



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Wemerson José Maurilho Gomes

Análise da expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade.



Wemerson José Marilho Gomes

Análise da expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra Thais Lacerda e Silva

Belo Horizonte

2026

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TCC

Curso de Especialização *lato sensu* em Saúde Pública – Saúde no Sistema Prisional Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Aos 16 dias do mês de abril de 2026, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do aluno Wemerson José Maurilho Gomes, intitulado "Análise da expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade" foi avaliado pela banca composta por: Thais Lacerda e Silva (Orientadora), Anísia Valéria Chaves e Silva (Avaliadora) e Leslie Diniz Alves (Avaliadora), sendo considerado (a) Aprovado, obtendo Nota/Conceito 98/A.

Reformulações:

(X) Sugeridas – Conceito A e B.

() Exigidas para entrega em versão final – em conceito C.

Observações:

Belo Horizonte, 16 de abril de 2026.

Thais Lacerda e Silva – Orientadora

Anísia Valéria Chaves e Silva – Avaliadora

Leslie Diniz Alves - Avaliadora



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Lacerda e Silva**, Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - AEPS, em 16/04/2026, às 09:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Anísia Valéria Chaves e Silva**, **Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - AEPS**, em 16/04/2026, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leslie Diniz Alves**, **Servidor(a) Público(a)**, em 17/04/2026, às 07:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **137432927** e o código CRC **E860A148**.

Referência: Processo nº 1540.01.0000179/2026-91

SEI nº 137432927

G633a

Gomes, Wemerson José Maurílio.

Análise da expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade. /Wemerson José Maurílio Gomes . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2026.

40 f.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Thais Lacerda e Silva.

Inclui bibliografia.

1. Saúde do Idoso. 2. Saúde no Sistema Prisional. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Atos normativos. 5. Direito à Saúde. I. Silva, Thais Lacerda e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Wemerson José Maurilho Gomes

Análise da expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Profª. Dra. Thais Lacerda e Silva
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Orientadora

Profª. Ms. Anísia Chaves
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Avaliadora

Profª. Ms. Leslie Diniz Alves
Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais
Avaliadora

Belo Horizonte, 16 de abril de 2026

Dedico este trabalho, primeiramente, aos meus pais, **Iraci Manoela Gomes e Gumercino Xavier Gomes**, pelo amor incondicional e por serem o alicerce de tudo o que sou. Aos meus irmãos, **Dienes, Valter e Juliano** pelo companheirismo constante.

Aos meus mestres e referências na jornada da saúde prisional: **Ricardo Ernesto O. Ramos**, Diretor do Presídio de Juatuba, pelo apoio e confiança; e a **Paulo Henrique Prado**, cujo suporte no CERESP Betim foi fundamental quando dei meus primeiros passos com a PNAISP.

À **SEJUSP/DEPEN** e aos meus amigos de farda e de vida, que dividiram comigo os desafios desta missão. Aos colegas da pós-graduação, vindos de tantos cantos de Minas Gerais, e aos professores da **ESP-MG**, pela partilha de saberes que tornaram esta jornada possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, pela força e pela vida.

Aos meus pais, **Iraci Manoela Gomes** e **Gumercino Xavier Gomes**, que com sacrifício e amor me deram a base necessária para chegar até aqui. Aos meus irmãos, **Dienes** e **Valter**, pelo incentivo constante em cada etapa deste desafio.

Ricardo **Ernesto O. Ramos**, Diretor do Presídio de Juatuba, pela confiança, pelo espaço de atuação e pelo apoio fundamental para a realização desta especialização.

Paulo **Henrique Prado**, ex-Diretor de Ressocialização do CERESP Betim, a quem devo o início da minha trajetória na saúde prisional. Sua visão e acolhimento foram cruciais para que eu me encontrasse na PNAISP e compreendesse a importância da assistência à saúde no sistema prisional.

À **SEJUSP** e ao **DEPEN/MG**, pelo suporte institucional e por permitirem que o conhecimento acadêmico se transforme em prática de cuidado dentro das unidades.

Aos meus **amigos e colegas de farda**, que estiveram comigo nos plantões e no dia a dia, ouvindo meus desabafos e compartilhando as vitórias desta jornada.

Aos companheiros da **Pós-Graduação em Saúde Pública**, vindos de diversas cidades de Minas Gerais. As trocas de experiências entre nossas diferentes realidades municipais foram um dos maiores aprendizados deste curso.

Aos coordenadores e professores da **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)**, pelo compromisso com a formação de profissionais críticos e humanos, e pela excelência no ensino voltado ao nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

*"O tempo atrás das
grades não apenas
consome a liberdade,
mas esculpe no rosto
do homem o mapa de
uma espera que a
própria vida parece
esquecer de
recompensar."*

**Gabriel Santos da
Silva.**

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma das transformações demográficas mais significativas da contemporaneidade, refletindo-se de forma crítica no sistema prisional brasileiro. Segundo dados do Censo de 2022 e relatórios da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), a população idosa encarcerada apresentou um crescimento exponencial, o que impõe desafios complexos ao Estado devido à vulnerabilidade biológica e social desse grupo, agravada pelo conceito de "instituição total". Diante das condições de insalubridade e falta de acessibilidade, a expressão normativa do direito à saúde torna-se o principal instrumento de garantia da dignidade humana. O problema de pesquisa deste estudo questiona se a atual moldura normativa apresenta densidade técnica e detalhamento suficiente para atender às necessidades específicas (geriatria, acessibilidade e tratamento) da população idosa. O objetivo geral é analisar a expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade, investigando como a PNAISP e atos normativos correlatos abordam e garantem essas necessidades. Metodologicamente, a pesquisa é de natureza qualitativa, com suporte quantitativo para contextualização, caracterizando-se como uma pesquisa documental, descritiva e analítica. O corpus documental compreende a PNAISP, a Lei de Execução Penal (LEP), o Estatuto da Pessoa Idosa e Resoluções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), delimitados pelo período de 2003 a 2026. Os resultados pretendem evidenciar se o texto normativo acompanhou a emergência demográfica ou se persistem lacunas que aprofundam a invisibilidade e a desproteção do idoso no cárcere.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Saúde no Sistema Prisional. Vulnerabilidade em Saúde. Atos normativos. Direito à Saúde.

ABSTRACT

Population aging is one of the most significant demographic transformations of contemporary times, critically reflected in the Brazilian prison system. According to 2022 Census data and reports from the National Secretariat of Penal Policies (SENAPPEN), the incarcerated elderly population has shown exponential growth, imposing complex challenges on the State due to the biological and social vulnerability of this group, exacerbated by the concept of "total institutions" (GOFFMAN, 2012). Given the conditions of unhealthiness and lack of accessibility, the normative expression of the right to health becomes the primary instrument for guaranteeing human dignity. This study's research problem questions whether the current normative framework, centered on the National Policy for Integral Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP), established by Interministerial Ordinance No. 1/2014, presents sufficient technical density and detail to meet the specific needs (geriatrics, accessibility, and treatment) of the elderly population. The general objective is to analyze the normative expression of the right to health for the incarcerated elderly population, investigating how PNAISP and related normative acts address and guarantee these needs. Methodologically, the research is qualitative, with quantitative support for contextualization, characterized as documentary, descriptive, and analytical research. The documentary corpus comprises the PNAISP, the Criminal Execution Law (LEP), the Statute of the Elderly, and resolutions from the National Justice Council (CNJ), delimited by the period from **2003 to 2026**. The results intend to demonstrate whether the normative text has kept pace with the demographic emergence or if gaps persist that deepen the invisibility and lack of protection for the elderly in prison.

