

Idosos privados de liberdade: “a dor deles dói mais”

Older adults deprived of liberty: “their pain hurts more”

Maria Cecília de Souza Minayo (<https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>)¹

Patrícia Constantino (<https://orcid.org/0000-0001-5835-0466>)¹

Abstract *This essay reflects on the incarceration of older adults in the United States (USA) and Brazil and mainly aims to observe how the situation is consistent and differs in the two countries. The bibliography on the subject is much more affluent and consolidated in the USA. Several discrepancies are noted among scholars between data and authors' views. However, they all agree regarding (1) the increased number of incarcerated older adults, (2) the inadequacy of prisons to house them, (3) the accelerated aging due to lack of healthcare, (4) the experiences of physical, musculoskeletal, and mental comorbidities, and (5) the high costs of treating them adequately. Most senior prisoners are poor Black and brown men and people with some specific social fragility. A positive factor underscored by Brazilian and North American researchers is the cultivation of spirituality, which helps older adults in prison keep some well-being. However, incarcerated older adults require much other care, and few initiatives consider the specific needs of this social group. The time has come for Brazil to face this issue, whether out of social responsibility or human solidarity.*

Key words *Older adult, Person deprived of liberty, Physical health, Mental health, Prison*

Resumo *Este ensaio consiste numa reflexão sobre encarceramento de pessoas idosas nos Estados Unidos (EUA) e no Brasil. O objetivo principal é observar em que medida a situação se coaduna e difere nos dois países, sendo que nos EUA a bibliografia sobre o tema é muito mais afiliente e consolidada. Entre os estudiosos existem várias discrepâncias entre os dados e entre a visão dos autores. Porém todos convergem quanto: (1) ao aumento do número de pessoas idosas na prisão; (2) à inadequação das prisões para abrigá-los; (3) à aceleração do envelhecimento pela falta de cuidados com a saúde; (4) às vivências de comorbidades físicas, osteomusculares e mentais; e (5) aos elevados custos para tratá-los adequadamente. A maioria dos idosos presos são homens, pobres, negros e pardos e pessoas com determinados tipos de fragilidade social. Um fator positivo apontado tanto por pesquisadores brasileiros como norte-americanos é o cultivo da espiritualidade, o que ajuda as pessoas idosas presas a manterem um certo sentimento de bem-estar. Mas os idosos nas prisões exigem muitos outros cuidados e há poucas iniciativas que levam em conta as necessidades específicas desse seguimento social. Chegou a hora do Brasil enfrentar esta questão, seja por responsabilidade social seja por solidariedade humana.*

Palavras-chave *Pessoa idosa, Pessoa privada de liberdade, Saúde física, Saúde mental, Prisão*

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. maminayo@terra.com.br

Introdução

Este ensaio consiste numa reflexão sobre o encarceramento de pessoas idosas nos Estados Unidos e no Brasil. O objetivo principal do trabalho é observar em que medida a situação nacional se coaduna e difere do que ocorre naquele país, cuja bibliografia sobre o tema é a mais afluente. É importante saber que há pessoas idosas privadas de liberdade em quase todas as sociedades do mundo, mas a americana ocupa o primeiro lugar e a do Brasil, numericamente, o quarto. Com o aumento da longevidade, a população idosa vem crescendo e mostra tendência de elevação significativa.

Nos Estados Unidos, a partir dos estudos que fundamentam a demografia prisional, já está convencionalizado que o corte de idade para considerar uma pessoa privada de liberdade como idosa são os 55 anos. Por exemplo, Greene *et al.*¹ e Kaikow *et al.*² ressaltam que um preso de 50 anos corresponde a um idoso de 75 anos em liberdade. Patterson e Wildeman³ e Berg *et al.*⁴ consideram que cada ano de uma pessoa em reclusão significa dois anos de envelhecimento biológico.

No caso brasileiro, os estudos ainda são pautados pelos limites descritos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Portanto, as diferenças começam pela consideração da idade de 60 anos ou mais para distinguir as pessoas presas como idosas no país⁵, havendo ainda outras delimitações legais. As previsões de algum benefício em virtude da idade avançada para o idoso réu, acusado ou condenado, pelo Código Penal que é de 1940, permanecem inalteradas, contemplando apenas pessoas com 70 ou mais⁵.

O foco central deste ensaio é a saúde dos idosos e idosas privados de liberdade, com ou sem condições geriátricas. Por “condições geriátricas” entendem-se os problemas funcionais, de mobilidade, de audição, de multimorbidade, de incontinência urinária, de quedas e de distúrbios mentais e cognitivos vivenciados pelos idosos. Incapacidade funcional é definida como a dificuldade para exercer uma ou várias atividades da vida diária (AVD): tomar banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro e locomover-se. Ou ainda dificuldades para exercer atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como sair sozinho, ir ao banco, fazer compras, atravessar a rua, tomar condução, entre outros. A multimorbidade é definida pela presença de duas ou mais condições médicas (hipertensão, diabetes, câncer, doença renal, do coração, queda, artrite, HIV e hepatite C, incontinência urinária, distúr-

bios mentais e cognitivos)⁶. No caso brasileiro, a PNAD de 2019⁷ encontrou 17,5% da população idosa nessa condição. E, segundo Munday *et al.*⁸, nas prisões americanas, 1/5 da população acima de 55 anos está em condições de dependência.

