



EXMO(A). SR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA DE FAZENDA PUBLICA DA COMARCA DA CAPITAL

URGENTE – ENFRENTAMENTO DE COVID-19

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, pela 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, que subscreve a presente, com sede na Av. Nilo Peçanha, nº 151, 9º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP Nº 20020-100, vem a presença de Vossa Excelência, com fundamento nas disposições dos artigos 127, *caput*, 129, inciso III, da Constituição Federal e artigos 25, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625/93 e 34, inciso VI, da Lei Complementar nº 106/2003, pelas Resoluções GPGJ nº 1.522/2009 e 2.227/18, e pelo artigo 1º, IV da Lei nº 7347/85, e a **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (DPE/RJ)**, instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado do Rio de Janeiro e à afirmação do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88), inscrita no CNPJ sob o nº 31.443.526/0001-70, representada pelos Defensores Públicos que a subscrevem, vem, a V. Exa., com fulcro nos arts. 5º, XXXV e LXXIV, e 134 da Constituição da República, no art. 4º, VII, VIII, X e XI da Lei Complementar 80/1994, no art. 5º, II, da Lei nº. 7.347/1985, nos arts. 196 e seguintes da CRFB/88 e nos arts. 300 e segs do CPC, propor a presente:

AÇÃO CIVIL PÚBLICA
COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA

em face de:

1. **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.600/0001-71, que deverá ser citado na pessoa do Exmo. Procurador Geral do Estado do Rio de Janeiro, com sede na Rua do Carmo, número 27, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP nº 20011-020, conforme o art. 6º, inciso XXVII, da Lei Complementar nº 15/80;
2. **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.733/0001-48, que deverá ser citado na pessoa



do Exmo. Senhor Prefeito, Sr. Marcelo Bezerra Crivella, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Cidade Nova - 20211-110, ou por meio da Procuradoria Geral do Município, situada na Travessa do Ouvidor, 4 – Centro, CEP: 20040-040, Rio de Janeiro;

3. **ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA NOVA ESPERANÇA – AFNE** – Organização Social responsável pela gestão do Pronto de Socorro Geral Hamilton Agostinho, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 06.058.863/0001-04, com endereço na Av. Felipe Uebe, nº 423, Parque Califórnia, Campos dos Goytacazes – RJ, CEP: 28013-140, por seu representante legal, **podendo ser citada no endereço de seu escritório situado na Avenida Marechal Camara 160, 16º andar, sala 1637, Centro, Rio de Janeiro, CEP. 202-021-380.**

Pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir expostos.

I – DOS FATOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE CORONAVIRUS:

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por força da proliferação do contágio em humanos do novo coronavírus (COVID-19), declarou Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional.

Em 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou, nos termos do Decreto nº 7.616/2011, Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e constituiu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), colegiado responsável pela gestão coordenada das ações de resposta à pandemia no âmbito da vigilância e atenção à saúde nas três esferas do SUS (União Federal, Estados e Municípios).

Também em 03 de fevereiro de 2020, foi publicada a Portaria MS nº 188/2020 que Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da pandemia da COVID-19, e previu como uma das medidas de enfrentamento a requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas e a contratação temporária de profissionais;



Em fevereiro de 2020, o COE-nCoV publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19 (DOC. 01), cujo conteúdo orienta as secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal a elaborarem e publicarem seus planos de contingência, contendo todas as ações de enfrentamento da epidemia, como, por exemplo, a organização de sua rede hospitalar, com a necessária ampliação de leitos se necessário.

Em 06 de fevereiro de 2020, o Parlamento brasileiro, em razão da propagação mundial do COVID-19, promulgou a Lei Federal n. 13.979/20, de iniciativa do Presidente da República Jair Bolsonaro, com o objetivo de definir, em âmbito nacional, o marco regulatório sobre o enfrentamento da pande

Em 11 de março de 2020, o Ministério da Saúde editou a Portaria n. 356/20 com o objetivo de regulamentar o diploma legal supracitado e orientar os demais entes federativos na adoção de medidas para o enfrentamento da pandemia, nomeadamente aquelas relacionadas à promoção do distanciamento social. **Na mesma data, em âmbito estadual**, foi editado o Decreto Estadual Nº 46.966 de 11 de março de 2020, que ao dispor sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, previu no art. 6º a elaboração pela Secretaria Estadual de Saúde de um Plano de Contingência Estadual para conter a emergência de saúde pública provocada pelo Coronavírus (2019- nCoV), a ser publicado na internet e distribuído para toda a rede pública e privada de saúde no Estado, em até 07 (sete) dias após a edição do presente Decreto. **Foi editado o Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro, porém nele (com exceção da previsão de um fluxo para privados de liberdade oriundos do exterior, o que era recomendável no nível 0 de segurança, durante o qual só existiam casos importados de COVID-19) não foi prevista nenhuma ação específica para o sistema prisional, embora um dos objetivos estratégicos do plano seja o de *organizar a resposta assistencial de forma a garantir o adequado atendimento da população fluminense na rede de saúde***. (DOC. 02) O referido plano foi atualizado em 01/04/2020, e pactuado em CIB (Comissão Intergestores Bipartite – Deliberação CIB nº 71/2020), prevendo as



seguintes recomendações compatíveis com o NÍVEL DE RESPOSTA 3, de contingência máxima, **instalação de hospital de campanha da Secretaria de Estado de Saúde (SES), forças armadas, utilização de leitos em unidades especializadas com suspensão de cirurgias eletivas (DOC.03). Nessa segunda versão do plano, foi inserida como necessária para uma assistência adequada da população privada de liberdade com COVID-19, a implantação de hospital de campanha SEAP no Complexo Penitenciário de Gericinó, com a previsão de 60 leitos de enfermaria clínica e de 05 kits de respiradores do Ministério da Saúde, SEM PREVISÃO DE INAUGURAÇÃO.**

É importante atentar para o fato de que o Plano Estadual de Contingência também foi aprovado pelo Município do Rio de Janeiro e que, como o Estado do Rio de Janeiro já se encontra no Nível de Resposta 3, todos os leitos e serviços assistenciais ali previstos como necessários para assistir de forma adequada a população neste nível de resposta, inclusive a prisional, já deveriam estar em pleno funcionamento;

Em 12 de março de 2020, o Município do Rio de Janeiro, com vistas à regulamentação da lei federal acima referida, editou o Decreto Municipal n. 47.246/20, onde previu medidas de distanciamento social ampliado¹ com o objetivo de desacelerar a propagação da epidemia e ganhar tempo para a estruturação do sistema de saúde. Tal ato normativo acabou na sequência complementado pelos decretos municipais n. 47.282/20, 47.338/20, 47.341/20, 47.356/20, diplomas normativos que, grosso modo, estabeleceram medidas de restrição do convívio social a fim de evitar aglomerações de pessoas e, por consequência, a disseminação acelerada do vírus.

