



## ARTIGO REVISÃO

### **Envelhecer no sistema prisional: condições de saúde de idosos privados de liberdade em um CRS-APAC em um município de Minas Gerais**

Natália Soares Melo<sup>2</sup>, Juliana Cristina de Souza<sup>2</sup>, Míriam Martins de Oliveira<sup>2</sup>, Aglaya B. Coelho<sup>1</sup>

**OBJETIVO:** Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão universitária que teve como objetivo identificar o perfil de saúde de idosos apenados em um Centro de Recuperação Social (CRS) que utiliza a metodologia APAC (Associações de Proteção e Assistência aos Condenados) em um Município de Minas Gerais. **Metodologia:** Foram aplicados quatro testes de avaliação funcional, cognitiva e adaptativa do processo de envelhecimento em 100% da população idosa. **Resultado/Discussão:** Durante o estudo foi identificado que a população idosa analisada é composta por 2,5% do total de indivíduos institucionalizados. Destes 3,75% (3) no sistema semi aberto n=80 e 1,67% (2), no sistema fechado n=120. Apenas um foi admitido com mais de 60 anos, ou seja, todos os outros envelheceram no regime prisional. Dentre todos os idosos avaliados n=5 identificou como perfil homens com faixa etária variando entre 60 e 67 anos, com grau de escolaridade até o fundamental incompleto, 60% brancos. Em 11 anos a instituição possuirá mais 9 indivíduo com idade superior à 60 anos, ou seja, 7% de idosos. Apenas um idoso apresentou alteração funcional e cognitiva. Durante avaliação físico-ambiental foi identificada conformidade do sistema aos critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. **Conclusão:** O sistema fechado apresenta impacto maior sobre a saúde fisiopatológica e psicológica desses idosos, culminando em maior vulnerabilidade a riscos. Apesar do sistema apresentar doutrina humanizada, holística e dinâmica, para promover qualidade de vida é fundamental desenvolver políticas públicas que permita a inclusão social de idosos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Sistema prisional. Saúde.

### **AGING IN PRISON SYSTEM: Health conditions of private nursing freedom in a CRS-APAC of one municipality of Minas Gerais**

**OBJECTIVE:** This is an experience report of a university extension project that aimed to identify the nursing health profile convicts in a Social Recovery Center (CRS) using the APAC methodology (Protection Associations and Assistance to Convicts) in one municipality of Minas Gerais. **Methods:** We applied four functional evaluation tests, cognitive and adaptive aging process at 100% of the elderly population. **Results/Discussion:** During the study it was

identified that the elderly population is analyzed by 2.5 % of institutionalized subjects. Of these 3.75 % (3) in the semi open system n = 80 and 1.67 % (2) in the closed system n = 120. Only one was admitted with more than 60 years, all other aged in the prison regime. Among all the elderly evaluated n = 5 identified as profile men with ages ranging between 60 and 67 years with education level had not completed elementary, 60 % white. In 11 years the institution will have 9 more individual over the age of 60, 7 % of seniors. Only an elderly showed functional and cognitive change. During physical - environmental assessment has been identified compliance of the system the basic criteria for the promotion of accessibility for people with disabilities or reduced mobility. **Conclusion:** The closed system has greater impact on the pathophysiological and psychological health of the elderly, resulting in greater vulnerability to risks . Although the system has humanized , holistic and dynamic doctrine, to promote quality of life is essential to develop public policies to the social inclusion of the elderly.

**Key-words:** Aging. Prison system. Health.

**Endereço de correspondência do autor principal:** Natália Soares Melo

Avenida Jacarepaguá, número 786, Bairro Botafogo 2ª Seção, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.  
CEP 33902240

---

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Docente do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – aglaya2@gmail.com

<sup>2</sup>Discentes do 8º período do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Coração Eucarístico – correspondência para: natrutes@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO), idoso é todo indivíduo com 65 anos ou mais<sup>1</sup>, embora em países em desenvolvimento, como o Brasil, considera-se como toda pessoa maior de 60 anos de idade<sup>2</sup>.

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou em 2000 que o número de idosos no mundo atingiu 646 milhões e que anualmente é acrescido a esse número 11 milhões, representando um envelhecimento mundial cada vez maior<sup>3</sup>. No cenário brasileiro, pesquisas demográficas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística indicaram que em 2007, existiam 15,5 milhões de idosos, totalizando 9,1% da população e as projeções indicam que cerca de 32 milhões de brasileiros idosos em 2020<sup>4</sup>.

Essas mudanças demográficas são um reflexo das grandes transformações políticas, econômicas e culturais nas últimas décadas, com significativas repercussões na condição de vida, trabalho e saúde da população. Considera-se ainda que, atualmente o cuidar da vida implica em reduzir a vulnerabilidade aos determinantes e condicionantes sociais e que o processo saúde-adoecimento é o resultado dos modos de produção, trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico<sup>5</sup>.