As pessoas idosas reclusas nas prisões americanas e nas brasileiras não recebem qualquer condescendência por causa da longa idade. No encarceramento de idosos encontram-se interseccionados vários tipos de vulnerabilidade, ou seja, a vulnerabilidade vivida antes do cárcere; a vulnerabilidade relacionada ao envelhecimento e a vulnerabilidade vivenciada no cotidiano da vida prisional sob a lógica punitiva⁹. No Brasil, também, não existe nenhuma manifestação de reconhecimento dos preceitos mandatórios do Estatuto do Idoso¹⁰ pela Administração Penitenciária. No entanto, esse estatuto reza que: “o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (art.2)¹⁰. Segundo Ghiggi^{5,11}, o fato desse Estatuto regular os direitos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, faz que ele supere qualquer outra lei, pois as protege amplamente. No entanto, ele é omissivo no que tange ao idoso transgressor.

Neste ensaio, faz-se uma reflexão sobre as referências mais atuais sobre as pessoas idosas que cumprem pena de privação de liberdade nos Estados Unidos e no Brasil, mostrando algumas situações que são padrões nos dois países, e, ao mesmo tempo, algumas especificidades de cada um deles.

Sobre os idosos americanos e brasileiros privados de liberdade

Os estudiosos dos dois países mostram que o aumento do encarceramento dos idosos segue o incremento da expectativa de vida. Ressaltam que nas prisões, construídas para acomodar jovens delinquentes, não há arquitetura e nem infraestrutura para acomodá-las. Todos consideram que nas duas sociedades ainda não se formularam políticas nem práticas orientadas para atender às suas necessidades. Nos Estados Unidos, os gastos com a saúde das pessoas idosas são muito maiores que os expendidos com outros grupos, numa proporção de US\$ 2.000 para os mais jovens, e de US\$ 10.000 para os que têm 55 anos ou mais.

O caso dos Estados Unidos

Os Estados Unidos têm a maior população privada de liberdade do mundo, embora no período da pandemia de COVID-19 tenha caído de dois milhões para 1.204.300, sendo composta de 1.120.973 homens e 83.349 mulheres (7%), segundo levantamento estatístico de Carson¹². De acordo com a mesma autora, 16% de todos os homens presos e 10% de todas as mulheres na mesma condição têm 55 anos e mais. No entanto, segundo Skarupski *et al.*¹³, embora o número de presos jovens tenha começado a diminuir, o de pessoas acima de 55 anos presas cresceu 79% entre 2000 e 2009 e 282% de 1995 a 2010, constituindo hoje mais de 200.000 indivíduos. No ano 2000, eram 3% as pessoas privadas de liberdade com 55 anos ou mais nos Estados Unidos. No último levantamento de 2022¹² esse grupo passou a representar 15% do total. De acordo com os dados oficiais mais recentes, entre 2020 e 2021, inclusive durante a COVID-19, o seguimento de presos acima de 55 anos cresceu 24%, mais do que qualquer outro grupo etário.

Segundo Wacquant¹⁴, Berg *et al.*⁴, e Sawyer e Wagner¹⁵, as pessoas idosas pobres, afro-americanas, latinas, imigrantes, alcoólatras que usam drogas e em situação de rua são as que mais ocupam as prisões e são as mais desproporcionalmente visadas pela polícia. Wacquant¹⁴ titula seu livro reflexivo sobre esse universo como *As prisões da miséria*. E Wildeman¹⁶ comenta que os sem-teto são 11 vezes mais arrestados do que os que têm casa, sobretudo os mais velhos. E os idosos usuários de drogas detidos dobraram entre 2000 e 2018. Vários autores, examinam o elevado custo de manter presas tantas pessoas depeupradas, quase todas consumidas por problemas de saúde, e consideram esse um processo de punição contraproducente, inclusive economicamente.

As condições ambientais nas prisões americanas, segundo vários autores, são totalmente insalubres para os idosos. A arquitetura das unidades não é adequada a suas condições físicas e cognitivas. É o caso do uso de beliches ou triliches, da falta de acessibilidade aos banheiros, de determinados lugares não terem leitos para eles. Também, o fato de as pessoas mais velhas terem que andar distâncias longas, subir e descer escadas para acessar o refeitório e a ausência de elevadores ou rampas para os que usam cadeira de roda ou sofrem com desequilíbrio. Há ainda atividades obrigatórias da vida diária difíceis para os mais longevos como ficar na fila para receber medicação ou alimento ou jogar-se no chão quando soam alar-

mes. A impossibilidade de atender às atividades diárias exigidas pela prisão têm sido associadas à depressão e a ideações suicidas, particularmente no caso dos homens¹⁷.