Keywords: Health of the Elderly. Health in the Prison System. Health Vulnerability. Normative Acts. Right to Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema Visual do Envelhecimento Acelerado e Carga Alostática no Cárcere.....	19
Figura 2 – Esquema didático: Teoria sociológica e o envelhecimento no cárcere.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos Seleccionados para Análise	18
Quadro 2 – Análise da Expressão Normativa do Direito à Saúde	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EPS – Educação Permanente em Saúde

IA – Inteligência Artificial

LEP – Lei de Execução Penal

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SENAPPEN – Secretaria Nacional de Políticas Penais

SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 JUSTIFICATIVA	16
4 MÉTODO	17
5 REFERENCIAL TEÓRICO	19
5.1 O Diálogo das Fontes: LEP e o Estatuto da Pessoa Idosa.....	20
5.2 Envelhecimento, institucionalização e vulnerabilidade.....	20
5.3. A institucionalização, as instituições totais e o corpo envelhecido.....	22
5.4 Biopolítica e o "DEIXAR MORRER" no cárcere.....	23
6 RESULTADOS.....	25
6.1 Análise do corpus normativo: o diálogo entre as fontes.....	25
6.2 Envelhecimento, institucionalização e vulnerabilidade.....	27
7 RESULTADOS ESPERADOS	30
8 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE DO IDOSO PRIVADO DE LIBERDADE	32
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
10 APÊNDICE A	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O sistema prisional brasileiro enfrenta, na última década, um fenômeno complexo e crescente: o envelhecimento de sua população custodiada. Segundo dados do Censo de 2022 e relatórios da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), a população idosa encarcerada apresentou um crescimento exponencial, o que impõe desafios complexos ao Estado devido à vulnerabilidade biológica e social desse grupo, agravada pelo conceito de "instituição total" (GOFFMAN, 2012). Historicamente, as instituições totais, termo cunhado por Erving Goffman, foram desenhadas para corpos jovens e produtivos, negligenciando as especificidades do envelhecimento.

O envelhecimento humano configura-se como um processo biopsicossocial caracterizado pela senescência, que envolve a redução progressiva da reserva homeostática e a alteração dos mecanismos de reparo celular. Do ponto de vista fisiológico, esse fenômeno manifesta-se pela desregulação de sistemas complexos, resultando na perda de robustez biológica e no aumento da vulnerabilidade a fatores externos. Segundo Papaléo Netto (2017), o declínio funcional não é uniforme, sendo influenciado por determinantes genéticos e epigenéticos que ditam a capacidade de adaptação do organismo ao longo do curso de vida. Nesse sentido, a saúde da pessoa idosa é definida pela sua capacidade funcional e autonomia, exigindo uma abordagem assistencial que transcenda a cura de patologias isoladas e foque na manutenção da qualidade de vida e na prevenção de síndromes geriátricas.

O ambiente de privação de liberdade atua como um potente estressor exógeno que precipita o declínio biológico, fenômeno tecnicamente denominado envelhecimento acelerado. A literatura especializada aponta que a exposição crônica a condições insalubres, marcadas por confinamento, privação sensorial, ventilação deficitária e uma dieta de alta densidade glicêmica, catalisa processos inflamatórios sistêmicos e estresse oxidativo. Esse cenário impõe um desgaste orgânico severo, gerando uma disparidade cronológica significativa entre a população custodiada e a em meio livre: enquanto estudos internacionais indicam uma aceleração do envelhecimento em cerca de 10 anos (MASCHI *et al.*, 2012), análises do cenário nacional asseveram que o perfil nosológico e funcional dos detentos pode apresentar uma defasagem de até 15 anos (MINAYO; CONSTANTINO, 2016). Tal evidência demonstra que a morbididade ambiental do cárcere rompe precocemente a fronteira entre a idade adulta e a

idosa, tornando imperativa a adoção de protocolos de Geriatria Preventiva antecipada na gestão da saúde prisional.

A escolha deste objeto de estudo e a análise aqui proposta fundamentam-se em uma trajetória profissional consolidada na assistência à saúde. Com vinte anos de experiência na atenção terciária, atuando como enfermeiro especialista em Terapia Intensiva no Hospital Felício Rocho, a transição para a APS permitiu uma nova perspectiva sobre a continuidade do cuidado. Há sete anos, essa atuação concentra-se especificamente no sistema prisional de Minas Gerais, por meio da implementação da PNAISP. Essa vivência dual entre a complexidade crítica do ambiente hospitalar e os desafios cotidianos da saúde no cárcere, confere o lugar de fala necessário para problematizar a assistência ao idoso custodiado, unindo o rigor técnico da enfermagem à realidade prática das unidades prisionais.

Diante das condições de insalubridade e falta de acessibilidade, a expressão normativa do direito à saúde torna-se o principal instrumento de garantia da dignidade humana. Este cenário, definido como um "desafio demográfico e normativo", impõe ao Estado a necessidade de readequar suas políticas públicas para atender a um perfil de vulnerabilidade que extrapola as questões de segurança pública, adentrando de forma crítica no campo da saúde coletiva e dos direitos humanos.

No Brasil, a institucionalização da PNAISP, por meio da Portaria Interministerial nº 1/2014, representou um marco na tentativa de integrar o sistema prisional ao Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, resta questionar se tal normativa, em conjunto com o arcabouço legal vigente, como, por exemplo, o Estatuto da Pessoa Idosa e a Lei de Execução Penal (LEP), possui densidade técnica e impositiva suficiente para garantir o direito à saúde diante das complexidades da senescência no cárcere, como a promoção a saúde, a necessidade de acessibilidade e a carência de cuidados geriátricos especializados.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar a expressão normativa do direito à saúde da população idosa privada de liberdade, investigando como a PNAISP (Portaria Interministerial nº 1/2014) e seus atos correlatos abordam as necessidades específicas deste grupo social.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar e descrever a previsão do direito à saúde na PNAISP e nos atos normativos expedidos por órgãos como o CNJ e a SENAPPEN, entre 2003 e 2026.

Avaliar a coerência e as lacunas das normas atuais frente às necessidades de saúde dos idosos privados de liberdade.

Verificar a existência de dispositivos impositivos sobre acessibilidade estrutural e padrões de salubridade voltados ao envelhecimento dentro das unidades prisionais.

Contextualizar a análise normativa por meio de dados estatísticos de saúde e demografia prisional para confrontar o texto legal com a realidade epidemiológica do cárcere.