Diante dessa constatação, percebe-se um grande aumento na população idosa em âmbito nacional e mundial, com aumento na expectativa de vida, no entanto, existe um grande despreparo para lidar com essa situação. Em um país como o Brasil, extremamente desigual, no qual a fome, a corrupção, a violência, o desemprego, a concentração de renda e o analfabetismo estão presentes, percebe-se que quanto mais envelhecida a população maior a vulnerabilidade à riscos e mais evidente as disparidades de saúde<sup>3</sup>.

Os jovens e adultos pertencentes a classe socialmente desfavorecida e marginalizada, expostos aos comportamentos de violência, drogadição e prostituição podem crescer considerando moralmente normal essa

realidade vivida e tornar-se, futuramente – se não for incluído à sociedade – um idoso encarcerado. Considera-se que o aumento de idosos no sistema prisional – seja por envelhecimento durante o cumprimento da pena ou a detenção durante a terceira idade – contribui para a superlotação das penitenciárias e o aumento da criminalidade no país<sup>3</sup>.

De acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, o Brasil em 2012 possuía um total de 548 mil presos, 36 mil (6,5%) a mais em relação ao ano anterior e 158,92 mil (29%) quando comparado aos últimos quatro anos. A população carcerária brasileira, em 2012, registrou uma taxa de 287,31 presos para cada 100 mil habitantes, em uma população de 190.732.694 habitantes<sup>6</sup>.

Além disso, em 2012 o sistema penitenciário brasileiro manteve o mesmo perfil de presos que nos anos anteriores, ou seja, 35,7% (207,06 mil) brancos, 50,5% (276,74 mil) possuíam Ensino Fundamental Incompleto. Com relação à faixa etária 29,8% (163,30 mil), em 2012, eram jovens entre 18 a 24 anos; 25,3% (138,64 mil) eram indivíduos entre 25 a 29 anos; entre 46 e 60 anos estima-se 6,4% (35,07 mil) e acima de 60 anos 1% (5,48 mil). Embora 1% pareça um número insignificante diante da dimensão apresentada, representa grande expressividade

quando comparada a população total de presos em sistemas carcerários no Brasil <sup>6</sup>.

A partir de dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) enquanto em 2008 o número de idosos encarcerados correspondia a 0,73% da população carcerária brasileira total, ou seja, 3.328 idosos para um total de 451.219 presos, em 2011 esse número alcançou 0,94%, um equivalente a 4.856 idosos num total de 514.582 presos <sup>7</sup>.

Nesse contexto, reformas de políticas públicas começam a ser discutidas pela sociedade para que se garantam os direitos fundamentais à população idosa, dentre elas pode-se destacar os direitos Penal, Política pertinente ao Sistema Penitenciário e sua metodologia<sup>7</sup>. Deve-se também discutir Reformas em Políticas no contexto da Saúde que enfatizem a inclusão social, promoção dos direitos humanos e a reorientação do modelo assistencial para atender as demandas dessa população <sup>8</sup>.

Apesar das medidas ora implantadas é sabido que o sistema prisional brasileiro é conhecido pelo alto grau de desumanidade e descumprimento dos direitos humanos fundamentais. As prisões e penitenciárias tornaram-se escola para a reprodução do crime com objetivo de segregar, temporariamente, o condenado e apenas repreender e puni-lo. O Sistema penitenciário brasileiro, por ser centrado na pena de regime fechado, culmina na superlotação carcerária <sup>9</sup>. Além disso, o cenário oferecido por esses

presídios revelam condições precárias de habitação, alimentação, assistência à saúde, educação e serviço de apoio, assim como, violências físicas, psicológicas e sexuais e doenças disseminadas <sup>9</sup>. Condições essas que infringem a Lei 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e garante aos mesmos direitos fundamentais para preservação de sua saúde física, mental, sócio-espiritual, moral e condições de liberdade e dignidade <sup>10</sup>.

Diante destas condições precárias, surge a necessidade de reformulação do sistema prisional no Brasil, cria-se, então, as Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC's), entidades não-governamentais que atuam sob fiscalização do Ministério da Justiça e das Secretarias do Estado, que oferecem ao institucionalizado reinclusão social, relação com a família, participação na sociedade, acesso à saúde, educação, bem-estar, profissionalização e trabalho, recreação, assistência espiritual e jurídica. O método APAC baseia-se no princípio de dignidade, humanização e respeito com uma convicção de que todo homem é maior que a culpa e, portanto, ninguém é irrecuperável que não seja capaz de "matar" o criminoso que existe dentro de si quando recebe o acompanhamento inclusivo e eficaz <sup>9</sup>.

A despeito de, ser utilizado por mais de 30 anos o método APAC nos presídios brasileiros, tendo sido criada em 1972, como

iniciativa do advogado Mário Ottobonni e com uma dimensão religiosa e humanizada para garantir direitos sociais e a reinclusão de indivíduos aprisionados na sociedade, não possui reconhecimento no Brasil, apesar de ter sido o país pioneiro do método. Tornou-se, silenciosamente, referência internacional, divulgado mundialmente pela filiação da APAC, Prison Fellowship International (PFI), órgão consultivo da ONU, em 1986, sendo implementado em diversos países da Europa, América do Norte e do Sul <sup>11</sup>.