Um exemplo das dificuldades por que passam os idosos é citada pelo relatório do Departamento de Justiça por meio do Office of the Inspector General¹⁸ quando se refere ao impacto negativo do aprisionamento e critica a incapacidade do sistema de prover segurança, custo-benefício, ambiente apropriado e assistência para pessoas acima de 50 anos que cumprem pena em regime fechado, e, também, sua inépcia para lhes dar o mínimo de condições quando retornam a suas comunidades. Apesar do Departamento de Justiça propor programas alternativos para cumprimento da pena no domicílio para os que têm 65 anos ou mais, o relatório de 2016 mostra que apenas duas pessoas foram beneficiadas, no período de 2009 a 2013. Em 2020, 30% de presos cumprindo pena de prisão perpétua tinham 55 anos ou mais, e 61.400 deles estavam sentenciados a pena de morte¹⁹.

Um estudo de coorte feito por Patterson e Wildeman³ mostra que, dos idosos que saíram da cadeia para cumprir o resto de sua pena em casa, os que haviam passado pelo menos cinco anos em reclusão, tiveram uma redução da expectativa de vida em 78%. O tempo vivido em regime fechado teve correlação direta com os anos de vida perdidos, segundo os autores.

Sobre as condições de saúde, há duas revisões e um estudo empírico que mostram em detalhes a situação atual: um artigo de Skarupski *et al.*¹³ que analisou 21 trabalhos de 2007 a 2017; um de Munday *et al.*⁸ que trabalhou com 26 artigos e incluiu 93.864 pessoas de 50 anos ou mais; e uma pesquisa de Greene *et al.*¹ que apresenta um vasto material empírico e permite comparar as condições crônicas e os agravos vivenciados pela população idosa que vive em comunidade com a que está em prisão.

O primeiro ponto que os citados autores e outros apontam é que a reclusão, a falta de acesso a cuidados e o estresse situacional criam uma situação na qual, um ano passado na prisão tira do indivíduo dois anos de vida biológica³. Por isso, segundo Wildeman¹⁶, a prisão em massa nos Estados Unidos tem sido em parte responsável pela queda na expectativa de vida dos americanos de pelo menos dois anos. De 2001 a 2018, 30.500 pessoas com 55 anos ou mais morreram na prisão, e quase a totalidade (97%) dessas mortes foi por alguma doença¹⁹.

Vários dos estudos citados mostram que do total dos presos e presas com 55 anos ou mais,

90% têm alguma condição crônica de saúde. Os muitos autores realçam que mantê-los em regime fechado requer um nível diferente de cuidados em relação ao que é ofertado aos jovens, por causa das comorbidades que os assolam e dos frequentes problemas físicos e cognitivos que geralmente carregam. Munday *et al.*⁸ ressaltam que, em comparação com os mais novos, os idosos reportam altas taxas de diabetes; problemas cardiovasculares; doenças renais; distúrbios mentais como ansiedade, desejo de morte, depressão e problemas cognitivos. Segundo esses autores, 1/5 dos idosos presos nos Estados Unidos têm dificuldade de realizar atividades da vida diária.

Skarupski *et al.*¹³ também apontam os problemas de saúde física mais prevalentes que encontrou na população idosa reclusa: artrite (30,5%), hipertensão (29,5%), doenças cardiovasculares (13,1%), tuberculose (13,0%), diabetes (12,1%), e hepatite (9,8%). Munday *et al.*⁸ acrescentam à lista: enfermidades respiratórias, particularmente asma, (18%), lesões musculoesqueléticas (23%) e neurológicas (14%). Ambos mencionam que as mulheres se queixam mais de doenças que os homens, referem, em média, quatro condições crônicas e tomam cerca de cinco medicações diárias. As enfermidades que mais mencionam são artrite (61%), hipertensão (53%), questões de menopausa (30%), problemas digestivos e úlceras (29%), doenças cardiovasculares (26%), de audição (66%) e de visão (84%).

Os estudos de Greene *et al.*¹ se destacam por compararem a situação dos idosos vivendo em comunidade com a dos que estão em prisão. Sua pesquisa mostra que os presos têm uma carga muito mais elevada de condições crônicas e geriátricas do que os primeiros. Uma pessoa com 59 anos na prisão, dizem os autores, se assemelha, em condições de saúde, a uma de 75 ou mais na vida em liberdade. E comentam que as condições geriátricas dos encarcerados se aproximam mais da situação da população negra americana e imigrante pobre. Ainda assim, os presos estão em mais desvantagem. Os índices de hipertensão, doenças renais, artrite e acidente vascular-cerebral são mais elevados do que os de todos os grupos populacionais. Os autores constataram ainda que os presos têm altas taxas de hepatite C (50%); de HIV (12%); de doença mental grave (56%); e de recente uso de droga (64%). E acrescentam um indicador característico desse grupo de presos: 45% deles não tinham moradia.

Em relação a problemas mentais, segundo Dilton²⁰, de 8% a 19% dos idosos encarcerados nos Estados Unidos têm algum distúrbio psiqui-

átrico. Acrescente-se que a criminalização da doença mental de pessoas idosas é bastante comum no país, onde, segundo Widra²¹ uma em nove pessoas de 65 anos ou mais têm Alzheimer, sendo essa doença uma das várias formas de demência. Dados mais recentes reafirmam que o seguimento de idosos cumprindo pena em regime fechado com distúrbios cognitivos está super-representado nas prisões: eram 31% das pessoas idosas presas em 2016²².