Em 13 de março de 2020, o Estado do Rio de Janeiro, no âmbito de seu território, editou o Decreto Estadual n. 46.970 para, com fulcro na Lei Federal 13.979/20, determinar, pelo prazo de 15 dias, a suspensão de diversas atividades de caráter

¹ Segundo o BE8 do Ministério da Saúde, o distanciamento social ampliado consiste em estratégia não limitada a grupos específicos, exigindo que todos os setores da sociedade permaneçam na residência durante a vigência da decretação da medida pelos gestores locais. Esta medida restringe ao máximo o contato entre pessoas. Ficam mantidos os serviços essenciais, com adoção de maior rigor na higiene e evitando aglomeração.



econômico visando à promoção do distanciamento social ampliado necessário para evitar a proliferação rápida do contágio – tal ato normativo estadual restou reeditado por meio da publicação do Decreto Estadual n. 47.006, editado em 27 de março de 2020.

Em 16 de março de 2020, o Estado do Rio de Janeiro, no âmbito de seu território, editou o Decreto Estadual n. 46. 973, de 16/03/2020, reconhecendo a situação de emergência na saúde pública do Estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (covid-19), e dá outras providências (Publicado em DO de 17/03/2020).

Em 16 de março de 2020, a SEAP e a SES editaram a Resolução Conjunta nº 736 com recomendações de medidas preventivas e de controle de infecções pelo coronavírus no sistema prisional que estabelecem o encaminhamento médico imediato de internos que apresentem sintomas de COVID-19, inclusive para hospitais de referência da rede de saúde dos Municípios bem como a comunicação dos casos suspeitos de COVID-19 às autoridades sanitárias e a Coordenação de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) (DOC. 04).

Também em 16 de março de 2020, a SEAP editou a Resolução nº 804, que estabeleceu regras para funcionamento da SEAP no enfrentamento da COVID-19 durante a pandemia, e, ao autorizar a redução de 50% da força de trabalho presencial no sistema prisional, gerou ainda impacto enorme negativo para o sistema prisional já carente de profissionais de saúde em situações de normalidade (DOC. 05).

Em 17 de março de 2020, foi editada pelo Conselho Nacional de Justiça, a **Recomendação CNJ n. 62/2020**, que, no art. 9º, prevê que os magistrados zelem pela elaboração pelo Poder Executivo Local de plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 no sistema prisional que contenha minimamente:

I – realização de **campanhas informativas acerca da Covid-19, ações de educação em saúde e medidas de prevenção e tratamento** para agentes públicos,



peças privadas de liberdade, visitantes e todos os que necessitam adentrar nos estabelecimentos;

II – procedimento de **triagem pelas equipes de saúde nas entradas de unidades prisionais**;

III – adoção de **medidas preventivas de higiene**, tais como aumento da frequência de limpeza de todos os espaços de circulação e permanência das pessoas custodiadas e privadas de liberdade, com atenção especial para higienização de estruturas metálicas e algemas, instalação de dispensadores de álcool gel nas áreas de circulação, entre outros;

IV – **abastecimento de remédios e fornecimento obrigatório de alimentação e itens básicos de higiene pela Administração Pública** e a ampliação do rol de itens permitidos e do quantitativo máximo de entrada autorizada de medicamentos, alimentos e materiais de limpeza e higiene fornecidos por familiares e visitantes;

V – **fornecimento ininterrupto de água para as pessoas privadas de liberdade** e agentes públicos das unidades ou, na impossibilidade de fazê-lo, ampliação do fornecimento ao máximo da capacidade instalada;

VI – adoção de providências para evitar o transporte compartilhado de pessoas privadas de liberdade, garantindo-se manutenção de distância respiratória mínima e a salubridade do veículo;

VII – **designação de equipes médicas em todos os estabelecimentos penais para a realização de acolhimento, triagem, exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação, referenciamento para unidade de saúde de referência e outras medidas profiláticas ou tratamentos médicos específicos,** observando-se o protocolo determinado pela autoridade sanitária;

VIII – fornecimento de equipamentos de proteção individual para os agentes públicos da administração penitenciária e socioeducativa; e

IX – planejamento preventivo para as hipóteses de agentes públicos com suspeita ou confirmação de diagnóstico de Covid-19, **de modo a promover o seu afastamento e substituição**, considerando-se a possibilidade de revisão de escalas e adoção de regime de plantão diferenciado (DOC. 06);



Em 18 de março de 2020, o Ministério da Saúde editou a Portaria Interministerial nº 07, que **dispõe sobre medidas de vigilância e assistência em saúde para o enfrentamento de emergência de saúde pública no âmbito do sistema prisional, estabelecendo que as normas do Ministério da Saúde deverão ser seguidas também no sistema prisional (art. 1º)** e prevê, entre essas medidas, **o monitoramento e a identificação dos casos suspeitos de COVID-19 pelos profissionais de saúde que atuam nos estabelecimentos prisionais priorizando-se os grupos de risco** (pessoas acima de 60 -sessenta - anos; pessoas com doenças crônicas ou respiratórias, como pneumopatia, tuberculose, cardiopatologia, nefropatia, hepatopatia, doença hematológica, distúrbio metabólico (incluindo diabetes mellitus), transtorno neurológico que possa afetar a função respiratória, imunossupressão associada a medicamentos, como neoplasia, HIV/aids e outros; pessoas com obesidade (especialmente com IMC igual ou superior a 40); grávidas em qualquer idade gestacional; puérperas até duas semanas após o parto² . Previu ainda a **aplicação do isolamento por coorte, uso de cortinas e marcação no chão para delimitação de distância mínima de dois metros entre os custodiados**, caso não seja possível o isolamento do preso com suspeita ou confirmação de COVID em cela individual. E estabeleceu o que deve ser observado em um espaço de isolamento, **além de estabelecer que, nos casos graves, especialmente os de SRAG, devem os presos ser encaminhados para o hospital de referência, nos termos do plano de contingência**, caso existente (DOC. 07).

