



**OPEN SOCIETY
JUSTICE INITIATIVE**

**EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA DESEMBARGADORA MARILIA DE
CASTRO NEVES VIEIRA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

RELATORA DO AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0032145-12.2020.8.19.0000

AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 0087229-92.2020.8.19.0001

A **CONECTAS DIREITOS HUMANOS - ASSOCIAÇÃO DIREITOS HUMANOS EM REDE**, associação sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 04.706.954/0001-75, com sede na Avenida Paulista, 575, 19º andar, São Paulo – SP (Docs. 1, 2 e 3); a **ASSOCIAÇÃO ELAS EXISTEM - MULHERES ENCARCERADAS**, associação sem finalidades econômicas, inscrita no CNPJ sob nº 32.598.607/0001-01, com sede no Rio de Janeiro, na Avenida Venezuela, 27, sala 419, Saúde, e-mail elasexistem.rj@gmail.com, neste ato representada por sua 1ª Diretora Caroline Mendes Bispo; em colaboração com a **OPEN SOCIETY JUSTICE INITIATIVE**, vêm, por seus advogados/as abaixo subscritos/as, respeitosamente, à Vossa Excelência, com lastro no art. 138 do novo Código de Processo Civil, requerer a manifestação na qualidade **AMICI CURIAE** nos autos da Ação Civil Pública supracitada, proposta pelo Ministério Público e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, trazendo a este eg. juízo as obrigações internacionais do Estado brasileiro, bem como melhores práticas e padrões de enfrentamento ao COVID-19 dentro do cárcere.

SUMÁRIO

I. DA PERTINÊNCIA DA CONTRIBUIÇÃO DE <i>AMICUS CURIAE</i> DAS PETICIONÁRIAS	4
-1- Da Relevância social do caso.....	4
-2- Da Legitimidade das peticionárias.....	7
a. Conectas Direitos Humanos - Associação Direitos Humanos em Rede.....	9
b. Associação Elas Existem - Mulheres Encarceradas	11
c. Open Society Justice Initiative	13
-3- Terminologia adotada acerca do gênero das pessoas presas	14
II. O ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS NO COMBATE AO COVID-19 NO RIO DE JANEIRO.	16
-1- Informações Gerais.....	16
-2- Projeção epidemiológica da disseminação da infecção por COVID-19.....	24
III. AS OBRIGAÇÕES DO ESTADO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE	29
-1- Visão Geral	29
-2- Assistência à saúde é um direito fundamental na prisão	33
-3- A incapacidade de prover assistência de saúde viola o direito à saúde e à vida e a proibição da tortura.....	35
-4- Equivalência no acesso à saúde pública.....	37
-5- Acesso à medicina preventiva de doenças infecciosas.....	38
-6- Assistência da Saúde na Prisão durante a Pandemia de COVID-19.....	39
a. Testagem.....	42
b. Distanciamento físico e isolamento médico	45
c. Higiene Pessoal.....	48
d. Higiene ambiental.....	51
e. Equipamento de Proteção Individual (EPI)	53
-7- Tratamento oportuno dentro dos hospitais carcerários e hospitais públicos da comunidade...55	
-8- Transparência das medidas de COVID-19.....	58
-9- Gestão interagências eficaz da COVID-19 nas prisões.....	62

IV. O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA GARANTIA DE DIREITOS DURANTE A PANDEMIA	64
-1- Atuação judicial no Direito Comparado	65
a. México	65
b. Argentina	67
c. Estados Unidos	67
V. DA DESIGUALDADE RACIAL NO ENCARCERAMENTO FEMININO	71
VI. DO IMPACTO DESPROPORCIONAL DA PRISÃO POR QUESTÕES DE GÊNERO	74
-1- Das Mulheres Cis	74
-2- Das Mulheres Trans	81
VII. CONCLUSÕES E PEDIDOS	87
VIII. LISTA DE ANEXOS	89

I. DA PERTINÊNCIA DA CONTRIBUIÇÃO DE *AMICUS CURIAE* DAS PETICIONÁRIAS

-1- Da Relevância social do caso

1. A presente Ação Civil Pública consolida ainda a atuação conjunta do Ministério Público e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, demonstrando o consenso na necessidade de atuação enérgica e coordenada dos entes públicos aqui questionados.

2. As requeridas não estão articulando-se suficientemente para controle da pandemia no interior dos presídios, e as recomendações trazidas ao presente caso advém do mais absoluto consenso entre especialistas internacionais e nacionais. A insuficiência de controle da doença no sistema prisional fatalmente limitará os esforços para seu enfrentamento em toda a sociedade.

3. Os governos em todo o mundo estão enfrentando uma emergência de saúde pública sem precedentes causada pela COVID-19, e a necessidade de endereçar a questão da disseminação em prisões assumiu urgência de caráter global.¹ Como é reconhecido por diversos órgãos de direitos humanos, presos são particularmente vulneráveis e têm maior risco de contrair o vírus,² que pode se espalhar rapidamente em prisões, devido à alta concentração de pessoas detidas em espaços confinados.³

¹ Por exemplo, o Irã, que tem cerca de 240.000 pessoas em prisões superlotadas, anunciou a soltura temporária de quase 100.000 presos, Francis Pakes, *Coronavirus: why swathes of prisoners are being released in the world's most punitive states*, The Conversation, 20 de abr. de 2020, <https://theconversation.com/coronavirus-why-swathes-of-prisoners-are-being-released-in-the-worlds-most-punitive-states-136563>. Similarmente, a Califórnia, nos EUA, soltou mais cedo 3.500 presos por causa do coronavírus, e reduziu a população nas cadeias, mas mesmo assim “cerca de 3.200 pessoas contraíram o coronavírus e 16 morreram numa catástrofe de saúde pública que os defensores dizem ter sido tanto previsível como prevenível.” The Guardian, *People are sick all around me: inside the coronavirus catastrophe in California prisons*, 20 de mai. de 2020, <https://www.theguardian.com/us-news/2020/may/20/california-prisons-covid-19-outbreak-deaths>.

² Nações Unidas (ONU) COVID-19 and Human Rights. We are all in this together, abr. de 2020, em 12; Comitê Permanente Interagências (IASC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (ACNUDH), *Interim Guidance (Orientação Provisória). COVID-19: Focus on Persons Deprived of Their Liberty*, 27 de Mar. de 2020 em 2 [em diante, IASC, *Interim Guidance (Orientação Provisória)*].

³ *Ibid.* em 2.

4. Conforme observado pelas Nações Unidas (ONU), “a COVID-19 já está rapidamente se espalhando pelas instalações prisionais, onde as medidas de distanciamento são quase impossíveis de serem implementadas, e os detentos são mais vulneráveis à doença.”⁴

5. Uma das recomendações mais comuns da ONU,⁵ dos sistemas de direitos humanos regionais, de numerosos governos de Estado, bem como das comunidades científicas e médicas, é assegurar o distanciamento físico (“social”) com a redução do número de pessoas detidas, que pode ser obtida, por exemplo, com a soltura de presos, adiamento do início do cumprimento da pena ou com alternativas à detenção. Apesar desses esforços serem cruciais, eles não são suficientes *per se*.

6. Problemas sistêmicos que são endêmicos ao sistema penitenciário comum de diversas jurisdições — tais como superlotação, más condições sanitárias e de vida, incluindo a falta de ventilação nas celas, e o nível insatisfatório dos serviços de saúde — estão sendo exacerbadas pela pandemia do novo coronavírus, colocando em perigo, igualmente, a vida dos presos, dos funcionários carcerários e da comunidade.

7. No entanto, de acordo com as leis internacionais e regionais, os Estados têm o dever de prover um nível adequado de assistência à saúde para as pessoas que permanecem em detenção. O Brasil e, por extensão, o estado do Rio de Janeiro, também têm o dever de cumprir essa obrigação.

8. Mais de 7 milhões de pessoas foram diagnosticadas globalmente com o novo coronavírus, e quase meio milhão já morreram em consequência da COVID-19. A infecção se espalha por todo o Brasil a taxas crescentes, e as prisões são a fagulha no barril de pólvora da transmissão, colocando presos, agentes carcerários e a comunidade sob uma ameaça

⁴ ONU, COVID-19 and Human Rights. We are all in this together, Abr. de 2020, em 8.

⁵ Ibid. at 12; UNODC, WHO, UNAIDS, and OHCHR, Joint Statement on COVID-19 in Prisons and Other Closed Settings, 13 de mai. de 2020, <https://www.who.int/news-room/detail/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>.

singularmente perigosa. Autoridades confirmaram, de acordo com dados recentes, que o coronavírus já entrou no sistema prisional do Rio de Janeiro.⁶ Até o dia 7 de junho de 2020, 24 presos tiveram resultados positivos nos testes para a COVID-19.⁷ Provas médicas e exemplos de outras jurisdições de Estado demonstram claramente que “...uma vez que a COVID-19 começa a se disseminar dentro de uma prisão, é somente uma questão de tempo até que o surto se espalhe rapidamente, infectando muitos dentro da prisão e logo também se disseminando pela comunidade.”

9. Essa triste realidade se manterá até que uma vacina que possa prevenir a transmissão do vírus seja desenvolvida. A solução está a meses ou anos de distância. Portanto, as autoridades prisionais no estado do Rio de Janeiro e por todo o Brasil devem imediatamente tomar as iniciativas necessárias para providenciar mitigação urgente de risco, incluindo a redução premente da população carcerária.

10. Como deveria ser sempre exigido, o estado do Rio de Janeiro deve garantir condições sanitárias e de segurança dentro do sistema prisional, especialmente no meio dessa atual emergência de saúde pública. Isso inclui prover tratamento adequado e medicina preventiva para pessoas encarceradas, tais como a testagem de diagnóstico para todos os presos e funcionários, de forma a rastrear e garantir a detecção precoce de casos de COVID-19. Em linha com suas obrigações e com as orientações de saúde pública, o estado deve fornecer os suprimentos necessários nas prisões para mitigar a transmissão de coronavírus, incluindo a distribuição de antissépticos, desinfetantes e equipamentos de proteção individual (p.ex., máscaras faciais) para todos os presos.⁸ As autoridades do estado também precisam garantir que aqueles que contraíam o vírus sejam tratados apropriadamente e em conformidade com as leis internacionais, regionais e federais.

⁶ Governo do Estado do Rio de Janeiro, Seap Bulletin, 7 de jun. de 2020, http://www.rj.gov.br/secretaria/NoticiaDetalhe.aspx?id_noticia=6493&pl=boletim-seap---7-de-junho-de-2020.

⁷ *Ibid.*

⁸ OMS, *Overview of public health and social measures in the context of COVID-19: Interim Guidance*, 18 de mai. de 2020; OMS, *Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases: Interim Guidance*, 19 de Mar. de 2020; OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, 15 de mar. de 2020.

11. Desse modo, inafastável a relevância e repercussão social da matéria, a ponto de a omissão em relação ao quadro exposto por especialistas poder gerar um quadro de mortes sem precedentes no sistema prisional. Mitigar efeitos da propagação do vírus coloca em risco desnecessário as pessoas presas e os agentes penitenciários vulneráveis e que componham grupos de risco, por suas próprias condições de saúde e pelas condições de encarceramento. Mais do que isso, é cediço que a falha em controlar a propagação do vírus no sistema prisional poderá comprometer o combate ao contágio de toda a sociedade. De tal sorte, entende-se necessária a concessão das medidas requeridas cautelarmente, nos exatos termos propostos pela exordial.

-2- Da Legitimidade das petionárias

12. Os *Amici* são organizações da sociedade civil nacionais e internacionais que testemunharam os efeitos desastrosos da pandemia de COVID-19 em pessoas encarceradas.

13. Dadas as condições da detenção, os indivíduos encarcerados enfrentam riscos de infecção elevados, riscos de doenças graves e morte, enquanto a população em geral está mais bem protegida por decretos de isolamento social e outros decretos emergenciais. Os funcionários carcerários e médicos que trabalham nessas prisões não têm como escapar dos riscos de infecção quando eles deixam as instalações carcerárias, e acabam levando a COVID-19 para suas casas e comunidades.

14. Os *Amici* têm interesse de longa data em promover e proteger os direitos humanos e o Estado de Direito. Sendo assim, os *Amici* requerem desta Corte uma medida liminar para proteger os direitos federais e internacionais de se estar livre da disseminação prevenível de doenças. Possuem também interesse vital na proteção daqueles que estão na prisão, incluindo os presos e os funcionários, bem como suas famílias e as comunidades mais amplas, tanto domésticas quanto internacionais.

15. A saúde de todos depende em parte da gestão efetiva do COVID-19 em todos os Estados, incluindo o Brasil, que atualmente tem registrado o segundo maior número de casos de COVID-19 do mundo.

16. Nós, *Amici*, nos baseamos em nosso conhecimento e experiência em matéria de leis e jurisprudência de direitos humanos internacionais e regionais, além de normas jurídicas e situações que dizem respeito a pessoas privadas de liberdade no Brasil. Além disso, citamos declarações a nós prestadas por eminentes especialistas e pesquisadores, tanto médicos quanto científicos, baseadas em seus conhecimentos profissionais e experiências.

17. Encontra-se em anexo o documento “Declaração da Dra. Ranit Mishori (MD, MHS, FAAFP) e da Dra. Michele Heisler (MD, MPA)”, produzido por duas médicas estabelecidas nos E.U.A. e associadas à organização internacional Physicians for Human Rights (Médicos pelos Direitos Humanos, PHR). A opinião detalha dados e conhecimentos atuais sobre a COVID-19 nas prisões.⁹

18. São também feitas referências à Opinião de Autoridades Médicas, produzidos por painel de especialistas médicos internacionais, incluindo Gregg Gonsalves, Ph.D. (Yale), Jason Andrews, M.D. (Stanford), Ted Cohen, M.D., M.P.H., D.P.H. (Yale), Julio Croda, M.D. (Fundação Oswaldo Cruz), Albert Ko, M.D. (Yale), José Roberto Lapa E Silva, M.D., Ph.D. (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Mary Petrone (Yale), e Katharine Walter, Ph.D., MSc. (Stanford), que foram anexadas à petição de Agravo Interno datada de 18 de junho de 2020¹⁰.

19. Em anexo há também dois depoimentos adicionais que descrevem práticas promissoras das prisões da Irlanda e da Itália, apresentados em nome de especialistas penitenciários: Fiona Ni Chinneide, Diretora Executiva do Irish Penal Reform Trust (Conselho Irlandês de Reforma

⁹ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

¹⁰ Opinião de Autoridades Médicas, Anexo ao Agravo Interno da Defensoria de 18 de junho de 2020.

Penal), na Irlanda, e Patrizio Ginella, da Antigone, uma organização da sociedade civil estabelecida na Itália.

20. Conforme estabelecido abaixo, os *Amici* são da opinião de que, de acordo com as obrigações legais brasileiras, regionais e internacionais, e à luz da ciência médica que informa medidas adequadas de saúde pública com respeito à COVID-19, é urgente que o estado do Rio de Janeiro, bem como o Brasil em geral, implementem medidas imediatas para mitigar o risco representado pela COVID-19 nas prisões e, como tal, na comunidade como um todo.

21. Os *Amici* também enfatizam o papel crítico do judiciário para proteger as pessoas sob sua jurisdição dos danos iminentes e irreparáveis dessa doença infecciosa e de possíveis mortes. Os *Amici* respeitosamente pedem que este Tribunal conceda as medidas urgentemente necessárias pedidas pelos Autores. Procedendo dessa forma, o Tribunal irá prevenir danos incomensuráveis e salvará inúmeras vidas.

a. Conectas Direitos Humanos - Associação Direitos Humanos em Rede

22. A CONECTAS tem por missão a efetivação dos direitos humanos e o combate às desigualdades, com a finalidade de construir uma sociedade justa, livre e democrática. No exercício dos seus fins institucionais, a entidade desenvolve diversas ações ligadas à proteção dos direitos humanos no Brasil e no mundo, incluindo a defesa dos direitos e do desenvolvimento socioambientais, o fortalecimento do espaço democrático e o enfrentamento à violência institucional. Como resultado, desde 2006 a peticionária possui status consultivo no Conselho de Direitos Humanos das Organização das Nações Unidas (ONU) e, desde 2009, dispõe de status de observador na Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos.

23. No enfrentamento à violência institucional, a Conectas monitora e denuncia violações cometidas pelo Estado, especialmente no que diz respeito às pessoas privadas de liberdade, à violência policial, aos impactos da “guerra às drogas” e sobre o direito de manifestação. Em sua atuação com a defesa de direitos das pessoas privadas de liberdade, atua para garantir que

todas elas, adolescente ou adulto, tenham o direito de cumprir sua pena de uma forma digna, conforme determina a lei.

24. Além disso, reconhece as violações do sistema como decorrentes do racismo estruturalmente arraigado em nossa sociedade, atuando para que se reverta o atual cenário de encarceramento em massa e que a privação de liberdade só seja decretada em casos excepcionais, reduzindo o número de presos e internos.

25. Dentre suas ações, a peticionária incide em fóruns internacionais e demanda respostas do Estado sobre os comprovados casos de tortura, maus-tratos, más condições de higiene e saúde, além de superlotação nas prisões dos sistema adulto, assim como nas unidades de internação do sistema socioeducativo.

26. Por meio de ações de litigância estratégica nacionais e internacionais, inspeções regulares a presídios e incidências legislativas e judiciais, a organização procura implementar a observação de direitos fundamentais, interromper as violações registradas, aprimorar nos mecanismos de controle e de transparência nas unidades de privação de liberdade e responsabilizar os agentes públicos violadores.

27. Essa atuação diversificada conferiu a legitimidade (ou pertinência temática) da peticionária em várias ações com objeto semelhante ao desta ação. Vale dizer que a organização foi habilitada como *amicus curiae* da ADPF nº 347, em que cautelarmente, a Suprema Corte reconheceu o estado de coisas inconstitucional do sistema prisional no Brasil, e também em outras com impacto direto no sistema: o Recurso Extraordinário n.º 635.659, a Proposta de Súmula Vinculante nº 57, a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4162 e o Habeas Corpus nº 118.533. Em âmbito internacional, a autora também figura como peticionária na Corte Interamericana de Direitos Humanos, no caso envolvendo a situação do Complexo Penitenciário de Pedrinhas.

28. Em relação a atuação frente às violações em referido Complexo Penitenciário, a Conectas produziu relatório, intitulado, Violação Continuada, dois anos da crise em Pedrinhas, em conjunto com Justiça Global, OAB-MA (Ordem dos Advogados do Brasil – seção Maranhão) e SMDH (Sociedade Maranhense de Direitos Humanos), iniciado após a expedição de medida cautelar contra o Estado brasileiro pela CIDH (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) da OEA (Organização dos Estados Americanos), em 16 de dezembro de 2013.

29. A Conectas também possui representante no Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, órgão criado pela Lei nº 12847, de 2013, integrante do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

30. Por fim, importante também ressaltar que, para além dos elementos ora trazidos, a Conectas periodicamente elabora pesquisas relacionadas à justiça criminal e sistema prisional, como por exemplo os relatórios Tortura Blindada: Como as instituições do sistema de Justiça perpetuam a violência nas audiências de custódia e Julgando a Tortura: Análise de jurisprudência nos Tribunais de Justiça do Brasil (2005-2010), e o estudo comparado Defesa criminal efetiva na América Latina.

31. Assim, considerando que a entidade desenvolve ações ligadas à proteção dos direitos humanos, e em particular na área de justiça criminal e no sistema carcerário e a repercussão do objeto desta ação, fica devidamente demonstrado o cumprimento dos requisitos necessários para a admissão da peticionária na qualidade de *amicus curiae*.

b. Associação Elas Existem - Mulheres Encarceradas

32. A Associação Elas Existem- Mulheres Encarceradas é uma organização sem fins lucrativos que tem por finalidade atuar em prol das mulheres que compõem o sistema penitenciário e das adolescentes do sistema socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro. Nos termos do art. 4º do Estatuto Social, seu foco principal de atenção são: mulheres grávidas, puérperas e lactantes em privação de liberdade; presas provisórias; mulheres transexuais presas; ingressas e egressas do sistema prisional; mulheres em privação de liberdade assistidas

pelas unidades jurídico-manicomiais; adolescentes em privação de liberdade; estrangeiras em privação de liberdade e mulheres negras e relação com o cárcere.

33. A Elas Existem, desde 2016, vem atuando em diversas frentes, visando a fomentar a discussão com a sociedade civil acerca do encarceramento feminino, do racismo estrutural e institucional no sistema de justiça criminal e contra o genocídio da população negra, pautando-se pela discussão a partir da epistemologia e da prática centrada no feminismo interseccional, na concepção anti-punitivista e abolicionista penal.

34. Atualmente a Associação faz parte de sete espaços de incidência política na luta pela população privada de liberdade, sendo cinco no Estado do Rio de Janeiro e outras duas redes nacionais, quais sejam: 1) Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, 2) Frente Estadual pelo Desencarceramento do Rio de Janeiro, 3) Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, 4) Grupo de Trabalho Mulheres e Meninas em Privação de Liberdade – ALERJ, 5) Conselho de Comunidade RJ, 6) Plataforma Brasileira de Política de Drogas e 7) Agenda Nacional pelo Desencarceramento, visando atuar de forma a participar dos espaços de incidência para a formulação e revisão de políticas públicas no âmbito do sistema prisional, bem como atuando em prol do desencarceramento, do acesso a direitos fundamentais e no combate às violações de direitos humanos de mulheres e adolescentes privadas de liberdade, nos termos do artigo 5º do seu Estatuto Social, in verbis:

Art. 5º: A Associação ELAS EXISTEM - MULHERES ENCARCERADAS atuará em prol do(a): I – Desencarceramento; II - Acesso a direitos e à justiça; III - Antipunitivismo; IV - Formulação e revisão de políticas públicas do sistema prisional do estado do Rio de Janeiro; V – Participação nos espaços políticos de atuação no sistema prisional do estado do Rio de Janeiro; VI - Coleta, produção e análise de dados sobre o aprisionamento feminino; VII – Fomento da discussão e o diálogo com a sociedade civil sobre o encarceramento feminino; VIII – Luta contra o racismo estrutural e institucional no sistema penal e contra o genocídio da população negra;

IX- Combate às violações dos direitos das mulheres e adolescentes em privação de liberdade.