Vários autores afirmam que idosos com deficiência cognitiva estão sempre na mira da polícia. Torrey *et al.*²² consideram que o sistema penitenciário é o maior consumidor de produtos para saúde mental do país. Barry *et al.*²³ reportam que a dependência de álcool antes da prisão e as precárias condições de saúde estão associadas também a frequentes ideações suicidas. Segundo estudos de Devoren *et al.*²⁴ e Gates *et al.*²⁵, a precária saúde física e mental dos presos idosos se associa à elevada ansiedade em relação à morte e à percepção de indiferença dos agentes prisionais em relação a seu sofrimento.

Aday e Farney²⁶ encontraram elevados índices de depressão (46%), ansiedade (43%), e suscetibilidade interpessoal (42%), sinais de hipervigilância, descrença na vida e estresse pós-traumático nessa população (40%). Os mesmos sintomas foram referidos por Baidawi²⁷ e Patrick e Lane²⁸. Segundo Dilton²⁰ a população prisional americana é a principal cliente dos serviços de saúde mental do país.

Metade das mulheres idosas encarceradas (50%) relata história de abuso sexual e físico; 78% demonstram muito medo adoecer e morrer na prisão; e 64% reportam precárias condições de saúde. Utilizando dados do Bureau of Justice Statistics, Leigey e Hodge²⁹ constataram que 11,5% das mulheres presas precisavam de ajuda para realizar atividades da vida diária (AVD), comparadas com 8,7% dos homens. Os principais problemas evidenciados por eles eram: dificuldade de ouvir ordens dos agentes (59%); de correr quando há alarmes (57%); de se levantar e de se alimentar por conta própria (35%); de acessar o refeitório (31%) e dificuldades de locomoção (30%). Todas essas pessoas, mulheres e homens, tomavam vários medicamentos.

Fica claro, segundo o Federal Bureau of Prison do Departamento de Justiça^{18,19} que o custo de manter tantos idosos presos é dramático. Desde 2013, quando 19% dos gastos desse órgão – US\$ 881 milhões – foram para essa finalidade, há tendência de crescimento de 25% ao ano. Enquanto o encarceramento de pessoas das outras

faixas etárias vem pouco a pouco diminuindo. Por isso, a maioria dos autores ressalta que, por muitos motivos, mas a começar por motivos de excessivo gasto público, não faz sentido despende tanto dinheiro para alocar pessoas em lugares perigosos para sua saúde, especialmente quando oferecem baixo risco de recidiva e de agredir a população^{29,30}.

É importante ressaltar que entre citados estudiosos há várias discrepâncias quanto aos percentuais e tipos de problemas que relatam. Porém todos convergem quanto: (1) ao aumento do número desse seguimento na prisão; (2) à inadequação das prisões para abrigá-los; (3) à aceleração do envelhecimento pela falta de cuidados com a saúde; (4) às vivências de comorbidades físicas, osteomusculares e mentais; e (5) aos elevados custos para tratá-los adequadamente. Por exemplo, Munday *et al.*⁸ calculam que esses custos seriam 250% mais elevados do que o Estado gasta com os jovens. Um fator positivo apontado por alguns autores é o cultivo da espiritualidade por muitas detentas e detentos idosos, o que os ajuda a manter um certo nível de bem-estar³¹.

O caso do Brasil

A partir de um levantamento sobre o tema, pode-se dizer que as pesquisas sobre idosos privados de liberdade se concentram na segunda década deste século e começam a se tornar presentes nas universidades, por meio de dissertações de mestrado³²⁻³⁸, uma revisão sistemática³⁹, uma análise censitária sobre os presos idosos do Ceará⁴⁰, um artigo específico sobre as expectativas pós-prisão dos idosos encarcerados⁴¹, um sumário executivo contendo resultados de um estudo censitário realizado no estado do Rio de Janeiro⁴² e de alguns textos com contribuições de pesquisas locais, usando preferencialmente, abordagens qualitativas^{35,43-47}, e reflexões sobre o idoso no direito penal brasileiro^{5,10,34,39}.

O acervo brasileiro de estudos sobre idosos presos, apesar de bastante diverso, quando olhado em conjunto permite algumas conclusões convergentes entre si e com as referências internacionais. Com a maior longevidade, a população idosa, sempre vista pelo estereótipo de fragilidade, começa a aparecer também como autora de violência e crime.

Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias⁴⁸ indica que as pessoas privadas de liberdade com 60 anos ou mais tiveram expressivo aumento ao longo dos últimos anos. Em 2005 eram 1.350, em 2009, 4.076, em 2016, 6.895 e em

2019 o total subiu para 10.273, o que representa uma elevação de 660% em 14 anos. Esse seguimento de idosos faz parte de um sistema que contabiliza 682.100 presos de todas as idades. Os cárceres, porém, têm capacidade para apenas 440,5 mil pessoas, portanto, neles continua o déficit de 241,6 mil vagas, ou seja, há uma superlotação de 54,9%, da qual os idosos são vítimas junto com as outras pessoas presas. Esses dados não consideram os detentos em regime semiaberto e nem os que estão nas delegacias, o que daria um total de 750.000. Com 322 pessoas privadas de liberdade por 100 mil habitantes, o Brasil se mantém na 26ª posição no ranking dos países que mais prendem no mundo. Para se ter ideia da significância do sistema prisional para o país, segundo Santos³⁷, apenas 8% dos municípios brasileiros têm uma população maior da que ele abriga.