3. JUSTIFICATIVA

A realização deste estudo justifica-se pela urgência social e jurídica decorrente do crescimento expressivo da população idosa nas prisões brasileiras. Enquanto a sociedade civil discute a transição demográfica, o sistema carcerário vivencia essa realidade de forma agravada, onde a "invisibilidade" do idoso e as condições insalubres potencializam a desproteção do Estado. Adicionalmente, do ponto de vista acadêmico, a pesquisa preenche uma lacuna importante na literatura, na medida em que são poucos os estudos que abordam o tema do envelhecimento nas prisões. Acredita-se que a pesquisa possui uma contribuição inovadora ao buscar identificar em documentos legais e/ou técnicos, aspectos que orientem a promoção da saúde do idoso privado de liberdade e o manejo de doenças crônicas.

4. MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, do tipo análise documental, que busca identificar e analisar, em documentos oficiais, como se expressa o direito à saúde de pessoas idosas privadas de liberdade.

O percurso metodológico deste estudo foi estruturado em duas etapas principais: a primeira consistiu na localização e seleção do corpus documental (Quadro 01); a segunda concentrou-se no tratamento, organização e análise técnica dos documentos selecionados (Apêndice A). Para a sistematização dos dados, utilizou-se uma planilha de extração (Apêndice A), desenvolvida especificamente para correlacionar os marcos legais do envelhecimento com as diretrizes da PNAISP.

A utilização de IA generativa nesta pesquisa serviu para converter conceitos teóricos complexos em esquemas visuais didáticos. O processo consistiu na síntese de dados biopsicossociais para materializar fenômenos de difícil visualização, como o desgaste biológico da carga alostática (Figura 1) e a pressão das estruturas institucionais sobre o envelhecimento (Figura 2).

Essa tecnologia foi escolhida por permitir a criação de representações precisas e personalizadas, garantindo o anonimato ético dos sujeitos e facilitando a compreensão imediata das correlações entre o ambiente carcerário e o declínio funcional do indivíduo.

A coleta de dados fundamentou-se em uma pesquisa documental, consultando bases de dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) especificamente via Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) e o antigo DEPEN. O levantamento estendeu-se ao âmbito estadual, com consultas à SEJUSP/MG (DEPEN-MG) e SEDS/MG, além da análise de normativas internacionais da ONU adotadas pelo Brasil. A estratégia de busca utilizou os descritores 'pessoa idosa', 'idoso privado de liberdade' e 'saúde prisional', aplicados de forma isolada e combinada para garantir a exaustividade dos resultados

Embora esta pesquisa estabeleça um recorte temporal específico entre 2003 e 2026, a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84) foi incluída na análise por constituir o marco regulatório fundamental e atemporal do sistema prisional brasileiro. É a LEP que estabelece, em seus artigos 10 e 11, o dever do Estado de prestar assistência à saúde da pessoa privada de

liberdade, garantindo o caráter preventivo e curativo que fundamenta todas as políticas subsequentes, como a PNAISP.

A delimitação cronológica do estudo (2003-2026) justifica-se pela relevância histórica da promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa em 2003, instrumento jurídico essencial para a garantia de direitos deste grupo específico no cenário nacional. Assim, a análise parte do alicerce da LEP para observar como as normativas evoluíram sob a égide da proteção ao idoso nas últimas duas décadas. A partir desses critérios, foram selecionados dez documentos, detalhados no Quadro 01 a seguir:

Quadro 01: Documentos selecionados para análise

N	Documento	Ano de publicação	Fonte
01	Estatuto da Pessoa Idosa - Lei nº 10.741	2003	Conselho Nacional de Justiça
02	Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional	2004	Ministério da Saúde e Justiça
03	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde (PNAISP)	2014	Ministério da Saúde e Justiça
04	Portaria Interministerial nº 1 (PANAISP)	2014	Ministério da Saúde e Justiça
05	Regras de Nelson Mandela	2015	ONU - Adotadas pelo Brasil
06	Manual de Procedimentos e Operações Padrão	2018	DEPEN-MG (SEJUSP)
07	Nota Técnica nº 18/2020	2020	DEPEN / MJSP
08	ReNP - Minas Gerais (Regulamento de Normas)	2021	SEDS/MG
09	Procedimento para custódia de pessoas idosas	2023	SENAPPEN
10	Resolução CNJ nº 487	2023	CNJ

Fonte: Elaborado pelo autor.

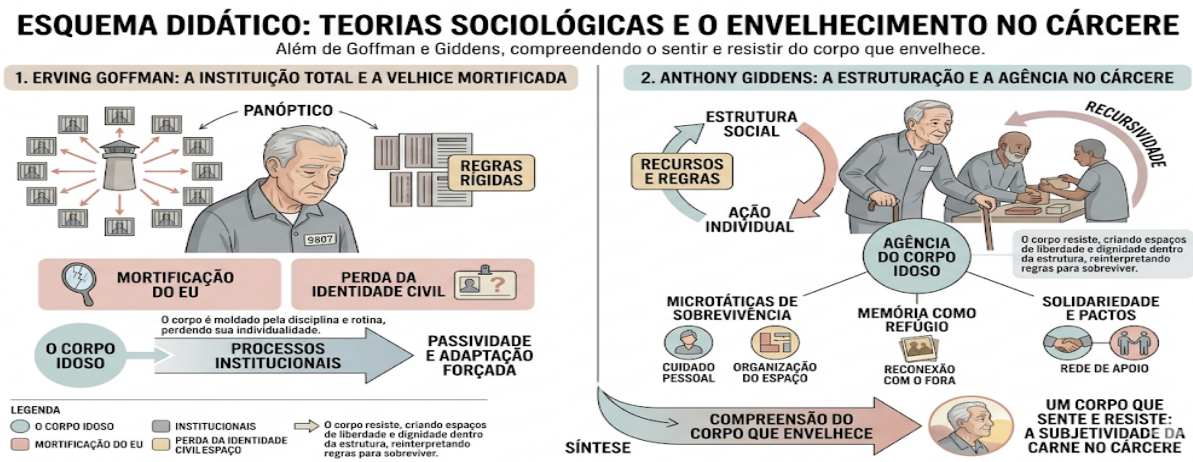
5. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, propõe-se um olhar sensível sobre o encontro entre o envelhecer e o cotidiano das instituições totais. Para além das teorias de Goffman e Giddens, buscamos compreender como o corpo que envelhece sente e resiste ao peso da prisão, esse processo de resistência e as nuances da vida senil no ambiente carcerário são detalhados conforme os dados apresentados na **Figura 1**. Metodologicamente, este estudo não se limita a dados concretos; percorre uma análise reflexiva e documental para dar visibilidade ao idoso encarcerado, cuja existência é marcada por uma invisibilidade social.

Sob a ótica da saúde, reconhecemos que o confinamento não é neutro: ele muitas vezes acelera o desgaste do corpo e da mente, antecipando doenças e silenciando sofrimentos psicossociais em nome da disciplina. Nesse cenário, a PNAISP surge como o marco normativo essencial para garantir que o SUS atravessasse as grades. Ela estabelece que o cuidado deve ser contínuo e integral, reconhecendo que a saúde no cárcere exige estratégias que considerem as especificidades de cada ciclo de vida.

