

Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics

Journal homepage: www.ipebj.com.br/forensicjournal



Internação e Direito à Saúde Mental no Brasil

Hospitalization and the Right to Mental Health in Brazil

Gustavo D'Andrea¹, Carla Aparecida Arena Ventura²

¹ *Advogado; Mestre em Ciências (Psicologia – FFCLRP/USP);*

Doutorando em Ciências (Enfermagem Psiquiátrica – EERP/USP)

² *Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo (EERP/USP)*

Received 28 March 2013

Resumo. O presente artigo tem como objetivo descrever os aspectos gerais sobre a normativa brasileira envolvendo internações psiquiátricas, destacando, adicionalmente, alguns pontos teóricos que podem ajudar a entender melhor as razões dos entendimentos atuais sobre internação de pessoas acometidas de transtornos mentais. Será dada ênfase na Lei 10.216 de 2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica) por ser a principal norma brasileira em vigor a respeito do assunto. Procura-se frisar a importância das iniciativas científicas, políticas e normativas para o caminho em que se busca vencer a estigmatização e a segregação, na luta pela realização plena do ser humano que carece de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Hospitalização; Legislação; Jurisprudência, Brasil.

Abstract. This article aims to describe the general aspects about the Brazilian legislation involving psychiatric hospitalizations, highlighting in addition some theoretical points that can help us better understand the reasons for current understandings about internment of persons suffering from mental disorders. Emphasis will be given in the law n° 10216/2001 (Psychiatric Reform Law) as the main Brazilian rule in operation on the subject. We seek to stress the importance of scientific, political and legislative initiatives for the way in which it's sought to overcome stigmatization and segregation, in the struggle for full realization of the human being who needs mental health care.

Keywords: Mental Health; Hospitalization; Legislation; Jurisprudence; Brazil.

1. Introdução

É longa e complexa a história da loucura, abordada por uma variedade de autores em diferentes épocas. As abordagens também são as mais diversas, indo desde concepções sobrenaturais até observações descritivas e de textos místicos até propostas científicas. O contínuo desenvolvimento da humanidade vem, assim, remodelando incessantemente as visões sobre a loucura, inclusive redefinindo-a e renomeando-a. Hoje, vivemos em um momento histórico em que, no Brasil, se valoriza e determina mediante lei a observância dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é expor um panorama normativo a respeito da internação no âmbito dos transtornos mentais no Brasil.

Abordaremos, neste artigo, de forma sucinta os aspectos mais gerais sobre a normativa brasileira envolvendo as internações psiquiátricas. Antes disso, porém, convém destacarmos alguns pontos teóricos que podem nos ajudar a entender melhor as razões dos entendimentos atuais sobre internação de pessoas acometidas de transtornos mentais.

Erving Goffman¹ fala das *instituições totais* e suas características. Instituições totais seriam as instituições sociais com tendências muito fortes de fechamento em relação ao mundo exterior. Goffman oferece uma classificação geral e não exaustiva das instituições totais em cinco agrupamentos, conforme as atividades desempenhadas por elas. Um desses tipos seria o destinado a pessoas que, ao mesmo tempo e de forma não intencional, não podem cuidar de si mesmas e representam um perigo para a sociedade. Como exemplos, o autor menciona os sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Estas instituições totais, como nos explica Goffman, são representadas por uma centralização de todos os aspectos do dia a dia de uma pessoa em um só local e obedecendo ordens de uma só autoridade, tudo sendo realizado em grupo e de forma uniformizada e formalizada, até mesmo quanto a períodos de tempo de cada atividade, planejadas segundo os objetivos institucionais do local onde se realizam.

O esquema social organizado dentro das instituições totais descritas por Goffman explicita a divisão entre o grupo controlado, que são os internados com contato restrito com o mundo exterior, e uma equipe de supervisão, que possui contato com o mundo exterior. Os internados permanecem sob a vigilância e têm sua comunicação restrita, inclusive quanto aos planos que os dirigentes têm a respeito de seus destinos enquanto internados. Um aspecto que podemos destacar,

indicado pelo autor, é que as instituições são incompatíveis com a família, pois o que se tem ali dentro é uma vida em grupo e não uma relação doméstica. Além disso, o fato de a instituição total representar uma supressão das relações familiares, estas podem representar um elemento de resistência diante daquelas.