35. O foco de atuação da Associação é o sistema prisional e socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro, junto das mulheres e adolescentes privadas de liberdade, para além as diversas atividades, observar a prática da violação sistemática de direitos humanos dentro desses espaços é a principal delas.

36. Ademais, a Requerente vem acompanhando de perto a situação da pandemia de COVID-19 no sistema penitenciário fluminense, podendo trazer informações relevantes e práticas acerca do cenário pandêmico dentro do sistema carcerário, conforme se verá de forma detida adiante.

c. Open Society Justice Initiative

37. A Open Society Justice Initiative faz uso da lei para promover e defender a justiça e os direitos humanos. Por meio de litigância, ativismo, investigação e assistência técnica, a Justice Initiative trabalha para criar precedentes que fortaleçam as proteções em lei e garantam que o acesso à justiça está disponível para todos. Nossa equipe está baseada em Abuja, Bruxelas, Berlim, Haia, Londres, Cidade do México, Nova York, Paris e Washington, D.C.

38. A Justice Initiative promove a responsabilização por crimes internacionais, combate a discriminação racial e o apatridismo, apoia a reforma da justiça criminal, combate abusos em questões relativas à segurança nacional e medidas de combate ao terrorismo, promove a liberdade de informação e expressão, combate a corrupção relacionada com a exploração de recursos naturais, entre outras coisas.

39. No âmbito do encarceramento e da saúde pública, a Justice Initiative tem entrado com ações judiciais, proporcionado assistência legal gratuita ou fornecido assistência como amicus

curiae a diversos sistemas judiciais domésticos, aos três sistemas regionais de direitos humanos e aos Comitês dos Órgãos de Tratados da ONU, incluindo o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê contra a Tortura das Nações Unidas. Nos últimos 15 anos, a Justice Initiative tem estado envolvida na litigância de casos que buscam a responsabilização por tortura e morte em prisões na Ásia Central e na América Latina.

-3- Terminologia adotada acerca do gênero das pessoas presas

40. Antes de adentrarmos na questão propriamente dita, necessária se faz uma breve explicação das terminologias utilizadas nessa petição com referência às mulheres.

41. É de grande importância política o entendimento das identidades de gênero para o combate à transfobia estrutural e discursiva. Nesse sentido, tanto cisgeneridade como a transgeneridade são possibilidades de existência dos sujeitos sociais.

42. De acordo com a intelectual Jaqueline Gomes de Jesus, pessoas cisgêneras são as que se identificam com a identidade de gênero pré-determinada no momento de seu nascimento e às pessoas transgêneras não se identificam, em diferentes graus, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado ao nascerem.

43. Dessa forma, as mulheres transexuais são as que reivindicam o reconhecimento social e legal enquanto mulheres, muito embora não sejam respeitadas vide transfobia estrutural.

44. Além do entendimento acerca das diferentes possibilidades de existência, é fundamental que, ao se falar de alguma identidade, ela seja pontuada enquanto parte da cisgeneridade ou da transgeneridade. Para tanto, os termos "cis" e "trans", respectivamente, quando aplicados ao discurso, ajudam no reconhecimento das identidades apresentadas e,



**OPEN SOCIETY
JUSTICE INITIATIVE**

consequentemente, na inclusão de pessoas transgêneras que, tantas vezes, têm suas identidades desrespeitadas a partir de uma visão biologizante acerca do conceito de "gênero".

II. O ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS NO COMBATE AO COVID-19 NO RIO DE JANEIRO

-1- Informações Gerais

45. São inúmeras as violações dos direitos fundamentais das pessoas presas: estão sujeitos às condições de superlotação carcerária; dormem em acomodações insalubres; não têm acesso a direitos básicos, como saúde, educação, alimentação saudável e trabalho; muitas vezes, contam com estruturas hidráulicas, sanitárias e elétricas precárias; celas com pouca ou nenhuma iluminação e ventilação, representando perigo constante e risco à saúde, ante a exposição a agentes causadores de infecções diversas; áreas de banho de sol que dividem o espaço com esgotos abertos e pouco ou nenhum acesso à água, para higiene e hidratação.

46. Não se olvida que enfrentamos no país um “estado de coisas inconstitucional”, no qual os poderes não se dispõem a articular ações para melhorar a situação calamitosa envolvendo o sistema prisional brasileiro. O Ministro MARCO AURÉLIO, relator da ADPF nº 347, resumiu o papel enérgico e, muitas vezes, contramajoritário do judiciário na articulação pelo enfrentamento a esse quadro:

“Entendo de relevância maior a apreciação do pedido de implemento de medida cautelar. Não se tem tema “campeão de audiência”, de agrado da opinião pública. Ao contrário, trata-se de pauta impopular, envolvendo direitos de um grupo de pessoas não simplesmente estigmatizado, e sim cuja dignidade humana é tida por muitos como perdida, ante o cometimento de crimes. Em que pese a atenção que este Tribunal deve ter em favor das reivindicações sociais majoritárias, **não se pode esquecer da missão de defesa de minorias, do papel contra majoritário em reconhecer direitos daqueles que a sociedade repudia e os poderes políticos olvidam, ou fazem questão de ignorar.**” (ADPF 347 MC, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO,

Tribunal Pleno, julgado em 09/09/2015, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-031 DIVULG 18-02-2016 PUBLIC 19-02-2016). (grifo nosso)

47. A inconstitucionalidade estrutural do sistema prisional brasileiro, reconhecida pelo STF, é perceptível a começar pelo desencontro de informações precisas que orientem as políticas públicas voltadas à essa área – o passo inicial de qualquer política pública.

48. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, o país já registra 861.753 pessoas presas¹¹, com um déficit de mais de 428 mil vagas¹² levando à uma taxa de ocupação de 201,34%; por sua vez, segundo dados publicados pelo Departamento Penitenciário Nacional, mais de 755 mil pessoas estão presas no Brasil,¹³ sendo que o país possui déficit de cerca de 313 mil vagas, acarretando 171,62% de taxa de ocupação. Apesar da discrepância, ambos os levantamentos apontam para uma mesma conclusão: a falência do sistema penitenciário.

49. Esta altíssima taxa de superlotação impede que condições mínimas de saúde sejam garantidas às pessoas privadas de liberdade, uma vez que não há a distribuição suficiente de itens básicos de higiene, atendimento médico, fornecimento de água para a realização da limpeza pessoal e do ambiente, acesso à remédios e alimentação nutricional adequada.

50. Em razão das características citadas, doenças potencialmente letais como a tuberculose e a AIDS atingem níveis epidêmicos no cárcere. A título de exemplo, uma pessoa presa tem chance 35 vezes maior de contrair tuberculose¹⁴ do que a população que não está encarcerada, evidenciando que o cárcere é um local com muita facilidade para a proliferação de doenças infectocontagiosas.

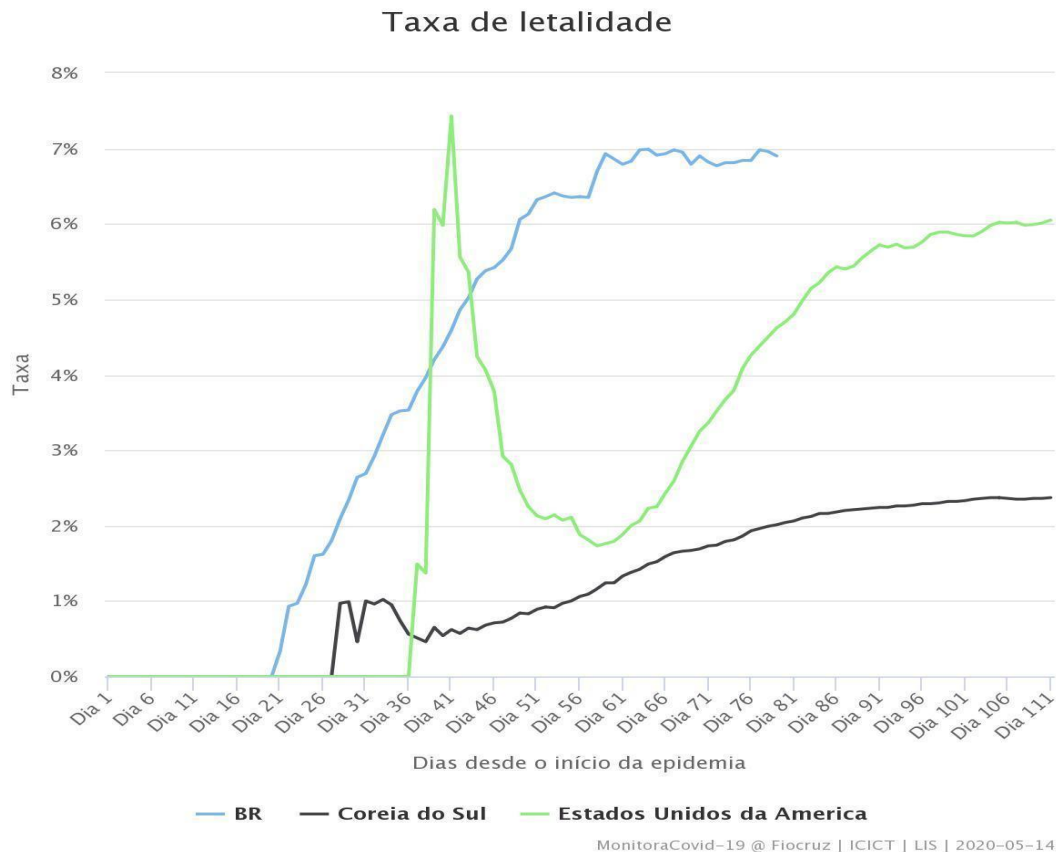
¹¹ Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Banco Nacional de Monitoramento de Prisões. Disponível em: <https://portalbnmp.cnj.jus.br/#/estatisticas>, acessado em 14/05/2020.

¹² Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP). Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php, cessado em 14/05/2020.

¹³ Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*, Junho de 2019. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/br/relatorioconsolidado-nacional.xls>, acessado em 14/05/2020.

¹⁴ “Em alerta por coronavírus, prisões já enfrentam epidemia de tuberculose”. Agência Pública. Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/em-alerta-por-coronavirus-prisoas-ja-enfrentam-epidemia-de-tuberculose/>, acessado em 14/05/2020.

51. Lamentavelmente, a humanidade passa por excepcional estado de pandemia, conforme oficialmente decretado pela Organização Mundial de Saúde, no último dia 11 de março. Nesse mesmo sentido, o Poder Executivo Federal decretou estado de calamidade pública no último dia 14 de março.



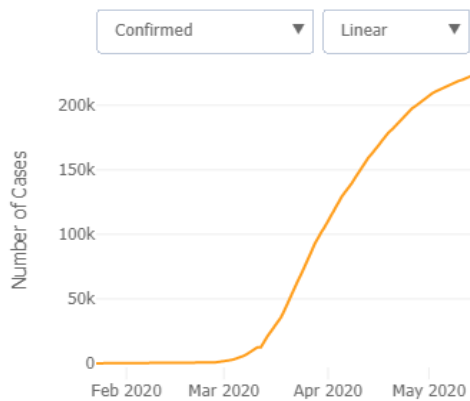
52. Diante de tal realidade e da rápida propagação do coronavírus, urge que medidas sejam adotadas. A título de exemplo, a taxa de letalidade no Brasil já é maior do que a no Estados Unidos¹⁵.

53. Como se observa pelo gráfico abaixo, o Brasil apresenta índices mais elevados do que os anotados na Itália, país que viveu as mais graves consequências da pandemia:¹⁶

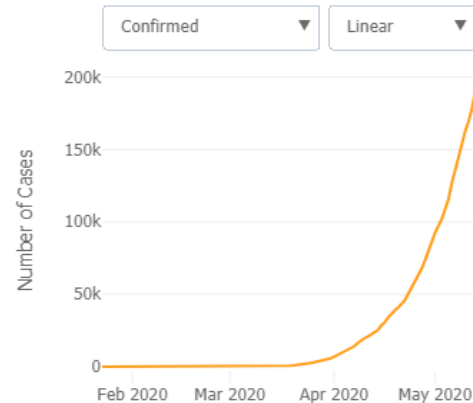
¹⁵ FIOCRUZ. Disponível em: < <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/> >, acessado em 14/05/2020.

¹⁶ Universidade John Hopkins. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/data/cumulative-cases>>. Acessado em 15/05/2020.

Itália



Brasil



54. Segundo painel administrado pelo Departamento Penitenciário Nacional sobre a pandemia, há registro de 38 óbitos, 1227 detecções e 910 suspeitas no sistema prisional do país, tendo sido feitos apenas 4804 testes.¹⁷

55. Com efeito, **a letalidade da COVID-19 entre presos alcançou o quintuplo da registrada na população geral**, após 23 dias da primeira morte pela doença:

O primeiro caso de coronavírus em uma prisão foi confirmado no dia 8 de abril. Nesses 23 dias, foram contabilizados 239 detentos infectados e 13 óbitos, uma taxa de letalidade de 5,5%. Já na população em geral, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro e, no 23º dia, eram 621 infectados e 6 mortes, uma taxa de 0,96%.

A primeira morte provocada pela doença foi mais rápida dentro do sistema prisional: nove dias após o primeiro caso confirmado. É menos que a metade do tempo observado para a primeira morte na população em geral —20 dias.

Os números podem ser ainda mais alarmantes. Isso porque o sistema do Depen demora em atualizar os casos, fornecendo um panorama aquém da realidade.¹⁸

¹⁷ Departamento Penitenciário Nacional, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYThhMjk5YjgtZWQwYS00ODIkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImVhMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTQiOGRhNmJmZThIMSJ9> acesso, 22 de maio de 2020.

¹⁸ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/letalidade-do-coronavirus-entre-presos-brasileiros-e-o-quintuplo-da-registrada-na-populacao-geral.shtml>. Acesso em: 30 mai. 2020.

56. Em 05 de maio, o Brasil contabilizava oficialmente 16 mortes de presos vítimas de COVID-19 e ocupava o 4º lugar na lista de mortalidade em decorrência da pandemia nas prisões do mundo, ficando atrás dos EUA, Bolívia e Irã¹⁹.

57. Vinte e cinco dias depois, os dados do DEPEN²⁰ expõem a escalada da contaminação entre os detentos do país: de acordo com as informações atualizadas em 30 de maio, o número mais que dobrou, atingindo 44 mortes oficialmente declaradas, posicionando o Brasil no 2º lugar do ranking de óbitos prisionais ocasionados por COVID-19.

58. Com relação aos presos contaminados, nota-se um crescimento exponencial de aproximadamente 450%, saltando da casa dos 200 infectados para 1.362 casos detectados.

59. Trazendo as estatísticas para o Rio de Janeiro, percebe-se que o estado contabiliza 11 mortes oficiais por COVID-19, o que equivale a 25% do total verificado no país inteiro. Em outras palavras, ¼ dos óbitos prisionais estão concentrados nas celas do estado fluminense. No contexto regional, esse número corresponde a 40,7% das mortes ocorridas no Sudeste.

60. Considerando que em 30 de maio, segundo as informações do DEPEN, os casos confirmados no Rio de Janeiro totalizavam 20, chegamos à alarmante taxa de letalidade por COVID-19 nas prisões do Estado de 55%, quando a taxa verificada na população brasileira extramuros é de 5,8%.

61. Contudo, certamente o cenário real é ainda pior, pois, conforme apontou a pesquisadora da Ensp/Fiocruz e coordenadora do grupo de pesquisa Saúde nas Prisões,

¹⁹ Disponível em: <https://ponte.org/em-lista-de-47-paises-brasil-e-4o-com-mais-mortes-de-presos-pela-covid-19/>. Acesso em: 30 mai. 2020.

²⁰ Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTlhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVliiwidCI6ImVlMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTQiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 31 mai. 2020.

Alexandra Sánchez, a subnotificação do sistema é muito grande²¹. Em recente debate realizado virtualmente, a pesquisadora lamentou a falta de transparência dos dados no Rio de Janeiro e afirmou que as informações oficiais não representam a realidade das unidades prisionais.

62. Para comprovar, citou uma revisão das mortes no Rio de Janeiro a partir de março, alegando que o aumento de falecimentos por pneumonia grave e síndrome respiratória aguda grave no sistema carcerário do estado foi o que alertou os pesquisadores:

“Fizemos uma revisão dos óbitos a partir do mês de março, quando começou a pandemia. Somente reclassificando as mortes que não têm confirmação pelo teste diagnóstico, mas foram por pneumonia grave ou síndrome respiratória aguda grave, atingimos uma taxa de 49 em mil, ou seja, cinco vezes superior à taxa oficial só com a reclassificação dos óbitos em revisão de boletim. Isso é bastante importante. (...) A taxa de mortalidade em abril foi 48/100 mil, enquanto, em fevereiro, foi de 19/100 mil. Em março, a COVID-19 contribuiu com 35% da taxa de óbito nos presídios, enquanto, em abril, ficou em 54%. Isso mostra uma tendência importante de aumento, uma vez que a taxa de mortalidade, excluindo a COVID-19, fica em torno de 20 a 25% por 100 mil.”

63. O colapso no sistema de saúde prisional é apontado há anos por diversos institutos e instituições que atuam nas unidades, tendo levado a União, no âmbito do Ministério da Saúde, a lançar, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Todavia, tal medida não foi capaz de trazer soluções satisfatórias para superar os problemas existentes²².

²¹ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-nas-prisoas-foi-tema-do-centro-de-estudos-da-ensp>. Acesso em: 31 mai. 2020.

²² A preterição da população carcerária é um contrassenso, já que consiste num grupo que se encontra totalmente sob a custódia estatal, diferente da população extramuros. Em verdade, o descaso confirma que não existe a intenção, por parte de nenhuma das autoridades, de ressocializar a pessoa apenada.

64. No Rio de Janeiro, o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade é historicamente débil, não havendo meios aptos a garantir sequer a atenção básica de saúde.

65. Dados do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura²³ apontam que “a condição atual do sistema prisional fluminense potencializa as vulnerabilidades das pessoas privadas de liberdade e as coloca em um risco real de morte diante de uma epidemia de coronavírus”.

66. As Resoluções SES/SEAP nº 736 e SEAP nº 804, editadas no Estado do Rio de Janeiro pelas autoridades administrativas das Secretarias de Estado de Saúde e de Administração Penitenciária, com recomendações a serem adotadas para prevenção e controle de infecções pelo COVID-19 nas unidades prisionais, são absolutamente dissociadas da realidade do sistema prisional.

67. As resoluções trazem uma série de ações de higiene pessoal, etiqueta respiratória, ventilação do ambiente, utilização de equipamentos de proteção individual para os agentes penitenciários, dentre outras medidas, além de propor o fluxo de cuidados e atendimento para casos suspeitos para as pessoas presas e para os trabalhadores do sistema.

68. Em resposta, o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro²⁴, com total domínio da realidade do sistema prisional fluminense e suas mazelas, apontou que as resoluções careciam de medidas expressas que garantissem a execução do previsto em sua concretude, elencando as razões pelas quais são impossíveis de serem postas em prática. Veja-se:

²³ Relatório Parcial sobre impactos do COVID-19 no Sistema Prisional do Rio de Janeiro, elaborado pelo Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura- RJ.

²⁴ O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ) é um órgão criado pela Lei Estadual No 5.778 de 30 de junho de 2010, vinculado à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro que tem como objetivo planejar, realizar e conduzir visitas periódicas e regulares a espaços de privação de liberdade, qualquer que seja a forma ou fundamento de detenção, aprisionamento, contenção ou colocação em estabelecimento público ou privado de controle, vigilância, internação, abrigo ou tratamento, para verificar as condições em que se encontram submetidas as pessoas privadas de liberdade, com intuito de prevenir a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes. Disponível em: <https://elasexistem.files.wordpress.com/2020/05/6-relatc3b3rio-parcial-do-mepctrj-sobre-o-covid19-no-sistemaprisional-atualizado-17.05.pdf>

“1. Higienização das mãos: é notória a ausência de água em todo sistema prisional fluminense, onde a oferta de água para os presos se dá de forma extremamente racionada, comumente, apenas duas vezes por dia. Não há nenhuma previsão de aumento de fornecimento de água aos presos para que possam cuidar da higiene pessoal e dos espaços coletivos. Igualmente, grande parte do material de higiene, se não a completude, é fornecido por familiares através da custódia, o que já havia sido reduzido nos últimos dois anos através de resolução da SEAP sobre o tema. Não há até o momento nenhuma notícia indicativa de licitação emergencial da SEAP para a aquisição de nenhum desses itens.

2. Etiqueta respiratória e ausência de contato: o MEPCT/RJ denuncia desde 2011 a situação de superlotação extrema nas unidades, onde presos não possuem sequer espaço suficiente para dormir, por vezes dividindo camas e com proximidade permanente um dos outros. É completamente inviável neste cenário a efetivação concreta da medida no que concerne aos presos, já que estes sequer possuem espaço suficiente para estarem de modo adequado nas celas. O contato é inevitável, o que pode ser corroborado pelos frequentes surtos de doenças de pele, a rápida transmissão de meningite, a epidemia de tuberculose e o recente surgimento de casos de sarampo, marcadamente na Penitenciária Ary Franco.

3. Manter espaços ventilados: é notório igualmente que diversos espaços e celas nas unidades prisionais possuem ventilação insuficiente para sequer amenizar o calor, quiçá impedir a propagação de uma epidemia de fácil transmissibilidade. Neste exemplo citamos unidades ainda mais críticas como a Penitenciária Talavera Bruce, o Instituto Penal Santo Expedito e a Penitenciária Ary Franco como espaços que claramente serão incapazes de garantir a efetiva aplicação deste quesito preventivo.