Ao articularmos o Estatuto da Pessoa Idosa, a Lei de Execução Penal (LEP) e as diretrizes da PNAISP, não os olhamos apenas como textos jurídicos, mas como ferramentas vitais de cuidado e dignidade. O objetivo é revelar onde o Estado falha e onde a lei silencia, buscando caminhos para que o direito à saúde e o respeito à vida alcancem, com equidade, aqueles que envelhecem atrás das grades.

Figura 1 – Esquema didático: Teorias sociológicas e o envelhecimento no cárcere.



Fonte: Elaborado pelo autor com auxílio de inteligência artificial generativa (Google Gemini), 2026.

5.1 O Diálogo das Fontes: LEP e o Estatuto da Pessoa Idosa

A intersecção normativa entre a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984) e o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) revela uma antinomia aparente que deve ser resolvida pelo princípio da dignidade da pessoa humana. Enquanto a LEP estabelece o caráter retributivo e ressocializador da pena, focando na disciplina e na segurança, o Estatuto da Pessoa Idosa impõe uma proteção reforçada, garantindo o direito à vida e à saúde de forma prioritária.

Dessa forma, a execução da pena para o idoso não pode se distanciar do Art. 2º do Estatuto da Pessoa Idosa, que assegura todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental. Quando o cárcere impede o acesso a tratamentos geriátricos ou impõe barreiras arquitetônicas intransponíveis, como por exemplo, as grades, a pena deixa de ser uma privação de liberdade para tornar-se uma pena cruel ou degradante, violando o preceito constitucional do Art. 5º, XLVII, "e". Portanto, a PNAISP surge como o elo administrativo necessário para que as garantias do Estatuto penetrem as muralhas das instituições totais, transformando a "abstração do direito" em "prática assistencial".

5.2. Envelhecimento, institucionalização e vulnerabilidade

O envelhecimento humano é um processo multidimensional que envolve alterações biológicas, psicológicas e sociais. No entanto, quando esse fenômeno ocorre dentro do ambiente carcerário, ele torna-se uma experiência de vulnerabilidade acentuada. Segundo Minardi (2020), a prisão atua como um catalisador de processos degenerativos, o que leva à adoção do conceito de envelhecimento precoce.

Diferente da cronologia adotada para o meio livre, onde a Organização Mundial da Saúde (2015) estabelece os 60 anos como marco da terceira idade em países em desenvolvimento, no sistema prisional essa fronteira retrocede para os 50 anos.

Este fenômeno é explicado pela exposição prolongada a fatores de estresse crônico, dieta hiponutritiva e falta de assistência médica contínua. De acordo com Fazel *et al.* (2016), as condições de insalubridade e o confinamento geram um desgaste orgânico que faz com que o perfil de saúde do detento de 50 anos seja equivalente ao de um idoso de 65 anos em liberdade. Esse desgaste é frequentemente descrito na literatura médica como o acúmulo da carga alostática, resultante da adaptação forçada a um ambiente hostil, conforme exemplificado na **Figura 2**.

Para a “correta” gestão da saúde penal, é fundamental distinguir os dois processos de envelhecimento: Senescência: Compreende as alterações fisiológicas naturais e graduais que não comprometem a autonomia do indivíduo (BRASIL, 2003) e ao analisar o processo de envelhecimento, distingo claramente a senescência das senilidade. Compreendo a última não como um destino inevitável, como um desfecho patológico. Observo que a perda de funcionalidade não é fruto do tempo em si, mas sim do impacto cumulativo das doenças crônicas negligenciadas e de um declínio cognitivo que rompe as barreiras da normalidade biológica do indivíduo. No cárcere, a senilidade é a regra, não a exceção, devido à baixa eficácia das medidas preventivas (MINARDI, 2020).

A fragilidade, no contexto gerontológico, é uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva fisiológica. No ambiente prisional, essa condição torna o idoso um alvo fácil para a violência interpessoal ou para a negligência institucional (FRIED *et al.*, 2001; BRASIL, 2014).

A PNAISP surge como o instrumento jurídico e técnico para mitigar esses riscos. Conforme estabelece a Portaria Interministerial nº 1/2014, o cuidado ao idoso custodiado deve ser protetivo e proativo, e não apenas reativo. Isso significa que a equipe de saúde deve identificar precocemente o "fenótipo de fragilidade" - perda de peso, exaustão e lentidão para evitar o agravamento da morbimortalidade (BRASIL, 2014).

Figura 2 – Esquema Visual do Envelhecimento Acelerado e Carga Alostática no Cárcere



Fonte: Elaborado pelo autor com auxílio de inteligência artificial generativa (Google Gemini), 2026.

5.3 A institucionalização, as instituições totais e o corpo envelhecido

Sob a ótica de Goffman (2012), a instituição total opera através da 'mortificação do eu', um processo de despojamento da identidade anterior do sujeito. No contexto da execução penal de idosos, essa mortificação transcende o plano psicossocial e atinge o biológico. O sistema prisional, fundamentado na vigilância panorâmica e na padronização dos corpos, ignora as especificidades da senescência. As limitações físicas, como a redução da mobilidade, a fragilidade óssea e o declínio sensorial colidem com uma arquitetura desenhada para a contenção e não para o cuidado. Assim, a negligência com as limitações da velhice converte a pena privativa de liberdade em uma forma de castigo físico contínuo, onde o corpo envelhecido torna-se o palco de uma mortificação sistemática imposta pela rigidez institucional.

A análise da permanência da pessoa idosa no sistema carcerário brasileiro exige, primordialmente, o recurso ao conceito sociológico de "instituições totais" desenvolvido por Erving Goffman. Para o autor, tais estruturas se definem como locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, em situação semelhante e apartados da sociedade por tempo considerável, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2015). Nessas instituições, ocorre o rompimento das barreiras que normalmente separam as esferas do dormir, do brincar e do trabalhar, submetendo o indivíduo a uma autoridade única que desencadeia a "mortificação do eu". No caso do idoso, essa institucionalização severa é o estopim para a chamada morte social, manifestada pela perda de vínculos familiares e pelo esfacelamento da identidade pessoal. A saúde mental é a dimensão mais precocemente atingida nesse processo, apresentando altas taxas de depressão maior e quadros demenciais que, frequentemente, permanecem subnotificados por serem confundidos com a passividade esperada da senescência em ambiente de confinamento (GUIMARÃES et al., 2012).

Essa permanência prolongada acaba por gerar o estigma do egresso idoso, consolidando um fenômeno em que a institucionalização gera o medo da liberdade. Diante da ausência de uma rede de apoio externa e do longo período de afastamento do convívio social, o sistema prisional deixa de exercer sua função ressocializadora para se transformar em um "depósito de idosos", onde o Estado assume um papel assistencialista distorcido pela falta de dignidade.

Tal cenário é agravado pela compreensão da vulnerabilidade do idoso preso, que deve ser interpretada como um fenômeno triplo e interdependente, conforme as dimensões propostas por Ayres *et al.* (2003).