Goffman explora muitos detalhes das instituições totais, que valem ser sempre relidos à luz das lutas que foram se instalando em combate a esse tipo de instituição no campo da saúde mental. O que entendemos hoje por *transtorno mental*, e que estudamos nas obras que falam sobre a evolução histórica e outros aspectos da loucura, está num contexto formulado muito recentemente. Toda uma preocupação política e social em estabelecer formalmente nos tratados e documentos internacionais e nas leis internas que as pessoas são merecedoras, sem discriminações, de dignidade, é algo que já aceitamos naturalmente e que, por isso mesmo, nos faz ler com certo espanto as considerações de Foucault² sobre a história da loucura, quando, por exemplo, ele explica as mudanças nas concepções de tratamento das doenças desde o ópio como panaceia até o nascimento da psicologia. A mesma impressão se dá na leitura de Pessotti,³ que faz uma análise que abrange épocas mais remotas, incluindo a antiguidade grega.

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem inspiração na reforma italiana capitaneada por Franco Basaglia. Uma das páginas do site da “Mostra da Loucura”, do Centro Cultural Ministério da Saúde, do Brasil,⁴ que aborda a história da Psiquiatria no Brasil, define, de forma bastante concreta e sucinta, por meio das palavras de Paulo Amarante, a contribuição de Basaglia. É uma referência digna de nota, por seu valor histórico e cultural. Nela, Amarante explica:

“Com as experiências e reflexões de Franco Basaglia no norte da Itália, o conceito de Reforma Psiquiátrica sofre uma radical transformação. Ao invés da reforma do hospital psiquiátrico como um espaço de reclusão e não de cuidado e terapêutica, postula-se a sua própria negação. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passa a ser denunciado como manicômio, que se pauta na tutela, na custódia e na gestão de seus internos.”

E complementa:

“Dessa forma, o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade capaz de abrigar os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes...uma sociedade de inclusão e solidariedade!”

Costa-Rosa,⁵ em livro organizado por Amarante, propõe o paradigma do *modo psicossocial* em contraposição e substituição ao *modo asilar*, dentro do contexto de discussões sobre Reforma Psiquiátrica que acabaram por dar origem à Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Faz o autor uma referência mais ampla a movimentos internacionais, mencionando, além do italiano da desinstitucionalização, a psiquiatria de setor e psicoterapia institucional na França, a antipsiquiatria e comunidades terapêuticas na Inglaterra e a saúde mental comunitária nos Estados Unidos.

A Reforma Psiquiátrica não está imune a desafios, dificuldades e erros, como, por exemplo, no tema da cronicidade dos transtornos mentais e da utilização inadequada de recursos na saúde⁶ e complexidades que vão além da técnica, dentro de um contexto de “ruptura paradigmática”⁷. De qualquer modo, em termos políticos, a Reforma Psiquiátrica é defendida oficialmente no Brasil, conclusão a que se pode chegar ao analisarmos as “Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar”, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)^{8:9}:

“O tratamento aos portadores de transtornos mentais organizou-se historicamente por meio de um modelo baseado no asilamento e afastamento do convívio social, por meio de internações longas e repetidas em instituições com características manicomial, fundamentado em uma abordagem estritamente farmacológica que desconsiderava não apenas os aspectos psicossociais destes transtornos como também o direito à cidadania de seus portadores.”
“Segundo a Lei 10.216/01, tal modelo deve desaparecer, não apenas por mostrar-se ineficiente e iatrogênico do ponto de vista terapêutico, como também por basear-se em uma forma de atuação contrária aos direitos básicos de qualquer cidadão, estabelecidos pela legislação brasileira.”

Neste contexto, passamos a abordar o tema da internação relacionada a transtornos mentais no âmbito normativo brasileiro, a fim de que possamos ter presentes os termos formalizados a respeito do assunto.

2. Internação Relacionada a Transtornos Mentais no Brasil

No final de 1971, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a "Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas"⁹, advindos, também no âmbito da ONU, vinte anos depois, os "Princípios para a Proteção de Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental"¹⁰. A declaração de 1971 traz uma terminologia que se tornou, em parte, inadequada em vista da evolução da consciência social a respeito da saúde mental,

provavelmente por centrar-se mais no ponto de vista da deficiência ou retardo mental, e não numa visão mais ampla, de abordagem psicossocial, da pessoa que enfrenta transtornos mentais.