Enquanto a Constituição Brasileira⁴⁹ nos artigos 229 e 230, a Política Nacional do Idoso de 1994⁵⁰ e o Estatuto do Idoso de 2003⁹ propõem os direitos e a proteção de todos os brasileiros de 60 anos ou mais, o Código Penal⁵¹, a Lei de Execução Penal⁵² e o Código de Processo Penal⁵³ ou contrariam ou são ambíguos em relação ao tratamento legal que deve ser dado às pessoas idosas que cometem crime. O Código Penal de 1940⁵¹ que ainda está vigente, em seu art. 115, não atualizou o corte de idade estabelecido pelo Estatuto⁹, pois concede benefícios de prescrição de metade da pena somente para pessoas a partir de 70 anos. E no seu art. 26, torna inimputável a pessoa idosa com doença mental, demência ou com incapacidade de responder por seus atos.

Importante dizer que, segundo o INFODEN⁴⁸ 84% dos idosos encarcerados têm entre 60 e 70 anos, portanto, esse contingente não está coberto pelos benefícios previstos no Código Penal. Enquanto essa caducidade da lei ocorre no país, o mundo mais desenvolvido socialmente já considera a idade de 50 a 55 anos como marco do envelhecimento para os idosos presos por causa das adversas condições do encarceramento, visando a tratá-los de forma diferenciada. A Lei de Execução Penal⁵² tenta atenuar a dureza do Código Penal⁵¹ quando diz que a mulher e o homem maiores de 60 anos devem ser recolhidos em estabelecimento próprio e adequado a sua condição pessoal. Mas se contradiz no art. 117, quando menciona que a pessoa idosa condenada só pode ter sua pena atenuada aos 70 anos ou mais ou se estiver acometida de grave enfermidade. O Código de Processo Penal⁵³, por sua vez, em seu art. 318, cap. IV, dispõe que o juiz pode substituir a prisão preventiva pela domiciliar se a pessoa tiver

80 anos ou mais. Essas considerações fazem parte dos estudos de Ghiggi e outros autores^{5,10,32,34,39}.

Pela rigidez das leis e pela formação elitista de seus operadores, os referidos autores evidenciam que não basta formar bons gestores e agentes penitenciários. O sistema judiciário como um todo e a sociedade precisam tomar consciência e agir em relação ao que está acontecendo com os presos idosos, em especial com a degenerescência de sua saúde. A questão de fundo é que, da mesma forma que ocorre nos Estados Unidos, a quase totalidade dos presos idosos é composta por pessoas pobres, pretas e pardas, com escasso poder de defesa de seus direitos e de sua condição de saúde, portanto, vivendo à sua própria sorte.

Sobre os crimes cometidos por homens idosos, a bibliografia é consistente em mostrar que eles são predominantemente contra a pessoa, sendo o homicídio e as violações sexuais os tipos mais comuns⁴². Boa parte é composta por violência doméstica, particularmente cometida pelos homens quando alcoolizados; e crimes sexuais que os idosos tendem a naturalizar. Abusos sexuais não são privilégio dos brasileiros e é um tema que precisa ser cuidadosamente tratado, pois é mais generalizado do que se supõe. Nos Estados Unidos, como no Brasil e em outros países que apresentam estudos sobre esse seguimento, eles constituem os principais motivos de aprisionamento de idosos⁴².

Sobre esse excesso de crimes sexuais, nas referências brasileiras, apenas em Monteiro³³ encontraram-se algumas hipóteses explicativas explanadas a seguir: causas psicológicas: regressão a etapas primitivas do desenvolvimento, relacionada a conflitos inconscientes; biológicas: fragilidade física para encontrar uma mulher adulta e com ela se relacionar; neurológicas: ter demência em fase inicial, o que pode alterar a libido e exacerbar condutas inadequadas. Tais hipóteses surgem frente a um vazio que se observa nos estudos nacionais e internacionais sobre o tema.

Entre as mulheres, os delitos mais comuns são o tráfico de drogas ou associação para esse tipo de crime e homicídios. A população encarcerada de 60 anos ou mais, portanto é muito diversa. Inclusive se divide entre presos reincidentes, os que estão há bom tempo detidos e os que experimentam o sistema recentemente. Infelizmente, os estudos brasileiros, ainda bastante descritivos, não permitem aprofundar essa gerontocriminologia.

Os negros e pardos também têm mais dificuldade de obter liberdade provisória (27,4% contra 30,8% de brancos) e sofre mais agressões dos populares e dos policiais que os detêm (40% ante

34,5% de brancos). Em estudo recente do Instituto de Defesa do Direito de Defesa⁵⁴, defensores públicos de São Paulo e Rio de Janeiro confirmaram que há diferenças nas abordagens policiais para suspeitos negros e brancos. Segundo o estudo, pessoas negras têm 4,5 vezes mais chances de serem abordadas do que as brancas. Portanto, essa vulnerabilidade estrutural que se inicia antes de nascer, acompanha a pessoa até o final da vida, principalmente quando ela acaba capturada pelo sistema penitenciário.