A primeira dessas dimensões é a vulnerabilidade individual, caracterizada pelo declínio natural das funções orgânicas, que é acelerado pela precariedade das condições carcerárias. Somada a ela, a vulnerabilidade social manifesta-se por meio da pobreza, do abandono afetivo e do estigma criminal que isola o indivíduo de sua comunidade de origem. No entanto, é na vulnerabilidade programática que reside o cerne da falha estatal, evidenciada pela incapacidade de converter o aparato legal como o Estatuto da Pessoa Idosa e a PNAISP em serviços acessíveis e resolutivos. Essa negligência programática materializa-se na ausência de acessibilidade arquitetônica, na escassez de profissionais especializados como geriatras e na dificuldade logística de acesso a exames e hospitais, revelando que, embora o direito à saúde seja garantido por lei, ele é sistematicamente negado pela estrutura física e administrativa do sistema de justiça criminal.

5.4 Biopolítica e o "DEIXAR MORRER" no cárcere

A compreensão da negligência estatal frente ao idoso encarcerado encontra substrato teórico fundamental no conceito de biopolítica, desenvolvido por Michel Foucault. Segundo o autor, o poder soberano clássico, definido pelo direito de "fazer morrer ou deixar viver", foi gradualmente substituído, a partir do século XIX, por uma tecnologia de poder voltada à gestão da vida: o biopoder (FOUCAULT, 1999). Nesse novo paradigma, o Estado assume a função de "fazer viver e deixar morrer".

No contexto do sistema penitenciário, essa lógica manifesta-se de forma perversa. Enquanto a instituição formalmente mantém o indivíduo sob sua custódia para "gerir sua vida" e reabilitá-lo, a precariedade das condições de saúde e a ausência de políticas assistenciais específicas para a senescência revelam o lado sombrio dessa técnica. Conforme pontua Foucault (2005), o "deixar morrer" não se refere apenas ao assassinato direto, mas à exposição de categorias inteiras da população à morte, ao aumento do risco de óbito ou, simplesmente, à rejeição política de grupos considerados improdutivos ou invisíveis.

A omissão como Gestão da Morte tem relevância com a cronicidade das doenças na velhice

exige uma atenção que o aparato carcerário, historicamente desenhado para corpos jovens e produtivos, falha em oferecer. Ao ignorar as especificidades biológicas do idoso, o Estado opera uma forma de tanatopolítica (gestão da morte). A omissão na prestação de cuidados básicos de saúde deixa de ser uma falha administrativa e passa a ser interpretada como uma estratégia biopolítica de abandono.

"A morte é o limite, o fim da soberania, mas é também o que escapa ao poder e se torna o ponto mais privado da existência" (FOUCAULT, 1999, p. 289).

No cárcere, contudo, a morte do idoso por negligência retira dele até mesmo essa última privacidade, transformando o fim da vida em um reflexo da desassistência institucional. Assim, o "deixar morrer" no sistema prisional brasileiro ratifica a premissa de que certas vidas são menos valiosas que outras, justificando a inércia estatal diante da fragilidade da vida idosa atrás das grades.

6. RESULTADOS

6.1 Análise do corpus normativo: o diálogo entre as fontes

A fundamentação jurídica do direito à saúde da pessoa idosa privada de liberdade no Brasil não se esgota em um único diploma legal, mas estrutura-se por meio de um "diálogo de fontes". Este fenômeno jurídico exige que a interpretação das normas de execução penal seja realizada sob a ótica da saúde pública e dos direitos humanos, garantindo que a punição estatal não transgrida a integridade física e mental do custodiado.

O pilar ético-jurídico dessa proteção é o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003). O Estatuto define o envelhecimento como um direito personalíssimo e sua proteção como um dever inafastável do Estado. No contexto do cárcere, a aplicação desta lei impõe a prioridade de atendimento e a garantia de condições de dignidade que evitem o tratamento desumano. Essa proteção nacional converge com as diretrizes internacionais estabelecidas pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos (Regras de Nelson Mandela) (ONU, 2015). Tais regras consagram o Princípio da Equivalência, determinando que a assistência à saúde no ambiente prisional deve possuir a mesma qualidade e acesso daquela oferecida à comunidade livre, vedando qualquer discriminação decorrente da situação de custódia.

No campo da operacionalização das políticas públicas, a Portaria Interministerial nº 1/2014, que instituiu a PNAISP, representa um marco disruptivo. Embora ela não faça nenhuma referência específica à população idosa, a definição da equidade como princípio, tem implícita a noção e a necessidade de reconhecer, no âmbito do sistema prisional, as diferenças, as singularidades e as necessidades de determinados grupos populacionais. A ausência da pessoa idosa em suas diretrizes, ao não estabelecer diretrizes específicas para a pessoa idosa, onde é notório que portaria ignora o ambiente carcerário como um catalisador de patologias o que transforma o aprisionamento como sistema que atua favorável ao envelhecimento precoce, fazendo com que o direito à saúde do idoso seja sufocado por um sistema que envelhece o indivíduo muito antes do que a cronologia permite prever. Se por um lado a política fala em equidade, por outro ela se mostra 'cega' às marcas do tempo no sistema prisional. Ao negligenciar essa singularidade, a política pública acaba por chancelar um sistema onde o tempo de pena é somado ao tempo de desgaste físico, transformando a invisibilidade normativa em uma sentença de sofrimento biológico antecipado.

A PNAISP rompe com o modelo de "ambulatório de segurança" isolado, integrando as unidades prisionais à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Para a pessoa idosa, esta integração é vital, pois garante o acompanhamento por equipes multidisciplinares e o acesso a exames e especialistas via regulação municipal ou estadual. Este braço assistencial é reforçado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, que atua na gestão de recursos para a prevenção de doenças crônicas e comorbidades, condições naturalmente mais prevalentes e onerosas na população idosa.

Sob o aspecto do ordenamento jurídico e processual, a Lei de Execução Penal (LEP – Lei nº 7.210/1984) estabelece, em seu artigo 14, que a assistência à saúde é um dever estatal de caráter preventivo e curativo. A LEP é o instrumento que viabiliza a "prisão domiciliar humanitária" em casos de debilidade extrema de saúde, medida frequentemente aplicada a idosos com quadros clínicos irreversíveis. Recentemente, este cenário foi atualizado pela Resolução CNJ nº 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A resolução é fundamental para idosos com quadros demenciais ou transtornos mentais, determinando que o tratamento ocorra na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não em hospitais de custódia, priorizando o cuidado em meio aberto.

Contudo, a jurisprudência brasileira tem flexibilizado esses marcos rígidos em prol do princípio da dignidade humana. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) consolidou o entendimento de que a prisão domiciliar pode ser concedida de forma excepcional e humanitária, independentemente do regime prisional, quando o idoso apresenta estado de saúde extremamente debilitado e a unidade de detenção não possui meios para oferecer o tratamento adequado. Conforme destaca a Corte:

"A jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça, em homenagem ao princípio da dignidade da pessoa humana, tem admitido a concessão da prisão domiciliar aos condenados que se encontram em regimes semiaberto ou fechado, quando demonstrada a fragilidade de sua saúde e a impossibilidade de assistência médica adequada no estabelecimento prisional." (STJ, HC 514.545/SP, Rel. Min. Reynaldo Soares da Fonseca, Quinta Turma, julgado em 06/08/2019).