Por outro lado, algumas noções daquele texto não se perderam. Tornaram-se, inclusive, mais fortes em termos de reconhecimento, e continuam sendo demandados enquanto fundamentos de sistemas político-jurídicos em saúde mental, com uma clara carga de valorização da pessoa humana em sua dignidade e integração social, considerando a pessoa enquanto indivíduo dotado de liberdade e dignidade e a família como núcleo ideal de convívio para uma vida social considerada normal. Estas duas considerações são fundamentais para a discussão em torno na internação, pois a declaração chega a dispor que, quando a internação é necessária, o estabelecimento especializado deve oferecer condições de uma vida normal, na medida do possível.

Acrescente-se que, já no bojo da declaração de 1971, se estabelecem uma garantia a ser observada nas situações em que se torne necessário proceder à limitação de direitos da pessoa "mentalmente retardada": avaliação da sua capacidade por peritos qualificados, com revisão periódica e direito de apelar à autoridade superior. Refirmamos que a terminologia e a forma como a declaração dispõe seu texto são pontos passíveis de serem vistos com reserva, mas, também, retratam a terminologia utilizada à época de sua aprovação. Todavia, destacamos que a avaliação, sua periodicidade e a qualificação de quem a realiza são inegavelmente essenciais quando se trata de decidir sobre os modos de agir quanto aos direitos da pessoa acometida de transtornos mentais.

Como um reflexo dos movimentos de reação à exclusão vivenciada pelos portadores de transtornos mentais iniciados no final da década de 1970 e intensificados nos anos de 1980, os princípios que vieram em 1991 foram formalmente adotados no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) pela Resolução CFM 1.407/1994¹¹. O peso jurídico desses princípios é bastante fraco, pois além do seu conteúdo estar consubstanciado em uma resolução da Assembleia Geral (e não em um tratado internacional), o âmbito de atuação do CFM é restrito e não teria atribuição para impor a observância geral de tais princípios no Brasil. Contudo, sua relevância material não fica diminuída por isso.

Um ponto inicial a se observar, na mencionada resolução do CFM, é a utilização da expressão "transtorno mental" quando o documento da ONU, no original em inglês, usa o termo "doença mental". Provavelmente, a intenção da

tradução desta forma, se bem que de técnica criticável, foi a de ampliar o assunto para além da dicotomia saúde-doença e, também, frisar os princípios da Reforma Psiquiátrica. Esta tendência veio a se confirmar mais tarde com a Lei 10.216/2001¹², comentada mais adiante.

A Resolução CFM 1.407/1994 foi expressamente revogada pela Resolução CFM 1.952/2010¹³. No artigo 1º desta nova resolução, lê-se a intenção de: “Adotar as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria, aprovada em 15 de agosto de 2008, como instrumento norteador das políticas de saúde mental no país”¹. Esta aprovação de 2008 se refere à sessão plenária do CFM que apreciou o Parecer CFM nº 21/08,² da Câmara Técnica de Psiquiatria, de autoria de Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior. Observe-se que também houve revogação da Resolução CFM 1.408/1994¹⁴, que continha considerações sobre cuidados a respeito das internações.

Desta forma, a principal fonte normativa atual brasileira sobre internação psiquiátrica acaba sendo a Lei 10.216/2001, também conhecida popularmente como “Lei de Reforma Psiquiátrica”. Enfatizemos, primeiramente, que em qualquer situação, algumas normas e princípios gerais sempre serão aplicados, de modo que existem certos direitos que não podem ser limitados por ocasião de uma internação. Por outro lado, algumas regras são específicas das situações de internação, por exigência da própria peculiaridade contextual dessas situações, sendo, por isso, mais voltadas a uma garantia procedimental. Desta forma, devemos olhar para a Lei de Reforma Psiquiátrica de forma global.

Considerando, então, a pessoa acometida de transtorno mental, internada ou não, é inadmissível qualquer forma de discriminação na garantia de seus direitos e proteção. Em qualquer atendimento em saúde mental, deverá haver cientificação formal da pessoa que recebe o atendimento, seus familiares e responsáveis, a respeito de uma série de direitos nela enumerados (no parágrafo único do artigo 2º), sendo este um aspecto em que a lei promove a informação sobre direitos³.

¹ Cf. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*, disponível em http://www.abp.org.br/diretrizes_final.pdf.

² Disponível em http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2008/21_2008.htm.

³ Pela importância do seu conteúdo, vale a transcrição do artigo 2º, da Lei 10.216/2001: “Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer

A maior parte dos artigos da lei (do 4º ao 10) trata de aspectos da internação, a começar pela determinação de sua excepcionalidade, uma vez que somente pode ocorrer quando sejam insuficientes os meios extra-hospitalares. A finalidade permanente da internação deve ser a da reinserção social do paciente em seu meio, ou seja, habilitá-lo a conviver no meio social em que normalmente deveria se situar. As instituições de internação devem contar com uma estrutura de serviços que possibilitem a assistência integral ao paciente, característica que não se confunde com o estabelecimento de uma vida permanente dentro da instituição. Por isso mesmo, a lei tem, entre as suas vedações, a internação em instituições com características asilares, definidas legalmente como as que não tenham os recursos para a assistência integral à saúde e não observarem os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º.

Há uma atenção específica na lei a respeito dos pacientes hospitalizados há muito tempo ou que se encontrem em situação de grave dependência institucional. Para eles é prevista aplicação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, com eventual continuidade do tratamento. Esta previsão (artigo 5º) ajuda a evitar uma desinstitucionalização radical, quando esta possa prejudicar o paciente, pois o objetivo principal é que a pessoa que sofra de transtornos mentais tenha condições de alcançar um equilíbrio global em sua vida individual e social.

Os demais artigos que abordam regras relativas à internação (artigos 6º ao 10), apresentam caracteres procedimentais, dentre os quais destacamos a necessidade de laudo médico circunstanciado em que estejam dispostos os motivos da internação. O parágrafo único do artigo 6º define três tipos de internação psiquiátrica: voluntária (IPV), ou seja, com consentimento do usuário, a seu pedido ou a pedido de terceiro; involuntária (IPI), quando se dá a pedido de um terceiro e sem consentimento do usuário; e compulsória (IPC), quando é determinado pelo Poder Judiciário.

Quanto aos dois primeiros tipos (IPV e IPI), seu controle foi regulamentado pela Portaria 2.391/GM/2002¹⁵, do Ministério da Saúde, inserindo ainda um novo tipo de internação psiquiátrica, a voluntária que se torna involuntária (IPVI), para os casos em que o internado voluntariamente discordar da manutenção da internação.

tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental."

Esta portaria expressamente exclui de seu âmbito de aplicação a internação psiquiátrica compulsória.

Quando se discorre sobre crianças em situação de risco sujeitas a medidas de proteção e sobre adolescentes ofensores sujeitos a medidas socioeducativas, o Estatuto da Criança e do Adolescente faz referências importantes a possíveis situações de internação psiquiátrica (que não se confunde com a internação em estabelecimento educacional), mas não apresentam regulamentação específica em termos de procedimentos a serem adotados. Por isso, todas as regras sobre internação psiquiátrica que constam da Lei de Reforma Psiquiátrica devem ser observadas quando se fala de crianças e adolescentes acometidos de transtornos mentais, considerando-as de forma qualificada, em razão de sua condição, conforme o princípio da proteção integral.

É preciso mencionar que a internação psiquiátrica já vinha prevista, em caráter compulsório, no Código Penal brasileiro¹⁶, como sendo uma das possíveis medidas de segurança previstas em seu artigo 96. Porém, a medida de segurança no direito penal deve ser vista com atenção especial, pois, de um ponto de vista mais voltado à prática, não aprofundaremos no tema da coexistência entre a *internação compulsória* no âmbito da Reforma Psiquiátrica (artigo 6º, III da Lei 10.216/2001) e a regras de execução do instituto da *medida de segurança*. Não obstante, remetemos a um artigo de Paulo Vasconcelos Jacobina¹⁷, em que o autor defende ter sido a Lei de Execução Penal¹⁸ derogada na parte que trata da medida de segurança.

Uma vez que, no contexto delimitado deste artigo, estamos abordando um jogo entre normas para uma orientação básica para o trabalho prático imediato, entendemos como suficiente adotar a solução dada pelo Conselho Nacional de Justiça (CJN), na sua Resolução 113 de 2010¹⁹, segundo a qual (artigo 14), na execução de sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança, umas das leis que devem ser observadas é, justamente, a Lei de Reforma Psiquiátrica, mas mantendo a aplicação da Lei de Execução Penal neste tema¹⁸. Além disso, a Resolução faz uma recomendação expressa ao juiz, a respeito da reforma psiquiátrica, no seu artigo 17: “O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.”

3. Considerações Finais

Ao abordarmos a questão dos transtornos mentais e as medidas que podem ou devem ser adotadas em relação à pessoa que está sofrendo por causa de algum desequilíbrio que dificulta a sua realização global enquanto indivíduo e membro da sociedade, ou seja, à pessoa que apresenta carências no âmbito de suas necessidades em saúde mental, devemos ter em mente que sempre há o fantasma do terrível caminho “mais fácil”, que é o da segregação ou exclusão.

A ciência avança continuamente, em todas as suas vertentes, para cada vez mais alcançar o que há de essencial no ser humano. Faz parte de algumas perspectivas científicas voltadas para o estudo dos direitos humanos até mesmo a abordagem a respeito de uma necessidade de ativismo em relação a direitos que se entendem inerentes à condição humana.

É por isso que, por mais que tenhamos aversão às cenas que são descritas nos mais diversos documentos, obras e memoriais, que procuram evitar o esquecimento das atrocidades que foram infligidas sobre os “loucos” ao longo da história, é sempre necessário mantermos essa memória para uma dupla finalidade: entender o momento atual e não permitirmos a repetição dos erros do passado.

É tão forte esta dupla perspectiva da memória, que presenciamos um esforço constante em se publicarem e republicarem obras antigas e novas sobre o assunto, além do empenho da imprensa em mostrar com frequência casos reais e atuais que comprovam a triste proliferação, ainda nos dias de hoje, da estigmatização e do tratamento desumano em diversas situações. Ao mesmo tempo, há mais de 10 anos a Reforma Psiquiátrica mereceu uma lei no Brasil, sem mencionarmos todas as iniciativas científicas, políticas e normativas anteriores e posteriores. Pelo caráter formal de uma lei nacional escrita, que difunde seus efeitos de forma ampla, notamos na Lei de Reforma Psiquiátrica o símbolo de um compromisso de não se aceitar mais a condição de isolamento e desumanização da pessoa com transtorno mental no contexto de seu meio.

A internação psiquiátrica contra a vontade do paciente não foi abolida. Ainda não se pode vislumbrar um mundo sem situações de imposição de limitações à liberdade, pois sempre há um conjunto de valores que precisam ser pesados, em favor da convivência pacífica de cada indivíduo consigo mesmo e em sociedade. A criação sucessiva de normas que reafirmam valores enaltecidos da dignidade humana nos apresenta uma notícia solene de que estão vigentes estes valores e

que devem ser buscados, bem como nenhuma justificativa ideológica pode ser sobrepor a essas conquistas.

Podemos afirmar, portanto, que o núcleo da normativa brasileira atual que trata da internação de pessoas acometidas de transtornos mentais, está concentrado na noção de responsabilidade perante o ser humano, o que se pretende realizar por meio da transparência. É nesse sentido que parecem se direcionar as normas, que exigem a individualização da atenção àquele que dela necessita, as formalidades burocráticas exigidas, a opinião imprescindível do profissional habilitado, o registro detalhado e atualizado da situação da pessoa que recebe cuidados, a excepcionalidade da internação psiquiátrica exigindo, por isso mesmo, sua justificativa caso a caso.

Referências

1. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
2. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. 3 ed. São Paulo: Perspectiva; 1993.
3. Pessotti I. A loucura e as épocas. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
4. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet] Memória da Loucura - Reforma Psiquiátrica: cuidar sim [Acesso em 18 mar 2013]. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/cuidar1.html>.
5. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-68
6. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
7. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
8. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
9. ONU. Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons; 1971.
10. ONU. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care; 1991.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.407 de 8 de junho de 1994. Brasília; 1994.
12. Brasil. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.952 de 11 de junho de 2010. Brasília; 2010.
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.408 de 8 de junho de 1994; 1994.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.391/GM de 26 de dezembro de 2002.
16. Brasil. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940.
17. Jacobina PV. Direito Penal da loucura: medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. Boletim dos Procuradores da República. 2006; VI(70): 16-21.
18. Brasil. Lei 7.210 de 11 de julho de 1984.
19. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução 113 de 20 de abril de 2010.