Uma metodologia que garante um índice de 92% de recuperação diante de 20% do sistema tradicional, além de ter um custo por recuperando muito menor que no sistema convencional, cerca de 30% a menos evidencia a capacidade de transformação social e a proposta reformista das penitenciárias que utilizam o método APAC e, ainda, questiona a forma de administração do sistema carcerário atual, com grandes perdas econômicas para o Estado sem garantia de recuperação<sup>11</sup>.

No Brasil, apenas em 2001 o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) lançou o Projeto Novos Rumos na Execução Penal para incentivar a criação e expansão do método APAC como política pública e alternativa de humanização do sistema prisional no Estado e esse foi regulamentado pela Resolução nº 433/2004. Em 2009 existiam 108 APAC construídas juridicamente no Brasil <sup>11</sup>.

Em Minas Gerais, de acordo com dados do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, existem 29 CRS's (em prédio próprio, do Estado, alugado ou anexo à cadeia pública) que utilizam o método APAC, sem o concurso das polícias e de agentes penitenciários, com aplicação parcial dos 12 elementos fundamentais do método e outras 4 CRS's com aplicação total do método. Dentre os 33 CRS's, 90,91%, ou seja, 30 são Masculinas e 9,09% ou 3 APAC's são Femininas. Além disso, 68 APAC's estão em processo de implementação, em estudo ou fase de construção, dentre as regiões encontra-se Belo Horizonte <sup>6</sup>.

Não obstante, diante da problemática do aumento populacional de idosos no sistema prisional brasileiro como um desafio para a saúde pública contemporânea; há escassez de estudos sobre o tema; sobre o papel do profissional de Saúde, principalmente, o Enfermeiro na prestação de assistência qualificada, holística e inclusiva em Centros de Reintegração Social (CRS/APAC), sendo assim decidiu-se realizar este estudo a partir da seguinte reflexão: como está a saúde dos idosos em situação de aprisionamento? Portanto, objetivamos com a realização do estudo identificar qual o perfil de saúde dos idosos em situação de aprisionamento.

Entendemos, então, que o profissional Enfermeiro é capaz de desempenhar papel fundamental no sistema prisional, pois é o

profissional que na sua formação aprende a fazer o cuidado holístico, visando qualidade de vida, reinserção e adaptação do indivíduo idoso ao cotidiano familiar e social.

Garantir a assistência é antes de tudo corroborar com a determinação da Constituição Federal, Art. 196, de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Corroborando o SUS acrescenta que deve também garantir assistência integral, equânime e universal mediante ações políticas sociais, é essencial conhecermos a realidade em que indivíduos privados de liberdade

vivem, pois, é sabido através da veiculação da mídia e em documentos oficiais que estes vivem em condições desumanas, precárias e de violação dos seus direitos<sup>8</sup>. O Ministério da Justiça considera que a instituição prisional brasileira acarreta a despersonalização e estigma do detento, reproduzindo a criminalidade e não a inclusão social<sup>3</sup>. Cabe ressaltar que, não defendemos a liberação de situações criminais para idosos, mas consideramos a dignidade e humanidade do sujeito diante do sistema prisional.

## INTRODUÇÃO

Este estudo trata do relato de experiência de um projeto de extensão universitária, desenvolvido por docentes e acadêmicas durante a disciplina Práticas em Saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *campus* Coração Eucarístico.

Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa em interface com extensão, intitulado *Práticas em Saúde na Associação de Proteção e Assistência ao Condenado*. As atividades foram

desenvolvidas no período de fevereiro a junho de 2015.

As ações extensionistas realizadas por meio desse projeto envolveram atividades educativas com objetivo de desenvolver práticas em saúde para o indivíduo e comunidade, em cenários sociais vulneráveis, utilizando estratégias de educação permanente, vigilância em saúde, gestão de processos assistenciais e cuidado integral, humanizado, ético, de qualidade conforme os princípios do Sistema Único de Saúde.

O projeto foi registrado no Sistema de Informação de Extensão – SIEEX, sob número 9969/2015.

Diante dos cenários apresentados, 13 alunos foram selecionados através de sorteio para desenvolver trabalhos no Centro de Reintegração Social (CRS/APAC) em um Município de Minas Gerais. Para tanto, subdivisões foram realizadas e quatro grupos formados para que oficinas pedagógicas e ações de promoção, com temáticas diferentes, fossem elaboradas, além de viabilizar a sistematização dos procedimentos metodológicos e facilitar a implementação de ações pelos discentes. Dentre os temas propostos, as autoras responsáveis por este estudo se empenharam na elaboração de trabalho com o tema: Envelhecer no sistema prisional, a fim de compreender as condições de saúde de idosos privados de liberdade em uma instituição como o CRS/APAC de Minas Gerais, bem como a prestação de serviços que os profissionais de saúde, principalmente, a Enfermagem podem oferecer para uma população nesse contexto social.

