

# A esperança é a primeira que morre: institucionalização e suicídios em idosos encarcerados

Tania Margarete Mezzomo Keinert<sup>1</sup>

O belo filme “Um Sonho de Liberdade” (*The Shawshank Redemption*) nos mostra a dura realidade da população carcerária em uma prisão americana. Sabe-se que o modelo prisional americano é bastante rígido, incluindo a prisão perpétua e torturas para obter confissões. São altos os índices de encarceramento (650 por 100 mil habitantes, enquanto que no Canadá, país limítrofe, a taxa é de 120 presos a cada 100 mil habitantes) (GEOGRAFIA DO ENCARCERAMENTO, 2009).

Afinando um pouco o olhar, desviando-o do personagem principal Andy (Tim Robbins), o filme nos mostra vários personagens idosos os quais cumpriram 30, 40, 50 anos de prisão. Ou seja, toda uma vida. São homens “institucionalizados” como se autodenominam “primeiro você odeia esse lugar, depois se acostuma, fica dependente: **“sua vida se torna institucionalizada”**, como diz Red (Morgan Freeman), narrador da obra.

Ao referir-se ao companheiro de prisão Brooks (James Whitmore) que recebe a liberdade condicional após 50 anos recluso, realocado, numa prisão albergue e empregado como empacotador num supermercado (apesar da artrite nas duas mãos) reafirma: ele se tornou **institucionalizado**. “A prisão era o lugar onde ele tinha paz neste mundo e, de repente, isto lhe foi tirado. Quando ele teve de lidar com o mundo exterior, foi muito devastador”. De fato, o personagem Brooks, após fazer uma inscrição na parede do albergue com seu nome, para ser lembrado, comete **suicídio**.

Segundo dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE, a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (incluindo suicídios) atinge 4% na população idosa em geral, dobrando na faixa etária de 80 anos em diante (IBGE, 2005).



Fonte: <http://catedral.webg.com.pt/arquivo/gr>

Se considerarmos a população carcerária total do Estado de São Paulo, os óbitos por suicídio aumentaram mais de 50% nos últimos quatro anos (IBGE, 2005). A população carcerária idosa, por sua vez, como aponta estudo da Fundação Getúlio Vargas, já atinge mais de 1% do contingente de presidiários do Estado de São Paulo (FGV, 2006). A tendência, como se sabe, é de um rápido aumento desse percentual, dado o envelhecimento da população em geral.

## Questões de Pesquisa

Pergunta-se: se a sociedade, as cidades e as famílias não estão preparadas para proporcionar uma vida digna aos idosos, qual a situação no sistema carcerário? como vivem (ou morrem) estas pessoas que envelheceram na prisão, em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou em manicômios judiciais? como a legislação protege o idoso infrator?

<sup>1</sup> Administradora, Mestre e Doutora em Administração Pública, Pós-Doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: [taniak@isaude.sp.gov.br](mailto:taniak@isaude.sp.gov.br)

há políticas de saúde abrangentes orientadas para o sistema penitenciário em geral, e para os idosos encarcerados em particular? quais os avanços em termos de desinstitucionalização e humanização da atenção à saúde dessa população? o Sistema Único de Saúde (SUS) “entra” nas prisões? há prioridades na atenção à saúde dos idosos presos?

### Metodologia utilizada e resultados obtidos

Realizou-se ampla pesquisa na *internet* em busca de dados sobre o sistema prisional brasileiro, composição por faixa etária e condições de saúde dessa população, particularmente da faixa etária de 60 anos em diante. Esses dados são praticamente inexistentes. Partimos então para a análise de políticas públicas, documentos, bibliografia e da legislação em vigor. O resultado dessa análise é apresentado brevemente a seguir.

A primeira proposta de levar o SUS aos presídios data de 2002, 14 anos após a promulgação da Constituição Federal (1988) e do estabelecimento das diretrizes constitucionais do SUS. Esta iniciativa, intersectorial, do Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, denominada Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), ainda não permite acesso a dados sistematizados sobre seus resultados. É interessante observar que os objetivos desse Plano em muito se assemelham à Política de Saúde da População Idosa (Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999) a qual propõe, por exemplo, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas que aliviem o estresse, redução de danos decorrentes do uso de álcool ou tabaco, diminuição da automedicação; além do combate à todo e qualquer tipo de agressões físicas ou psíquicas. A prevalência de algumas doenças se repete em ambos os casos: hipertensão arterial, diabetes, DST/Aids, pneumonia, tuberculose e hanseníase. Isso sem esquecer da saúde bucal, precária em ambos os casos e, a grande incidência de doenças mentais que leva idosos e presos, bem como idosos-presos, não raro, ao **suicídio**. Daí a necessidade de ações intersectoriais e abrangentes que implementem o tão propalado conceito ampliado de saúde: o completo bem-estar físico, mental e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, art. 3º.)

Nossa Carta Magna, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) assegura os Direitos e Garantias Fundamentais dos Cidadãos, ao afirmar que “**todos são iguais perante a lei**” (art.5º). Ainda, em seu artigo 1º, inciso III, a Constituição Federal garante a **dignidade da pessoa humana** como princí-

pio fundamental da República Federativa do Brasil, tornando-se a espinha dorsal do ordenamento jurídico brasileiro. Não obstante, idosos presos são objeto de dupla discriminação: por serem idosos e por estarem cumprindo pena de privação da liberdade.