4. Atendimento de casos que apresentem sintomas: é notório a absoluta ausência de equipes médicas nas unidades prisionais do estado, cuja a maioria, quando muito, possui técnicos de enfermagem. Igualmente segundo a resolução da SEAP haverá redução no contingente de agentes que na prática são os que realizam a triagem para atendimento de saúde. Neste sentido, torna-se claro não haver nenhuma medida estabelecida de busca ativa e detecção de sintomas para que sequer seja garantido uma

redução de danos mínima. Enfatizamos que grande parte do presente na Resolução da SES e SEAP é impossível de ser posta em prática, levando em conta a total ausência de médicos e profissionais de saúde nas unidades prisionais, o que pode ainda ser agravado pela previsão de afastamento de profissionais cedidos.

5. Isolamento no Pronto Socorro Hamilton Agostinho: apontamos também, caso ocorra uma epidemia dentro do sistema, a completa incapacidade para lidar com crises desta magnitude, não apenas por não possuir leitos adequados para tratamento de casos mais graves, como também pelo baixo número de leitos disponível, muitos já ocupados por pacientes acometidos por outros agravos. Destaca-se ainda que existem presos no próprio local que estão nos grupos de risco. Nota-se que não há infraestrutura possível para garantir o efetivo isolamento ou atendimento adequado a casos graves dentro do sistema. No caso de grupos de risco a resolução prevê apenas que deve ser incluso no SisReg pois não haveria possibilidade de fazê-lo no Pronto Socorro Hamilton Agostinho. No entanto, destaca-se que não há nenhuma referência sobre o local no qual irão aguardar a transferência ou a vaga, tornando mais uma vez clara a ineficácia prática do fluxo e alto risco de se manter pessoas em risco em privação de liberdade.”

-2- Projeção epidemiológica da disseminação da infecção por COVID-19

69. Com base na opinião de inúmeros especialistas médicos internacionais, a única forma cientificamente sólida de prevenir um surto de COVID-19 no Rio de Janeiro, bem como no sistema prisional brasileiro, é reduzir o tamanho de sua população e garantir o distanciamento físico adequado, além de empregar práticas comprovadas que mitiguem o risco de propagação do coronavírus.

70. Conforme descrito pelas Dra. Mishori e Dra. Heisler²⁵:

²⁵ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

O novo coronavírus, oficialmente denominado SARS-CoV-2 (Coronavírus), causa uma doença conhecida como COVID-19. Acredita-se que o novo coronavírus seja transmitido de pessoa a pessoa principalmente por meio de gotículas respiratórias (ao tossirmos ou espirrarmos) mas também sobrevive em superfícies por até alguns dias. [...] Estudos mostram que, em média, uma pessoa infectada passa o vírus para duas ou três pessoas; a transmissão ocorre em distâncias de 3 a 6 pés (1 a 2 metros, aproximadamente). A “contagiosidade” desse novo coronavírus — seu R0, ou número de replicação (o número de pessoas que podem se infectar a partir de uma única pessoa infectada) — é duas vezes o R0 da gripe. Estima-se que em ambientes confinados, como prisões e outros locais de detenção, o “número de replicação” pode ser muito mais alto, com alguns modelos mostrando um R0 entre 5 e 10. Além do vírus ser muito eficiente na transmissão por gotículas, todas as pessoas apresentam risco de infecção, porque nossos sistemas imunológicos nunca foram expostos ao vírus, nem nunca desenvolveram respostas de proteção contra ele. Não há vacina para prevenir a nova infecção por coronavirus.

71. Mishori e Heisler enfatizam que “os indivíduos nas prisões e cadeias têm um risco significativamente maior de infecção por coronavírus, quando comparados a população da comunidade, e que eles têm um risco significativamente maior de complicações e resultados ruins, caso sejam infectados” resultando em doença grave e até morte.²⁶

72. No contexto particular das prisões do Estado do Rio de Janeiro, as especialistas especificam que:

[...] superlotação, medidas fracas de higiene, negligência médica e pouco acesso a recursos e assistência médica levaram a surtos de doenças infecciosas em cadeias e prisões globalmente.

²⁶ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

Essas condições de superlotação ajudam a tomar o distanciamento social impossível e criam as condições ideais para a rápida disseminação da infecção por SARS-CoV-2. Sob essas condições, é fundamental contar com a triagem, testagem, identificação e gestão médica apropriadas dos indivíduos com COVID-19, e a presença de equipes de assistência à saúde bem treinadas para fornecer cuidados médicos, leitos hospitalares adequados e processos de transferência, se necessário, para hospitais públicos e centros médicos.²⁷

73. Além disso, Mishori e Heisler recomendam que, tendo em vista isso:

a única estratégia viável de saúde pública disponível no Brasil atualmente é a mitigação de riscos, reduzir o tamanho da população dentro dos centros de detenção, cadeias e prisões é crucial para reduzir o nível de risco, tanto para aqueles que estão dentro das instalações quanto para a comunidade em geral. *Não fazer isso não é desaconselhável, é imprudente, dada a realidade da saúde pública que o Brasil enfrenta no momento* (grifo adicionado).²⁸

74. Conforme detalhado na Opinião de Especialistas Médicos²⁹ juntada aos autos pelos Autores:

Até 7 de junho, o Brasil tinha 614.000 casos confirmados, e mais de 34.000 pessoas morreram em decorrência do vírus. Essa taxa de mortalidade alarmante é de aproximadamente 325 por cento da taxa do mês anterior. Em 25 de maio, o número de mortos do Brasil ultrapassou o dos Estados Unidos, registrando o maior número de fatalidades diárias de coronavírus no mundo, num período de 24 horas. Os especialistas preveem que esse crescimento rápido continuará no Brasil, e um estudo recente estima que a mortalidade brasileira por COVID-19 pode ser multiplicada por cinco, chegando a 125.000 mortes no início de agosto.

²⁷ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

²⁸ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

²⁹ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

Até 7 de junho, o Brasil tinha o maior número do mundo de novos casos de COVID-19 por dia por milhão de pessoa.

Como a doença pode permanecer assintomática para muitas pessoas e como o Brasil não possui testagem regular, confiável e abrangente, o número de pessoas infectadas pela SARS-CoV-2 tende a ser bem maior do que os diagnósticos documentado.

Para todas as pessoas [...] a taxa de fatalidade da COVID-19 é cerca de dez vezes mais alta do que aquela observada para influenza sazonal grave [...] Nas populações de maior risco, a taxa de fatalidade é de cerca de 15 por cento. Para pacientes de alto risco que sobrevivem à COVID-19, é esperada uma recuperação prolongada, que inclui a necessidade de reabilitação extensiva para descondicionamento profundo, perda de dedos, danos neurológicos e perda da capacidade respiratória, sequelas que podem ser esperadas de uma doença tão grave.³⁰

75. O Painel enfatiza que as prisões podem servir como um acelerador para a disseminação da SARS-CoV-2 e as pessoas nessas instalações terão um risco significativamente maior de contrair COVID-19. Eles observam que as prisões são como barris de pólvora para doenças infecciosas. Uma vez que a SARS-CoV-2 adentra tais instalações, ela se espalha rapidamente, requerendo recursos importantes dos hospitais vizinhos. Para demonstrar, o Painel descreve o que aconteceu nas prisões em todo o mundo:

Nos estágios iniciais da pandemia, as prisões na China registraram mais de 500 casos de COVID-19, disseminados por quatro unidades carcerárias, afetando tanto os agentes prisionais quanto as pessoas encarceradas. Similarmente, nos Estados Unidos o coronavírus se disseminou rapidamente em vários ambientes prisionais. Por exemplo, a cadeia na ilha de Rikers, na cidade de Nova York, passou de um único caso confirmado para 287 casos em apenas duas semanas. Em determinado momento, um surto na Marion Correctional Institution (Estabelecimento Penitencial Marion ou

³⁰ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravado Interno interposto pelos Autores.

Marion CI), em Ohio, foi a maior fonte conhecida de infecção de coronavírus nos Estados Unidos. Mais de 80% dos indivíduos encarcerados na Marion CI testaram positivo –em outras palavras, mais de 2.000 dentre os 2.500 detentos. O município onde a Marion CI está localizada está agora passando por taxas de disseminação comunitária acima da média, fora da prisão. Essa experiência demonstra que uma vez que a COVID-19 começa a se disseminar dentro de uma prisão, é somente uma questão de tempo até que o surto se espalhe rapidamente, infectando muitos presos e logo também se *disseminando pela comunidade* (grifo adicionado).³¹

76. Os especialistas médicos concordam: por várias razões, o risco de coronavírus é maior entre os presos do que no público em geral, e uma vez que a COVID-19 é confirmada nas prisões, é uma questão de tempo até que o surto se espalhe rapidamente. As más condições prisionais, incluindo serviços de saúde insuficientes e superlotação, no estado do Rio de Janeiro e no Brasil em geral, agravam a transmissão da COVID-19. No total, isso prejudica os esforços estaduais e nacionais para controlar a doença.

³¹ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

III. AS OBRIGAÇÕES DO ESTADO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

-1- Visão Geral

77. Os governos de todo o mundo estão enfrentando uma emergência de saúde pública sem precedentes causada pela COVID-19, e a necessidade de endereçar a questão da disseminação em prisões assumiu urgência de caráter global.³² Como é reconhecido por diversos órgãos de direitos humanos, presos são particularmente vulneráveis e têm maior risco de contrair o vírus,³³ que pode se espalhar rapidamente em prisões, devido à alta concentração de pessoas detidas em espaços confinados.³⁴

78. Conforme observado pelas Nações Unidas (ONU), “a COVID-19 já está rapidamente se espalhando pelas instalações prisionais, onde as medidas de distanciamento são quase impossíveis de serem implementadas, e os detentos são mais vulneráveis à doença”³⁵ Uma das recomendações mais comuns da ONU³⁶ e dos sistemas regionais de proteção de direitos humanos para garantir o distanciamento físico (“social”), e aplicada pelos Estados, é a redução do número de pessoas detidas por meio, por exemplo, de soltura ou adiamento do início do cumprimento da sentença, recorrendo-se a alternativas para a detenção pré-julgamento. Apesar desses esforços serem cruciais, eles não são suficientes per se.

79. Problemas sistêmicos do sistema penitenciário de diversas jurisdições — tais como superlotação, más condições sanitárias e de vida, incluindo a falta de ventilação nas celas, e o

³² Por exemplo, o Irã, que tem cerca de 240.000 pessoas em prisões superlotadas, anunciou a soltura temporária de quase 100.000 presos (Francis Pakes, *Coronavirus: why swathes of prisoners are being released in the world's most punitive states*, The Conversation, 20 de abr. de 2020, <https://theconversation.com/coronavirus-why-swathes-of-prisoners-are-being-released-in-the-worlds-most-punitive-states-136563>). Similarmente, a Califórnia, nos EUA, soltou mais cedo 3.500 presos por causa do coronavírus, e reduziu a população nas cadeias, mas mesmo assim “cerca de 3.200 pessoas contraíram o coronavírus e 16 morreram numa catástrofe de saúde pública que os defensores dizem ter sido tanto previsível como prevenível.” (The Guardian, *People are sick all around me: inside the coronavirus catastrophe in California prisons*, 20 de mai. de 2020, <https://www.theguardian.com/us-news/2020/may/20/california-prisons-covid-19-outbreak-deaths>.)

³³ Nações Unidas (ONU) *COVID-19 and Human Rights. We are all in this together*, Abr. de 2020, em 12; Comitê Permanente Intergências (IASC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (ACNUDH), *Interim Guidance (Orientação Provisória).. COVID-19: Focus on Persons Deprived of Their Liberty*, 27 de Mar. de 2020 em 2 [em diante, IASC, *Interim Guidance (Orientação Provisória)*].

³⁴ *Ibid.* p. 2.

³⁵ ONU, *COVID-19 and Human Rights. We are all in this together*, Abr. de 2020, p. 8.

³⁶ *Ibid.* at 12; UNODC, WHO, UNAIDS, and OHCHR, *Joint Statement on COVID-19 in Prisons and Other Closed Settings*, 13 de mai. de 2020, <https://www.who.int/news-room/detail/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>.

nível insatisfatório dos serviços de saúde — estão sendo exacerbados pela pandemia, colocando em perigo, igualmente, a vida dos presos, dos funcionários carcerários e da comunidade.

80. Em conformidade com os compromissos de direitos humanos, os Estados têm o dever maior de proteger o bem-estar de pessoas encarceradas, oferecendo, entre outras medidas, os cuidados necessários de saúde.³⁷ Isso inclui o tratamento adequado na prisão, a transferência de pessoas encarceradas para instalações médicas externas, quando necessário, bem como o acesso à medicina preventiva e condições sanitárias adequadas.

81. Leis, normas e orientações de direitos humanos internacionais e regionais oferecem instruções específicas para sistemas judiciais e administrações carcerárias nessa época de COVID-19. O Brasil firmou diversas obrigações internacionais nesse sentido após a democratização, destaca-se o país ser signatário da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes³⁸, a Convenção Americana de Direitos Humanos³⁹, Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁴⁰

82. A implementação imediata de medidas para mitigar o risco de coronavírus, em linha com a legislação de direitos humanos e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), se mostrou bem sucedida em uma série de contextos estrangeiros. Os exemplos da Irlanda e da Itália, descritos em mais detalhes adiante, foram particularmente exitosos, pois foram capazes de conter a disseminação do vírus e minimizar os casos positivos dentro das prisões.

³⁷ Comitê de Direitos Humanos da ONU, *General Comment (Comentário Geral) No. 36: Artigo 6 (on the right to life)*, 30 de Out. de 2018, CCPR/C/GC/36, parágrafo 25 (afirma que há “um dever maior de assistência” dos governos “para adotar quaisquer medidas necessárias para proteger as vidas dos indivíduos privados de sua liberdade pelo Estado”, inclusive proporcionando “assistência médica necessária”, “uma vez que, ao levar, deter, aprisionar ou de qualquer outra forma provar os indivíduos de sua liberdade, os Estados-parte assumem a responsabilidade de cuidar de suas vidas... e não podem alegar falta de recursos financeiros ou outros problemas logísticos para reduzir essa responsabilidade.”). [daqui em diante, UNHRC, *General Comment (Comentário Geral) No. 36*].

³⁸ Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991.

³⁹ Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992.

⁴⁰ Decreto 591, de 6 de julho de 1992.

83. No plano nacional, para além da Recomendação n. 62 do Conselho Nacional de Justiça, diversas são as manifestações públicas em favor da tomada de medidas urgentes, como é o caso do Colégio Nacional de Defensores Públicos Gerais - CONDEGE, que publicou nota em favor da edição de decreto especial de indulto para enfrentar a gravidade e urgência da matéria,⁴¹ e da Rede de Justiça Criminal⁴², que publicou, em 17 de março de 2020, nota pública exigindo que providências urgentes sejam tomadas:

“a situação deve ser enfrentada dentro de um “Estado de Coisas Inconstitucional” – um sistema penitenciário estruturalmente colapsado e reprodutor de práticas cruéis – visando a redução da população prisional e em atenção ao sistema socioeducativo, desencarcerando, de imediato, entre outras, pessoas com doenças pré-existentes, com mais de 60 anos, mães e responsáveis por crianças até 12 anos, gestantes, lactantes (como previsto no Marco Legal da Primeira Infância), pessoas acusadas de crimes não violentos, incluindo tráfico de drogas, determinando a substituição de penas privativas de liberdade por restritivas de direitos de pessoas condenadas até 4 anos, substituindo o regime semiaberto, aberto ou albergue, por prisão domiciliar, suspendendo a validade de mandados de prisão para início de cumprimento de pena por decisão transitada em julgado e a prisão preventiva por outras medidas cautelares, com a finalidade de conter a disseminação do vírus.”

84. Fazendo coro aos posicionamentos citados, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura publicou nota técnica⁴³ sobre a situação e dedicou um capítulo de recomendações para o desencarceramento e a desinstitucionalização, merecendo destaque:

3.1. Desencarceramento e Desinstitucionalização

Presidente da República

⁴¹ Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais. Disponível em: <http://www.condege.org.br/publicacoes/noticias/condege-quer-indulto-especial-para-conter-coronavirus-nos-presidios>. Acessado em 15/05/2020.

⁴² Disponível em: https://redejusticacriminal.org/wp-content/uploads/2020/03/2020_03_17-Nota-sobre-Coronavi%CC%81rus-RJC_versa%CC%83o-final-1.pdf

⁴³ https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/nota-5_pp1_corana-virus_mnpct.pdf. Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

Publicar, emergencialmente, nos moldes requerido pelo nobre Colégio Nacional de Defensores Públicos-Gerais (CONDEGE), Decreto Especial de Indulto Presidencial, como prevê o art. 84, XII da Constituição Federal de 1988, com a finalidade humanitária de minimizar os impactos negativos da grave pandemia do COVID 19 que atingirá o já degradante e desumano Sistema Carcerário brasileiro, trazendo um potencial número de mortes;

Governo Federal

Garantir o aporte financeiro imediato para a ampliação e apoio ao custeio de serviços da Rede de Atenção Psicossocial nos estados e municípios, a fim de assegurar o devido acolhimento e cuidado das pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental nos territórios, dimensão que pode ser intensificada com as medidas de isolamento social e com os processos de desinstitucionalização;

- Garantir reparação plena e efetiva aos familiares de pessoas privadas de liberdade mortos nas instituições, como consequência da superlotação, e consequente falta de condições adequadas de assistência à saúde.

Tribunais de Justiça

- Adotar a Recomendação nº 62/202010, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que aponta caminhos sólidos de desencarceramento, medida fundamental para enfrentamento ao COVID19 e ao risco de morte em massa que essa pandemia pode causar dentro dos presídios e demais instituições de privação de liberdade no Brasil;

85. Da mesma forma, a Penal Reform International publicou documento com práticas empregadas em todo o mundo para que o sistema prisional não tenha um impacto negativo na proliferação do coronavírus,⁴⁴ em consonância com o respeito aos direitos das pessoas presas, das que trabalham e das que visitam o sistema prisional.

⁴⁴ Penal Reform International. *Global Prison Trends 2020*. Disponível em: < <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2020/05/Global-Prison-Trends-2020-Penal-Reform-International-Second-Edition.pdf> >. Acessado em 13/05/2020.

-2- Assistência à saúde é um direito fundamental na prisão

86. O direito à saúde é um direito fundamental e toda pessoa tem o direito de usufruir “o mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna”⁴⁵. A Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) – o documento fundamental da lei internacional de direitos humanos – afirma que todos têm direito à saúde, incluindo um padrão de vida adequado e assistência médica.⁴⁶ O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (PIDESC), um tratado multilateral do qual o Brasil é Estado-parte, exige que os Estados reconheçam o direito de todos de desfrutar os mais altos padrões de saúde física e mental.⁴⁷ O que é também reconhecido no Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988.⁴⁸

87. De acordo com as leis internacionais de direitos humanos, especificamente, é “axiomático que o Estado seja responsável pela assistência à saúde daqueles que mantêm sob custódia.”⁴⁹ O acesso à assistência à saúde é considerado internacionalmente um direito fundamental para os presos.⁵⁰

⁴⁵ Comitê da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR), *General Comment (Comentário Geral) No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 do Pacto)*, ONU, ONU. Doc. E/C.12/2000/4, parágrafo 1; *ver também*, Assembleia Geral da ONU, Resolução 45/111 adotada em 14 de Dez. de 1990, Basic principles for the Treatment of Prisoners, parágrafo 9; EACDH & OMS, *The Right to health, Fact Sheet No. 31*, Junho de 2008, em 1.

⁴⁶ AGNU, *Universal Declaration of Human Rights*, 10 de dez. de 1948, G.A. Res. 217A (III), A/810, art. 25(1).

⁴⁷ CESCR, *General Comment (Comentário Geral) No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 do Pacto)*, 11 de ago. de 2000, ONU. Doc. E/C.12/2000/4, parágrafo 34.

⁴⁸ Organization dos Estados Americanos (OEA), *Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights, “Protocol of San Salvador”*, 17 de nov. de 1988, Art. 10.

⁴⁹ Subcomitê da ONU para a Prevenção da Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (SPT), *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, 7 de abr. de 2020, CAT/OP/10, seção II.8. *Ver* Organization of American States, *American Declaration of the Rights and Duties of Man*, Final Act of the Ninth International Conference of American States (União Pan-Americana), Bogotá, Colômbia, 2 de mai. 1948, em Art. XI. Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), *Revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, p. 525. *Minors in Detention v. Honduras*, Caso 11.491, Relatório No. 41/99, Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), Relatório Anual 1998, OEA/Ser.L/V/II.102 Doc. 6 rev. (1998), parágrafo 135. *Neira-Alegría et al. v. Peru*, CIDH, Sentença de 19 de jan. de 1995, Série C No. 20 (1995), parágrafo 60. *Lantsova v. Russian Federation* (26 de mar. de 2002) UN Doc CCPR/C/74/763/1997 parágrafo 9.2.

⁵⁰ AGNU, *Resolução 70/175, The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Nelson Mandela Rules)*, adotada em 17 de dez. de 2015, Rule 24.1; Conselho Europeu, *Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules (European Prison Rules)*, 11 de jan. de 2006, Rule 39; IACommHR, *Resolution 1/08, Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, 13 de mar. de 2008, Princípio X.