A primeira etapa, portanto, foi realizar uma visita inicial em uma CRS/APAC Masculina do Município de MG para identificar a realidade do serviço, bem como verificar recursos físico-estruturais, dimensionamento de pessoal e recursos administrativos do cenário.

Durante a segunda etapa foi identificado o perfil da população idosa de

recuperandos no sistema prisional semiaberto e fechado e realizado uma estimativa de indivíduos privados de liberdade que, de acordo com o tempo de pena a ser cumprida, sairá com idade igual ou superior a 60 anos de idade.

A terceira etapa pode ser descrita como levantamento de informações acerca dos idosos e organização dessas a partir de instrumentos de coleta de dados. Utilizou-se para a avaliação funcional, cognitiva e adaptativa dos idosos os seguintes instrumentos: 1) Índice de PFEFFER, que avalia o grau de dependência e autonomia para executar as atividades de vida diária (AVD's) como capacidades de tomar banho, vestir-se, alimentar-se, utilizar o sanitário, transferência e continência; 2) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein adaptado por Brucki <sup>4</sup>, que avalia requisitos como a orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, memória de evocação, nomeação de objetos, repetição, comando de estágios, escrita completa de frase, leitura e execução de comandos, cópias de diagramas; 3) Escala Geriátrica de Depressão e identificação de humor; 4) Avaliação quantitativa e qualitativa da marcha, mobilidade e equilíbrio (*get up and go + timed up and go test.*)

Os testes foram aplicados em 100% da população idosa do sistema prisional. A quarta etapa, portanto, culminou na avaliação dos dados e análises dos mesmos, a qual se

encontra descrita no segmento resultados e discussão desse artigo, relatando a vivência

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

É necessário analisar os aspectos socioeconômico, psicocognitivo e biológico/funcional para compreender o processo de envelhecimento e as alterações que acontecem ao longo da vida e no organismo dos idosos. Deve-se considerar a singularidade de cada indivíduo, a resiliência desenvolvida e a adaptação desses às condições físicas internas, o meio ambiente que está inserido e o estilo de vida<sup>12</sup>.

Apesar de existir idosos ativos, esses são usuários complexos que podem acarretar limitações diferentes no uso do espaço e equipamentos, diante das modificações fisiológicas. Considera-se que pode ocorrer, quanto ao aspecto socioeconômico, maior dependência diante da redução no poder aquisitivo e desligamento do trabalho. Diante do quesito psicocognitivo, identifica-se alterações na coordenação, memória, agilidade mental e tempo de reação às ações. Em relação ao aspecto biológico/funcional pode-se verificar alterações nos sistemas complexos como cardiovascular, pulmonar, musculoesquelético e sensorio-motor, tornando os idosos mais susceptíveis redução na acuidade visual e auditiva, menor adaptação a mudança de ambientes, maior riscos de quedas associado à diminuição da

das autoras nesse sistema prisional.

mobilidade e do enfraquecimento dos ossos, entre outras alterações<sup>12</sup>.

Cabe, portanto, a todas as instituições, sejam públicas ou privadas a necessidade de planejar e adaptar os espaços às necessidades dos idosos, para que possa permitir o acesso aos diversos ambientes, bem como facilitar a interação social e promover o bem-estar independente da idade do indivíduo. Poucos foram os materiais encontrados que abordavam a infraestrutura adaptada para idosos em sistemas penitenciários e, geralmente, esse tema está associado à desumanização e superlotação das instituições, sem haver nenhuma adequação a essa população que apresenta restrições aos ambientes, mas que possuem direitos como qualquer outro indivíduo.

### **3.1. Avaliação ambiental e adequação da estrutura física à adaptabilidade da população idosa no CRS/APAC Santa Luzia.**

O CRS/APAC tem capacidade de abrigar 200 internos, sendo dentre esse 120 vagas em regime fechado e 80 em semiaberto e uma proposição arquitetônica específica para uma APAC, tendo sido desenvolvido a



partir de parcerias com o Ministério da Justiça, Secretaria de Defesa Social do Estado de Minas Gerais, Prefeitura e comunidade de Santa Luzia, irmãos maristas e PUC-Minas. Uma arquitetura que permita maior abertura para novas experiências de gestão do ambiente prisional contradiz a atual arquitetura prisional brasileira e evidencia um tratamento humanizado e que garanta segurança para todos os recuperandos, inclusive para indivíduos que necessitem de acessibilidade e adaptação do ambiente prisional, como os idosos.

Durante avaliação ambiental do CRS/APAC utilizou-se requisitos da lei nº 10.048/2000, que prioriza o atendimento às pessoas de acordo com sua especificidade, e lei nº 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida<sup>13, 14</sup>.

Foi, então, identificado áreas de locomoção desimpedidas, com barras de apoio e revestimentos uniformes. A iluminação mostrou-se suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus, quarto, corredores e banheiros, com interruptores acessíveis na entrada dos ambientes e iluminação exterior suficiente. As celas são divididas para cinco recuperandos, responsáveis pela organização, manutenção e limpeza do ambiente, passíveis de advertências em casos contrários. Dentro das

celas foi possível identificar prateleiras facilmente acessíveis para guarda de materiais, cadeiras permitindo assentos e cama com altura de aproximadamente 45 cm, existindo dormitórios no segundo andar, porém não utilizados pelos idosos.