Praticamente, todos os autores brasileiros se referem com maior ou menor profundidade ao ambiente dos cárceres, ressaltando que neles os idosos não conseguem um espaço adequado para si. Ficam perdidos entre os jovens, reclamam do excesso de barulho, não se adequam aos interesses deles e, alguns, são vítimas de *bullying*. Particularmente, nas celas, sofrem com a superlotação, com a falta de espaço, de colchões, têm dificuldades para tomar banho e de ter intimidade para as necessidades fisiológicas. Em geral, estão em inatividade permanente, sem ocupação adequada, sem lazer, sem exercícios, sem banho de sol. A alimentação e a qualidade da água que bebem são itens reiteradamente reclamados pela impropriedade nutricional das refeições que lhes são ofertadas.

Do ponto de vista da saúde física, as referências brasileiras coincidem com dados de pesquisas internacionais: diabetes, hipertensão, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, sífilis, insuficiência cerebral, instabilidade de postura e quedas, imobilidade provocada por incidentes traumáticos ou por circunstâncias do envelhecimento sedentário ou enfermidades, incontinência urinária ou fecal, problemas de visão, de audição e perdas de dentes⁴¹. Do ponto de vista mental, sobressaem a tristeza, a depressão, o ressentimento, a desesperança, as falhas de memória e das habilidades comunicativas, as ideações e tentativas de suicídio. Vários autores ressaltam os sentimentos de melancolia, de angústia, de perdas, e de sensação de impossibilidade quanto ao futuro. De forma coincidente com a literatura internacional, todos os trabalhos afirmam que a prisão acelera a decadência física e mental, diminui a interação social e aumenta o cansaço de viver⁴².

Vários trabalhos mostram diferenciações entre homens e mulheres, ressaltando a dupla incompatibilidade da prisão para elas, por ser pensada e preparada para homens e pelo fato de serem idosas. Elas se queixam mais de doenças, sentem mais a falta da família e sofrem mais ou

verbalizam mais as consequências emocionais derivadas do aprisionamento. Os homens tomam em média três medicamentos de uso contínuo, elas tomam cinco.

Sobre os serviços que são ofertados pelo sistema penitenciário, há diversidade de percepções. Muitos idosos e idosas são conformados e aceitam a condição em que estão; alguns tentam se adequar às circunstâncias, inclusive se enturmado com os jovens; outros, porém, são revoltados, consideram essa vivência insuportável, pensam em morrer ou se livrar o mais pronto possível. Poucos conhecem ou reclamam seus direitos, pois como lembram vários dos autores, entre eles, seus maiores problemas não são biológicos, são sociais: pobreza, miséria, falta de expectativa e abandono familiar e social. Quando presos, embora não deem motivos de preocupação aos vigilantes por terem bom comportamento, causam-lhes medo, pois acostumados a impor disciplina, os agentes não sabem como cuidar de quem necessita de atenção e assistência.

Apenas um dos artigos da bibliografia brasileira trata especificamente da pós-prisão⁴¹ e é um estudo bastante preliminar, embora mostre a diversidade dos desejos dos idosos quanto ao futuro em liberdade. Alguns têm expectativa de receber o apoio da família, têm vontade de recuperar o tempo perdido e, geralmente, mantêm a crença na força divina. Mas há também os que demonstram desesperança, o que, quase sempre está associado aos graves problemas de saúde que os acometem e se acirram na prisão. A resiliência, nessas difíceis circunstâncias, depende muito de como o idoso encarou a vida antes e durante o encarceramento. Para muitos, a prisão, como mencionou um senhor entrevistado por Minayo e Constantino⁴², “é um inferno que nos engole”.

Esta reflexão não seria completa se não mencionasse o modo como a sociedade brasileira percebe o encarceramento de pessoas de 60 anos ou mais. É um tema ausente que só surge quando há algum evento escandaloso como foram a excessivas mortes de idosos por COVID-19, ou quando eventualmente, vem à tona, a situação de algum longo criminoso endinheirado ou político famoso que se julga e se comporta como impune.

A seguir um exemplo concreto, publicado no *Jornal Causa Operária*⁵⁵ com depoimentos da Defensoria Pública de São Paulo, denunciando a situação da população idosa presa frente aos riscos e a realidade da COVID-19. O texto “Milhares de idosos podem morrer de coronavírus nas prisões”, informava ao público que a Defensoria

havia dado entrada num habeas corpus coletivo ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) para “garantir a liberdade de 3.089 idosos reféns do desumano sistema carcerário do Estado de São Paulo” (p.2)⁵⁵. De acordo com o pedido, não existia a mínima condição de mantê-los presos, pois, faltavam suprimentos básicos, itens de higiene, água potável e profissionais de saúde para cuidá-los. O documento mencionava o relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), segundo o qual, de maio a junho de 2020, havia ocorrido aumento exponencial de COVID-19 nos presídios e 90% dos óbitos eram de pessoas idosas.