88. O Comitê de Direitos Humanos da ONU (HRC), que é o órgão que supervisiona o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966 (PIDCP), do qual o Brasil é Estado-parte, afirma que

“os Estados têm [um] dever maior de adotar as medidas necessárias para proteger as vidas dos indivíduos privados de sua liberdade pelo Estado, uma vez que, ao deter, encarcerar ou privar indivíduos de sua liberdade de qualquer outro modo, os Estados-parte assumem a responsabilidade de cuidar de suas vidas e integridades físicas... O dever de proteger a vida de todos os indivíduos detidos inclui prover a eles a assistência médica necessária e o monitoramento regular de sua saúde.⁵¹

89. Similarmente, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) reconhece que os presos devem ter acesso a “desfrutar o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”,⁵² e sendo assim, os Estados devem proporcionar:

“entre outros aspectos, adequada assistência... médica, psiquiátrica; acesso permanente a funcionários médicos adequados e imparciais; acesso a tratamento e medicamentos apropriados e gratuitos; implementação de programas de educação e promoção de saúde, imunização, prevenção e tratamento de doenças infecciosas, endêmicas e outras; e medidas especiais para atender às necessidades especiais de saúde das pessoas privadas de liberdade pertencentes a grupos vulneráveis ou de alto risco, tais como: idosos, mulheres, crianças, pessoas portadoras de deficiências, pessoas vivendo com HIV ou tuberculose e pessoas com doenças terminais. O tratamento deve ser baseado em princípios científicos e aplicar as melhores práticas.”⁵³

⁵¹ UNHRC, *General Comment (Comentário Geral) No. 36: 25.*

⁵² CIDH, *Revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, p. 5.

⁵³ *Ibid.*

90. Quanto a isso, um Estado não pode negligenciar seu dever de prover assistência à saúde adequada a todos, nem mesmo quando enfrenta uma situação financeira difícil.⁵⁴ Os Estados também não podem invocar dificuldades econômicas para justificar condições carcerárias que estejam em desacordo com os padrões mínimos internacionais ou com o respeito inerente à dignidade da pessoa humana.⁵⁵

-3- A incapacidade de prover assistência de saúde viola o direito à saúde e à vida e a proibição da tortura

91. O incumprimento da garantia de condições de detenção adequadas, incluindo a assistência médica apropriada, pode levar a violações de diversos direitos fundamentais, incluindo, mas não limitados a, direitos de saúde, proteção à tortura e maus tratos e direito à vida.⁵⁶ O Artigo 10 do PIDCP afirma que todas as pessoas privadas de sua liberdade devem ser tratadas com humanidade e com respeito pela dignidade inerente da pessoa humana.⁵⁷ O direito à vida, de acordo com o PIDCP (Art.6), exige que o Estado tome medidas apropriadas para endereçar a disseminação de doenças que ameaçam a vida, incluindo doenças contagiosas.⁵⁸

92. O HRC observa que “[p]rivação à vida envolve... outros danos ou lesões preveníveis e previsíveis que ameacem a vida, causados por atos ou omissão”, e os Estados podem violar esse direito, mesmo que a pessoa não perca sua vida ao final.⁵⁹ Por exemplo, o HRC considerou que os Estados estão sujeitos a uma “obrigação para assegurar a saúde e a vida de todas as

⁵⁴ EACDH, *The Right to Health. Fact Sheet no. 31*, Junho, 2008, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, p. 5.

⁵⁵ Ver, p.ex., *Vélez Lóor v. Panama*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Preliminary Objections, Merits, Reparations and Costs, Sentença de 23 de Nov. de 2010. Series C No. 218, parágrafo 198; UNHRC, *General Comment (Comentário Geral) No. 36, parágrafo 25* (“Os Estados-parte assumem a responsabilidade de cuidar da vida deles...e não devem alegar falta de recursos financeiros ou outros problemas logísticos para reduzir sua responsabilidade.”).

⁵⁶ OEA, American Convention on Human Rights “*Pact of San Jose*”, Costa Rica, 22 de nov. de 1969, art. 5; CIDH, *Resolution 1/08, Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, Principle X; Organização Mundial contra a Tortura (OMCT), *The Prohibition of Torture and Ill-Treatment in the Inter-American Human Rights System: a Handbook for Victims and their Advocates*, 2014, OMCT Handbook Volume Series No. 2, at 103-111, https://www.omct.org/files/2014/11/22956/v2_web_guide_interamericain_en_omc14.pdf, pp.103-111 (cobrindo o escopo do Direito à Integridade Pessoal e elaborando sobre o Artigo 5 da Convenção Americana); CIDH, *Lori Berenson-Mejia v. Peru*, Sentença de 25 de Nov. de 2004, Série C No. 119, parágrafo 101.

⁵⁷ AGNU, *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP)* adotado 16 de dez. de 1966, A/6316 (1966), art. 10; ver também, ONU, Basic principles for the Treatment of Prisoners, Princípio 1.

⁵⁸ UNHRC, *General Comment (Comentário Geral) No. 36, parágrafo 26*.

⁵⁹ *Ibid.*, parágrafos 6-7.

“pessoas privadas de liberdade” e que o “[p]erigo para a saúde e a vida dos detentos como resultado de disseminação de doença contagiosa... configura violação do artigo 10 [dignidade para pessoas privadas de liberdade] do Pacto e também pode configurar violação dos artigos 9 [direito à liberdade e segurança] e 6 [direito à vida].”⁶⁰

93. A proibição absoluta de tortura e de tratamento degradante ou desumano também é amplamente reconhecida por impor aos Estados o dever de assegurar a saúde e o bem-estar das pessoas privadas de liberdade.⁶¹ Por exemplo, de acordo com a Convenção da ONU contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes (CAT), da qual o Brasil é parte, a inabilidade de prover assistência médica adequada para a população carcerária pode configurar violação desse direito fundamental.⁶²

94. Portanto, o direito à saúde em prisões se fundamenta nonexo entre o Estado tomar a iniciativa de desprover um preso de sua liberdade e, em consequência, sua responsabilidade em prover sua assistência à saúde. Sendo assim, a única maneira de um Estado cumprir com seu dever de não submeter presos a maus tratos, se um preso não pode ser solto, é proporcionar assistência à saúde adequada.⁶³

⁶⁰ UNHRC, Concluding observations of the Human Rights Committee, Republic of Moldova, CCPR/CO/75/MDA, parágrafo 9.

⁶¹ CIDH, *Vélez Lóor v. Panama*, parágrafo 198; CIDH, *Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas*, 31 de dez. de 2011, parágrafo 519.

⁶² Comitê contra a Tortura da ONU (CAT), Concluding Observations (*observações de conclusão*): Nova Zelândia, 16 de set. de 1998, Suplemento No. 44, A/53/44, parágrafo 167-178; CAT, *Concluding Observations (observações de conclusão)*: Cuba, 23 de mai. de 2012, CAT/C/CUB/CO/2, parágrafo 10; AGNU, *Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Convention against Torture)*, 10 de dez. de 1984, [G.A. Res. 39/46, annex, 39, at 197; CAT, *Observations of the Committee on the revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (SMR)*, 16 de dez. de 2013, CAT/C/51/4, parágrafo 16, 24, 32-34; CAT, *Concluding Observations of the Committee Against Torture: Etiópia*, 20 de jan de 2011, CAT/C/ETH/CO, parágrafo 26.

⁶³ Joanne Mariner & Rebecca Schleifer, *The right to health in prison*, in *Advancing the Human Right to Health* (eds. José M. Zuniga, Stephen P. Marks & Lawrence O. Gostin), Oxford University Press (2013).

-4- Equivalência no acesso à saúde pública

95. As Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, adotadas primeiramente pela Assembleia Geral da ONU em 1957 e revisadas em 2015, como as Regras de Nelson Mandela (Regras de Mandela) são consideradas pelos Estados como fonte primária de normas para tratamento em detenção.⁶⁴

96. De acordo com as Regras de Mandela, pessoas encarceradas devem ter acesso ao mesmo padrão de assistência à saúde que o disponível ao público.⁶⁵ Além disso, os serviços médicos devem ser prestados sem discriminações, incluindo as baseadas em raça, gênero, linguagem, religião, opinião política ou demais opiniões, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou estado legal,⁶⁶ e o acesso deve ser gratuito, justo e transparente e deve efetivamente atender às necessidades médicas dos presos.⁶⁷

97. Adicionalmente, em seu Manual de Direitos Humanos para Treinamento de Agentes Penitenciários, as Nações Unidas indicam que

[n]ão é apropriado argumentar que, porque uma pessoa está na prisão, ele ou ela tem de ter um padrão mais baixo de assistência à saúde que aquele proporcionado à comunidade. Pelo contrário, ao privar uma pessoa de sua liberdade, o Estado assume uma responsabilidade especial de proporcionar assistência de saúde adequada.⁶⁸

⁶⁴ Regras de Nelson Mandela (Nelson Mandela Rules).

⁶⁵ Nelson Mandela Rules, Rule 24(1); UN, *Basic principles for the Treatment of Prisoners*, Principle 9; CIDH, *Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, Principle X. CIDH, *Interim Guidance*, p. 2; CIDH, *Neira-Alegría et al. v. Peru*, Sentença de 19 de jan. de 1995, Série C Nº 20 (1995), parágrafo 86. CIDH, *Resolution 1/20, Pandemic and Human Rights in the Americas*, preamble, 10 de abr. de 2020, <http://www.oas.org/en/iachr/decisions/pdf/Resolution-1-20-en.pdf>; IACommHR, *Revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, parágrafo 529.

⁶⁶ ONU, *Basic principles for the Treatment of Prisoners*, Princípios 2, 9.

⁶⁷ Regras de Nelson Mandela, parágrafo 575,8.

⁶⁸ EACDH, *Human Rights and Prisons. Manual on Human Rights Training for Prison Officials*, 2005, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training11en.pdf>.

98. Os Estados também devem levar em consideração as condições específicas da detenção e as necessidades da população carcerária e incluir nas considerações diversos fatores tais como o excesso populacional. Devem incluir, por exemplo, as condições de saúde globais das pessoas encarceradas, condições insalubres da detenção ou superlotação.⁶⁹ O tratamento e a proteção da COVID-19 dentro do sistema prisional devem incluir essa e outras patologias e serem adaptados de acordo.⁷⁰

-5- Acesso à medicina preventiva de doenças infecciosas

99. O PIDESC exige que o Estado tome iniciativas efetivas para prevenir, tratar e controlar epidemias e doenças,⁷¹ e assegurar que as medidas preventivas sejam uma parte dos serviços de assistência à saúde, inclusive para pessoas sob custódia.⁷² A regra 24 das Regras de Mandela afirma que a “prestação de assistência de saúde para presos é uma responsabilidade do Estado”, e o atendimento “deve ser organizado em estreita colaboração com a administração de saúde pública geral e de maneira a assegurar a continuidade do tratamento e assistência, inclusive nos casos de... doenças infecciosas”. Como especificado na Regra 25(1) das Regras de Mandela, o acesso à assistência de saúde nas prisões significa não somente acesso a tratamento, mas também a medicina preventiva.

100. Quanto à prevenção de doenças infecciosas, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos (TEDH) indicou que a falta de implementação de assistência médica adequada ou oportuna e a incapacidade de evitar que um preso contraia tuberculose configura violação de seus direitos fundamentais, incluindo a proibição de tratamento degradante.⁷³

⁶⁹ Penal Reform International, *Health in prisons: realizing the right to health*, Penal Reform Briefing no. 2, 2007, p. 2, https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/brf-02-2007-health-in-prisons-en_01.pdf.

⁷⁰ Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes (CPT), *Third General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992*, 4 de jun. de 1993, CPT/Inf (93) 12, parágrafo 75.

⁷¹ AGNU, *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)* adotado em 16 de dez. de 1966, A/6316 (1966).

⁷² PIDESC, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, 11 de ago de 2000, E/C.12/2000/4, parágrafo 34.

⁷³ Ver Tribunal Europeu de Direitos Humanos (TEDH), *Melnik v. Ukraine*, Application no. 72286/01, 28 de mar. de 2006, parágrafos 104-106, 110-112.

101. No caso específico da COVID-19, são necessárias medidas de prevenção ampliadas, e sob a luz da regra de equivalência à assistência, os Estados devem assegurar que essas medidas sejam efetivamente implementadas dentro do ambiente carcerário.

-6- Assistência da Saúde na Prisão durante a Pandemia de COVID-19

102. A disseminação de doenças transmissíveis, como a COVID-19, constitui um grave problema de saúde pública no ambiente prisional, que frequentemente serve como incubador de doenças contagiosas devido à natureza das condições de detenção.⁷⁴ Conforme observado pela CIDH,

a pandemia de COVID-19 pode afetar seriamente o exercício pleno dos direitos humanos das pessoas, por causa dos graves riscos à vida, saúde e segurança pessoal que representa”, chamando o Estado especificamente a “endereço a superlotação das prisões” e “[a]daptar as condições de detenção... Particularmente [] saúde, saneamento e medidas de quarentena para prevenir o contágio de COVID-19... [e assegurar] que todas as unidades prisionais tenham assistência médica disponível.⁷⁵

103. Durante a pandemia, a CIDH tem ressaltado que um componente essencial do cuidado médico em prisões é o dever do Estado de assegurar que todas as prisões tenham unidades médicas e de garantir medidas de prevenção oportunas e apropriadas, diagnósticos e tratamentos para todos os presos, prestando atenção particular àqueles considerados em risco.⁷⁶

104. Similarmente, o Subcomitê para a Prevenção da Tortura da ONU (SPT) – o órgão estabelecido conforme o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura da ONU

⁷⁴ Ver CIDH, *Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, Principle X. IASC, *Interim Guidance*, p. 2.

⁷⁵ CIDH, *Resolution 1/20, Pandemic and Human Rights in the Americas*, parágrafo 47.

⁷⁶ CIDH, *Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas*, 31 de dez. de 2011, parágrafo 575(1); CIDH, *Resolution 1/20, Pandemic and Human Rights in the Americas*, Preâmbulo.

(OPCAT), do qual o Brasil é parte – emitiu parecer sobre como os Estados deveriam responder à epidemia de COVID-19 com respeito a pessoas em detenção, recomendando que os Estados:

[r]eduzam as populações carcerárias... Implementando esquemas precoces, provisórios ou temporários”; “[p]onham ênfase particularmente em locais de detenção onde a ocupação exceda a capacidade oficial, e... que não permitam o distanciamento social”; “[a]ssegurem que instalações e suprimentos suficientes sejam providenciados (gratuitamente) para todas as pessoas que permaneçam em detenção, de maneira a permitir que os detentos tenham o mesmo nível de higiene pessoal”; e “[e]vitem que o uso de isolamento médico tome a forma de confinamento disciplinar em solitárias”, entre outros.⁷⁷

105. Da mesma maneira, o Comitê Permanente Interagências da ONU (IASC) emitiu recomendações para Estados relativas à COVID-19 em locais de detenção, colocando ênfase significativa na necessidade de assegurar assistência de saúde adequada para aqueles detentos que não forem soltos.⁷⁸

106. Medidas de gestão e prevenção efetivas e oportunas são chave para conter a disseminação do coronavírus dentro do sistema prisional. Esse é um componente principal do direito à saúde e, como tal, os Estados têm a obrigação de implementar essas medidas.

107. Segundo Dra. Mishori e Dra. Heisler, isso é essencial, pois:

“[u]ma vez que alguém fica doente com a COVID-19, os danos podem ser duradouros. A doença é conhecida por afetar múltiplos sistemas no corpo, incluindo o pulmão, o coração, os rins e os vasos sanguíneos, exigindo reabilitação.”⁷⁹ Além disso,

⁷⁷ Subcomitê da ONU para a Prevenção da Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, “Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment,” ONU Doc. CAT/C/10/2020, parágrafo 9.

⁷⁸ IASC, *Interim Guidance*, p. 4.

⁷⁹ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

“[i]ndivíduos de qualquer idade podem ser infectados pelo novo coronavírus, mas dados recentes sugerem que indivíduos com condições médicas crônicas, como diabetes, doenças cardíacas ou renais, ou outras condições crônicas, têm mais risco de desenvolverem casos graves e de enfrentarem complicações e morte por COVID-19.⁸⁰ Pacientes que não morrem de casos graves de COVID-19 também podem enfrentar longos períodos de recuperação, reabilitação extensiva para danos cardíacos e perda de capacidade respiratória.”⁸¹

108. Essas especialistas também ressaltam que “[p]or causa da falta de tratamento ou de vacina efetiva, as estratégias de prevenção são cruciais. As estratégias de prevenção exigem intervenções focadas na população e na saúde pública que se concentrem em contenção e mitigação. A contenção exige testes, rastreamento e isolamento de pessoas doentes ou que tiveram contato com pessoas que estão doentes. Essa estratégia, entretanto, necessita de testagem em massa, que não estava amplamente disponível, devido a atrasos na tomada de ação.”⁸²

109. O Painel de Peritos Internacionais explica que as condições de detenção no Brasil aumentam a probabilidade de transmissão, como foi demonstrado no caso da tuberculose ("TB"), outra doença altamente contagiosa: "... a superlotação é o cerne da questão, contribuindo para os altos índices de TB dentro das prisões; e a triagem e as ferramentas de prevenção inadequadas impedem que os prisioneiros com TB sejam identificados até que estejam nos estágios finais da doença. Desta forma, as prisões no Brasil agem como reservatórios e amplificadores para a TB, facilitando sua disseminação nas comunidades circunvizinhas.”⁸³

110. Portanto, a medicina preventiva é essencial para proteger os prisioneiros durante esta pandemia, principalmente porque, como indicam a Dra. Mishori e a Dra. Heisler:

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*

⁸³ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

“[u]m coronavírus que é levado para dentro de uma prisão pode se espalhar rapidamente entre o denso corte de detentos. Muitos podem ficar doentes — incluindo os grupos de alto risco, como as pessoas com doenças crônicas — sobrecarregando rapidamente a infraestrutura já desgastada dentro das instalações. Isso também pode levar à sobrecarga dos hospitais circunvizinhos para os quais esses indivíduos podem ter que ser transferidos.”

111. Como tal, medidas adicionais precisam ser urgentemente implementadas. Portanto, em linha com as recomendações da OMS, é vital que os Estados priorizem o seguinte nos locais de detenção: testes de diagnósticos abrangentes; distanciamento físico, incluindo isolamento médico não punitivo, quando necessário; melhoria na higiene (pessoal e ambiental) e equipamentos de proteção individual (EPI).⁸⁴

a. Testagem

112. De acordo com a OMS, a testagem de COVID-19 em prisões é uma parte integrante da resposta dos Estados à COVID-19 em geral,⁸⁵ observando-se que “os esforços para controlar a COVID-19 na comunidade têm propensão a falhar, se medidas sólidas de prevenção e controle de infecções, testes adequados e atendimento não forem implementados em prisões e outros locais de detenção.”⁸⁶

113. Segundo Dra. Mishori e Dra. Heisler, “*todas as pessoas apresentam risco de infecção, porque nossos sistemas imunológicos nunca foram expostos ao vírus, nem nunca desenvolveram respostas de proteção contra ele. Não há vacina para prevenir a nova infecção por coronavírus.*”⁸⁷ Como enfatizado pelo Escritório do Alto Comissariado para os Direitos

⁸⁴ OMS, *Overview of public health and social measures in the context of COVID-19: Interim Guidance*, 18 de mai. de 2020; OMS, *Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases: Interim Guidance*, 19 de Mar. de 2020; OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, 15 de mar. de 2020.

⁸⁵ OMS, *Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases: Interim Guidance*, p. 1; OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, parágrafo 6.4.

⁸⁶ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*, parágrafo 1.

⁸⁷ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

Humanos (EACDH), para prevenir o aumento da disseminação da COVID-19, os Estados devem garantir “amplo acesso à testagem...para detentos...[e] funcionários das prisões.”⁸⁸ Os Estados devem considerar tanto os presos como os funcionários carcerários como categorias prioritárias para testagem.

114. A lei internacional de direitos humanos enfatiza a importância de os detentos passarem por exame médico no momento da admissão,⁸⁹ bem como em qualquer momento posterior quando seja prudente, em termos médicos, fazê-lo.⁹⁰ Isso é especialmente importante no contexto de doenças infecciosas. Como demonstra a experiência com tuberculose (TB), a detecção de casos ativos exige triagem de presos em momentos diferentes de seu encarceramento. Se isso for feito “adequada, efetiva e sistematicamente e seguido de um regime de tratamento adequado”, a OMS conclui que pode “levar à reversão da incidência crescente da TB e à redução de mortalidade devido à TB”.⁹¹

115. Similarmente, a testagem laboratorial para COVID-19 deve incluir todos os presos: desde aqueles recém-admitidos na prisão, até os que já estejam detidos. Com ênfase especial para pessoas vulneráveis, independentemente dos sintomas como febre e tosse estarem ou não presentes, uma vez que frequentemente os infectados são assintomáticos, mas podem transmitir a doença.

116. Os presos devem ser examinados por profissionais de saúde qualificados “no interesse de prevenir a disseminação de doenças transmissíveis”, e presos com suspeita de infecção devem ser isolados pelo período de infecção.⁹² Se um preso ou funcionário da prisão testa

⁸⁸ Porta-voz para o Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU, *Press briefing note on Americas/ Prison conditions*, 5 de Mai. de 2020, <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25864&LangID=E>.

⁸⁹ AGNU, *Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment*, adopted by General Assembly resolution 43/173, 9 de dez. de 1988, Principle 24; CIADH, *Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, Principle IX.3. IASC, *Interim Guidance*, p. 4

⁹⁰ CIDH, *Provisional measures for María Lourdes Afiuni, Venezuela. Order of the President of the Inter-American Court of Human Rights of December 10, 2010*, recital 11; *Nelson Mandela Rules*, Rule 24. EACDH, *Human Rights and Prisons. Manual on Human Rights Training for Prison Officials*, 2005, p. 63.

⁹¹ OMS, Regional Office for Europe, *Prisons and Health*, 2014, p. 58.

⁹² *Nelson Mandela Rules*, Regra 30; Conselho da Europa (“CoE”), *Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules* (“Regras Prisionais Europeias”), Regras 42.1 e 42.3; IACommHR, *Pandemic and Human Rights in the Americas*, Princípio IX.

positivo, os prisioneiros e funcionários que estiveram em contato com eles nas duas semanas anteriores devem também ser testados.⁹³

117. Testagem proativa de todos os presos para detectar surtos precocemente e, no mínimo, uma testagem sistemática de todos os presos sintomáticos são uma maneira efetiva de proteger os presos, os funcionários da prisão e a comunidade.⁹⁴ Mishori e Heisler recomendam que o Brasil e outros estados implementem “um programa robusto de testagem em massa que inclua a testagem regular e frequente de detentos e membros da equipe sintomáticos e assintomáticos, acompanhada de rastreamento de contato e gestão médica apropriada daqueles que testaram positivo (o que não inclui o confinamento em solitária), especialmente para as pessoas no grupo de risco.”⁹⁵

118. A Irlanda é um exemplo notável de como a implementação imediata de normas internacionais e regionais de direitos humanos pode combater efetivamente a disseminação da COVID-19 nas prisões. Na Irlanda, por exemplo, o Departamento de Saúde designou presos e funcionários das prisões como categorias prioritárias para testagem. Até o dia 26 maio, a Irlanda teve 24.735 casos confirmados de COVID-19, mas ainda nenhum caso confirmado entre seus prisioneiros.⁹⁶

119. Atualmente a Irlanda também põe em quarentena por 14 dias todos os presos recém-admitidos. O Serviço Prisional Irlandês está trabalhando com o Serviço Executivo de Saúde (HSE) para implementar um processo que vai facilitar a testagem precoce de todos os presos recém-admitidos, e assim permitir que o preso deixe a quarentena mais cedo, desde que os resultados para COVID-19 sejam negativos.⁹⁷

⁹³ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*, p 14.

⁹⁴ Comitê Permanente Interagências (IASC), *Interim Guidance*, p 4.

⁹⁵ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

⁹⁶ Depoimento de Fiona Ni Chinneide, Anexo 2.

⁹⁷ *Ibid*

120. A testagem deve também ser aplicada aos funcionários da prisão, dada sua interação próxima com os presos e sua circulação constante entre a comunidade e as instalações carcerárias, ou mesmo transferências para outras instalações prisionais. Dessa forma, funcionários de prisões infectados podem levar o coronavírus para a prisão, perpetuando, assim, a disseminação. Além da testagem, como na Irlanda, os funcionários devem estar sujeitos a exames básicos de saúde diários, que incluem perguntas de triagem e medição de temperatura toda vez que eles entram na prisão.⁹⁸

b. Distanciamento físico e isolamento médico

121. Garantir o distanciamento físico é essencial para prevenir a disseminação de COVID-19.⁹⁹ A OMS aconselhou manter ao menos 1 metro (3 pés) de distância entre as pessoas e evitar lugares cheios. Como detalhado pelos especialistas médicos:

“Quando presas ou aprisionadas, as pessoas têm muito menos oportunidades de se proteger por meio do distanciamento social do que teriam na comunidade externa. Locais de socialização, tais como cadeias e prisões, permitem que as doenças infecciosas, transmitidas de pessoa para pessoa, se disseminem rapidamente, especialmente aquelas transmitidas em gotículas, causadas por tosses e espirros. Quando as pessoas vivem em alas próximas e cheias, e têm de compartilhar refeitórios, banheiros, chuveiros e outras áreas comuns, as oportunidades de transmissão são maiores. Vasos sanitários, pias e chuveiros são compartilhados sem desinfecção entre os usos. Os espaços dentro das cadeias e prisões geralmente também são mal ventilados, o que promove uma disseminação altamente eficiente das doenças através de gotículas.”¹⁰⁰

“As instalações carcerárias devem implementar “estratégias de distanciamento social para aumentar o espaço físico entre as pessoas encarceradas/detidas... independente da

⁹⁸ *Ibid*

⁹⁹ OMS, *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public*, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> (última atualização em 29 de abril de 2020); Centros para Controle e Prevenção de Doenças, *Coronavirus Disease 2019, Social Distancing*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html> (última atualização em 6 de maio de 2020).

¹⁰⁰ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

presença de sintomas.” As medidas prescritas para a implementação do distanciamento social incluem o aumento no espaço entre os indivíduos em celas e outros espaços comuns, tais como: refeitórios, áreas recreativas, áreas de entrada e de espera e consultórios para exames médicos. Em dormitórios, os administradores carcerários devem redistribuir as unidades para fornecer mais espaço entre os indivíduos.”¹⁰¹

122. Medidas específicas para permitir o distanciamento são também necessárias nas prisões, mas não devem prejudicar os direitos fundamentais das pessoas detidas.¹⁰² Por exemplo, entre o final de fevereiro e a metade de maio, a Itália diminuiu significativamente sua população carcerária, que ocupava 120 por cento (120%) da capacidade prisional, em uma taxa de redução global de 13,9 por cento (13,9%), permitindo um distanciamento melhor.¹⁰³ A Irlanda introduziu, entre outras medidas, o distanciamento físico dentro das prisões com o auxílio de sinalizações e marcações no chão, revezamento durante horários de refeições e exigindo que os funcionários se mantivessem nas áreas que estivessem especificamente designadas para suas funções.¹⁰⁴

123. De acordo com as Regras de Mandela, em “casos de presos com suspeita de terem contraído doenças contagiosas”, os serviços carcerários deveriam “promove[r] o isolamento clínico e o tratamento adequado desses presos durante o período de infecção”.¹⁰⁵ Como afirma o Comitê de Direitos Humanos da ONU, “a incapacidade de separar detentos com doenças transmissíveis de outros detentos pode levantar questões principalmente nos termos do artigo 6, parágrafo 1 [direito à vida]”.¹⁰⁶

124. Tal isolamento médico deve observar certas condições e, e em todos os casos, as prisões não devem poupar esforços para garantir os direitos dos presos.¹⁰⁷ Se utilizado, o isolamento

¹⁰¹ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

¹⁰² EACDH, *Urgent action needed to prevent COVID-19 - rampaging through places of detention*, 25 de março de 2020, <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=E>.

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ Depoimento de Fiona Ni Chinneide, Anexo 2.

¹⁰⁵ *Nelson Mandela Rules*, Regra 30(d).

¹⁰⁶ UNHRC, *Cabal e Pasini Bertran v. Australia*, Comunicado N°. 1020/2001, CCPR/C/78/D/1020/2001, 19 de setembro de 2003.

¹⁰⁷ SPT, *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, seção II.9(m).

deve ser ordenado com base em avaliação médica independente, ser proporcional, com limite de tempo e sujeito a salvaguardas processuais – nunca deve se assemelhar ao confinamento disciplinar em solitária.¹⁰⁸ As instalações de quarentena devem ter um tamanho adequado, garantindo que os presos possam praticar o distanciamento físico restrito de forma efetiva, enquanto que tenham acesso a tantos privilégios da população geral quanto possível.

125. O isolamento médico deve continuar a respeitar os direitos humanos dos indivíduos, incluindo os requisitos mínimos de exercícios ao ar livre, enquanto leva em consideração as medidas necessárias para endereçar a pandemia de COVID-19.¹⁰⁹ E deve garantir que os detentos tenham a oportunidade de ter contato humano significativo todos os dias, o que deve exigir interação ativa com a equipe médica da prisão, para evitar o isolamento completo, e, adicionalmente, acesso a meios de comunicação alternativos, se o contato pessoal coloca os indivíduos em risco de contrair a COVID-19.¹¹⁰

126. Como observado pelas Dra. Mishori e Dra. Heisler, a fim de impedir a transmissão do coronavírus “as pessoas que foram infectadas e estão sintomáticas precisam ser isoladas em salas especializadas com pressão negativa. A maioria dos locais de detenção conta com poucas salas de pressão negativa, quando as possuem, e elas podem já estar sendo usadas por pessoas com outras doenças (incluindo tuberculose ou influenza)”¹¹¹

127. Como já mencionado, na Irlanda todos os presos recém-admitidos passam por quarentena obrigatória de até 14 dias, ao chegar. O Sistema Prisional Irlandês criou também uma unidade específica “para permitir o isolamento de qualquer caso confirmado...[e] acomodou presos sintomáticos com suspeita de terem contraído COVID-19”,¹¹² onde o

¹⁰⁸ UNHRC, *General Comment No. 20: Article 7 (Prohibition of Torture, or Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)* adotado na Quadragésima Quarta Sessão do Comitê de Direitos Humanos, em 10 de março de 1992, parágrafo 6 (“O Comitê nota que o confinamento solitário prolongado da pessoa detida ou aprisionada pode resultar nos atos proibidos pelo artigo 7.”); ver também SPT, *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, seção II.9(n).

¹⁰⁹ *Ibid.*; CPT, *Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*, 20 de março de 2020.

¹¹⁰ CPT, *Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*, 20 de março de 2020.

¹¹¹ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

¹¹² Departamento Irlandês de Justiça e Igualdade, *Information regarding the Justice Sector COVID-19 plans*, <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/Information> (última atualização em 2 de junho de 2020).

isolamento se mantém “até a liberação do isolamento por meio do processo de testagem para COVID-19.”¹¹³ Qualquer prisioneiro que avise à equipe estar sentindo sintomas de COVID-19 é avaliado pela equipe de saúde da prisão, que toma providências para que o preso seja isolado e testado, se eles se enquadrarem em critérios específicos. Alguns presos que não se enquadram nos critérios de testagem para COVID-19, mas que sentem sintomas, continuam isolados, de acordo com o aconselhamento do Serviço Executivo de Saúde Irlandês (HSE). Presos que estejam isolados por medidas de precaução devido à COVID-19 podem deixar suas celas para acessar serviços como o de auxílio psicológico, ou para usar o sistema telefônico da prisão, desde que estejam acompanhados por funcionários utilizando os EPIs adequados.¹¹⁴

128. Além disso, o Painel de Peritos destaca a importância de introduzir “[u]m meio confiável através do qual as pessoas encarceradas possam relatar sintomas do coronavírus e ser atendidas no mesmo dia pela equipe médica, mesmo se não houver nenhum guarda ou poucos guardas de plantão em seus dormitórios.”¹¹⁵

129. O Sistema Prisional Irlandês também introduziu um mecanismo de cocooning (isolamento social) para prisioneiros vulneráveis, de forma a minimizar toda as interações com outros prisioneiros ou funcionários para assegurar sua saúde e segurança. O mecanismo de cocooning é aplicado a indivíduos: (1) com 70 anos de idade ou mais; ou (2) com condições médicas que a equipe médica identifica como vulneráveis, devido a condições subjacentes ou fatores de risco (p.ex., câncer, doenças respiratórias graves, grávidas com doenças cardiovasculares).¹¹⁶

c. Higiene Pessoal

130. As regras 16 e 18 das Regras de Mandela estabelecem que os presos devem “ter acesso à água e a artigos de higiene necessários à saúde e limpeza”, e garantem “[i]nstalações de banho

¹¹³ *Ibid*

¹¹⁴ Depoimento de Fiona Ni Chinneide, Anexo 2.

¹¹⁵ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

¹¹⁶ Departamento Irlandês de Justiça e Igualdade, *Information regarding the Justice Sector COVID-19 plans*.

e chuveiros adequados...com a frequência necessária para a higiene geral”.¹¹⁷ A CIDH acrescenta que

[p]essoas privadas de liberdade devem ter acesso a instalações sanitárias suficientes e limpas que garantam sua privacidade e dignidade. Devem também ter acesso a produtos de higiene pessoal básica e água para se banhar ou chuveiro, de acordo com as condições climáticas.¹¹⁸

131. Dra. Mishori e Dra. Heisler sustentam que:

“Durante o surto de uma doença infecciosa, as pessoas podem se proteger lavando as mãos. Muitas instalações de detenção não fornecem as oportunidades adequadas para implementar as medidas de higiene necessárias, tais como lavar as mãos frequentemente ou usar desinfetantes de base alcoólica quando não for possível lavar as mãos. As cadeias e prisões geralmente têm recursos insuficientes e são mal equipadas, sem sabonetes para mãos suficientes para as pessoas detidas.”

132. Além disso, o Painel de Peritos recomenda o “[f]ornecimento de um estoque gratuito de sabonetes e outros materiais para as pessoas encarceradas lavarem as mãos, em quantidade suficiente para permitir que lavem as mãos frequentemente”. Como eles explicam:

“Deve ser fornecido sabonete líquido quando possível, e se for utilizado sabonete em barra, as autoridades da prisão devem “garantir que o mesmo não irrita a pele, podendo desencorajar a lavagem frequente das mãos.” As instalações também devem fornecer aos detentos água corrente e máquinas para a secagem das mãos ou toalhas de papel descartáveis para a secar as mãos; lenços e recipientes de lixo sem toque para descarte; e desinfetante de base alcóolica com “pelo menos 60% de álcool onde for permitido, com base nas restrições de segurança.” As prisões devem implementar um protocolo geral para a instalação e treinar de maneira eficaz os residentes e a equipe

¹¹⁷ *Nelson Mandela Rules*, Regras 16, 18.

¹¹⁸ CIDH, *Revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, p. 6.

em relação ao uso desse protocolo, para que um residente cujo sabonete acabou possa obter mais sabonete prontamente.”

133. A OMS emitiu recomendações detalhadas sobre a melhoria de higiene necessária em locais de detenção para a prevenção e proteção contra a propagação do coronavírus, incluindo o fornecimento de produtos para a higiene das mãos e higienização ambiental, e desinfetantes.¹¹⁹

134. Dessa forma, os prisioneiros terão condições suficientes para praticar a higiene necessária, de acordo com as recomendações, como a possibilidade de lavar as mãos frequentemente.¹²⁰ Além disso, sabão, água e toalhas pessoais devem estar sempre disponíveis. Como enfatizado pelo SPT, em conformidade com o princípio de equivalência e como parte da medicina preventiva, produtos de higiene devem estar acessíveis, gratuitamente, para todos os presos, de forma a garantir o mesmo nível de higiene pessoal do que deve ser adotado na comunidade.¹²¹

135. Além disso, a OMS recomenda o uso de desinfetantes quando não for possível lavar as mãos.¹²² Em vez de desinfetantes de base alcoólica, que podem ser considerados contrabando, por conta do conteúdo alcóolico, a OMS recomenda que desinfetantes a base de cloro possam ser utilizados pelos prisioneiros e guardas, quando sabonete e água não estiverem disponíveis.¹²³ Na Irlanda, por exemplo, desinfetantes sem álcool estão acessíveis nas cadeias.¹²⁴

¹¹⁹ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, p.13.

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ SPT, *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, seção II.9(j).

¹²² OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, p.13. Nelson Mandela Rules, Regra 18; CIDH, *Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, Princípio XII. IASC, *Interim Guidance*, p.4.

¹²³ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance*, p.13.

¹²⁴ Depoimento de Fiona Ni Chinneide, Anexo 2.

136. A OMS também recomenda o uso de "dispensadores de sabão líquido presos às paredes, toalhas de papel e lixeiras operadas por pedal nas áreas principais, como: banheiros, chuveiros, academias, cantinas e outras áreas de convivência com alta movimentação para facilitar a higiene regular das mãos"¹²⁵

d. Higiene ambiental

137. De acordo com a Regra 17 das Regras de Mandela, os Estados são obrigados a garantir que "[todas] as seções de uma prisão regularmente utilizadas pelos prisioneiros sejam mantidas escrupulosamente limpas em todos os momentos"¹²⁶

138. A desinfecção ambiental é crucial para conter a disseminação do vírus, já que o vírus sobrevive em superfícies por até alguns dias e "as pessoas podem se infectar tocando em superfícies ou objetos contaminados e, depois, tocando em seus olhos, nariz ou boca"¹²⁷

139. O Painel de peritos médicos indicam que, por exemplo os "detentos geralmente têm poucos telefones que compartilham entre si"¹²⁸ portanto, telefones, chuveiros, pias, banheiros ou outras superfícies de alto toque, como maçanetas, interruptores de luz devem ser desinfetados entre os usos e todos os presos devem ter acesso a produtos de limpeza para limpar suas celas e outras superfícies.¹²⁹

140. O Painel de Peritos recomenda que o estado do Rio de Janeiro e o Brasil de maneira mais ampla implementem "procedimentos intensificados de limpeza e desinfecção, mesmo nas instalações onde casos de COVID-19 ainda não foram identificados." Eles explicam que:

"Superfícies e objetos tocados frequentemente devem ser limpos e desinfetados várias vezes ao da, especialmente nas áreas comuns. Tais "superfícies podem incluir

¹²⁵ OMS, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, p. 19.

¹²⁶ *Nelson Mandela Rules*, Regra 17.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

¹²⁹ Conselho da Europa, *Regras Penitenciárias Europeias*, Regras 19.5, 19.6

objetos/superfícies que não seriam limpas normalmente todos os dias (ex.: maçanetas, interruptores, torneiras, balcões, vasos sanitários, suportes de banheiro, equipamentos de recreação, quiosques e telefones).”¹³⁰ Além das rotinas de limpeza regulares, a equipe carcerária também deve “limpar e desinfetar meticulosamente todas as áreas nas quais [uma pessoa com] caso confirmado ou suspeito de COVID-19 esteve.”¹³¹ As autoridades prisionais devem assegurar que locais e objetos, como equipamentos do pátio, móveis, tanques de retenção e veículos de transporte, sejam limpos e desinfetados várias vezes ao dia com desinfetantes eficazes contra o coronavírus.”

141. A OMS recomenda a implementação de medidas específicas que garantam que a limpeza ambiental e a desinfecção das celas da cadeia e outros espaços sejam respeitadas regularmente ¹³² pelo pessoal treinado, já que os procedimentos de limpeza são essenciais para prevenir a disseminação do vírus.¹³³ A OMS também diz que “a limpeza com água, detergentes de uso doméstico e produtos desinfetantes seguros para o uso dentro do ambiente carcerário deve ser colocada em prática para a limpeza cautelar geral.”¹³⁴ Já que o coronavírus pode sobreviver por vários dias, as superfícies que podem estar contaminadas devem ser limpas cuidadosa e regularmente antes de serem reutilizadas.¹³⁵ Isso se torna especialmente importante em áreas usadas para a preparação de alimentos ou áreas comuns de alimentação.

142. A Regra 21 das Regras de Mandela declara que todo prisioneiro deve ter direito à própria cama e roupas de cama suficientes, que devem ser entregues limpas, mantidas em boa ordem e trocadas frequentemente para assegurar a limpeza.¹³⁶ A OMS também especifica que “roupas, roupas de cama, banheiros e toalhas de mão etc. podem ser limpos usando sabão para roupas normal e água, ou colocadas na máquina de lavar a 60-90°C com detergente de roupas

¹³⁰ CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (último acesso: 28 de mai. de 2020).

¹³¹ *Ibid.*

¹³² OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance*, p. 20.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ *Nelson Mandela Rules*, Regra 21.

comum. O lixo deve ser tratado como lixo clínico infeccioso e manuseado de acordo com o regulamento local”¹³⁷

143. Além disso, a Regra 35 das Regras de Mandela também declara que um médico ou o órgão de saúde pública competente tem o dever de supervisionar as condições de higiene e limpeza dentro da prisão, seu saneamento, temperatura e ventilação, assim como a adequação e a limpeza das roupas e roupas de cama dos prisioneiros.¹³⁸

e. Equipamento de Proteção Individual (EPI)

144. O conhecimento sobre a COVID-19 evolui constantemente, conforme os cientistas aprendem mais sobre as características específicas dessa doença. Conseqüentemente, as recomendações de saúde pública, que são baseadas na ciência, também mudam. Isso foi salientado pelo exemplo dos Estados que emitiram diferentes recomendações com relação ao uso de máscaras em público.

145. Agora, no entanto, foi estabelecido que as máscaras ajudam a deter a disseminação do vírus¹³⁹, porque o vírus passa de pessoa para pessoa principalmente através de gotículas respiratórias.¹⁴⁰ Como as pessoas podem transmitir o vírus antes de começar a apresentar sintomas (ou mesmo quando são assintomáticos)¹⁴¹, as máscaras são um item essencial de proteção para todos. Em muitos locais, se tornou obrigatório o uso da máscara (por orientação da OMS).¹⁴² Na opinião do Painel de Peritos, embora sejam necessárias máscaras de tecido nas

¹³⁷ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, p. 21.

¹³⁸ *Nelson Mandela Rules*, Regra 35; ver também CoE, *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 13 May 2016*, 19 de janeiro de 2017.

¹³⁹ Ver OMS, *Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance*, 6 de abril de 2020, p. 2. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693>.

¹⁴⁰ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² OMS, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*, Comunicado de imprensa, 5 Junho 2020.

prisões, as máscaras médicas, que garantem um nível mais alto de proteção, devem ser fortemente consideradas¹⁴³

146. Como foi corretamente indicado pela Organização Mundial Contra a Tortura (OMCT), “ainda que possa ser obrigatório o uso de equipamentos de proteção individual para a equipe carcerária, social e outros funcionários, o acesso a máscaras não deve ser exclusivo para essa equipe, em detrimento dos prisioneiros. O acesso a máscaras, produtos de higiene e medicamentos pode facilmente se tornar uma causa de corrupção, aumentando a violência dentro do ambiente carcerário, e sendo uma fonte de tensão com as autoridades da cadeia.”¹⁴⁴

147. As prisões costumam ter poucos recursos, mas isso não absolve o Estado de sua obrigação de proteger aqueles que encarceram. Sendo assim, como princípio, quando não for possível o distanciamento social, como é o caso de celas de prisões densamente populadas, as máscaras devem ser distribuídas para cada pessoa encarcerada e membro da equipe gratuitamente; levando em consideração que o acesso aos cuidados de saúde incluem a medicina preventiva, e se baseiam no princípio de equivalência de cuidados.

148. Ademais, a OMS também explica que “estudos sobre influenza, doenças similares à influenza e os coronavírus humanos fornecem evidências de que o uso da máscara médica pode prevenir a disseminação de gotículas infecciosas provenientes de outra pessoa e a possível contaminação do ambiente através dessas gotículas”¹⁴⁵ A OMS comenta, porém, que, ainda que o uso da máscara médica seja uma parte necessária do EPI, ela sempre deve estar combinada com outras medidas, incluindo a melhoria da higiene, o distanciamento físico e o isolamento médico.¹⁴⁶

¹⁴³ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

¹⁴⁴ OMCT, *Building our Response on COVID-19 and Detention: OMCT Guidance brief to the SOS-Torture Network and partner organizations*, 15 de abril de 2020, https://www.omct.org/files/2020/04/25784/omct_covid19_prisonsresponse_en.pdf.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, p. 19.

149. Tendo em vista que as prisões do Rio são pouco ventiladas, densamente populadas¹⁴⁷ e propensas à disseminação da COVID-19 através de gotículas, e que as máscaras protetoras atualmente são obrigatórias em espaços públicos devido ao aconselhamento das autoridades nacionais, o uso de máscaras dentro das prisões deve ser compulsório e é considerado crucial. Os prisioneiros devem, no mínimo, ser obrigados a usar máscaras quando entrarem em contato com prisioneiros de outras celas ou com a equipe carcerária.

-7- Tratamento oportuno dentro dos hospitais carcerários e hospitais públicos da comunidade

150. De acordo com a legislação de direitos humanos internacional e regional, todos os prisioneiros deverão ter pronto acesso à assistência médica,¹⁴⁸ e devem ser transferidos para instituições especializadas ou hospitais civis, caso seja necessário tratamento especializado ou cirurgia.¹⁴⁹ Não obstante, as instalações hospitalares dentro do sistema prisional devem ter equipamentos e equipe adequados para oferecer o nível requerido de assistência.¹⁵⁰

151. No entanto, segundo as Dra. Mishori e Dra. Heisler, “[a]s instalações médicas quase nunca estão suficientemente equipadas para lidar com grandes surtos de doenças infecciosas. No curso de um surto de doença infecciosa, os recursos serão exauridos rapidamente e quaisquer camas disponíveis serão, em breve, ocupadas à capacidade máxima.”¹⁵¹

152. Além disso, como ressalta o Painel de Peritos, as “[p]risões frequentemente precisam contar com instalações externas (hospitais, unidades de emergência) para proporcionar

¹⁴⁷ Yale Global Health Justice Partnership, *Reservoirs of Injustice: How incarceration for drug-related offenses fuels the spread of tuberculosis in Brazil* 3 (Março de 2019), https://law.yale.edu/sites/default/files/area/center/ghjp/documents/reservoirs_of_injustice-how_incarceration_for_drug-related_offenses_fuels_the_spread_of_tb_in_brazil_ghjp_report_2019.pdf.

¹⁴⁸ *Nelson Mandela Rules*, Regra 27(1); ECtHR, *Ivko v. Russia*, Sentença de 15 de dezembro de 2015, parágrafo 94; IACHR, *De la Cruz-Flores v. Peru*, Sentença de 18 de novembro de 2004, (Série C) No. 115, parágrafo 132.

¹⁴⁹ *Nelson Mandela Rules*, Regra 27; SPT, *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, seção 9(o).

¹⁵⁰ *Nelson Mandela Rules*, Regra 27.

¹⁵¹ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

atendimento de saúde intensivo, uma vez que o nível de atendimento que podem prover em suas instalações normalmente é relativamente limitado”. Eles também ressaltam que:

“[a]s pessoas com condições de saúde subjacentes, físicas ou mentais, podem não conseguir obter o atendimento que precisam. A incapacidade de prover assistência médica adequada para os indivíduos com condições de saúde crônicas subjacentes resulta no aumento do risco de infecção por COVID-19 e no aumento do risco de morbidade e mortalidade relacionada à infecção, caso eles sejam infectados. Além disso, as condições de saúde mental podem ser exacerbadas pelo estresse do encarceramento durante a pandemia de COVID-19, com provável isolamento e ausência de visitas.”

153. Portanto, como enfatiza a ONU, é essencial que, no contexto da atual pandemia, todos os prisioneiros com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19 tenham acesso a serviços de saúde, incluindo unidades de saúde de urgência especializadas, fora do sistema prisional, sem demora indevida.¹⁵² Mishori e Heisler estimam que “dentre os infectados, 80% irão desenvolver doença leve ou moderada, 15% irão desenvolver doença grave, necessitando de hospitalização, e aproximadamente 5% terão de ser tratados em unidade de tratamento intensivo.”¹⁵³ A assistência a pessoas com COVID-19 grave exige uma equipe inteira de clínicos, incluindo enfermeiros com relação enfermeiro-paciente de 1:1 ou 1:2, fisioterapeutas respiratórios e médicos de atendimento intensivo.¹⁵⁴

154. O encaminhamento para um hospital comunitário ou outra unidade deve se basear exclusivamente no estado clínico do preso, e não em quaisquer outros critérios de seleção, tais como: discriminação etária, de gênero, social ou por afiliação étnica, ou capacitismo¹⁵⁵, e deve ser solicitado exclusivamente por uma equipe médica qualificada.¹⁵⁶ Transferir uma pessoa para fora da prisão quando necessário é crucial, já que os sistemas prisionais em diferentes

¹⁵² IASC, *Interim Guidance*, p. 4.

¹⁵³ Declaração da Dra. Ranit Mishori e da Dra. Michele Heisler, Anexo 1.

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ IASC, *Interim Guidance*, p. 4; ver também *Wenner v. Germany*, ECtHR, Sentença de 1º de setembro de 2016, parágrafo 57; ECtHR, *Nogin v. Russia*, Sentença de 15 de janeiro de 2015, parágrafo 84.

¹⁵⁶ Ver CoE, *Report to the Serbian Government on the visit to Serbia carried out by the CPT from 26 May to 5 June 2015*, parágrafo 80.

jurisdições geralmente dependem dos hospitais externos e unidades de emergência para fornecer assistência médica intensiva, uma vez que os serviços de assistência à saúde nas prisões geralmente são limitados.

155. No contexto da COVID-19, a ONU salienta que todos os prisioneiros com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19 devem ter acesso a serviços de saúde, incluindo unidades de saúde de urgência especializadas, fora do sistema prisional, sem demora indevida.¹⁵⁷ O encaminhamento para um hospital comunitário ou outra unidade deve se basear exclusivamente no estado clínico do preso, e não em quaisquer outros critérios de seleção, tais como: discriminação etária, de gênero, social ou por afiliação étnica, ou capacitismo¹⁵⁸, e deve ser solicitado exclusivamente por uma equipe médica qualificada.¹⁵⁹ Transferir uma pessoa para fora da prisão quando necessário é crucial, já que os sistemas prisionais em diferentes jurisdições geralmente dependem dos hospitais externos e unidades de emergência para fornecer assistência médica intensiva, uma vez que os serviços de assistência à saúde nas prisões geralmente são limitados.

156. Sobretudo, o serviço prisional deve desenvolver um relacionamento estreito com a assistência de saúde da comunidade e outros fornecedores de serviços de saúde¹⁶⁰ e saber quais hospitais têm a capacidade de fornecer serviços especializados (tais como suporte respiratório e unidades de tratamento intensivo). A OMS esclarece que ações apropriadas em casos confirmados de COVID-19 requerem a transferência para instalações especializadas para isolamento e tratamento respiratório.¹⁶¹ A OMS também comenta que “deve-se considerar os protocolos que podem gerenciar o paciente no local com critérios claros de transferência para hospitais, assim como evitar o transporte desnecessário, que pode criar riscos tanto para a equipe de transporte quanto para o hospital que receberá o paciente.”¹⁶²

¹⁵⁷ IASC, *Interim Guidance*, p. 4.

¹⁵⁸ IASC, *Interim Guidance*, p. 4; ver também *Wenner v. Germany*, ECtHR, Sentença de 1º de setembro de 2016, parágrafo 57; ECtHR, *Nogin v. Russia*, Sentença de 15 de janeiro de 2015, parágrafo 84.

¹⁵⁹ Ver CoE, *Report to the Serbian Government on the visit to Serbia carried out by the CPT from 26 May to 5 June 2015*, parágrafo 80.

¹⁶⁰ IASC, *Interim Guidance*, p. 4.

¹⁶¹ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, parágrafo 6(4).

¹⁶² *Ibid.*

157. Quanto a isso, com o intuito de gerir as emergências atuais de saúde pública, é essencial o desenvolvimento de políticas claras entre as administrações ou agências relevantes no auxílio aos serviços de saúde nas prisões: e proporcionar orientação aos funcionários com relação ao momento de transferir prisioneiros para o hospital e qual deve ser o protocolo de segurança implementado em tais circunstâncias.

158. Na Itália, por exemplo, o Ministério da Saúde emitiu recomendações detalhadas para os serviços prisionais em relação a como lidar com casos de COVID-19, suspeitos e confirmados. Os pacientes com suspeita de infecção são visitados pelo médico da prisão, o caso é reportado por meio do número de telefone para emergências e ao Departamento de Doenças Infecciosas, e o paciente é colocado em isolamento médico ou transferido para o hospital. As transferências são realizadas em linha com o protocolo detalhado de segurança. Um prisioneiro que demonstra sintomas leves ou que esteve em contato com algum caso confirmado (mas que obteve resultado negativo no teste), é examinado pela equipe médica e pelas autoridades de saúde. Prisioneiros assintomáticos e positivos para COVID-19 são colocados em quarentena e observados pelo médico da cadeia.¹⁶³

159. A obrigação de assegurar o tratamento oportuno é crucial, porque qualquer falha ou atraso no tratamento pode levar a consequências trágicas e resultar em danos irreversíveis ou morte¹⁶⁴ e, conseqüentemente, violar a lei.

-8- Transparência das medidas de COVID-19

160. A transparência ativa em relação à COVID-19 na prisão e as medidas preventivas adotadas em resposta à doença são cruciais para garantir o bem-estar das pessoas privadas de liberdade.

¹⁶³ Relatório da Antigone, Anexo 3.

¹⁶⁴ CIDH, *Revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, parágrafo 552.

161. Os serviços de assistência à saúde na prisão devem comunicar aos prisioneiros todas as medidas restritivas a serem impostas¹⁶⁵ e circular as informações educacionais adequadas entre os prisioneiros, equipe e visitantes, abordando tópicos que incluem: a natureza da doença e sua rota de transmissão, atitudes a serem postas em prática e medidas protetivas a serem adotadas (por exemplo, o distanciamento físico, o uso de EPI, a prática da higiene das mãos, a limpeza e a desinfecção), os possíveis sintomas e o tratamento que será realizado.¹⁶⁶ A equipe deve receber um treinamento específico sobre a infecção, a transmissão e a prevenção da COVID-19¹⁶⁷. Para os prisioneiros e visitantes, como salientado pela OMS, pode haver a necessidade de realizar a tradução das recomendações ou desenvolver um material visual para lidar com as barreiras linguísticas, tais como panfletos informativos, pôsteres e vídeos internos a serem veiculados nas áreas comuns da prisão e nas áreas designadas para visitas.¹⁶⁸

162. Como o Painel de Peritos indica:

As autoridades carcerárias devem “se comunicar claramente e frequentemente com as pessoas encarceradas/detidas sobre mudanças em sua programação diária e como elas podem contribuir com a redução de risco de [COVID-19].” Elas devem “[f]ornecer regularmente informações atualizadas sobre a COVID-19 para as pessoas encarceradas/detidas” provenientes de fontes científicas confiáveis (ex.: a FIOCRUZ, no Brasil) e em linguagem simples, para que aqueles com menos oportunidades educacionais possam entender os riscos da COVID-19. As autoridades devem colocar sinalizações por toda a instalação prisional que (1) identifiquem os sintomas de COVID-19, (2) forneçam instruções para a higienização das mãos, e (3) instruem as

¹⁶⁵ SPT, *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, II(9)(q).

¹⁶⁶ CPT, *Third General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992*, 4 de junho de 1993, parágrafo 54; OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance*, p.14.

¹⁶⁷ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance*, p. 14; CPT, *Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*, parágrafo 3; CPT, *Report on the visit to “the former Yugoslav Republic of Macedonia” carried out by the CPT from 21 September to 1 October 2010*, CPT/Inf (2012)4, parágrafo 71.

¹⁶⁸ OMS, Escritório Regional para a Europa, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance*, p.15.

peças encarceradas a reportarem os sintomas à equipe; as autoridades também devem assegurar que “a sinalização é compreensível para... aqueles com baixo nível de alfabetismo [.]” Finalmente, as autoridades devem “comunicar informações [sobre a COVID-19 verbalmente de maneira regular[,]” e “considerar que a equipe de assistência à saúde faça rondas regularmente para responder perguntas sobre a COVID-19”¹⁶⁹

163. Conforme comentado pela OMS:

“as reações psicológicas e comportamentais dos prisioneiros [...] tendem a ser diferentes daquelas das pessoas que respeitam o distanciamento físico na comunidade; deve-se, então, considerar o aumento da necessidade de conscientização, compartilhamento transparente de informações sobre a doença e garantia do contato contínuo com as famílias e os parentes.”¹⁷⁰

164. Na Irlanda, por exemplo, a comunicação com a equipe e com os prisioneiros inclui dois boletins publicados semanalmente (um para os prisioneiros em isolamento e outro para a população geral), panfletos distribuídos regularmente com informações sobre a COVID-19 para os prisioneiros e boletins para a equipe sobre a ações realizadas. Além disso, o programa de voluntariado para prisioneiros da Cruz Vermelha Irlandesa, que é liderado por pares, tem desempenhado um papel fundamental na comunicação de informações de saúde para a população prisional. Ainda, um serviço telefônico dedicado foi introduzido para os prisioneiros acessarem capelães, psicólogos carcerários e conselheiros de adictos. O Serviço de Psicologia também fornece recursos de áudio sobre saúde física e mental para o In-Cell Channel, canal veiculado no sistema interno de TV de algumas cadeias.¹⁷¹

¹⁶⁹ Opinião de Especialistas Médicos. Anexo ao Agravo Interno interposto pelos Autores.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ Depoimento de Fiona Ni Chinneide, Anexo 2.

165. Da mesma forma, a importância da transparência também foi crucial para o sucesso na Itália. Após a emissão de um Decreto Ministerial que suspendia as visitas familiares por todo o país, os prisioneiros de algumas instalações foram informados das ações realizadas para protegê-los da COVID-19 e, por outro lado, que eles teriam mais acesso a ligações telefônicas e permissão para fazer videochamadas com suas famílias. As prisões que não se adaptaram prontamente nem explicaram essas mudanças passaram por motins e agitação.¹⁷²

166. Também, a inspeção e o monitoramento das visitas desempenham um papel vital na prevenção da tortura e dos maus-tratos em locais de privação de liberdade. Os inúmeros desafios que a pandemia representa requerem o monitoramento cuidadoso das situações nas prisões para avaliar como a vida, a saúde e o bem-estar dos prisioneiros estão sendo protegidos. O Subcomitê para Prevenção à Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (SPT) da ONU encorajou os Mecanismos de Prevenção Nacionais a continuarem a desenvolver suas missões de inspeção¹⁷³. No entanto, as regras de confinamento impedem que muitos órgãos de monitoramento cumpram com suas obrigações. Sendo assim, os Estados devem assumir a responsabilidade pela transparência em relação aos detentos, suas famílias e o público em geral. As prisões não podem ser mundos obscuros durante esse momento crítico.

167. Aplicada ao fornecimento de assistência à saúde, essa responsabilidade expandida de transparência deve levar os Estados a fornecerem informações detalhadas sobre as medidas adotadas em relação à medicina preventiva e a assistência à saúde nas prisões.

168. Os Estados também devem comunicar e publicar dados atualizados, tais como o número de casos detectados de COVID-19, o número de mortes resultantes da doença (juntamente com o número de mortes não relacionadas à COVID-19) – incluindo mortes de membros da equipe – e o número de casos encaminhados para as autoridades responsáveis pelas investigações. Em relação às mortes sob custódia, os Estados devem conduzir uma investigação independente,

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ SPT, *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic*, seção I, parágrafo 7.

imparcial, oportuna e eficaz sobre as circunstâncias e as causas da morte¹⁷⁴. Até mesmo durante a pandemia global, os Estados devem continuar com essa responsabilidade, já que a falha em fornecer explicações plausíveis sobre a morte de detentos pode dar origem a suspeitas de mortes ilegais.¹⁷⁵

-9- Gestão interagências eficaz da COVID-19 nas prisões

169. A saúde é um bem público que os Estados devem proteger e é uma preocupação da saúde pública conter a disseminação de doenças transmissíveis, tais como a COVID-19, em prisões¹⁷⁶. De acordo a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), os Estados devem garantir a cooperação interagências adequada e, em particular, uma coordenação eficaz com o sistema de saúde pública para garantir que as políticas e práticas públicas sejam aplicadas aos locais de detenção¹⁷⁷. Essas políticas devem ser adotadas imediatamente, *com due diligence*, e todos os casos devem estar alinhados com as normas de direitos humanos.¹⁷⁸

170. A ONU recomenda que o sistema prisional seja parte integrante da saúde nacional e do planejamento de emergência durante a pandemia de COVID-19.¹⁷⁹ Como meta de longo prazo, as respostas à COVID-19 devem se tornar parte das estratégias de saúde das prisões para melhor o acesso geral aos serviços médicos das pessoas encarceradas.¹⁸⁰

171. Por exemplo, muitos fatores do sucesso em manter a COVID-19 fora das prisões irlandesas foram parte da abordagem multiagências, liderada pela saúde pública da Irlanda. Com um relacionamento de trabalho estreito entre múltiplas agências de saúde, incluindo o Serviço Executivo de Saúde da Irlanda (HSE) e a Equipe Nacional de Emergências em Saúde

¹⁷⁴ Nelson Mandela Rules, Regra 71. ONU, *The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death 2016: The Revised United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-Legal, Arbitrary and Summary Executions*, ONU, Nova York, 2018, capítulo 4.

¹⁷⁵ UNHRC, *Eshonov v. Uzbekistan*, visualizado em 22 de julho de 2010, CCPR/C/9/D/1225/2003, parágrafo 9.2.

¹⁷⁶ CIDH, *Resolution 1/20, Pandemic and Human Rights in the Americas*, Preâmbulo.

¹⁷⁷ CIDH, *Principles and best practices on the protection of persons deprived of liberty in the Americas*, Princípio X.

¹⁷⁸ CIDH, *Resolution 1/20, Pandemic and Human Rights in the Americas*, p.7.

¹⁷⁹ UNODC, *Position Paper, COVID-19 Preparedness and Responses in Prisons*, 31 de março de 2020, p. 3.

¹⁸⁰ *Ibid.*

Pública, o Serviço Prisional Irlandês, seguindo cuidadosamente a orientação da OMS e do Conselho da Europa, foi capaz de executar planejamento e ações preventivas rápidas.¹⁸¹

172. Similarmente, desde fevereiro de 2020, o Departamento de Administração Penitenciária da Itália (DAP) tem emitido diversas diretrizes para combater o vírus nas prisões, começando com recomendações sobre a coordenação de instituições penitenciárias e autoridades de saúde locais. O Ministro da Justiça estabeleceu uma força-tarefa cujos membros são Chefes de todos os Departamentos de Justiça, incluindo Chefes do DAP e do Departamento de Justiça Juvenil e Medidas Comunitárias.¹⁸²

¹⁸¹ Depoimento de Fiona Ni Chinneide, Anexo 2.

¹⁸² Depoimento da Antigone, Anexo 3.

IV. O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA GARANTIA DE DIREITOS DURANTE A PANDEMIA

173. Devido à emergência global e à necessidade de realizar ações imediatas pelas autoridades estatais, o judiciário possui um papel especial no mundo todo em relação à garantia de sua implementação oportuna. Sendo assim, a Corte deve buscar reforçar o direito à saúde em meio à pandemia, por meio de *inter alia*, reconhecendo a urgência e a necessidade de medidas cautelares. Tanto a legislação brasileira quanto a legislação estrangeira devem ser instrutivas neste contexto, demonstrando que o papel do judiciário é proteger as pessoas — especificamente com base em suas responsabilidades de reforçar as salvaguardas e, por conseguinte, proteger os direitos humanos, incluindo o direito à saúde e à vida.

174. O Brasil possui rica história jurisprudencial acerca da garantia do Direito à Saúde. O Supremo Tribunal Federal consagrou a responsabilidade solidária de todos os entes do Estado brasileiro pela satisfação do Art. 196 da Constituição Federal no Recurso Extraordinário nº 855.178, de seguinte Tese¹⁸³:

“Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde e, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro”

175. Particularmente no quadro da pandemia, em meio a tantas ameaças a direitos e respostas complexas, novamente o judiciário é chamado a garantir que medidas mínimas de prevenção à saúde no sistema carcerário sejam respeitadas.

¹⁸³ Ver ainda: RE 271.286 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 12-9-2000, 2ª T, DJ de 24-11-2000;

176. No Egrégio Superior Tribunal de Justiça, nos autos do HC nº 565.799 – RJ, o Exmº Min. Relator ROGÉRIO SCHIETTI CRUZ determinou a concessão da medida liminar para substituir a prisão preventiva do paciente por outras medidas cautelares, mediante o fundamento de:

“ante a crise mundial do coronavírus e, especialmente, a iminente gravidade do quadro nacional, intervenções e atitudes mais ousadas são demandadas das autoridades, inclusive do Poder Judiciário. Assim, penso que, na atual situação, (...), o óbice da Súmula n. 691 do STF deva ser flexibilizado em maior grau, quando a concessão da ordem seria provável no mérito”.

-1- Atuação judicial no Direito Comparado

177. Em jurisdições estrangeiras, tais como as do México, Argentina e Estados Unidos, o judiciário desempenha um importante papel de orientação na proteção do direito à saúde nas prisões, protegendo, assim, não só as vidas dos prisioneiros, como também suas famílias e a comunidade, mais amplamente. Esse tribunal tem um papel crucial a ser desempenhado nos esforços gerais de proteção à vida e à saúde, que podem ser alcançados através da emissão das medidas de recuperação que os Requerentes buscam, e instigando as autoridades estatais a implementarem ações imediatas para mitigar os risco de COVID-19 dentro das prisões.

a. México

178. Após um recurso de amparo que requeria que o governo do estado de Coahuila emitisse protocolos e orientações relacionados à prevenção e ao tratamento da COVID-19 dentro das prisões da Cidade do México, o juiz federal concedeu medidas cautelares. Reconhecendo a saúde como um bem público, o juiz determinou que o estado tinha a obrigação de: garantir assistência à saúde primária a todos os indivíduos sob sua jurisdição; proporcionar imunizações, prevenção e tratamento para doenças endêmicas; educar a população sobre a

prevenção e o tratamento; e garantir a satisfação das necessidades dos grupos de risco e dos grupos mais vulneráveis devido a questões relacionadas à pobreza¹⁸⁴ .

179. Para implementar essas obrigações, o juiz ordenou que as autoridades colocassem em práticas as seguintes medidas: 1) implementação de protocolos de prevenção de acordo com a orientação da Secretaria de Saúde nas instalações penitenciárias da Cidade do México; 2) adoção de medidas para prevenir a disseminação do vírus em instalações penitenciárias; 3) implementação das ações necessárias para detectar casos em instalações penitenciárias; 4) garantia de que as pessoas privadas de liberdade poderão permanecer em contato com os parentes que estão do lado de fora; e 5) garantia de acesso à informação para pessoas privadas de liberdade e seus parentes, para que eles estejam cientes das medidas adotadas para proteger sua saúde.

180. Em outro caso, baseado em um processo de *amparo* coletivo no tribunal federal do estado de Coahuila, o juiz concedeu as medidas cautelares solicitadas, requerendo que o Governador e as autoridades penitenciárias soltassem certos grupos de prisioneiros vulneráveis e implementassem medidas imediatas de saneamento, higiene e prevenção para proteger os detentos, de acordo com as diretrizes médicas especializadas, recomendando, entre outras coisas, a detecção precoce de casos e a priorização de casos de alto risco entre os prisioneiros, assim como a proteção das equipes das cadeias.¹⁸⁵ As medidas também reconheceram a necessidade do fornecimento de assistência médica urgente em casos de prisioneiros infectados.

181. Reconhecendo o direito à saúde na Constituição Mexicana, o juiz entendeu que esse direito se traduz na obrigação do Estado de estabelecer os mecanismos necessários para que cada indivíduo tenha acesso à assistência de saúde, que inclui informações, prevenção,

¹⁸⁴ Juicio de Amparo Indirecto 381/2020, Juzgado Primero de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México (Poder Judicial Federal), 25 de fevereiro de 2020.

¹⁸⁵ Amparo 254/2020, Juzgado Tercero de Distrito en el Estado de Coahuila de Zaragoza (Poder Judicial Federal), 30 de abril de 2020.

tratamento, controle da doença, medicamentos e quaisquer outros suprimentos que garantam o diagnóstico e o tratamento.

b. Argentina

182. Na Argentina, o tribunal estadual de Mendoza¹⁸⁶ decidiu a favor de uma petição de habeas corpus coletivo que solicitava a soltura de indivíduos encarcerados em risco e medidas protetivas dentro das prisões. Por sua vez, o tribunal ordenou a prisão domiciliar das pessoas encarceradas do grupo de risco e ordenou: a restrição de atividades e movimentações não essenciais dentro das prisões, a introdução de medidas de isolamento para indivíduos idosos ou doentes, a garantia de produtos de higiene para prisioneiros e a desinfecção regular das instalações das cadeias. Também foi permitido o uso temporário de telefones celulares durante o período no qual as visitas familiares estiverem suspensas.

c. Estados Unidos

183. No momento da submissão do relatório, os Estados Unidos eram o epicentro do coronavírus, e detentores de um quinto (20%) da população encarcerada mundial.¹⁸⁷ Como tal, os métodos com os quais os Estados Unidos lidam com a COVID-19 dentro de seu sistema penitenciário são particularmente instrutivos para a situação do Brasil, que atualmente tem o segundo maior número de casos positivos para COVID-19, e detém a terceira maior população encarcerada do mundo.¹⁸⁸

184. A Suprema Corte americana, a mais alta corte federal do país, reconheceu há muito tempo a obrigação do estado de fornecer assistência médica a pessoas encarceradas, concluindo que a incapacidade de cumprir essa obrigação violaria a proibição constitucional de “punição cruel ou inumana” e poderia “produzir ‘tortura física e morte lenta,’... [ou] poderia resultar em

¹⁸⁶ Primer Juzgado Colegiado Primera Circunscripción, decisão de 30 de março de 2020, 47215/V.

¹⁸⁷ Peter Wagner & Wanda Bertram, *What percent of the U.S. is incarcerated?* Iniciativa de Políticas Prisionais, 16 de janeiro de 2020, <https://www.prisonpolicy.org/blog/2020/01/16/percent-incarcerated/>.

¹⁸⁸ World Prison Brief, *Prison Population Total*, https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All (acessado por último em 30 de maio de 2020).

dor e sofrimento que ninguém sugere que tenham propósitos penais,”¹⁸⁹ A Corte opinou que a privação de “assistência médica adequada é incompatível com o conceito de dignidade humana e não se aplica à sociedade civilizada.” Além disso, a Corte diz que a assistência médica considerada “adequada” não pode ser alcançada em circunstâncias de superlotação da prisão, sendo, assim, inconstitucional.¹⁹⁰

185. Ao avaliar as violações de direitos no ambiente carcerário, a jurisprudência federal americana não “requer que prisioneiros sofram []lesões antes de ver cumprida a ordem judicial para a correção das condições carcerárias objetivamente desumanas” e salienta que “ninguém deve ter que esperar a consumação de uma ameaça de lesão para obter a soltura preventiva”.¹⁹¹ Esse raciocínio se estende ao marco das doenças infecciosas e, sendo assim, não requer que os requerentes sejam, de fato, infectados, somente requer que eles sejam mantidos em condições nas quais a infecção é possível, caso sejam expostos.¹⁹²

186. A Corte americana agora está aplicando essas medidas ao contexto da COVID-19 — que está devastando o sistema penitenciário americano, infectando e matando prisioneiros e membros da equipe carcerária.¹⁹³

187. Até 27 de maio, aproximadamente 35.000 prisioneiros detidos nos Estados Unidos testaram positivo para a doença. No entanto, esse número representa uma subnotificação, dada a falta de testagem abrangente.¹⁹⁴ Os tribunais americanos estão prontamente concedendo

¹⁸⁹ *Estelle v. Gamble*, 429 U.S. 97, 103 (1976), <https://tile.loc.gov/storage-services/service/ll/usrep/usrep429/usrep429097/usrep429097.pdf>.

¹⁹⁰ *Ver Plata v. Brown*, 563 U.S. 493 (2011), <https://www.supremecourt.gov/opinions/10pdf/09-1233.pdf> (ordenando um estado a reduzir sua população encarcerada, que era quase o dobro da capacidade, para remediar essa violação constitucional).

¹⁹¹ *Pennsylvania v. West Virginia*, 262 E.U.A. 553, 593 (1923) (reafirmado *Farmer v. Brennan*, 511 E.U.A. 825, 845 (1994)).

¹⁹² *Helling v. McKinney*, 509 E.U.A. 25, 33 (1993), <https://tile.loc.gov/storage-services/service/ll/usrep/usrep509/usrep509025/usrep509025.pdf> (rejeitando a proposição de que os oficiais da prisão “podem ignorar uma condição de confinamento que certamente ou provavelmente causaria doenças sérias” no futuro. Tribunais de instância inferior aplicaram essa norma a uma vasta gama de doenças comunicáveis e facilmente transmissíveis em configurações de prisão, *ver e.g.*, *Jeffries v. Block*, 940 F. Sup. 1509, 1514 (Distrito Central da Califórnia. 1996) (reconhecendo que “a tuberculose apresenta um risco substancial de dano severo... [e] é particularmente perigosa em um ambiente prisional, onde o superencarceramento e a ventilação ruim podem acelerar a disseminação dessa doença de transmissão aérea”); *Kimble v. Tennis*, No. CIV. 4:CV-05-1871, 2006 WL 1548950, p. *4 (Distrito Central da Pensilvânia. 2006) (evidenciando que “um preso infectado com MRSA e com feridas abertas poderia constituir um sério risco à saúde [.]”); *Hemphill v. Rogers*, No. CIV.A.07-2162JAG, 2008 WL 2668952, p. *11 (D.N.J. 2008).

¹⁹³ The Marshall Project, *A State-by-State Look at Coronavirus in Prisons*, <https://www.themarshallproject.org/2020/05/01/a-state-by-state-look-at-coronavirus-in-prisons> (acessado por último em 29 de maio de 2020).

¹⁹⁴ *Ibid.*

liminares e outras decisões que focam na mitigação da disseminação do coronavírus, por meio de alvarás de soltura e ordens para melhorar as condições que estão favorecendo a propagação da infecção por coronavírus.¹⁹⁵

188. Por exemplo, em uma ação coletiva trazida por indivíduos detidos no estado de Michigan, um tribunal federal concedeu uma liminar ordenando que as pessoas medicamente vulneráveis fossem soltas para cumprir suas penas em casa, com a observação de que, devido à pandemia e dentro do interesse da justiça, o estado não poderia protegê-las com segurança dos graves riscos de danos severos que a COVID-19 representa.¹⁹⁶

189. No estado de Ohio, uma petição de habeas corpus através de ação coletiva federal foi trazida perante o Escritório Americano de Prisões (BOP), a agência executiva que gerencia todas as prisões federais. O juiz ordenou que o BOP identificasse e providenciasse a rápida soltura de mais de 800 pessoas encarceradas que eram mais vulneráveis ao coronavírus. Isso deveria ser feito convertendo a sentença para prisão domiciliar, aprovando a soltura, concedendo licenças, ou transferindo a pessoa para uma instalação mais segura, capaz de implementar as medidas adequadas de testagem e distanciamento físico. Além disso, o juiz ordenou que os indivíduos soltos não poderiam retornar a essas instalações até que as medidas fossem seguras o suficiente ou até que fosse disponibilizada uma vacina. A decisão foi tomada por um tribunal de segunda instância, e a Suprema Corte dos Estados Unidos negou um pedido do BOP para bloquear a ordem judicial.¹⁹⁷

¹⁹⁵ Por exemplo, nos Estados Unidos, diversos tribunais estaduais consideraram que o distanciamento social é a única medida apropriada para a prevenção da disseminação do vírus e da proteção da saúde dos prisioneiros. *Ver e.g., Zaya v. Adducci*, No. 20 Civ. 10921, 2020 WL 1903172, p. *4 (Distrito Leste de Michigan), 18 de abril de 2020 (“As evidências sugerem fortemente que a soltura é a única opção justificável em consistência com os princípios de saúde pública.”); *Vazquez Barrera v. Wolf*, No. 4:20 Civ. 1241, 2020 WL 1904497, p. *4 (Distrito Sul do Texas), 17 de abril de 2020 (“[N]a maioria dos casos, condições inconstitucionais de confinamento podem ser remediadas através de liminares que requerem a mudança de práticas abusivas. No entanto, o caso atual não é um exemplo no qual tal soltura por liminar está disponível ...Tribunais do mundo todo reconheceram afirmações similares e ordenaram a soltura imediata de detentos particularmente vulneráveis ...”); *Thakker v. Doll*, 20-cv-480, 2020 WL 1671563, p. *9 (Distrito Central da Pensilvânia), 31 de março de 2020, p. *8 (“Distanciamento social e higiene apropriada são a única medida eficaz para interromper a disseminação de COVID-19.”).

¹⁹⁶ *Ver Cameron v. Bouchard*, Opinião, CV-20-10949 (Distrito Leste de Michigan), 21 de maio de 2020, <https://advancementproject.org/wp-content/uploads/2020/05/Parker-Order-granting-PI.pdf>.

¹⁹⁷ *Ver Williams, Warden, et al. v. Wilson, Craig, et al.*, 590 E.U.A. ____, 26 de maio de 2020, https://www.supremecourt.gov/orders/courtorders/052620zr_e2p3.pdf (negando a solicitação do estado por estadia).

190. No estado de Illinois, na penitenciária de Cook County — o maior hub de coronavírus dos Estados Unidos — um juiz federal ordenou que os encarcerados não podiam ficar em celas coletivas e que a maioria das acomodações em dormitórios coletivos deveria ser descontinuada. A ordem também exigiu saneamento, testagem e distanciamento físico adequados durante a admissão de indivíduos, bem como a distribuição de EPI.¹⁹⁸

191. Seguindo um processo aberto pela Defensoria Pública, a suprema corte do estado do Havaí ordenou que todas as celas e prisões do estado deveriam reduzir a população encarcerada para respeitar a capacidade original das instalações, visando promover o distanciamento físico. Até 7 de maio, mais de 800 indivíduos foram soltos.¹⁹⁹

¹⁹⁸ Ver *Mays v. Dart*, 20-cv-2134 (Distrito Norte de Illinois), 27 de abril de 2020, <https://chicagobond.org/wp-content/uploads/2020/04/mem-order-re-pi.pdf>.

¹⁹⁹ John Burnett, *Jail population plummets: HTH sought list of inmates released to due pandemic — but there isn't one, officials say*, Hawaii Tribune-Herald, 10 de maio de 2020, <https://www.hawaiitribune-herald.com/2020/05/10/hawaii-news/jail-population-plummets-hth-sought-list-of-inmates-released-to-due-pandemic-but-there-isnt-one-officials-say/>.

V. DA DESIGUALDADE RACIAL NO ENCARCERAMENTO FEMININO

192. Lamentavelmente, no Brasil, as cicatrizes da escravidão ainda marcam nossas relações sociais, que continuam pautadas pela hierarquia e pela opressão racial. Tal característica da formação do país produziu o que hoje se costuma chamar de racismo estrutural, fenômeno que, como já reconheceu a ONU, penetra profundamente nossa cultura, economia e sociedade, de modo a legitimar e naturalizar práticas institucionais que prejudicam determinados grupos sociais devido à cor da pele dos seus integrantes.

193. Encharcados pelo preconceito racial, alguns enxergam os negros injustamente como mais perigosos e propensos ao crime. Nesse cenário, são eles as maiores vítimas da violência praticada no Brasil.

194. Nas palavras de Silvio Almeida “[o] racismo [...] permite a conformação das almas, mesmo as mais nobres da sociedade, à extrema violência a que populações inteiras são submetidas, que se naturalize a morte de crianças por ‘balas perdidas’, [...] que se exterminem milhares de jovens negros por ano no que vem sendo denunciado há anos pelo movimento negro como genocídio”.

195. Por essa razão, concluiu o pesquisador que é “impossível negar o viés racial da violência no Brasil, a face mais evidente do racismo em nosso país”.

“Embora se identifique um padrão generalizado de vulnerabilidade da população negra: na saúde, na educação, no mercado de trabalho, no acesso aos bens culturais, como vítimas dos crimes de tráfico de pessoas, nas mortes por parto e outros tipos de

doenças, nenhuma outra área pode ser mais representativa das injustiças raciais no Brasil do que o sistema penitenciário.”²⁰⁰

196. Dina Alves²⁰¹, traz em seus textos sempre uma reflexão ao que ela chama de relação senzala-favela-prisão, ao analisarmos não somente o número de pessoas negras encarceradas mas também o número de pessoas negras que são vítimas de execução policial pelo Estado diariamente.

197. De acordo com os dados do IBGE²⁰² divulgados em novembro de 2017, a população negra no Brasil equivale à 54,9% da população total, ou seja, mais da metade da população do país é negra.

198. Em 2018, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) fez uma visita in loco ao Brasil, identificando a manutenção de um contexto extremamente desigual²⁰³, em que o racismo e a criminalização estrutural da população negra persistem de forma expressiva.

199. A política de segurança pública, ao produzir impactos desproporcionais sobre os direitos fundamentais da população negra, em especial, as que estão em situação de cárcere, deixa evidente o dever do Estado de atuar na redução das distinções ilegítimas no gozo e exercício de direitos desses cidadãos.

²⁰⁰ Dina Alves é membra efetiva do Adelinas – Coletivo Autônomo de mulheres Pretas. Doutoranda em Ciências Sociais pela PUC/SP. Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Católica de São Paulo.

²⁰¹ Dina Alves é membra efetiva do Adelinas – Coletivo Autônomo de mulheres Pretas. Doutoranda em Ciências Sociais pela PUC/SP. Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Católica de São Paulo.

²⁰² Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-pnad-moradores.html>. Acesso 11 de julho de 2018.

²⁰³ Sobre isso, Nicky Fabianic, coordenador-residente do Sistema das Nações Unidas no Brasil, indica que os dados mostram a “dura realidade” enfrentada pela juventude negra brasileira, “que sofre o impacto do racismo estrutural que precisamos combater”. Ver em: ONU Brasil. O racismo mata e não podemos ser indiferentes. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/o-racismo-mata-e-nao-podemos-ser-indiferentes-diz-onu-brasil-em-lancamento-da-campanha-vidasnegras/>. Acesso em: 30 de maio de 2020.

200. Imperioso destacar que o racismo estrutural e institucional já foi reconhecido por esta E. Suprema Corte por ocasião do julgamento da Ação Declaratória de Constitucionalidade nº 41.

201. O conceito de racismo estrutural permeia o acórdão, sendo mencionado expressamente, por exemplo, pelos Ministros Edson Fachin e Dias Toffoli.

202. Cristalino ressaltar, da mesma ADC, as palavras do Ministro Roberto Barroso:

Em segundo lugar, certamente como decorrência dessas circunstâncias que acabo de narrar, há o racismo estrutural da sociedade brasileira. Aqui, diferentemente do que se passou nos Estados Unidos, não foram necessárias leis discriminatórias, leis do estilo "Jim Crow": vagões para negros, vagões para brancos; praias para negros, praias para brancos; banheiros públicos para negros, banheiros públicos para brancos. Nós não precisamos disso, porque aqui **o racismo era tão estruturalmente arraigado que isso já acontecia naturalmente, independente de lei, como consequência da marginalização e do próprio sentimento de inferioridade que isso criava. Nós nos acostumamos com uma sociedade em que os negros eram tratados de uma maneira estratificada, hierarquicamente inferiores nas atividades que desempenhavam. Assim, acostumamo-nos que negros eram porteiros, faxineiros, pedreiros, operários; negras eram empregadas domésticas. (...)**

Além disso, **a cor da pele influencia a vida de afrodescendentes em todos os seus aspectos: nas condições de moradia e saúde, nas relações com a Polícia e com o Estado, na educação e ainda, com especial relevância, no mercado de trabalho.** Nas favelas, 66% dos domicílios são chefiados por negros. No sistema carcerário, 61% dos presos são negros; e 76,9% dos jovens vítimas de homicídios são negros. E as estatísticas continuam com taxas de analfabetismo; negros percebem, em média, 55% da renda dos brancos em geral. Portanto, os números demonstram a persistência do racismo estrutural...(grifos nossos)

VI. DO IMPACTO DESPROPORCIONAL DA PRISÃO POR QUESTÕES DE GÊNERO

-1- Das Mulheres Cis

203. A população prisional feminina vem crescendo vertiginosamente nos últimos anos, indo de 5.600 em 2000 para 37.200 mulheres cis presas em 2019, segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, publicado em dezembro de 2019 pelo Departamento Penitenciário Nacional. Ainda assim, as mulheres cis representam apenas cerca de 5% da população prisional do país, e tem suas especificidades ignoradas pela atual gestão penitenciária.

204. No último relatório, o déficit de vagas no sistema prisional, por exemplo, não apresenta informações das vagas separada por gênero. Ou seja, não é possível saber o nível de superlotação dos presídios femininos, em que pese o aumento expressivo da população prisional feminina.

205. O último relatório específico sobre a situação das mulheres cis presas no Brasil é o Infopen Mulheres 2018, publicado a partir de dados coletados em 2016. Naquele momento, ele já indicava que a taxa de ocupação dos presídios femininos era de 156,7%, ou seja, há 4 anos atrás a situação de superlotação prisional já era explícita. Essa situação impede a adoção das medidas necessárias para evitar a contaminação por COVID-19, principalmente o distanciamento social.

206. Cabe ressaltar que a maior parte das mulheres cis encarceradas no Brasil hoje está presa por crimes cometidos sem violência, a maioria por tráfico de drogas, que segundo o Infopen Mulher 2018 correspondia a 62% das ocorrências que ocasionaram a prisão de mulheres cis.

207. As estruturas do mercado de drogas ilícitas reproduz um padrão muito similar ao do mundo do trabalho legal, em que as mulheres ocupam posições mais subalternas, e também mais vulneráveis, posto que são atividades que demandam contato direto com a droga, e em geral, possuem menor margem de negociação com os agentes de segurança. Assim, a identidade e as representações de gênero que atribuem funções específicas para as mulheres, têm um papel estratégico e funcional na dinâmica do tráfico, em que elas exercem funções em que são descartáveis, principalmente com o armazenamento e transporte das substâncias ilegais, estando mais sujeitas ao encarceramento²⁰⁴.

208. As pesquisadoras Bárbara Musumeci Soares e Iara Ilgenfritz corroboram essa afirmação, pois ao realizarem pesquisa no sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2000, demonstraram a posição das mulheres na cadeia do tráfico de drogas²⁰⁵. Com base na declaração e nas afirmações das apenas concluíram que: (a) 27,3% eram buchas; (b) 14% eram consumidoras; (c) 13% eram mula/avião; (d) 12,7% eram vendedoras; (e) 11,7% eram vapor; (f) 10,7% eram cúmplices; (g) 1,7% ocupavam, respectivamente, posições como assistente/fogueteira, abastecedora/distribuidora, traficante, gerente, dona de boca; (h) por fim, 0,7% eram caixa/contabilidade²⁰⁶.

209. Os dados acima narrados são corroborados por outras pesquisas. Nesse sentido, cite-se Paulo Roberto da Silva Bastos, que analisou o perfil da população carcerária feminina na Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires, em Juiz de Fora, Minas Gerais²⁰⁷. Bastos apontou que as mulheres atuam como coadjuvantes, atuando, na maioria das vezes, como vapor, mula e olheira. Da mesma forma, pesquisa desenvolvida por Moura, no Instituto Penal

²⁰⁴ Chernicharo, Luciana Peluzio. *Sobre mulheres e prisões: seletividade de gênero e crime de tráfico de drogas no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direito. Orientadora: Prof. Dra. Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues. Rio de Janeiro, 2014, p. 137.

²⁰⁵ Soares, Bárbara Musumeci. Ilgenfritz, Iara. *Prisioneiras - Vida e Violência atrás das Grades*. Rio de Janeiro. Editora Garamond, 2002.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 87.

²⁰⁷ Bastos, Paulo Roberto da Silva. Criminalidade feminina: Estudo do perfil da população carcerária feminina na Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires - Juiz de Fora (MG)/2009. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, 81, 01/10/2010. Disponível em <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/criminalidade-feminina-estudo-do-perfil-da-populacao-carceraria-feminina-da-penitenciaria-professor-arosvaldo-de-campos-pires-juiz-de-fora-mg-2009/>>, acessado em 27 de maio de 2020.

Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, em Fortaleza, no Ceará, indica que 81,4% das detentas afirmaram trabalhar em postos subalternos, tais como mula, vapor, vendedora²⁰⁸.

210. De acordo com o relatório publicado pelo DEPEN no último ano, cerca de 30% da população prisional é composta por presos provisórios. Mais uma vez, não há dados organizados por gênero, que nos permitam conhecer a situação específica das mulheres encarceradas.

211. O Infopen Mulheres 2018 indica que 45% das mulheres cis presas ainda aguardava julgamento - logo, poderiam estar em liberdade provisória ou cumprindo medidas cautelares alternativas à prisão, se o princípio da presunção de inocência não fosse rotineiramente relativizado nos tribunais brasileiros.

212. Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) indica que 37% dos réus que responderam ao processo presos sequer foram condenados à pena privativa de liberdade, o que revela o sistemático, abusivo e desproporcional uso da prisão provisória pelo sistema de justiça no país²⁰⁹.

213. Segundo a Nota Técnica nº 18/2020 do Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN, dentre as presas provisórias no Brasil, há atualmente 77 (setenta e sete) grávidas; 20 (vinte) puérperas; e 3.136 (três mil cento e trinta e seis) mães de crianças até 12 anos. A permanência dessas mulheres atrás das grades viola frontalmente os incisos IV e V do art. 318 do Código de Processo Penal, que prevê a prisão domiciliar nesses casos, a partir da redação atualizada pelo Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257, de 2016).

²⁰⁸ Imoura, Maria Juruena, *Mulher, tráfico de drogas e prisão*. Fortaleza: Eduece, 2012.

²⁰⁹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *A Aplicação de Penas e Medidas Alternativas*, p. 38. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7517/1/RP_Aplicação_2015.pdf. Acesso em 29 de maio de 2020.

214. Viola também os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil nas Regras de Bangkok, que são Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras.

215. Não obstante, a resistência do Poder Judiciário em conceder a prisão domiciliar nesses casos é notória, o que ensejou, inclusive, a proposição de Habeas Corpus Coletivo 143.641²¹⁰ para determinar a substituição da prisão preventiva por domiciliar de mulheres presas, em todo o território nacional, que sejam gestantes ou mães de crianças de até 12 anos ou de pessoas com deficiência, concedido por este Supremo Tribunal Federal em fevereiro de 2018.

216. As mulheres gestantes apresentam maior suscetibilidade à hipoxemia devido a alterações anatômicas e fisiológicas associadas à gravidez no sistema cardio-respiratório, levando a altas demandas de oxigênio, estado hipercoagulável, aumentando o risco de trombose microvascular pulmonar e função imunológica alterada, causando resposta inflamatória desfavorável, podem ter um papel importante na fisiopatologia e impacto no curso de COVID-19 em mulheres grávidas²¹¹.

217. Essas mudanças fisiológicas permanecem durante o estágio puerperal (mulheres que tiveram seus filhos há até 45 dias), visto que não se resolvem imediatamente após o parto.

218. Tais condições, somadas ao número de óbitos de gestantes/puérperas por COVID-19 verificado no país, levou o Ministério da Saúde a rever sua posição anterior e incluir, em abril de 2020, as mulheres no ciclo gravídico/puerperal no grupo de risco da doença²¹².

²¹⁰Habeas Corpus nº 143641, Relator Min. Ricardo Lewandowski. Disponível em <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5183497>>, acessado em 29 de maio de 2020.

166 Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

²¹¹ Westgren, Pettersson, Hagberg, Acharya, *Severe maternal morbidity and mortality associated with COVID-19: The risk should not be down-played*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13900>

²¹²Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada, Ministério da Saúde, 2020.

219. A revisão de alguns estudos recentes mostram que gestantes e puérperas correm risco aumentado de evoluir para quadros mais graves caso infectadas pelo Covid-19, inclusive tendo maior chance de precisar de suporte de ventilação mecânica e cuidados intensivos²¹³ .

220. Além desses dados, alguns estudos já associam a escassez de recursos e vulnerabilidade social como fatores de risco aumentado para agravamento de gestantes por Covid-19, o que inclui populações oriundas de periferia e em situações de privação de liberdade²¹⁴.

221. Um outro achado importante mostra que houve uma frequência maior de casos entre mulheres negras e de outras minorias étnicas²¹⁵ .

222. Mulheres negras, além de serem a maioria entre a população carcerária também possuem a etnia como fator de risco para desenvolver hipertensão arterial na gestação, o que por si só já configura uma gestação de alto risco, sendo a maior causa de morte materna no Brasil²¹⁶, assim como o diabetes gestacional, complicação frequente da gestação, com incidência de cerca de 18% no país²¹⁷, fatores que aumentam o risco para agravamento da COVID-19.

223. Essas particularidades são agravadas pelas péssimas condições carcerárias das unidades do país, que em sua maioria são pouco ventiladas, mal higienizadas e superlotadas.

224. Para além das gestantes e puérperas, as condições do cárcere também agravam a situação de presas e detentas portadoras de comorbidades que, por si só, são fatores de riscos

²¹³Westgren, et al. 2020.

²¹⁴Amorim, MMR, Takemoto, MLS, Fonseca, EB. *Maternal Deaths with Covid19: a different outcome from mid to low resource countries?* Am J Obstet Gynecol.2020 Apr 26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.023>. Knight, Bunch, Vousden, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS) [published online 2020 May 12]. medRxiv. doi:10.1101/2020.05.08.20099268.

²¹⁵Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-13-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>.

²¹⁶ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf.

²¹⁷ Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>.

para a má evolução da doença, aumentando a possibilidade de virem a óbito caso sejam contaminadas pela COVID-19.

225. Citando novamente a Nota Técnica nº 18/2020 do Departamento Penitenciário Nacional, há atualmente 4.052 (quatro mil e cinquenta e duas) mulheres com doenças crônicas ou doenças respiratórias no sistema prisional, sendo 2.452 (dois mil quatrocentos e cinquenta e dois) com hipertensão, 434 (quatrocentos e trinta e quatro) com HIV, 411 (quatrocentos e onze) com diabetes, 231 (duzentos e trinta e um) com asma, 226 (duzentos e vinte e seis) com bronquite, 108 (cento e oito) com doença pulmonar, 51 (cinquenta e um) com hepatite, 43 (quarenta e três) com doença neurológica, 19 (dezenove) com tuberculose, 16 (dezesseis) com câncer, e 179 (cento e setenta e nove) com outras doenças, incluindo psoríase, dislipidemia, tuberculose, trombose, IST's, imunossupressão ou hipotireoidismo.

226. Há, ainda, 434 (quatrocentos e trinta e quatro) mulheres presas com idade igual ou superior a 60 anos, o que também constitui fator de risco, vide os elevadíssimos índices de mortalidade verificada nessa faixa etária, por todo o mundo, em decorrência de infecção pelo novo coronavírus.

227. Por possuírem um sistema imunológico naturalmente mais deficiente, menos anticorpos no organismo, pulmões e mucosas mais fragilizadas, dentre outras características, as idosas constituem um grupo mais vulnerável a doenças infectocontagiosas - e a COVID-19 é uma delas.

228. A situação se torna mais preocupante diante da ausência de fornecimento regular de material de higiene e limpeza, bem como de água potável, nas unidades prisionais brasileiras, visto que a higienização das mãos e superfícies é fundamental para evitar o contágio pelo novo vírus.

229. Ocorre que, sob a justificativa de frear a disseminação do novo coronavírus, a visitação foi suspensa nas unidades prisionais, elevando sobremaneira a ausência de acesso a itens básicos que, no caso específico das mulheres presas, como visto, já é debilitado, requerendo assim uma especial atenção a esse Tribunal das mulheres encarceradas no sistema prisional.

230. Desse modo, o que se verifica no atual cenário do sistema prisional, sobretudo quando tratamos de mulheres cis detidas, é a sobreposição de quadros de calamidade pública, que se acentua com a atual pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja taxa de transmissibilidade, de acordo com a Associação Brasileira de Infectologia, é de 2,74 - ou seja, uma pessoa doente com a COVID-19 transmite o vírus, em média, a outras 2,74 pessoas²¹⁸.

231. O colapso no sistema de saúde prisional é apontado há anos por diversos institutos e instituições que atuam nas unidades, tendo levado a União, no âmbito do Ministério da Saúde, a lançar, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Todavia, tal medida não foi capaz de trazer soluções satisfatórias para superar os problemas existentes²¹⁹.

232. No Rio de Janeiro, o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade é historicamente débil, não havendo meios aptos a garantir sequer a atenção básica de saúde. Dados do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura²²⁰ apontam que “a condição atual do sistema prisional fluminense potencializa as vulnerabilidades das pessoas privadas de liberdade e as coloca em um risco real de morte diante de uma epidemia de coronavírus”.

²¹⁸Disponível em: <https://www.abo.org.br/noticia/informe-da-sociedade-brasileira-de-infectologia-sbi-sobre-o-novo-coronavirus-atualizado-em-12-03-2020>.

²¹⁹ A preterição da população carcerária é um contrassenso, já que consiste num grupo que se encontra totalmente sob a custódia estatal, diferente da população extramuros. Em verdade, o descaso confirma que não existe a intenção, por parte de nenhuma das autoridades, de ressocializar a pessoa apenas.

²²⁰Relatório Parcial sobre impactos do COVID-19 no Sistema Prisional do Rio de Janeiro, elaborado pelo Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura- RJ.

233. Todos esses dados demonstram claramente a inviabilidade de se elaborar um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 nas prisões capaz de salvaguardar o direito à vida, à saúde e integridade física dos custodiados, pautado somente em medidas de isolamento e higiene.

234. Caso contrário, autoridades executivas e judiciárias estarão assinando a exacerbação da aplicação de penas degradantes e cruéis, além da imposição de sentença de morte àquelas que se encontram acauteladas sob a custódia estatal - o que é vedado pela Constituição Federal vigente.

-2- Das Mulheres Trans

235. Importante ressaltar que não há como destacar a vida no cárcere da população LGBTQI+, sem realizar um esboço primário das experiências sociais das mulheres travestis e transexuais no cenário, em ruínas, que se apresenta o sistema carcerário brasileiro, e neste caso em tela, o cenário fluminense.

236. Em contraste com o conjunto hermenêutico, a não ficção vivida perpassa o roteiro legal e voa em desfavor dos direitos e das vidas das apenadas.

237. Há uma crescente cultura punitiva, mas, por outro lado, há também uma percepção social gradual quanto ao abuso e silêncio estatal. Entretanto, violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, real ou percebida, constituem um padrão global e consolidado, que causa diversos cuidados e visíveis preocupações.

238. O rol dessas violações inclui execuções extrajudiciais, tortura e maus-tratos, agressões sexuais e estupro, invasão de privacidade, detenção arbitrária, negação de oportunidades de

emprego, educação e sérias discriminações em relação ao gozo e fruição de outros direitos humanos.

239. Estes comportamentos são reiterados por outras formas de violência, ódio, discriminação e exclusão, como aquelas baseadas na raça, idade, religião, deficiência ou status econômico, social ou de outro tipo.

240. Sabemos o recorte cultural do cárcere, impondo normas de gênero e orientação sexual às pessoas por meio de costumes, legislação e violência que exercem controle sobre o modo como elas vivenciam seus relacionamentos pessoais e como se identificam.

241. Apesar de todos os esforços na mudança do comportamento carcerário, principalmente, em relação aos seus agentes. O policiamento da sexualidade continua a ser poderosa força subjacente à persistente violência de gênero, bem como à desigualdade entre os gêneros.

242. Vive-se um momento paradigmático em relação aos direitos humanos LGBTQ+. Ao mesmo tempo em que o Estado e as políticas públicas avançam no reconhecimento de direitos, há um aumento de notícias e denúncias sobre violências discriminatórias sofridas por essa população, porém, no cárcere essa vivência é antiga e contínua.

243. Juan Mendez, relator da ONU, em 2015 realizou pesquisa e corroborou informando que deixa evidente sua preocupação com essa população ao reconhecer que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais são pessoas vulneráveis aos efeitos da precariedade do sistema prisional brasileiro.²²¹

²²¹ Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório de Visita ao Brasil do Relator Especial para tortura, maus-tratos e tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, 29 de janeiro de 2016. Disponível em: <https://carceropolis.org.br/publicacoes/relat%C3%B3rio-do-relator-especial-para-a-tortura-maus-tratos-e-tratamentos-cru%C3%A9is-desumanos-e-degradantes-da-onu-mis%C3%A3o-brasil-2015>.

244. O país tem a terceira maior população carcerária do mundo, com 726 mil pessoas, segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de dezembro de 2017, divulgado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério Extraordinário da Segurança Pública.

245. De acordo com o relatório, 89% da população prisional estão em unidades superlotadas. Segundo informações coletadas pelo DEPEN, haveriam pelos menos 101 unidades prisionais destinadas à população LGBTQ+ no Brasil, subdivididas em "Alas/Galerias" e "Celas".

246. Na realidade fluminense, a situação ainda se agrava, sendo considerado que nenhum presídio que respondeu o Questionário encaminhado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, informou ter um cela específica para a população LGBTQI+.

247. A ausência de dados oficiais sobre a situação da população LGBTQ+ prisional, bem como de informações sobre como as unidades carcerárias estão implementando as normas motivam a observação da Sociedade Civil e de seus representantes.

248. Coerente com a demanda que se apresenta, as representações da sociedade civil que compunham o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD/LGBT) e a Diretoria de Promoção dos Direitos de LGBT articularam-se com o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e produziram a Resolução Conjunta Nº 1/2014, que tem por objetivo estabelecer parâmetro de tratamento penal para LGBTQ+.

249. Esta Resolução é um dos caminhos que fazem a SEAP/RJ publicar a Resolução nº 558, publicada em 29 de Maio de 2015, que estabeleceu um conjunto de normas de condutas, que caso fossem cumpridas, não precisaríamos estar no judiciário, conclamando direitos fundamentais.

250. Porém, a realidade que todas as normas não chegam nos presídios e não são cumpridas pelos agentes prisionais.

251. Os dados do Infopen publicados em 2018, indicam que no ano de 2016 o quantitativo de pessoas em unidades femininas chegou a 42.355, enquanto nas unidades masculinas o número alcançou a marca de 665.482. Enquanto, a partir de uma visão geral da população carcerária, o quantitativo em unidades masculinas supera o número de pessoas em unidades femininas em aproximadamente 15 vezes, a população autodeclarada LGBTQ+ nas prisões femininas supera, em número absolutos, a população LGBTQ+ em unidades masculinas. Essa relação não significa dizer que existem necessariamente mais mulheres cis lésbicas, bissexuais e homens trans em privação de liberdade que homens gays, bissexuais, travestis e mulheres transexuais.

252. Essa grande diferença relativa entre a proporção de autodeclarações nas unidades femininas e masculinas é mais um indicativo de que ser reconhecida LGBTQ+ em uma prisão femininas majoritariamente não implica em risco à vida, em oposição ao que ocorre com os LGBT em unidades masculinas.

253. E essa relação de risco à integridade e à vida está ligada diretamente às travestis e mulheres trans, que permanecem em sua maioria dentro de unidades prisionais masculinas, em presídios faccionados, que tem regras de conduta e comportamento, no que refere-se a como se relacionar e abordar uma mulher transexual e uma travesti.

254. É sabido, que a regra da violência física, moral, sexual e sobretudo da vida destes corpos, são a de permanência como vítima destas torturas, destes crimes. Cultura de violência passada de geração em geração, no cárcere.

255. Estamos no não de 2020, e as lutas da população LGBTQI+ continua acentuada e progressiva, porém, o cárcere dita suas regras e nelas mulheres trans, travestis, em sua maioria

negras, são humilhadas, maltratadas, fisicamente, psicologicamente e são objeto de lascívia, muitas vezes sem consentimento, continuam a sofrer barbáries.

256. Podemos avançar até a atual Nota Técnica nº 7 do Depen e veremos que os princípios de Yogyakarta, apresentado em Genebra - Convenção da ONU, em 2006, estão presentes e todas as normas e resoluções vigentes somam se ao conteúdo.

257. Salienta-se que o conjunto de normas legais devem ser cumpridas com o máximo de urgência, diante principalmente do atual cenário pandêmico, onde como ressaltado, essas mulheres encontram-se em sua maioria nas unidades prisionais masculinas.

258. Sabemos que as mulheres transexuais são as apenas que tem menos recursos, mais necessidades salutaras, menos acolhimento dos familiares, e quando ingressam ao sistema carcerário são aquelas que são ainda mais esquecidas e sofrem com o abandono familiar.

259. Em tempos de COVID-19, onde o isolamento passa a ser obrigatório, onde toda a massa carcerária prova da solidão extrema, é crível acreditar que a violência tenha sua curva acentuada, e em um Sistema de Administração Penitenciária que não respeita nem ao menos a cela separada à população LGBTQ+, podemos esperar qual tipo de situação atual.

260. A violência ocorre e nunca será notificada, os corpos são atravessados pela violência, de todos os lados, e a omissão estatal segue sua injustificada indiferença.

261. Sendo assim, cabe a sociedade civil, em seu papel como *amicus curiae*, ressaltar os direitos fundamentais em destaque na exordial, e requerer que seja cumprido a Resolução SEAP/RJ nº 558/2015, como todos os direitos vinculados no Princípio de Yogyakarta, ONU-2006, e principalmente a tão recente Nota Técnica do DEPEN nº 7/2020, bem como observada as questões de saúde para a população LGBTQ+.



**OPEN SOCIETY
JUSTICE INITIATIVE**

262. Por fim, fazer que os direitos básicos de integridade à vida, à saúde, à segurança pessoal, à não-discriminação e à igualdade, como basilares constitucionais sejam cumpridos pelos seus servidores, agentes e diretores prisionais.

VII. CONCLUSÕES E PEDIDOS

263. Diante da gravidade do quadro ora denunciado e conseqüentemente de medidas que visem interromper as violações perpetradas, **as entidades subscritoras vem, sem prejuízo de eventuais manifestações posteriores, posicionar-se em favor de todos os pedidos cautelares formulados na inicial.**

264. Pelo exposto, encontram-se preenchidos os requisitos legais para a admissão da entidade como *amicus curiae*, instrumento importante de democratização e pluralização do debate jurisdicional. Diante da relevância da matéria, da repercussão social da controvérsia, da representatividade adequada, comprovada pela atuação histórica das entidades, essas vêm à presença de V. Ex.^a requerer:

- i. Que seja admitida no feito na qualidade de *amicus curiae*, nos termos do artigo 138 do Código de Processo Civil, para que, deste modo, possa exercer todas as faculdades inerentes a tal função, como a apresentação de memoriais e a possibilidade de sustentação oral de seus argumentos em Plenário, quando houver a apreciação do mérito da questão;
- ii. Que sejam intimadas, por meio de seus advogados e suas advogadas, de todos os atos do processo;
- iii. Subsidiariamente, caso assim não entenda Vossa Excelência, seja acolhida a presente, na forma de memoriais, em favor do provimento do Agravo Interno, para que seja, ao final, concedidos os pedidos da Defensoria Pública e Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.



**OPEN SOCIETY
JUSTICE INITIATIVE**

De São Paulo, Nova Iorque, Berlin e Rio de Janeiro, 19 de junho de 2020.

(assinado eletronicamente)
Gabriel de Carvalho Sampaio
Conectas Direitos Humanos
OAB/SP 252.259
OAB/DF 55.891

Henrique H. Apolinario de Souza
Conectas Direitos Humanos
OAB/SP 388.267

Agnes Regina Felipe
Associação Elas Existem
OAB/RJ 187.523

Caroline Mendes Bispo
Associação Elas Existem
OAB/RJ-183.240

Irmina Pachó
Open Society Justice Initiative

Natasha Arnpriester
Open Society Justice Initiative

Masha Lisitsyna
Open Society Justice Initiative

James A. Goldston
Open Society Justice Initiative

VIII. LISTA DE ANEXOS

1. Anexo 1: Declaração da Dra. Ranit Mishori (MD, MHS, FAAFP) e da Dra. Michele Heisler (MD, MPA)
2. Anexo 2: Declaração de Fiona Ni Chinneide, Diretora Executiva do Irish Penal Reform Trust (Conselho Irlandês de Reforma Penal);
3. Anexo 3: Declaração de Patrizio Ginella, da Antigone, organização da sociedade civil estabelecida na Itália.