Por fim, a eficácia das garantias fundamentais no sistema prisional depende da implementação dos procedimentos de custódia formulados pelo SENAPPEN, que operacionaliza o tratamento penal para grupos vulneráveis. Conforme orienta a Nota Técnica nº 18/2020 do DEPEN/MJSP, a atenção à saúde deve ser prioritária devido às especificidades biológicas:

"O envelhecimento populacional no sistema prisional demanda estratégias de cuidado integral, visto que a pessoa idosa apresenta maior vulnerabilidade biológica e necessidade de monitoramento contínuo de doenças crônicas como hipertensão e diabetes" (BRASIL, 2020, p. 04).

Complementando a execução prática dessas diretrizes, o Manual de Procedimentos e Operações Padrão do DEPEN-MG (2018) estabelece critérios para a manutenção da dignidade e segurança desse público, determinando que:

"A custódia de pessoas idosas deve observar a separação por faixa etária em alas específicas, garantindo não apenas a integridade física, mas a oferta de dietas especiais e a facilitação do contato familiar como suporte emocional indispensável" (MINAS GERAIS, 2018, p. 112).

Dessa forma, a atuação do SENAPPEN e das secretarias estaduais converge para um modelo de gestão que reconhece que a saúde no cárcere transcende a intervenção médica, exigindo um ambiente que respeite as limitações impostas pelo processo de envelhecimento.

6.2. O descompasso entre a norma e a realidade do sistema prisional

A análise comparativa dos documentos conforme apresentado no apêndice A revela um fenômeno de "hipertrofia normativa" acompanhado de uma "anemia operacional". Embora o arcabouço jurídico seja robusto, a transição da teoria PNAISP para a prática cotidiano prisional enfrenta obstáculos críticos.

A análise do *corpus* documental e normativo revela a existência de um arcabouço jurídico robusto, capitaneado pela PNAISP, instituída em 2014. Contudo, a implementação desta política para o público idoso enfrenta "nós críticos" que comprometem a integralidade do cuidado. Conforme aponta a literatura especializada, o envelhecimento no cárcere ocorre de forma acelerada, sendo que a precariedade das condições ambientais e a carência assistencial transformam a pena privativa de liberdade em uma punição que transcende a restrição do direito de locomoção, atingindo diretamente a dignidade da pessoa humana. Embora a PNAISP preveja o monitoramento constante de agravos, os sistemas de informação prisional apresentam lacunas na categorização das especificidades do envelhecimento, o que gera uma invisibilidade epidemiológica do idoso encarcerado.

Observa-se, nesse contexto, uma prevalência elevada de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. O entrave reside na

difficuldade de garantir a continuidade do cuidado em um ambiente de "rancho", termo utilizado para a alimentação coletiva padronizada. A rigidez das dietas oferecidas nas unidades prisionais ignora as restrições hipossódicas e glicêmicas necessárias, o que, somado à dificuldade de acesso regular à insulino terapia por questões de segurança e vigilância, agrava severamente o quadro clínico do idoso. No campo da saúde mental, a Resolução CNJ nº 487 representa um avanço normativo substancial, porém, a identificação de quadros demenciais, como o Alzheimer, permanece precária no cotidiano das unidades. Frequentemente, a confusão mental decorrente do declínio cognitivo é erroneamente interpretada pelos agentes de segurança como insubordinação ou desacato. Tal equívoco resulta na aplicação de sanções disciplinares a indivíduos que demandariam, em realidade, encaminhamento clínico e reabilitação psicossocial, evidenciando o despreparo institucional para lidar com a senescência.

A estrutura da PNAISP estabelece a Unidade Básica de Saúde Prisional como a porta de entrada para o sistema, todavia, a complexidade clínica do idoso exige acessos frequentes à Atenção Secundária e Terciária da RAS. O maior entrave logístico identificado não é exclusivamente a escassez de profissionais médicos, mas a deficiência crônica na logística de escolta. A falta de viaturas adaptadas e de efetivo policial para o transporte a exames externos viola o Princípio da Equivalência, contido nas Regras de Mandela, que preceitua que o preso deve receber assistência de saúde equivalente àquela disponível na comunidade. Soma-se a isso a inadequação arquitetônica das unidades; a maioria dos presídios brasileiros apresenta barreiras físicas como escadas excessivas, celas equipadas com treliches e banheiros desprovidos de barras de apoio. Esse cenário contraria as normas de acessibilidade e transforma o espaço físico em um fator de risco para quedas, as quais, para o idoso, são frequentemente o marco inicial de um processo de morbimortalidade devido às complicações da imobilidade.

A execução penal brasileira evidencia, portanto, um conflito latente entre a lógica da Segurança Pública e os imperativos da Saúde Pública. Embora a LEP e o Estatuto da Pessoa Idosa ofereçam suporte para a Prisão Domiciliar Humanitária em casos de extrema debilidade, a prática judiciária revela uma resistência acentuada. Frequentemente, o Judiciário prioriza o critério subjetivo da periculosidade em detrimento do direito fundamental à saúde, mantendo idosos com doenças terminais ou quadros degenerativos irreversíveis em ambiente carcerário, o que configura um tratamento cruel e degradante. Diante deste cenário, especialmente no

contexto de Minas Gerais, a solução para o descompasso entre a norma e a realidade reside no fortalecimento da intersetorialidade entre as Secretarias de Saúde e de Justiça. É imperativo que se estabeleçam fluxos reais de cuidado e que se institucionalizem protocolos de Cuidados Paliativos no sistema prisional. Garantir o direito a uma morte digna e ao alívio do sofrimento não é apenas uma diretriz da bioética, mas um imperativo ético que reconhece o idoso como sujeito de direitos cuja vulnerabilidade exige uma resposta estatal diferenciada e humanizada.

Nota-se que todos os documentos citados tratam o idoso sob a ótica da patologia (doença, vulnerabilidade, risco). Há uma carência de argumentação na PNAISP e nos manuais operacionais sobre a promoção da saúde e o envelhecimento ativo. O foco é estritamente na "manutenção da vida" e "evitação do óbito", negligenciando aspectos de saúde mental e ocupacional que são fundamentais para este ciclo de vida, conforme preconizam as Regras de Nelson Mandela (2015). A "falta de argumentação" da PNAISP frente aos novos documentos não é uma ausência de texto, mas uma falta de integração. Os documentos anteriores a essa portaria tentam "socorrer" as lacunas de uma política de 2014 que ainda não previu o impacto do envelhecimento acentuado da massa carcerária brasileira. A PNAISP fornece o "quê" (o direito), mas os manuais ainda lutam para definir o "como" em um sistema que prioriza o isolamento em detrimento do cuidado.

Percebe-se que a PNAISP, por ser uma política de gestão compartilhada (Saúde e Justiça), carece de densidade argumentativa própria para situações de crise. Isso ficou nítido com a necessidade da Nota Técnica nº 18/2020 (DEPEN/MJSP). O fato de ser necessário um documento extra para "lembrar" o sistema sobre a imunossenescência e as comorbidades do idoso demonstra que a PNAISP, isoladamente, ainda não logrou êxito em institucionalizar o olhar gerontológico de forma automática nas rotinas de custódia, ainda carece de densidade operacional específica para o envelhecimento. Enquanto o Ministério da Saúde foca na universalidade do acesso, o Ministério da Justiça prioriza a custódia segura, criando um 'vácuo de responsabilidade' onde o idoso, por não ser o perfil predominante (jovem/produtivo), acaba relegado a um cuidado reativo. A falta de protocolos de Geriatria Preventiva e de diretrizes claras para Cuidados da pessoa idosa dentro das unidades condena essa população a um envelhecimento marcado pela dor e pela invisibilidade, onde o direito à saúde é fragmentado pela burocracia das escoltas e pela rigidez da arquitetura prisional.

7. RESULTADOS ESPERADOS

A implementação das diretrizes e intervenções propostas para a população idosa privada de liberdade projeta impactos estruturais que transcendem a assistência clínica, incidindo diretamente na eficiência administrativa e na legitimidade jurídica do sistema prisional. Primeiramente, espera-se uma redução substantiva na taxa de morbimortalidade precoce. Conforme aponta a literatura sobre saúde no sistema prisional, o ambiente carcerário tende a acelerar o processo de envelhecimento em até 10 anos em comparação ao meio externo (MASCHI et al., 2012). Nesse sentido, o controle rigoroso de doenças crônicas não transmissíveis e a adequação ergonômica das celas para prevenção de quedas são medidas profiláticas essenciais. Conforme asseveram Minayo e Constantino (2016), tais ações são imperativas para assegurar o direito à vida e à integridade física, garantindo que o Estado cumpra seu papel de tutor da dignidade da pessoa humana. Portanto, a reestruturação da assistência ao idoso no cárcere não se limita a um cuidado setorial, mas consolida-se como uma estratégia fundamental para a humanização e a eficiência da gestão penal.

Do ponto de vista da gestão orçamentária, as intervenções visam à qualificação do gasto público. A prevenção de síndromes geriátricas e o manejo resolutivo de comorbidades dentro das unidades prisionais reduzem a dependência de escoltas externas de emergência operação que demanda alto custo de pessoal e logística e mitigam a sobrecarga de leitos em hospitais públicos de alta complexidade (DIAS; SILVA, 2021). A eficiência, neste contexto, alinha-se ao princípio da economicidade, transformando o investimento em atenção primária em economia nos gastos com segurança e saúde terciária.

No âmbito normativo, os resultados pretendidos buscam a conformidade jurídica e humanitária do Estado brasileiro. A adequação às "Regras de Mandela" (Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos) é imperativa para garantir que a senescência não atue como um agravante ilegal da pena (ONU, 2015). Ao adaptar o ambiente e o tratamento à condição de idoso, o Estado evita a configuração de tratamento degradante ou cruel, cumprindo o preceito constitucional da dignidade da pessoa humana.

Por fim, a sistematização desses dados de saúde deve servir como subsídio técnico para o desencarceramento seletivo. A produção de laudos bio-psicossociais robustos oferece ao Poder Judiciário a fundamentação necessária para a aplicação do Art. 117 da LEP, que prevê a prisão domiciliar para sentenciados em estado de extrema debilidade por motivo de doença

grave (BRASIL, 1984). Assim, a intervenção não apenas cuida do indivíduo, mas qualifica a gestão do fluxo penal, permitindo que o sistema de justiça decida com base em evidências clínicas concretas sobre a viabilidade da manutenção da custódia

8. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE DO IDOSO PRIVADO DE LIBERDADE

A eficácia do arcabouço legal brasileiro no tocante à saúde prisional enfrenta barreiras críticas na seletividade penal e na escassez de recursos, submetendo o idoso encarcerado a uma "pena dupla": a privação da liberdade física e a privação do direito à saúde em um organismo de alta vulnerabilidade biológica. Diante desse cenário, a gestão da saúde prisional em Minas Gerais demanda uma reestruturação profunda dos fluxos regulatórios. É imperativo que a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) estabeleça uma bandeira de prioridade no sistema SUS para idosos privados de liberdade, garantindo que a regulação para consultas geriátricas e exames de imagem ocorra em tempo hábil, mitigando o agravamento de patologias crônicas. Somado a isso, a infraestrutura das unidades deve evoluir para a criação de alas geriátricas adaptadas que, seguindo os preceitos de acessibilidade e ambiência, ofereçam rampas e barras de apoio sem descaracterizar a custódia, promovendo um convívio digno e seguro.

No âmbito da assistência direta, a operacionalização da PNAISP deve ser fortalecida pela instituição. A capacitação das equipes para o acompanhamento da terminalidade com dignidade é um imperativo ético que visa evitar o sofrimento evitável no fim da vida. Paralelamente, a implementação de mutirões de saúde cognitiva, com a aplicação periódica do Exame do Estado Mental, revela-se essencial para a identificação precoce de demências. Tal medida impede que idosos com comprometimento neurocognitivo sejam injustamente submetidos a sanções disciplinares por condutas decorrentes da incapacidade de compreensão das normas carcerárias.

Por fim, a dimensão jurídica do cuidado exige um diálogo estreito com o Poder Judiciário para o fortalecimento da Resolução CNJ nº 487. A saúde deve ser consolidada como o critério soberano na análise de concessões de prisões domiciliares humanitárias, especialmente em quadros de doenças degenerativas irreversíveis. O reconhecimento da "expressão normativa" do direito à vida deve superar a rigidez punitivista, permitindo que o Estado cumpra seu papel de garantidor dos direitos fundamentais, mesmo em contextos de restrição de liberdade. Dessa forma, a integração entre gestão, assistência e justiça configura o único caminho viável para humanizar o envelhecimento no cárcere e assegurar que a pena não se converta em

tratamento cruel ou degradante.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise normativa e documental empreendida nesta pesquisa evidencia que o envelhecimento no sistema prisional brasileiro transcende o fenômeno demográfico, configurando-se como uma crise de direitos fundamentais. Ao confrontar o conceito de "instituição total" de Goffman (2001) com a realidade biológica da senescência, conclui-se que o cárcere, em sua estrutura contemporânea, opera como um catalisador de morbididades. Essa dinâmica transforma a privação de liberdade em uma punição corporal progressiva e degradante, a qual excede os limites da sentença condenatória e confronta o princípio da humanidade das penas.

Observa-se que, embora o arcabouço jurídico nacional capitaneado pela PNAISP de 2014 e pelo Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) possua densidade ética e teórica, persiste um abismo operacional entre o texto legal e o cotidiano das unidades. A "invisibilidade" do idoso custodiado manifesta-se na escassez de protocolos de Geriatria Preventiva e na precariedade da acessibilidade arquitetônica. Tais fatores, em simbiose com o ambiente insalubre, precipitam o declínio funcional e a dependência precoce, ignorando as diretrizes internacionais estabelecidas pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, as Regras de Mandela (2015).

A pesquisa demonstra que a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui o instrumento mais viável para mitigar a lógica da "mortificação do eu". A capacitação técnica das equipes de saúde e dos agentes de segurança penal revela-se como um imperativo humanitário, necessário para que o cuidado transcende a abordagem meramente curativa e foque na manutenção da autonomia e da dignidade da pessoa humana. Conforme preceitua a bioética de proteção, o cuidado no ambiente prisional deve considerar a vulnerabilidade específica desse grupo, evitando o tratamento genérico que desconsidera as necessidades biopsicossociais da velhice.

Em suma, a gestão da saúde do idoso no cárcere exige que o Estado reconheça o envelhecimento acelerado como um critério de vulnerabilidade que demanda políticas públicas integradas entre o Sistema de Justiça e o SUS. A eficácia das normas, atualmente limitada por uma "hipertrofia legislativa" acompanhada de "atrofia executiva", depende da superação das barreiras estruturais e do estigma institucional. Somente através de uma rede de proteção efetiva será possível garantir que a dignidade da pessoa humana não seja

interrompida pelos muros da unidade prisional.

10. APÊNDICE A -Análise da Expressão Normativa do Direito à Saúde

N	Documento (Ano)	Fonte	Foco da Expressão Normativa	Garantias Específicas para o Idoso	Intersecção com a PNAISP
01	LEP - Lei 7.210 (1984)	Presidência	Assistência à saúde como dever do Estado (Art. 14).	Genérica. Garante assistência preventiva e curativa a todos.	Base legal que fundamenta a criação da PNAISP.
02	Estatuto da Pessoa Idosa (2003)	Presidência	Direito à vida e à saúde integral (Art. 15).	Prioridade no atendimento e fornecimento de medicamentos/próteses .	Norma superior que obriga a PNAISP a ter um olhar gerontológico.
03	Plano Nacional de Saúde (2004)	MS/MJ	Inclusão do sistema prisional no SUS.	Primeiros passos na organização de fluxos de saúde no cárcere.	Antecessor direto; define as bases do financiamento.
04	PNAISP - Port. Intermin. nº 1 (2014)	MS/MJ	Matriz da Política: Gestão compartilhada Saúde e Justiça.	Prevê atenção integral por ciclos de vida (incluindo o envelhecimento).	Documento Central do estudo.
05	Regras de Nelson Mandela (2015)	ONU	Padrões mínimos internacionais de direitos humanos.	Proteção contra discriminação e cuidado com presos vulneráveis.	Parâmetro ético para a interpretação da PNAISP.
06	Manual de Procedimentos e Operações Padrão (2018)*	DEPE N-MG (SEJU SP)	Padronização de rotinas operacionais e segurança.	Detalha separação de celas, dietas terapêuticas e fluxos de visitação.	Disciplina a aplicação prática e logística das ações de saúde previstas na PNAISP.
07	Nota Técnica nº 18/2020	DEPE N/ MJSP	Orientações de saúde em contexto de crise sanitária (COVID-19).	Reconhece a imunossenescência e a alta vulnerabilidade clínica/comorbidades.	Reforça o cuidado integral e a vigilância epidemiológica contínua da PNAISP.
08	ReNP - Minas Gerais (2021)	SEDS/ MG	Normatização da Rotina: Procedimentos operacionais.	Regras de movimentação, celas e assistência biopsicossocial.	Disciplina a aplicação prática das ações de saúde da PNAISP.
09	Resolução CNJ nº 487 (2023)	CNJ	Política Antimanicomial e desinstitucionalização .	Cuidado com idosos com transtorno mental ou demências severas.	Conecta saúde mental da PNAISP com a saída do cárcere.
10	Procedimentos de Custódia (2023)	SENA PPEN	Operacionalização da custódia de idosos.	Detalha celas adaptadas, triagem geriátrica e rotinas específicas.	Traduz a teoria da PNAISP para a prática da guarda prisional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas. Brasília, DF: CNJ, 2023.

BRASIL. [Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984]. **Lei de Execução Penal**. Brasília, DF: Presidência da República, [1984]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. [Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003]. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Presidência da República, [2003]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Nota Técnica nº 18/2020/DIOP/COAPS/DEPEN/MJSP**: Orientações para a atenção à saúde de pessoas idosas privadas de liberdade durante a pandemia de COVID-19. Brasília, DF: DEPEN, 2020. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Caderno de Procedimentos e Rotinas Carcerárias**. Brasília, DF: SENAPPEN, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen>. Acesso em: 26 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). **Procedimentos direcionados à custódia de pessoas idosas no sistema prisional**. Brasília, DF: SENAPPEN, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 514.545/SP**. Relator: Ministro Reynaldo Soares da Fonseca. Quinta Turma. Julgado em 06 de agosto de 2019. Disponível em: www.stj.jus.br. Acesso em: 30 mar. 2026.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **O Desafio do Cuidado com a Pessoa Idosa**. São Paulo: Cortez, 2010.

CRUZ, Maria do Socorro; VARELLA, Drauzio. **Saúde e Prisão**: uma discussão sobre a atenção integral. São Paulo: Contexto, 2019.

FAZEL, S. *et al.* Health of elderly prisoners: a systematic review of rehabilitation and epidemiology. **The Lancet Health**, v. 4, n. 11, p. 835-844, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: A Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology**, v. 56, n. 3, p. 146-157, 2001.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GOOGLE. **Gemini**. Versão 3 Flash. [S.l.], 2026. Disponível em: <https://gemini.google.com/>. Acesso em: 30 mar. 2026.

GUIMARÃES, H. C. *et al.* Depression and cognitive impairment in institutionalized elderly. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 6, n. 2, p. 110-115, 2012.

MACHADO, Maria Helena. **A Saúde no Sistema Prisional Brasileiro**: um estudo sobre a PNAISP. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MASCHI, Tina *et al.* Trauma, corrections, and psycho-social outcomes: A social work direction for justice-involved adults. **Children and Youth Services Review**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 38-47, 2012.

MINARDI, M. J. **O envelhecimento no cárcere**: entre a punição e o cuidado. Valencia: Tirant lo Blanch, 2020.

MINAS GERAIS. Departamento Penitenciário de Minas Gerais (DEPEN-MG). **Manual de Procedimentos e Operações Padrão**. Belo Horizonte: SEJUSP, 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Defesa Social. Subsecretaria de Administração Prisional. **Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP)**. Belo Horizonte: SEDS, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. **Resolução SEJUSP nº 526, de 20 de agosto de 2021**. Institui o Regulamento e Normas de Procedimento do Sistema Prisional de Minas Gerais (RENP). Belo Horizonte: SEJUSP, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Diretrizes de Regulação do Sistema SUSfácil**. Belo Horizonte: SES-MG, 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CONSTANTINO, Patricia (org.). **Deserdados da sociedade**: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos (Regras de Nelson Mandela)**. Tradução do Conselho Nacional de Justiça. Brasília, DF: CNJ, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde**. Genebra: OMS, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 7. ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

SÁNCHEZ, A.; SIMAS, L.; DIOGO, C. P. Saúde prisional e envelhecimento: o desafio do cuidado em ambientes de confinamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2020.

SOARES, Bárbara Musumeci; MIRANDA, Regina. **Os Donos do Poder**: a sociedade brasileira e o sistema prisional. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

VERAS, Renato. **Envelhecer no Brasil**: a construção de um modelo de saúde. Rio de Janeiro: Textos Envelhecimento, 2007.

WACQUANT, Loïc. **Punir os Pobres**: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan, 2001.