O presidente do STJ, no dia 23/07/2020 negou o pedido impetrado pelos defensores públicos com o seguinte argumento: “...cumprе destacar que a falta de demonstração concreta dos riscos inerentes a cada um dos pacientes, bem como a alegação genérica de que os estabelecimentos prisionais estão em situação calamitosa, inviabilizam a análise restrita aos requisitos inerentes à concessão do pedido liminar”. O pedido negado escancarou a insensibilidade do operador de justiça em relação a pessoas que não tinham a quem recorrer, porque eram em maioria pobres. Mas a questão não pode ser individualizada apenas, vários autores citados neste trabalho, consideram que não basta dar uma nova formação aos gestores e agentes penitenciários, pois todo o sistema de justiça penal está alienado em relação aos presos velhos, analfabetos ou pouco escolarizados, pretos ou pardos.

Em síntese não existe uma consciência social sobre o aprisionamento de idosos no Brasil. O conhecimento e as práticas em relação a eles se restringem aos aparatos legais e criminais. Os estudos críticos à inadequação do sistema para abrigá-los ainda se aninham nas universidades e centros de pesquisa, e ficam limitados ao campo do direito, da psicologia, da sociologia, do serviço social e da saúde.

Conclusões

O intuito de refletir sobre a situação dos idosos privados de liberdade nos Estados Unidos e no Brasil é contribuir para uma análise sobre a forma como essas duas sociedades encaram o assunto, tendo em vista que em ambas o número das pessoas desse seguimento está aumentando nas unidades prisionais. A literatura mostra que há muito em comum em relação a como é duro e degenerativo o sistema dos dois países que além de não socializar, provoca o adoecimento e a morte

precoce de pessoas que, embora tenham cometido crime, têm baixo potencial ofensivo.

Persiste uma certa perplexidade com o crescimento inédito do número de idosos criminosos. É relevante pontuar que nem os gestores e nem os agentes penitenciários ouvidos nas mais diversas pesquisas de ambos os países se consideram preparados para receber e atender devidamente a esse seguimento social. Ao contrário, a presença de um idoso preso incomoda, sobretudo quando ele está em estado decadente de saúde. Os agentes precisam atendê-los, mas não sabem como, uma vez que não foram preparados para cuidar, e sim, para assegurar a disciplina e a ordem.

Fica clara a necessidade de revisão dos métodos de punição e de levar em conta as condições de encarceramento para esse seguimento populacional. Nos Estados Unidos, os custos exorbitantes que os idosos, quase todos com problemas sérios de saúde, significam para o sistema, começaram a mover as autoridades, muito mais que razões humanitárias. No Brasil, a luz sobre o problema ainda nem se acendeu, mas chegou a hora de enfrentá-lo, seja por responsabilidade social seja por solidariedade humana.

Colaboradores

As autoras participaram igualmente em todas as etapas da elaboração do manuscrito, leram e aprovaram a versão final.