Na legislação penal, observa-se, também, uma tentativa de entender a condição do envelhecimento na aplicação das penas, tanto que a Lei de Execução Penal (Lei Nº 7.210) (BRASIL, 1984) estabelece que para o condenado com mais de 60 anos, no **trabalho** que lhe for atribuído na prisão, deve ser **compatível** com a idade (Lei nº 7.210- art. 32 § 2º).

Um esforço no sentido da **desinstitucionalização** pode ser observado na execução da pena, na qual o sentenciado maior de 70 anos pode ser beneficiado com a prisão **domiciliar** (Lei nº 7.210/84 - art. 117 - inciso I).

Na dosimetria da pena o Código Penal (Lei Nº 7.209) (BRASIL, 1984) coloca como atenuantes no estabelecimento da pena: ser o agente menor de 21 anos, na data do fato, ou maior de 70 anos, na data da sentença (art.65, inciso I do Código Penal). Ainda, a pena “... não superior a 4 (quatro) anos, poderá ser suspensa, por 4 (quatro) a 6 (seis) anos, desde que o condenado seja maior de 70 (setenta) anos de idade” (art.77 inciso III - § 2º do Código Penal). Percebe-se aqui, também, iniciativas no sentido da **humanização** e flexibilização das condenações de idosos.

Finalizando, não podemos deixar de mencionar o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/03) (BRASIL, 2003) onde ficam instituídos os direitos assegurados à pessoa idosa (de idade igual ou superior a 60 anos). O Estatuto do Idoso, em seu art. 4º estabelece que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Logo, aqui se contempla também o preso idoso.

### Conclusões

Fica claro, nesta breve reflexão, que muito foi feito nos últimos 20 anos em prol dos Direitos Humanos em geral, e do Direito à Saúde em particular. Destaque-se a criação de legislação especial de **proteção ao idoso e de garantia dos direitos do idoso apenado**. Também a enorme contribuição do SUS ao formular políticas específicas de **promoção à saúde da população idosa e carcerária**.

No entanto, a complexidade da questão exige planos **intersectoriais, interdisciplinares e or-**

**ganizadas em rede.** Faz-se necessário garantir ações de promoção, ao mesmo tempo em que se criem condições de referenciar presos idosos aos demais níveis de atenção. Muitas vezes os serviços de saúde estão disponíveis, só que fora da penitenciária, e não há transporte adequado para a sua utilização. O SUS precisa estar nos presídios.

Cabe uma reflexão adicional sobre a **institucionalização da vida**, a qual atinge o idoso tanto quando fica longos anos em uma prisão, tanto quando ele é retirado da casa que viveu a vida toda para morar num asilo, ou é internado num manicômio. Desinstitucionalizar significa desconstruir o modelo de organização do sistema penitenciário, descentralizando-o e abrindo-o ao controle externo. Bons exemplos neste sentido são a Pastoral Carcerária, ligada à Igreja Católica e as Promotoras Populares, treinadas pelo Ministério Público.

É preciso realmente, trabalhar com um conceito ampliado de saúde, o qual, mesmo nas condições extremas de confinamento que vive o idoso preso, mantenha-o com a mente ocupada, com um ideal, uma esperança. Sabe-se que o **suicídio** entre idosos (e entre presos) é uma causa importante de mortalidade, muitas vezes subnotificada e mascarada de morte natural ou acidental, nos diversos sistemas de informações.

Da mesma forma que foram desinstitucionalizados os modelos de saúde mental, procurando manter os pacientes em seu local de moradia e desmistificados preconceitos relativos às doenças mentais, é preciso trabalhar no sentido de conseguir condições adequadas de readaptação e reinserção na sociedade do egresso prisional idoso. Sendo assim, uma sociedade educada para acolher seus idosos pode fazer toda a diferença. Não basta dar condições para que o idoso cumpra sua pena em regime domiciliar, é preciso criar uma rede de atenção que envolva setores como saúde, assistência social, educação, cultura, justiça, com ações planejadas e intersetoriais. Isso sem falar das redes de apoio informal, constituídas por amigos, familiares, pela comunidade.

Caso contrário, a desinstitucionalização pode ser desastrosa. Como diz o personagem Red, em uma das passagens do filme mencionado no início desse artigo, referindo-se aos idosos que recebem a liberdade condicional depois de muitos anos confinados, "morrer lá dentro [da prisão] não é o medo maior. O terror é o de sair [vivo] e ser esmagado, atropelado, pisoteado, triturado - como um bicho na estrada".

## Referências Bibliográficas

- BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília, 1988.  
BRASIL. **Lei nº. 10.741 - Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003.  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 1777.** Brasília, 9 de setembro de 2003.  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei N º 7.210 - Lei de Execução Penal.** Brasília, 1984.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1395.** Brasília: 10 de dezembro de 1999.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, 1990.

## Webgrafia

- FGV. <http://www.fgv.br/cps/simulador/retratosdocarcere/20060520NeriValord1.pdf>  
[http://www.fgv.br/cps/simulador/retratosdocarcere/Dados/Presidarios\\_UF\\_SP\\_2000\\_Plan.XLS](http://www.fgv.br/cps/simulador/retratosdocarcere/Dados/Presidarios_UF_SP_2000_Plan.XLS)  
Retrato do Presidiário Paulista  
GEOGRAFIA DO ENCARCERAMENTO, 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/238/23801305.pdf>  
IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2005.** Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=580&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1). Acessado em fevereiro de 2009.