Em 23 de março de 2020, foi editada a Resolução Conjunta da SEPOL e SEAP nº 10 sobre os óbitos em unidades prisionais durante a pandemia de Covid-19, a qual estabeleceu que enquanto perdurar a situação de emergência na saúde pública do Estado do Rio de Janeiro fica autorizado aos médicos da Secretaria de Estado de

² Art. 2º A Administração Penitenciária deverá identificar os custodiados que apresentem sinais e sintomas gripais, inclusive por meio do incentivo à informação voluntária dos próprios custodiados. § 3º Os profissionais de saúde que atuam nos estabelecimentos prisionais deverão priorizar a identificação e o monitoramento da saúde de custodiados nos seguintes grupos de risco: I - pessoas acima de 60 (sessenta) anos; II - pessoas com doenças crônicas ou respiratórias, como pneumopatia, tuberculose, cardiopatologia, nefropatia, hepatopatia, doença hematológica, distúrbio metabólico (incluindo diabetes mellitus), transtorno neurológico que possa afetar a função respiratória, imunossupressão associada a medicamentos, como neoplasia, HIV/aids e outros; III - pessoas com obesidade (especialmente com IMC igual ou superior a 40); IV - grávidas em qualquer idade gestacional; e V - puérperas até duas semanas após o parto.



Administração Penitenciária a declarar o óbito de internos do sistema prisional do Estado do Rio de Janeiro ocorridos no interior das unidades hospitalares prisionais, salvo em caso de morte por causa externa (homicídio, suicídio ou acidente) ou morte por causa suspeita (DOC. 08).

Em 25 de março de 2020, foi editada a Nota Técnica n. 02/2020 – CSP do Conselho Nacional do Ministério Público que sugere que os Ministérios Públicos velem pela elaboração de plano de contingência do COVID-19 e exijam, quando ainda não houver, a sua imediata construção pelo Poder Público, como providência a ser tomada pelos MPs no sistema prisional no contexto da pandemia do COVID-19.

Em 30 de março de 2020, foi publicada a Portaria Conjunta nº 121 assinada pelo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta e o Presidente do Conselho Nacional de Justiça, Dias Toffoli, que autoriza o envio para cemitérios de pessoas sem lavratura do óbito, tanto em caso de sepultamento, quanto de cremação, inclusive dos óbitos de pessoas indeterminadas como forma de lidar com o aumento de mortes pela epidemia. Somente casos identificados como COVID-19 e insuficiência respiratória com suspeita de COVID-19 declarada serão, com base na Resolução, apontadas como “suspeita de COVID-19”.

Em 07 de abril de 2020, o Estado do Rio de Janeiro editou o Decreto Estadual n. 47.025/2020, cujo conteúdo, a um só tempo, autorizou o retorno das atividades empresariais de estabelecimentos localizados em municípios do seu território sem casos de COVID-19, bem como manteve as restrições impostas pelo Decreto Estadual n. 47.006/20 quanto aos estabelecimentos localizados nos demais municípios, entre eles, o Município do Rio de Janeiro.

Em 24 de abril de 2020, o Ministério da Saúde através da Coordenação de Saúde no Sistema Prisional editou a Nota Técnica nº 9/2020-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, que reforça as recomendações dispostas na Portaria



Interministerial nº 07 de 18 de março de 2020, ressaltando que a alta prevalência de condições de risco para o agravamento da COVID-19, como a tuberculose e o HIV, apontam a necessidade de acompanhamento das pessoas privadas de liberdade que componham grupos mais vulneráveis a complicações clínicas. **Destacando também que as condições de confinamento do sistema prisional demandam especial atenção ao cuidado de pacientes custodiados e às medidas profiláticas adotadas para minimizar o impacto da epidemia no contexto intramuros.** (DOC. 09).

A Resolução n. 004 da ANVISA (com atualização de 21/03/2020) prevê medidas de prevenção a disseminação do vírus da COVID-19 a serem tomadas pelas unidades assistenciais de saúde, prevendo o chamado isolamento de coorte, segundo o qual, em unidades em que haja mais de um paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 é recomendável colocar em uma mesma área pacientes com infecção pelo mesmo agente infeccioso e que haja a distância mínima de 1 metro entre os leitos/poltronas, os pacientes devem utilizar máscara cirúrgica e os profissionais devem aplicar todas as medidas de precaução (uso de EPI). Observou o ato normativo que a coorte não deve ser realizada entre pacientes com doenças respiratórias de etiologias diferentes. Por exemplo, pacientes com influenza confirmada e com COVID-19 não devem ficar na mesma coorte.

Por fim, em 28.04.2020, foi expedida a Nota Técnica Conjunta nº 01/2020 CNJ/CNMP orientando o Departamento Penitenciário Nacional que adote providências para viabilizar a testagem em massa de todas as pessoas presas ou internadas em unidades em que já haja caso de confirmação de diagnóstico por COVID-19 assim como dos agentes públicos que lá trabalhem (DOC. 10).

1.1 DA ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MP E DA DPE APÓS O DECRETO DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA.

A partir da circulação da COVID-19 no território nacional e do início da transmissão comunitária no Brasil, a 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da



Saúde da Capital instaurou o procedimento administrativo nº 202000197576 que tem por objeto *“o acompanhamento das medidas de enfrentamento de surto das doenças infectocontagiosas no sistema prisional, tais como sarampo e coronavírus - Plano de Emergência ao coronavírus no Estado do Rio de Janeiro datado de 02/03/2020 não prevê medidas para o sistema prisional.”*

No referido procedimento, a 2ª PJ de Saúde tem buscado, de maneira extrajudicial, acompanhar as medidas que estão sendo implementadas pela SES e SEAP no enfrentamento da COVID no sistema prisional. Para isso, tem participado e realizado reuniões com SES e SEAP, bem como como outros órgãos como Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Fiocruz e Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do do Rio de Janeiro – ALERJ, ocasiões em que insta as autoridades competentes para planejamento e execução de medidas alternativas que possam ser mais eficientes no combate à COVID-19 no sistema prisional.

De acordo com as informações reunidas pela 2ª PJTCSCAP, em articulação com representantes da Defensoria Pública Estadual e do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, em reuniões realizadas no dia **19.03.2020**, em **23.03.2020** (com a presença do Subsecretário de Tratamento Penitenciário), ficou evidente a **ausência de informações específicas sobre questões básicas para enfrentamento da COVID -19 no sistema prisional**, tais como fluxo para identificação, isolamento e monitoramento dos casos suspeitos de COVID-19, fluxo para encaminhamento dos casos graves para a rede pública de saúde; e, ainda, de medidas de proteção aos grupos de maior risco de evolução desfavorável para formas graves e letais (população idosa e com comorbidades incluídas no grupo de risco), os meios para higienização das celas e galerias e viabilização de lavagem das mãos pelos presos, ante a vigência de regras de segurança prevalentes à questão sanitária, o reduzido fornecimento habitual de água, falta de kits de higiene para os presos; revelando, a insuficiência do ato normativo conjunto Resolução Conjunta SES-SEAP n. 736 de 16 de março de 2020 para prever e orientar todas as medidas desafiadoras de enfrentamento do coronavírus dentro do sistema prisional.



Diante da constatação acima, no âmbito do procedimento referido, a 2ª Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital elaborou as Recomendações nº 009/2020 e 010/2020 (DOCs. 11 e 12), sendo a primeira destinada a SES, SEAP, e, a segunda, a Direção do Pronto de Socorro Geral Hamilton Agostinho à Direção da Organização Social AFNE (responsável pela gestão da unidade de saúde) para a adoção de diversas medidas de caráter urgente no sentido do enfrentamento do coronavírus no sistema prisional, considerando que as medidas publicizadas, como se narrou, são insuficientes.

Na Recomendação nº 009/2020 direcionada à SES e SEAP, o MPRJ recomendou, dentre outras, a apresentação do **Plano de Contingência Conjunto SES-SEAP** para o enfrentamento do coronavírus no sistema prisional devendo incluir a previsão de fornecimento regular de equipamentos de EPI, máscaras, luvas, álcool gel, papel toalha, kits de higiene, apontando-se o ente responsável (SES ou SEAP), com a designação de equipes de saúde nas unidades do sistema prisional que possam proceder à rápida identificação dos casos suspeitos, atendimento médico e respectivo monitoramento, observando a recomendação da OMS de visitas de profissionais de saúde 2x/dia com aferição da temperatura, avaliação do surgimento de sintomas e encaminhamento para hospital em caso de agravamento, fornecimento de testes rápidos ao sistema prisional, estabelecimento de protocolos e adequação de espaços para acautelamento dos casos suspeitos com sintomas, contatos de casos confirmados que sejam assintomáticos e confirmados de Covid-19; apresentação de protocolo, resolução ou outro ato para definição do fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos (leves ou graves) e confirmados para o atendimento em saúde, considerando a incapacidade (nível de complexidade da atenção, falta de estrutura e capacidade operacional) de o Pronto Socorro Geral HÁ acolher todos os casos suspeitos do sistema prisional, identificando as unidades hospitalares extra muros que serão referência para as diversas unidades prisionais situadas no MRJ, bem como a organização do serviço de escolta e transporte em tais casos; identificar como será operacionalizado, nas unidades prisionais, o isolamento dos casos sintomáticos, dos comunicantes assintomáticos e de casos



confirmados, devendo ser respeitada a recomendação da OMS de não isolar todos na mesma cela sob pena de amplificar a transmissão nas unidades prisional, estabelecendo as orientações para as direções das unidades prisionais; Instituição de regras claras quanto a restrições à movimentação de presos durante o período da pandemia e instituição de protocolo de transporte que inclua medidas de prevenção, transporte sanitário e respeito à capacidade veicular, implementação de ações de supervisão pela SES tanto de vigilância em saúde como de assistência à saúde no sistema prisional devido ao fato deste e apresentar como foco potencial iminente de disseminação rápida da doença como alto índice de letalidade; implantação de hospital de campanha no sistema prisional, antecipação da distribuição das vacinas contra gripe para o sistema prisional, priorizando-se a realização da vacinação neste ambiente de confinamento, com a realização de força tarefa, se necessário, para conclusão da vacinação o quanto antes em todo o sistema prisional.

Em resposta à Recomendação 009/2020, a SEAP encaminhou o Of.SEAP/GABCRISE SEI Nº3 (DOC. 13), e, a SES, o Of.SES/ASSEX SEI Nº313/2020 (DOC. 14), tendo os esclarecimentos sido sistematizados nas tabelas abaixo:

Recomendação 009/2020 (Recomendações do MPRJ):	Of.SEAP/GABCRISE SEI Nº3 (Resposta da SEAP):	Of.SES/ASSEX SEI Nº313/2020 (Resposta da SES):
1. Apresentação imediata do Plano de Contingência Conjunto SES-SEAP para o enfrentamento do coronavírus no sistema prisional, na forma do disposto no art. 9º da Recomendação CNJ n. 62/2020, devendo o mesmo, além das medidas previstas no citado dispositivo, garantir minimamente o que se segue:	O fluxo de contingência está sendo elaborado pela SES com as devidas orientações desta SEAP, nas particularidades referentes à rotina nas Unidades Prisionais, dentre elas faz-se oportuno destacar: isolamento social dos pacientes considerados de risco, acima de 60 (sessenta) anos de idade, tendo sido realocados nas Unidades SEAP-CM, SEAP-AC, SEAPFS; os demais pacientes de riscos estão sendo alojados em celas separadas dentro da própria Unidade;	Atendendo a diretriz de Municipalização da atenção à Saúde no sistema prisional, o Plano Estadual está sendo construído de forma colaborativa com a participação dos Municípios, sendo certo que os municípios estão validando seus planos junto aos respectivos Secretários de saúde, para posterior envio consolidado da Secretaria de Estado para o Ministério de Saúde. Cabe ressaltar que o município de Magé não está participando dessa construção. O município do Rio de Janeiro, apesar de não ter aderido a PNAISP, tem participado, inclusive com a presença de servidores da Vigilância Municipal. Encontram-se em construção os planos