Referências

- Greene M, Ahalt C, Stijacic-Cenzer I, Metzger L, Williams B. Older adults in jail: high rates and early onset of geriatric conditions. *Health Justice* 2018; 6(3):1-9.
- Kaiksow FA, Brown L, Merse KB. Caring for the rapidly aging incarcerated population: The Role of Policy. *J Gerontol Nurs* 2023; 49(3):7-11.
- Patterson EJ, Wildeman C. Mass Imprisonment and the Life Course Revisited: Cumulative Years Lost to Incarceration for Working-Age White and Black Men. *Soc Sci Res* 2015; 53:325-327.
- Berg MT, Rogers EM, Lei MK, Simons RL. Losing years doing time: Incarceration exposure and accelerated biological aging among African American adults. *J Health Soc Behav* 2021; 62(4):460-476.
- Ghiggi MP. Envelhecimento e vulnerabilidade etária e políticas públicas. *Mais 60* 2018; 29(71):8-29.
- World Health Organization (WHO). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO; 1980.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2019. Estatísticas Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
- Munday D, Leaman J, O'Moore É, Plugee E. The prevalence of non-communicable disease in older people in prison: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2019; 48:204-212.
- Wacheleski NR, Gershenson B. As experiências sociais da velhice no cárcere. *Mais 60* 2018; 19(72):52-67.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
- Ghiggi MP. *Vulnerabilidade etária: idoso e cárcere no Brasil*. Curitiba: Brazil Publishing; 2020.
- Carson EA. *Prisoners in 2021: Statistical tables* [Internet]. [cited 2022 set 11]. Available from: <https://bjs.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh236/files/media/document/p21st.pdf>.
- Skarupski KA, Gross A, Schrack JA, Deal JA, Eber GB. The health of America' aging prison population. *Epidemiol Rev* 2018; 40:157-165.
- Wacquant L. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2011.
- Sawyer W, Wagner P. Mass incarceration: The whole pie 2022. *Prison Policy Initiative* 2022; 1-58.
- Wildeman C. Incarceration and Population Health in Wealthy Democracies. *Criminology* 2016; 54:360-382.
- Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL, Conwell Y. Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. *Int J Geriatric Psychiatry* 2017; 32(10):1141-1149.
- U.S. Department of Justice. Office of Inspector General. Department of Justice. *The impact of an aging inmate population on the Federal Bureau of Prisons*. USA: Department of Justice; 2016.
- U.S. Department of Justice. Office of the Inspector General. *The impact of an aging inmate population on the Federal Bureau of Prisons*. USA: Department of Justice; 2021.
- Dilton PM. *Mental Health and Treatment of Prisoners and Probationers*. Washington, D.C.: Bureau of Justice Statistics; 2000.
- Widra É. The aging prison population: Causes, costs, and consequences. *Prison Policy Initiative* 2023; (8):2.
- Torrey EF, Kennard AD, Eslinger D, Lamb R, Pavle J. *More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals. A survey of the states*. Virginia: Treatment Advocacy Center; 2010.
- Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL. Active and passive suicidal ideation in older prisoners. *Crisis* 2016; 37(2):88-94.
- Davoren M, Fitzpatrick M, Caddow F, Caddow M, O'Neill C, O'Neill H, Kennedy RH. Older men and older women remand prisoners: mental illness, physical illness, offending patterns and needs. *Int Psychogeriatr* 2015; 27(5):747-755.
- Gates ML, Staples-Horne M, Walker V, Turney A. Substance use disorders and related health problems in an aging offender population. *J Health Care Poor Underserved* 2017; 28(2S):132-154.
- Aday RH, Farney L. Malign neglect: assessing older women's health care experiences in prison. *J Bioethic Inquire* 2014; 11(3):359-372.
- Baidawi S. Older prisoners: Psychological distress and associations with mental health history, cognitive functioning, socio-demographic, and criminal justice factors. *Int Psychogeriatr* 2016; 28(3):385-395.
- Patrick JRN, Lane A. The challenges faced by older incarcerated adults: how age impacts their prison experience. *Int J Nursing Student Scholarship* 2017; (4):2-9.
- Leigey ME, Hodge JP. Gray matters: gender differences in the physical and mental health of older inmates. *Women Criminal Justice* 2012; 22(4):289-308.
- Ahalt C, Trestman R, Rich J, Greifinger R, Williams B. Paying the price: The pressing need for quality, cost, and outcomes data to improve correctional health care for older prisoners. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(11):2013-2019.
- Allen RS, Phillips LL, Roff LL, Cavanaugh R, Laura Day MA. Religiousness, spirituality and mental health among older male inmates. *Gerontologist* 2008; 48(5):692-697.
- Ghiggi MP. *O idoso encarcerado: considerações criminológicas* [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.
- Monteiro SR. *Crime cometidos por idosos* [dissertação]. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015.
- Pompeu VM. *O condenado idoso no Brasil: um estudo sobre o sistema penitenciário nacional* [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2015.
- Brandão SV, Cafaldo Neto A. Perfil do idoso acusado de cometer crime. *Dilemas* 2017; 10(2):259-277.
- Magalhães JS. *A pessoa idosa no Sistema Penitenciário: criminalidade, cidadania e condições* [dissertação]. Brasília: Pontifícia Universidade Católica; 2017.
- Santos T. *Os dados sobre o sistema prisional e suas dissonâncias*. São Paulo: Fórum Nacional de Segurança Pública; 2020.

38. Ferreira APM. *A velhice atrás das grades: estudo sobre mulheres idosas presas* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
39. Vilela DSD, Dias CMSB, Sampaio MA. Idosos encarcerados no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos* 2021; 14(1):304-333.
40. Oliveira LV, Costa GMC, Medeiros KKAS. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(1):139-148.
41. Lopes MAS, Tedde C, Gomes MFP, Higa EFR, Marin MJS, Lazarini CA. Idosos privados de liberdade: expectativas sobre a vida após cumprimento da pena. *Investigação Quali Saude* 2020; (3):411-422.
42. Minayo MCS, Constantino P. *Estudo sobre condições de vida e saúde dos idosos presos no Estado do Rio de Janeiro* [sumário executivo]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
43. Corte B. O idoso como agente do crime. In: Berzins D, Malaguti W, organizadores. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Editora Martinan; 2010. p. 255-272.
44. Keinert TMM. A esperança é a primeira que morre: institucionalização e suicídios de idosos encarcerados. *Boletim Instituto Saude* 2009; 47(4):94-96.
45. Grams A, Magalhães T. Men as victims of intimate partner violence. *J Forensic Leg Med* 2011; 18(8):355-359.
46. Melo NS, Oliveira MM, Coelho A. Envelhecer no sistema prisional: condições de saúde de idosos privados de liberdade em um CRS-APAC em um município de Minas Gerais. *Enferm Rev* 2016; 1:85-101.
47. Balbuglio V, Silva ACM. Amanhã é outro dia. Uma história e algumas reflexões sobre mulheres idosas em situação de prisão. *Mais 60* 2018; 71(29):32-43.
48. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN*. Brasília: MJ; 2019.
49. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
50. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 5 jan.
51. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União* 1940; 31 dez.
52. Brasil. Decreto-Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.
53. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União* 1941; 13 out.
54. Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD). *Por que eu?* São Paulo: IDDD; 2022.
55. Jornal Causa Operária. Milhares de idosos podem morrer de coronavírus nas prisões. *Redação do Diário* 2020; 29 jul.

Artigo apresentado em 25/09/2023

Aprovado em 02/10/2023

Versão final apresentada em 04/10/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva