo e humanizado, em consonância com os diplomas normativos brasileiros e internacionais que dispõem sobre a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALTOÉ, Sônia. **Sujeito do Direito e Sujeito do Desejo**: Direito e Psicanálise. 2. ed. São Paulo: Revinter, 2004.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2002.
- BBC BRASIL. **Por que ainda tem tanta gente em manicômios judiciais 2 anos após Justiça mandar fechar todos**. 17 dez. 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cpq92219g24o>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 jul. 2025.
- BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 01 jul. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 66, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 09 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.389, nº 7.454, nº 7.566 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1.076**. Relator: Min. Edson Fachin. Plenário, Sessão Virtual de 27 jun. 2025 a 5 ago. 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Penal n. 0000822-60.2024.1.00.0000**, Distrito Federal. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Brasília, DF, 10 mar. 2025. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 347**, Distrito Federal. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 9 set. 2015. Diário da Justiça Eletrônico, 14 ago. 2015. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=11283524>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CAMPOS, Thayná Tobias da Silva. **O inconsciente como prova: o laudo psiquiátrico-forense no limiar entre a ciência e o direito**. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. São Paulo: Almedina, 2003.

CANTER, David. **Psicologia forense: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel de Ações Estaduais – Resolução CNJ nº 487/2023**, 2025. Disponível em: <https://dados-faju.shinyapps.io/painel-acoes-estaduais-res-cnj-487/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**: institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, n. 36, p. 2–8, 27 fev. 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 05 jun. 2025.

CORRÊA, Márcia Milhomens Sirotheau. **Caráter Fundamental da Inimputabilidade na Constituição**. São Paulo: SAFE, 1998.

DE ANDRÉIA, Pedro Alves; GULART, Renan Volochen. **Análise do caso Billy Milligan e a responsabilidade penal atribuída ao portador do Transtorno Dissociativo de Identidade no Direito Brasileiro**. In: Anais do Salão de Iniciação Científica e Tecnológica, 2023. Disponível em: <https://phantomstudio.com.br/index.php/sic/article/view/2894>. Acesso em: 16 jun. 2025.

DELL, Paul F.; O'NEIL, John A. **Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond**. New York: Routledge, 2010.

FARIA, Marcello de Abreu. **O teste de Pfister e o transtorno dissociativo de identidade**. Avaliação Psicológica, v. 7, n. 3, p. 359-370, 2008.

FERREIRA, Ermelinda Maria Araújo. Fernando Pessoa e o Distúrbio de Personalidades Múltiplas. **Intersemiose – Revista Digital**, Recife, Universidade Federal de Pernambuco, v. 1, n. 1, p. 58–73, jan./jul. 2012.

FERREIRA, Lucas Mendes. **Medida de segurança e política antimanicomial: os impasses da reforma psiquiátrica no sistema de justiça criminal**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020.

FIORELLI, José Osmir; MANGINI, Rosana Cathya Ragazzoni. **Psicologia jurídica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalheite. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GONÇALVES, Rodrigo Leite Ferreira. **Transtorno dissociativo de identidade: um estudo sobre o self e os mecanismos dissociativos**. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

HERMANN, Claudia. **Psicodiagnóstico e saúde mental: uma perspectiva psicossocial e institucional**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ITÁLIA. **Legge n. 180, del 13 maggio 1978**. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Roma, n. 133, 16 mag. 1978.

JORNAL DE BRASÍLIA. **SP internou 746 pacientes em manicômios judiciais após restrição do CNJ**. Brasília, nov. 2024. Disponível em: <https://jornaldebrasilia.com.br/noticias/brasil/sp-internou-746-pacientes-em-manicomios-judiciarios-apos-restricao-do-cnj/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

KEYES, Daniel. **As Mentes de Billy Milligan**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização: uma outra história**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAKS, Elyn R. **Multiple Personality Disorder and Criminal Responsibility**. Southern California Interdisciplinary Law Journal, v. 10:2, 1999.

SARACENO, Benedetto. **Liberdade, necessidade e desejo: a reforma psiquiátrica na Itália, a partir da experiência de Trieste**. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 25-36.

SANTOS, Luana Xavier. **A lógica da exclusão na política de saúde mental: da reforma à reprodução manicomial**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Mirian Pezzini dos et al. **Transtorno dissociativo de identidade (múltiplas personalidades): relato e estudo de caso**. Revista Debates em Psiquiatria, v. 5, n. 2, p. 32-37, mar./abr. 2015.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise:** uma exploração hermenêutica da construção do Direito. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017.

TJPE. Capital — 1ª Vara de Execução Penal do Estado. **Portaria n. 001/2024, de 21 jan. 2024.** Dispõe sobre a interdição parcial do Centro de Saúde Penitenciário — CSP e dá outras providências. Diário de Justiça Eletrônico do Tribunal de Justiça de Pernambuco (DJE), Recife, ed. 18, 25 jan. 2024, p. 239-240. Disponível em: https://portal.tjpe.jus.br/documents/d/coordenadoria-criminal/dje_csp_interdicao-pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia:** Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.