	campanhas de disseminação da cultura de prevenção ao COVID-19 e fornecimento de EPI's aos servidores.	municipais de contingência com cada município que tenha unidades prisionais, inclusive o Rio de Janeiro. Já foram recebidos os planos de contingência de alguns Municípios. Japeri, Volta Redonda e Niterói enviarão esta semana. Magé tem reunião agendada. O plano de contingência estadual dos privados de liberdade está sendo construído colaborativamente, e com a participação do CNJ. O ponto de partida foi a resolução ses-seap que regionaliza o cuidado. E as orientações do DEPEN e CNJ.
a) Adoção de esforços conjuntos inclusive com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para designação de equipes de saúde nas unidades do sistema prisional que possam proceder à rápida identificação dos casos suspeitos, atendimento médico e respectivo monitoramento, observando a recomendação da OMS de visitas de profissionais de saúde 2x/dia com aferição da temperatura, avaliação do surgimento de sintomas e encaminhamento para hospital em caso de agravamento;	Idem ao item anterior.	Segundo o Subsecretário de Tratamento da SEAP, o acompanhamento dos pacientes com síndrome gripal está sendo realizado por equipes itinerantes de profissionais da SEAP (enfermeiro e técnico de enfermagem com lotação fixa na unidade prisional e o médico circula em várias unidades). Essas equipes estão atuando nas unidades prisionais no município do Rio de Janeiro e também em municípios do interior. Estamos avaliando a possibilidade de encaminhar profissionais voluntários para apoiar a SEAP. Conforme já informado, o acompanhamento dos pacientes com síndrome gripal está sendo realizado por uma equipe de profissionais itinerantes da SEAP. A SES tem atendido a diretriz de Municipalização da PNAISP, articulando com os Municípios para que haja a formação dos planos de contingência para o sistema prisional.
b) Detalhamento de todas as medidas especiais de proteção que devem ser tomadas tanto nas unidades prisionais como nas unidades de saúde do sistema prisional para isolamento preventivo dos presos integrantes do chamado grupo de risco, bem como priorização da identificação de casos suspeitos, monitoramento e encaminhamento célere ao atendimento médico (dentro ou fora	Idem ao item anterior.	Segundo o Subsecretário de Tratamento da SEAP, os pacientes com síndrome gripal estão sendo isolados na unidade prisional e acompanhados pela equipe itinerante de profissionais da SEAP. Informa, ainda, que até a data da reunião eram poucos casos de síndrome gripal, sem nenhuma confirmação de COVID-19. Assim, tecnicamente não se podia afirmar que existia contaminação comunitária do vírus no sistema.



do sistema prisional)		Ademais, não havia paciente internado grave no sistema penitenciário.
c) A identificação da necessidade do sistema prisional com a previsão de fornecimento regular de equipamentos de EPI, máscaras, luvas, álcool gel, papel toalha, kits de higiene, apontando-se o ente responsável (SES ou SEAP) pela aquisição e distribuição;	Idem ao item anterior.	
d) A garantia pela SES com urgência de cota de testes rápidos destinadas ao sistema prisional para testagem de COVID-19 em número suficiente para a demanda na PPL (estima-se um quantitativo de 15 a 20% do contingente populacional, equivalente a cerca de 10.000 testes), de forma a viabilizar procedimentos de verificação de casos suspeitos, adoção de medidas de isolamento e identificação de casos que possam evoluir para formas graves;	Idem ao item anterior.	Testes rápidos: o Secretário de Estado de Saúde informou que a SES recebeu apenas 25.000 testes, apesar de já ter solicitado aquisição de outros 1.200.000. Esses testes estão sendo utilizados em duas ações prioritárias (profissionais da segurança pública e de saúde). A SES encaminhou 1.000 kits de testagem para SEAP, 1.000 para CBMERJ, 1000 para PMERJ. Quando chegarem os outros testes, será implementada uma testagem ampliada na população em geral e também na população privada de liberdade, sempre garantindo o mesmo protocolo. Segundo o Secretário, 20.000 testes estão reservados para a realização da testagem com fins epidemiológicos, que estão sendo realizados semanalmente. Existe permanente tentativa para aquisição de mais testes, o mais rápido possível. No entanto, muitas empresas têm declinado o contrato, antes mesmo da entrega em razão do aumento do valor no mercado internacional. Desta forma não é possível estimar prazo para efetiva aquisição e entrega desses testes.
e) A garantia no sistema prisional de recursos humanos para a aplicação dos referidos testes nas unidades prisionais, visando evitar deslocamento de casos suspeitos;	Idem ao item anterior.	Segundo o Subsecretário de Tratamento da SEAP, o acompanhamento dos pacientes com síndrome gripal está sendo realizado por equipes itinerantes de profissionais da SEAP (enfermeiro e técnico de enfermagem com lotação fixa na unidade prisional e o médico circula em várias unidades). Essas equipes estão atuando nas unidades



		prisões no município do Rio de Janeiro e também em municípios do interior. Estamos avaliando a possibilidade de encaminhar profissionais voluntários para apoiar a SEAP.
f) Elaboração de protocolo para a aplicação dos testes acima com o treinamento correspondente dos profissionais para sua realização na PPL;	Idem ao item anterior.	Os protocolos estão sendo construídos e serão pactuados em CIB
g) Estabelecimento de protocolos e adequação de espaços para acautelamento dos casos suspeitos com sintomas, contatos de casos confirmados que sejam assintomáticos e confirmados de Covid-19	Idem ao item anterior.	Trata-se de medida de competência exclusiva da SEAP.
h) Apresentação de protocolo, resolução ou outro ato quanto ao fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos (leves ou graves) e confirmados para o atendimento em saúde, considerando a incapacidade (nível de complexidade da atenção, falta de estrutura e capacidade operacional) de o Pronto Socorro Geral HA acolher todos os casos suspeitos do sistema prisional, identificando as unidades hospitalares extra muros que serão referência para as diversas unidades prisionais situadas no MRJ, bem como a organização do serviço de escolta e transporte em tais casos;	Idem ao item anterior.	Com relação ao diagnóstico da população privada de liberdade, o Secretário de Estado de Saúde informou que a orientação é que sejam realizados os mesmos procedimentos adotados pela ampla rede pública de saúde para a população em geral. O Protocolo atualmente prevê: - Exame PCR: utilizado apenas para os casos graves e óbitos. Os kits são entregues pelo Ministério da Saúde e o LACEN coordena a distribuição. Atualmente, estão sendo realizados 600 testes por dia, e as amostras são encaminhadas ao LACEN. O Resultado deve ser apresentado em 2/3 dias. O fornecimento de novos kits é efetivado em sistema de troca pelos kits apresentados já com as amostras. Dessa forma, o Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho pode cadastrar suas amostras direto no sistema para envio ao LACEN. Esse fluxo foi criado e sua dinâmica foi atualizada com o responsável pelas possíveis amostras da SEAP. Além disso, foi estabelecido fluxo de testagem para profissionais de saúde com a Policlínica Piquet Carneiro, conforme cartaz anexo. Com relação ao serviço de escoltas e transportes, informamos que é uma



		medida de competência exclusiva da SEAP.
i) Identificar como será operacionalizado, nas unidades prisionais, o isolamento dos casos sintomáticos, dos comunicantes assintomáticos e de casos confirmados, devendo ser respeitada a recomendação da OMS de não isolar todos na mesma cela sob pena de amplificar a transmissão nas unidades prisional, estabelecendo as orientações para as direções das unidades prisionais;	Idem ao item anterior.	Trata-se de medida de competência exclusiva da SEAP.
j) Instituição de regras claras quanto a restrições à movimentação de presos durante o período da pandemia e instituição de protocolo de transporte que inclua medidas de prevenção, transporte sanitário e respeito à capacidade veicular;	Idem ao item anterior.	Trata-se de medida de competência exclusiva da SEAP.
k) O estabelecimento com urgência de protocolo que garanta a coleta de material biológico a ser realizada no Pronto Socorro Geral HA para realização de teste diagnóstico para COVID-19 nos casos suspeitos e nos óbitos ocorridos no sistema prisional enquanto não forem fornecidos testes rápidos para o sistema prisional, bem com o fluxo de coleta e processamento de tais amostras;	Idem ao item anterior.	Conforme já exposto, o PCR é o teste utilizado apenas para os casos graves e óbitos, realizados pelo LACEN. O fluxo de envio das amostras seguirá o mesmo da população geral.
l) Prover o sistema prisional de insumos em quantitativo necessário para a coleta de amostras citada no item acima;	Idem ao item anterior.	Os Insumos para coleta serão disponibilizados pelo LACEN em troca de amostras já coletadas. Estabeleceu-se esse fluxo em sistema de troca para que sejam realizadas novas coletas.
m) Apresentação de protocolo para as medidas de prevenção a serem tomadas na porta de entrada do sistema prisional, observando-se os protocolos definidos pela OMS e MS;	Idem ao item anterior.	Trata-se de medida de competência exclusiva da SEAP.
2. Implementação de ações de supervisão pela SES tanto de vigilância em saúde como de assistência à saúde no sistema	Os apenados que ingressam na SEAP permanecem 14	Conforme informado, no atual sistema não é possível visualizar a origem dos casos suspeitos, confirmados e óbitos de COVID-19, como sendo do sistema



prisional devido ao fato deste e apresentar como foco potencial iminente de disseminação rápida da doença como alto índice de letalidade;	(quatorze) dias em isolamento social sendo acompanhados pela Equipe técnica de saúde da SEAP.	prisional ou não. A SVS, junto a SEAP, irá avaliar uma metodologia de monitoramento considerando o endereço do presídio nos casos de população privada de liberdade, para viabilizar a realização de um filtro dessa população. Nesse sentido, a SEAP precisa pactuar com as Secretarias Municipais para que a SES consiga realizar a leitura dos casos do sistema prisional em separado.
3. Inclusão na página oficial da SES de dados de monitoramento do Covid-19 no sistema prisional;	As informações solicitadas não competem a SEAP.	Conforme esclarecido pelo Secretário de Estado de Saúde, apresentaremos aos órgãos de controle requisitantes todas as informações acerca das medidas adotadas. No entanto, estrategicamente, não vislumbramos adequação na divulgação ampla das medidas, considerando que as relações interpessoais intra e extra muros são muito complexas e delicadas. As medidas adicionais serão realizadas a partir do 1º caso confirmado, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. Secretário informa que tem receio de considerar essa informação na página da SES porque pode resultar numa insegurança dentro dos presídios e a possibilidade de falsas interpretações e, inclusive rebeliões.
4. Apresentação de nova resolução SES/SEAP/SEPOL, agora com a participação da SES, assegurando fluxo adequado de rotinas entre o PSG HÁ e o IML, determinando que médicos que não sejam os da SEAP (ou do PSG HÁ) elaborem a declaração/atestação de óbitos decorrentes de morte natural pelo evidente conflito de interesse existente;	Existe Resolução Conjunta SEAP/SEPOL nº. 10, de 23 de março de 2020 (Publicação no DOERJ de 25-03-2020) que clarifica que qualquer informação neste âmbito deve ser dirigida à SEPOL, sendo certo as ações competem ao IML, Órgão subordinado àquela Secretaria;	Foi elaborada a Nota Técnica – SVS/SES-RJ nº 21/2020, publicada no D.O em 08/04/2020, na qual regulamenta o fluxo de dados de óbitos com menção de COVID-19, segue anexa.
5) Requisição pela SES da implantação pelas Forças Armadas de hospital de campanha no sistema prisional dada	Existe estudo de viabilidade entre o Exército Brasileiro, SEAP	Este item não foi respondido pela SES.



a precariedade da assistência em saúde e a o risco elevado de massificação de casos de COVID-19 no sistema penitenciário fluminense, devendo, em não sendo adotada a medida, apresentar a justificativa para tal;	e SES para implantação de um hospital de campanha no Complexo de Gericinó.	
6) Antecipação da distribuição das vacinas contra gripe para o sistema prisional, priorizando-se a realização da vacinação neste ambiente de confinamento, com a realização de força tarefa, se necessário, para conclusão da vacinação o quanto antes em todo o sistema prisional;	Através do SEI - 210800016860/2020 foi solicitado ao Ministério da Saúde liberação das doses de vacinas da SES, aguardando retorno quanto ao pedido	A SES já recebeu a vacina da gripe e solicitou a antecipação desta para a população privada de liberdade, portanto ocorrerá na 2ª fase da campanha e as doses já estão sendo encaminhadas para a SEAP.
7) Formação de comissão composta por profissionais de saúde de fora da SEAP para proceder à revisão de todos os óbitos ocorridos no sistema a partir da decretação da epidemia de coronavírus de quadros clínicos com sintomatologia semelhante à de COVID-19 ou de causa morte indefinida;	Quanto a este item, já existe na SEAP Comissão de óbito estabelecida no Pronto Socorro Geral Dr. Hamilton Agostinho V. de Castro - SEAP-HA	As unidades devem contar com uma Comissão de óbitos local, conforme norma do CREMERJ.

Em resposta à Recomendação 010/2020, a Organização Social AFNE, responsável pela gestão do Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho, encaminhou o Ofício nº 077/2020 (DOC. 15), com as informações sistematizadas a seguir.

Recomendação 010/2020 (Recomendações do MPRJ):	Ofício nº 077/2020 - Resposta da AFNE	Of.SES/ASSEX SEI Nº313/2020 (Resposta da SES):
RECOMENDO à Direção Médica do Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho e à Direção da Organização Social AFNE (responsável pela gestão da unidade de saúde) e profissionais a eles subordinados a observância das normas recentemente editadas pela SES e SMS, sobretudo o Plano de contingência da SES para a atenção		



primária e a Resolução SMS 4330, de 16/3/2020, revisada em 26/3/2020 com a adoção das seguintes medidas:		
1) Todo paciente com sintomas de resfriado comum ou síndrome gripal deve ser manejado clinicamente como possível infecção pelo novo coronavírus, de acordo com as orientações dos protocolos acima citados, procedendo-se à notificação junto ao SINAM como casos suspeitos de COVID-19. Os casos classificados como leves, devem permanecer em isolamento por 14 dias após o início dos sintomas. Os casos graves devem ser encaminhados pelo sistema de regulação de urgências (Vaga Zero);	De acordo com o Fluxo Interno do PSG-HA, de atendimento aos pacientes que apresentem Síndrome Gripal classificada como leve além da anamnese com o tempo de evolução do quadro, inclui é feita a solicitação de exames laboratoriais e imagem (radiografia de tórax); prescrição de medicações sintomáticas; Notificação Compulsória dos casos conforme Nota Técnica SVS/SES-RJ Nº 22/2020; os casos graves são inseridos no sistema de Plataforma de Regulação de Leitos (SER) com o objetivo de transferência inter-hospitalar para hospitais de referência conforme orientação da SES.	Já respondido na Recomendação 009/2020.
2) A inclusão na grade de medicamentos do Pronto Socorro Geral, seja por aquisição onerosa ou cessão, e fornecimento, enquanto perdurar a emergência sanitária do COVID-19, do medicamento Oseltamivir 75 mg para prescrição nos casos de síndrome gripal em pacientes dos grupos de risco;	O medicamento OSELTAMIVIR já está disponível no PSG-HA e será fornecido regularmente pela SES a todas as unidades de saúde.	A SES estabeleceu protocolo de tratamento dos casos graves, que deve ser atendido para toda população incluindo os privados de liberdade.
3) A observância da prescrição medicamentosa preconizada para a população em geral, conforme Resolução SMS Nº 4330 acima citada, de Oseltamivir 75 mg 12/12 horas por 5 dias para os casos de síndrome gripal em pacientes dos grupos de risco em situação de encarceramento;	De acordo com a NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2020 – SUPPH/SAFIE/SGAIS/SES-RJ de 29/03/2020 o Oseltamivir está sendo utilizado nos casos de SRAG. Desta forma, deve-se iniciar o mais precocemente possível o tratamento com o medicamento Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) nos quadros suspeitos de COVID-19, onde não se pode descartar a infecção por Influenza.	É ato médico, que deve seguir os protocolos clínicos.
4) A disponibilização pelo Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho de material para coleta de RT-PCR COVID-19 com a definição do fluxo de envio do material coletado ao	Informamos que temos os swabs disponíveis na unidade e que foi realizada pela SES a capacitação acerca do procedimento de coleta/envio de amostra e	Já respondido na Recomendação 009/2020.