Percebeu-se, ao longo das visitas no sistema prisional, a preocupação que os recuperandos possuem uns com os outros, principalmente com os mais velhos. Em diversos relatos verbais identificamos como os internos se mobilizam para auxiliar na alimentação, integração e ambiência dos idosos e o temor da instabilidade física dos mesmos que culminaria na necessidade de transferência para o sistema comum para receber assistência médica.

Identificamos instalações sanitárias adaptadas para idosos ou portadores de necessidades físicas com lavabos facilmente acessíveis e fixos, com área antiderrapante e box com abertura fácil e cortina firme, conforme lei nº 2.212/1994 e lei nº 2.909/1998<sup>15, 16</sup>.

As escadas e as rampas apresentam revestimento antiderrapante, corrimão bilateral sólido que se prolonga além do primeiro e último degrau, com uniformidade e altura dos espelhos dos degraus e profundidades constantes, conforme lei nº 1.174/1987<sup>17</sup>.

Por tudo isso, identifica-se que o projeto arquitetônico do CRS/APAC visitado, diferentemente do sistema convencional

apresenta preocupação com a adaptabilidade dos sujeitos inseridos no sistema, com edifício que garante o tratamento penal pautado na aproximação com a sociedade e participação efetiva dos internos; a organização da instituição com criação de áreas de lazer, esporte e encontro promovendo maior interação comunidade-instituição e garantindo extensão à atividades exteriores.

Descobre-se, de tal maneira como a arquitetura é capaz de valorizar as singularidades e garantir segurança e como a progressão do regime fechado para o semiaberto confere maior estímulo e responsabilidades para os recuperandos. A arquitetura do sistema prisional na metodologia APAC não é vista como uma barreira, mas como uma evolução espacial e aumento de confiança e autonomia do sujeito, por isso os muros são relativamente baixos e não existe um sistema de segurança máxima, porque se acredita na absolvição do ser humano<sup>11</sup>.

Dessa forma, nunca se registrou rebeliões, violências graves ou mortes e há tempos não se registra fugas no regime fechado. A humanização e valorização dos sujeitos são evidenciadas pelo trabalho, assistência jurídica e à saúde, demonstrando respeito, dignidade ao indivíduo, integralidade e cumprimento dos direitos sociais<sup>11</sup>.

### **3.2. Perfil da população idosa em um CRS/APAC do Município de Minas Gerais**

A população idosa, ou seja, com idade igual ou superior a 60 anos de idade, no CRS/APAC estudado tem uma representação percentual de 2,5% em relação ao número total de indivíduos institucionalizados. Dentre esses, podemos identificar 3,75% ou 3 idosos no sistema semiaberto em um total de 80 indivíduos nesse tipo de sistema e 1,67% ou 2 idosos no sistema fechado em um total de 120 institucionalizado.

Durante avaliação inicial percebe-se que apenas um dentre esses idosos entrou no CRS/APAC com idade superior à 60 anos, ou seja, todos os outros envelheceram em regime prisional. Durante levantamento de dados junto à Coordenação do CRS/APAC estudado, estima-se que em um período de 11 anos a instituição possuirá mais 9 indivíduo com idade superior à 60 anos acrescidos à população de idosos, desconsiderando as admissões ao longo desse período, apenas com os recuperandos encontrados no período desse estudo, ou seja, um aumento de 180% de idosos nessa instituição, uma representação de 7% em relação ao número total de indivíduos.

Essa população pode ser descrita como homens com faixa etária variando entre 60 e 67 anos, 60% (3) desses consideram-se brancos, apresentam grau de escolaridade

fundamental incompleta e estudam na APAC, são casados ou possuem algum vínculo amoroso, com número de 2 a 5 filhos. Todos possuem casa própria e 40% (2) estimam renda familiar superior a 1 salário mínimo. Tempo de reclusão da pena recebida variando entre 3 a 15 anos por decisão judicial, podendo ser alterada diante de avaliação do comportamento e tipo do crime cometido. 80% (4) informaram o uso de tabaco por 10 a 20 anos e atualmente não apresentam mais o vício. É importante ressaltar que todos os recuperandos recebidos no CRS/APAC precisam ter cumprido, no mínimo, 1 ano da pena em penitenciária com regime convencional para depois serem transferidos para o Centro de Ressocialização e todos relatam as diferenças associadas a assistência social, familiar, cultural, religiosa e laboral na metodologia APAC e a valorização humana assim como o respeito e interação ofertada.

Cerca de 80% (4) dos idosos no CRS participam de atividades laborais, ajudando na limpeza do ambiente, plantações, pinturas entre outros e recebem remuneração por tais ofícios. Apenas 2 idosos, 40%, ambos do sistema fechado apresentaram disfunções fisiopatológicas, com descompensação da concentração sérica de glicose e níveis pressóricos. Um dos idosos informa o uso de medicação anti-hipertensiva, porém não faz uso regular, nos horários determinados, aumentando sua vulnerabilidade à riscos cardíacos. O mesmo apresenta atualmente

descompensação glicêmica e mostra-se muito resistente à aceitação da condição senil e do uso de medicações. Percebeu-se a preocupação que os outros recuperandos mostram em manter e controlar alimentação, atividade física e os fármacos consumidos pelos indivíduos idosos.

Outro caso que evidenciou grande mobilização dos institucionalizados está relacionado a um idoso que apresenta alterações psíco-visuais, auditivas e alucinações com agitação psíquica e motora, tremores em extremidades superiores, em uso constante de medicação psiquiátrica. Esse indivíduo foi avaliado em uma das visitas com grau acentuado de dispnéia, crepitações pulmonares bibasais e hiperglicemia capilar. Imediatamente foi encaminhado para avaliação médica em Atenção Primária vinculada ao CRS e transferido para rede Hospitalar para estabilização e propedêutica, detectando quadro moderado de Parkson e sem comprometimentos respiratórios de grande impacto.

Percebe-se que o sistema fechado apresenta um impacto maior sobre a saúde dos idosos, o que pode estar associado ao aprisionamento, redução do vínculo familiar. Em relação ao idoso que apresentou maiores alterações mentais, psíquico-sociais, emocionais e funcionais, percebemos que foi o indivíduo que permaneceu mais tempo no sistema prisional comum e foi admitido no CRS/APAC com idade superior a 60 anos,

além disso, é o único que não possui vínculo familiar. Já no sistema semiaberto os idosos apresentam comprometimento psicológico relacionado à ansiedades, visitas, tempo restante de reclusão e saídas programadas.

Embora existam dificuldades em vincular os recuperandos às redes assistências, o CRS/APAC garante suporte psicológico, médico, farmacêutico, assistencial, diagnóstico e exames, jurídico de qualidade para os institucionalizados, buscando menor acometimento possível a essa população.

### **3.3. Avaliação funcional, cognitiva e adaptativa dos idosos de acordo com instrumentos de coleta de dados.**

O envelhecimento deve ser considerado como processo progressivo e dinâmico, no qual surgem alterações funcionais, bioquímicas, morfológicas e psicológicas associadas à maior capacidade de resiliência e adaptação e conseqüentemente à maior vulnerabilidade a riscos sociais. É importante compreender que o processo de envelhecimento é vivenciado por cada indivíduo de forma singular de acordo com os aspectos sociais, culturais, psicológicos, fisiológicos e de acordo com o contexto de vida e os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença<sup>18</sup>.

Outra questão relevante é que a complexidade de manifestações funcionais,

emocionais culmina em conseqüências para a socialização dos idosos e de seus familiares, assim como atinge, também, os indivíduos que convivem com esse sujeito. Esta dificuldade se estende para a realização de atividades diárias como: cuidar de si mesmo, executar tarefas simples e se responsabilizar pelos próprios atos, o que leva a esta parcela da população uma condição de sofrimento e de pensamentos de inutilidade<sup>19</sup>.

Desse modo, é importante para o envelhecimento saudável a detecção precoce destas alterações. Portanto, diversos são os instrumentos que foram desenvolvidos para auxiliar na detecção das alterações do envelhecimento e de identificar os riscos que os indivíduos apresentam e que podem interferir na autonomia e independência funcional. Neste estudo utilizou-se quatro principais instrumentos de coleta de dados para identificar as alterações da população idosa no sistema prisional CRS/APAC.

O primeiro instrumento de avaliação foi o Índice de Pfeffer, composto por 10 itens relacionados com a capacidade para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVD's). Essa escala avalia funções cognitivas e sociais e evidencia a funcionalidade e o grau de independência e autonomia durante execução de atividades diárias simples como realizar compras, preparar alimentos, estar atualizado com informações contemporâneas, ser capaz de discutir situações de programas de televisão e

rádio. O escore varia entre 0 e 30, sendo que quanto maior for a pontuação maior é considerada a dependência do paciente. A partir de um escore de 3 pode-se considerar a possibilidade de prejuízo funcional e a pontuação equivalente ou superior a 5 sugere diagnóstico de alterações cognitivas com declínio funcional <sup>20</sup>.

Apenas um idoso (20%) no sistema prisional apresentou escore 9 na Escala de Pfeiffer, todos os outros obtiveram índice 0 na avaliação. Esse idoso, especificamente, necessita de ajuda no preparo da alimentação, no manuseio dos próprios remédios, para realizar compras internamente no CRS e a incapacidade de lembrar-se de compromissos, acontecimentos e datas.

O segundo instrumento de avaliação utilizado foi o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) com objetivo de avaliar o funcionamento cognitivo e rastrear quadros demenciais <sup>20</sup>. Atualmente a demência senil caracterizada pelo declínio da memória, intelectual e alterações na linguagem, praxia, capacidade de reconhecer objetos e planejar ações, prejuízo no desenvolvimento psicossocial, mudanças no comportamento e personalidade representa as causas mais importantes de morbi-mortalidade entre os idosos <sup>19</sup>. A demência além de ser um problema de saúde cada vez mais incidente, quanto maior for a idade maior torna-se a incapacidade e o declínio cognitivo, sendo que a prevalência chega a ser 5% nos idosos

com idade superior a 60 anos e 20% naqueles acima de 80 anos <sup>19</sup>.

O MEEM avalia requisitos como orientação temporal e espacial, memória de curto prazo, evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem, visuais e espaciais. Cada atividade realizada recebe um escore imediato de validade do conteúdo, que poderá variar no final do instrumento pontuação entre 0 a 30. A interpretação do dado depende principalmente do nível de escolaridade do sujeito, sendo que para indivíduos analfabetos aceita-se um escore de 15 pontos; para aqueles com escolaridade até 2 anos espera-se pontuação de 22; tempo de escolaridade entre 3 a 6 anos estima-se pontuação superior a 24 e para aqueles com escolaridade superior a 7 anos espera-se pontuação acima de 27 <sup>19</sup>.

Dentre os idosos avaliados foi identificado que todos obtiveram escore acima de 24 pontos com tempo de escolaridade variando entre 3 a 6 anos de estudo. Apenas um dos idosos (20%) com ensino fundamental incompleto apresentou pontuação equivalente a 18 pontos apresentando desorientação temporal e espacial, dificuldade de cálculo e memorização, além da incapacidade de escrever sozinho frase completa. Dentre os itens, o maior comprometimento cognitivo relacionou-se a evocação e memória, indicando já alterações senis nesses indivíduos.

O terceiro instrumento de avaliação utilizado com os idosos do sistema prisional CRS/APAC foi a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15). A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, uma doença com grandes repercussões sociais e individuais e que afeta as rotinas satisfatórias de vida, aumentando o risco de morbidade e de suicídio. Qualquer sujeito está predisposto, independente da faixa etária, porque os quadros depressivos são multifatoriais e envolvem aspectos de ordem bio-psíquica e social. Para os idosos a depressão caracteriza-se pela apatia, perda de interesse das atividades habituais<sup>18</sup>.

A GDS-15 apresenta itens que correlacionam o resultado com o diagnóstico de quadro depressivo no idoso. São utilizadas alternativas com resposta sim ou não, sendo que cada uma apresenta pontuação que varia de 0 a 1 ponto. Os principais critérios que se avalia são: humor; sinais vegetativos ou somáticos como alterações de sono, apetite, peso e fadiga; motricidade em relação a agitação ou retardo; sociais associado a isolamento, apatia; sinais cognitivos como desesperança, culpa, pensamentos suicidas; ansiedade e irritabilidade<sup>18</sup>.

Durante a avaliação dos idosos no CRS/APAC foi identificado que dois indivíduos (40%) apresentavam escore 3, outros dois idosos (40%) receberam pontuação inferior a 2. Atenção especial deve ser dada ao idoso que recebeu 4 pontos na

Escala GDS-15, lembrando que a partir de 5 pontos já se pode considerar um quadro depressivo instalado. Esse idoso especificamente já apresenta alterações psicológicas que se agravam pelo afastamento da família e o abandono pelos parentes e essa situação o faz sentir cada vez mais sozinho, com sentimentos de inutilidade, com medos, sem esperanças e expectativas e falta de interesse nas atividades cotidianas.

O quarto e último instrumento de avaliação utilizado com os idosos foi *Get up and go + Timed up and go test* que avalia o equilíbrio do idoso sentado, as transferências dessa posição em pé, a estabilidade na deambulação e as mudanças do curso da marcha. Conta-se o tempo gasto para a realização dos comandos e o desempenho do indivíduo avaliado. Avalia-se, portanto, atividades como levantar da cadeira, andar 3 metros e retornar para o local do início, além disso, é possível avaliar o risco de quedas em idosos. A escala varia entre 1 a 5 segundos e o desempenho pode estar alterado em caso de força muscular hipo ou hipertônica, problemas no equilíbrio, na marcha e habilidades funcionais<sup>21</sup>.

Durante avaliação no sistema prisional nenhum idoso apresentou alteração de marcha ou mobilidade e todos executaram as atividades em tempo inferior a 5 segundos. Apesar desse resultado é importante investigação constatar com objetivo de

detectar modificação no equilíbrio ou na

estabilidade ao deambular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que a sociedade, muitas vezes, desconsidera a possibilidade de envolvimento do idoso com o sistema penal e prisional, principalmente pela ideologia que se tem da fragilidade e incapacidade dos idosos em cometer delitos. Outra questão a ser repensada é que independente da forma como este indivíduo é admitido no sistema carcerário, seja na condição acima de 60 anos ou pelo envelhecimento dentro do sistema prisional, existe um grande despreparo físico, ambiental, humano e gerencial dos presídios em receber ou adaptar o sistema às peculiaridades dos idosos, o que acarreta em uma situação de intensa violação de direitos humanos.

Sabe-se que o envelhecimento é um processo singular para cada indivíduo e que depende de fatores determinantes e condicionantes sociais, portanto, para pessoas encarceradas a falta de liberdade e autonomia são características mais fragilizantes que trazem mais sofrimento físico e mental pelas condições desumanas e indignas dentro das penitenciárias.

Apesar de tudo isso, os Centros de Reintegração Social (CRS) com metodologia APAC apresentam doutrina humanizada, holística e dinâmica, capaz de identificar as

diferenças no atendimento ao idoso, a saúde, despesas econômicas, acolhimento prisional e ajustes arquitetônicos adequados para a adaptação dos idosos no sistema prisional. Esse método mostra que é possível garantir qualidade de vida nas penitenciárias, mesmo com todas as situações adversas de afastamento da família e sociedade. Através dos instrumentos de dados utilizados para identificar a condição mental, psicológica e física desses idosos nesse estudo identificamos pequena vulnerabilidade à riscos nessa instituição, porém ainda existem fragilidades que precisam ser corrigidas no sistema.

Diante de tudo isso, podemos inferir que o ideal seria criar políticas públicas eficientes que garantam a inclusão social de idosos e de indivíduos marginalizados, evitando assim o envelhecimento nas penitenciárias e que impeçam a superlotação, descaso, condições sub-humanas com aqueles que se encontram no sistema prisional.

Os profissionais de saúde têm como função nesse cenário promover saúde, incentivando a cultura de paz e evitando que o sujeito chegue a condição de aprisionamento. Juntamente ao judiciário é necessário garantir os direitos sociais à pessoa idosa,

desenvolvendo medidas preventivas e de promoção a saúde e proteção à vida. Somente assim será possível garantir qualidade de vida pessoal e social e tratamento humano e digno independente do idoso estar ou não em um sistema prisional.

Este trabalho contribuiu enormemente para o crescimento profissional e pessoal das

autoras e levou a reflexão de que esse tema deve ser explorado exaustivamente a fim de encontrar soluções transdisciplinares que envolvam e mobilizem a sociedade e os poderes públicos, visando garantir a necessidade dos idosos presos e os seus direitos sociais.

## REFERÊNCIAS

1. Santos AFMS, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [artigo online]. 2011;14(1):147-57. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1809982320110001&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1809982320110001&lng=pt&nrm=iso).
2. Brasil. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 2015. [lei online]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L8842.htm).
3. Carmo HO, Araújo CLO. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. *Rev Kairós Geronto*. 2011;14(6):183-194.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000-IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Nacional Penitenciário. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEM); 2012.
7. Ghiggi MP. O Idoso encarcerado: considerações criminológicas. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Oliveira CS. De condenado a recuperando: a convergência entre LEP e método APAC. (Dissertação de



- Mestrado). Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
  11. Vargas LJO. Todo homem é maior que seu erro? Ases para uma reflexão sobre o método alternativo de gestão carcerária. *Rev Ser Social*. 2009; 11(24):129-163.
  12. Ely VHMB, Dorneles VG. Acessibilidade espacial do idoso no espaço livre urbano. 2. Congresso Brasileiro de Iniciação em Ergonomia; out-nov 2006; Curitiba: Abergó; 2006.
  13. Brasil. Lei n. 10.048, de 08 de novembro de 2000. Estabelece atendimento prioritário às pessoas com deficiência física, idosos, gestantes, lactantes acompanhadas de crianças de colo. *Diário Oficial da União*, 9 nov. 2000. [lei online]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Leis/L10048.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L10048.htm).
  14. Brasil. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. *Diário Oficial da União*, 20 dez. 2000. [lei online]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Leis/L10098.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L10098.htm).
  15. Brasil. Lei n. 2.212, de 05 de janeiro de 1994. Trata do estabelecimento de instalações sanitárias e acesso para deficientes físicos (paraplégicos e hemiplégicos) em locais públicos. Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 2015.
  16. Brasil. Lei n. 2.909, de 25 de março de 1998. Torna obrigatório a instalação de equipamentos sanitários adaptados para deficientes físicos (paraplégicos e hemiplégicos). Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 2015.
  17. Brasil. Lei n. 1.174, de 30 de dezembro de 1987. Dispõe sobre a obrigatoriedade de construção de rampas de acesso a elevadores para deficientes físicos paraplégicos em edificações residenciais e/ou comerciais. Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 2015.
  18. Tier CG, Santos SSC, Pelzer MT, Bulhosa MS. Escalas de avaliação da depressão em idosos. *Rev Baiana Enfermagem*. 2007;21(2/3):27-36.
  19. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Idosos: declínio cognitivo e sua associação com fatores epidemiológicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):109-121.
  20. Apóstolo JLA. Instrumentos para avaliação em geriatria. [documento de apoio]. Coimbra; 2012.
  21. Cabral ALL. Tradução e Validação do teste *Timed Up and Go* e sua correlação com diferentes alturas da cadeira. (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2011.