laboratório de referência pré-estabelecido;	cadastro no sistema GAL – Gerenciador de Ambiente no dia 12/03/2020, no LACEN-Laboratório Central Noel Nutels para todas as Unidades de Pronto Atendimento- UPA 24 horas.	
5) A disponibilização de teste rápido sorológico visando identificar as unidades prisionais com circulação do vírus e adaptar as medidas de contenção da transmissão, limitando ao máximo a extensão da pandemia para outras unidades prisionais;	De acordo com orientações emanadas conforme Nota Técnica SVS/SES-RJ Nº22/2020, os testes disponibilizados para as unidades de saúde, são utilizados para os casos de pacientes graves internados (SRAG) ou profissionais de saúde sintomáticos, não havendo previsão para seu uso fora desta finalidade cabendo esta demanda ser encaminhada à SEAP. Cumpre informar que os kits de teste rápido adquiridos pelo Ministério da Saúde ainda não foram distribuídos às unidades de saúde do estado, sendo até o momento utilizados como método diagnóstico os kits de coleta por swab nasofaríngeo (exame laboratorial PCR).	Já respondido na Recomendação 009/2020.
6) Seja procedida à coleta do material para realização de RT-PCR COVID-19, com a disponibilização de todos os meios necessários para tal, em todo caso de óbito com história de resfriado ou síndrome gripal, no sistema prisional, antes da liberação do corpo, enquanto não forem fornecidos testes rápidos para o sistema prisional, bem com seja elaborado fluxo de coleta e processamento de tais amostras;	Os testes disponibilizados pela SES (rápidos ou PCR) para as unidades de saúde, são utilizados para os casos de pacientes graves internados (SRAG) ou profissionais de saúde sintomáticos, não havendo previsão para seu uso fora desta finalidade cabendo esta demanda ser encaminhada à SEAP. De qualquer forma se ocorrido dentro do Pronto Socorro, em paciente grave (SRAG) presume-se que o teste já terá sido realizado durante o período de internação.	Já respondido na Recomendação 009/2020.
7) A apresentação do fluxo de encaminhamento dos pacientes graves com diagnóstico suspeito ou não de COVID-19 para unidades hospitalares (ou pré-hospitalares) da rede pública de saúde, informando se tal fluxo foi devidamente pactuado com a SES/SMS, enviando documento que comprove a	Sendo o PSG-HA, unidade de administração por Organização Social contratada pela Secretaria Estadual de Regulação, seguimos os protocolos e fluxos desta Secretaria. Portanto, anexamos o Guia Rápido do Solicitante do Coronavírus – Sistema Estadual de Regulação, onde encontramos as	Com relação ao fluxo de encaminhamento de pacientes suspeitos, no Rio de Janeiro, além de Gericinó, existem 3 outras unidades fora da CAP 5.1, onde serão construídos os leitos de apoio. Na região da CAP 1.0 tem uma unidade chamada Frederico Marques que é porta de entrada do sistema e na CAP 3.2 tem o Ary Franco.



existência desse fluxo;	instruções práticas para inserirmos nosso paciente no Sistema.	Esses não encaminharão para o Hamilton Agostinho, mas serão regulados para o hospital de referência para o COVID-19 da área, na forma do plano de contingência municipal.
8) O envio à esta Promotoria de Justiça de cópia dos boletins de atendimento médico dos óbitos ocorridos no mês de março e abril do corrente ano;	Anexaram os BAMS dos óbitos de março e abril de 2020.	Estamos providenciando os documentos solicitados.
9) Informe se houve casos de encaminhamento de presos no mês de março e abril para atendimentos em UPA da rede pública de saúde, identificando-os, em caso positivo;	Não houve encaminhamento de presos para UPAS da rede pública nos meses citados.	Segundo o Subsecretário de Tratamento da SEAP, foram identificados, até a data da reunião, apenas 14 pacientes com síndrome gripal que estavam sendo acompanhados pela equipe de profissionais itinerantes da SEAP, sendo feitas duas reavaliações. Mas não haviam pacientes internados graves no sistema penitenciário.
10) Informar se no mês de março e abril houve casos de reavaliações médicas pelo Pronto Socorro Geral de presos que tenham sido atendidos e liberados para as unidades prisionais com orientação de isolamento na unidade prisional por 14 dias e monitoramento do quadro clínico. Em positivo, identificar os casos e esclarecer qual a conduta médica adotada em cada caso, se houve encaminhamento para internação em unidade da rede pública de saúde e se ocorreu eventual óbito;	Anexou 2 (dois) BAMS de reavaliações no período de março e abril.	O item não foi respondido pela SES.
11) Informar se as mudanças relativas ao perfil do PSG HA para atendimento dos casos de maior gravidade após a implantação do Hospital de Campanha no Complexo de Gericinó já estão sendo realizadas, quais são elas e apresentando o cronograma para conclusão de tais adequações e início das atividades com o novo perfil;	Informamos que não fomos notificados formalmente por nenhum órgão governamental sobre a implantação do Hospital de Campanha no Complexo de Gericinó e seus reflexos nos serviços prestados pelo Pronto Socorro.	Ainda não houve alteração do perfil, que só será efetivado após a liberação dos leitos de apoio. O Secretário, Edmar Santos, informa que está sendo preparado, aditivo ao Contrato de Gestão para mudança do objeto do PSGHA contemplando a nova demanda estimada, que dependerá ainda de parecer jurídico.

Como se vê, a uma, não houve manifestação efetiva sobre muitas das



recomendações realizadas, e, a duas, ficou evidente que não há um planejamento de ações para o real enfrentamento da COVID-19 dentro do sistema prisional. As respostas dos gestores foram evasivas, algumas vezes desconstruídas, e não há previsão de data para implemento de ações essenciais como a vacinação contra gripe, disponibilização de testes (os 1000 testes disponibilizados para a SEAP serão destinados somente ao corpo técnico e não aos privados de liberdade), implantação do hospital de campanha e medidas que possam garantir o acesso da população privada de liberdade aos leitos de internação, de enfermagem clínica e de terapia intensiva (CTI).

Importante registrar que a única unidade de saúde dentro do sistema prisional estadual que possui LEITOS DE OBSERVAÇÃO (NÃO SÃO LEITOS DE INTERNAÇÃO) é o Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho (DOC. 16– CONTRATO DE GESTÃO COM A OS AFNE). E, em tal estrutura há, no máximo, dois respiradores para o atendimento de toda a população privada de liberdade do Estado do Rio de Janeiro!

Em outras palavras, a situação no sistema prisional é EXTREMAMENTE CRÍTICA, GRAVE E DESUMANA, merecendo pronta intervenção pelo Poder Judiciário.

Importante destacar que o Estado do RJ, desde que foi decretada a pandemia, não realizou nenhuma ação para incremento da assistência em saúde no sistema penitenciário. Foi-se, durante esse tempo todo, na crença da suficiência de medidas para imposição de barreiras à entrada do vírus no sistema prisional, tais como suspensão de visitas, restrição da custódia, restrição da locomoção dos custodiados e ações de triagem na porta de entrada do sistema prisional, com a colocação em isolamento dos presos que ingressam por 14 dias.

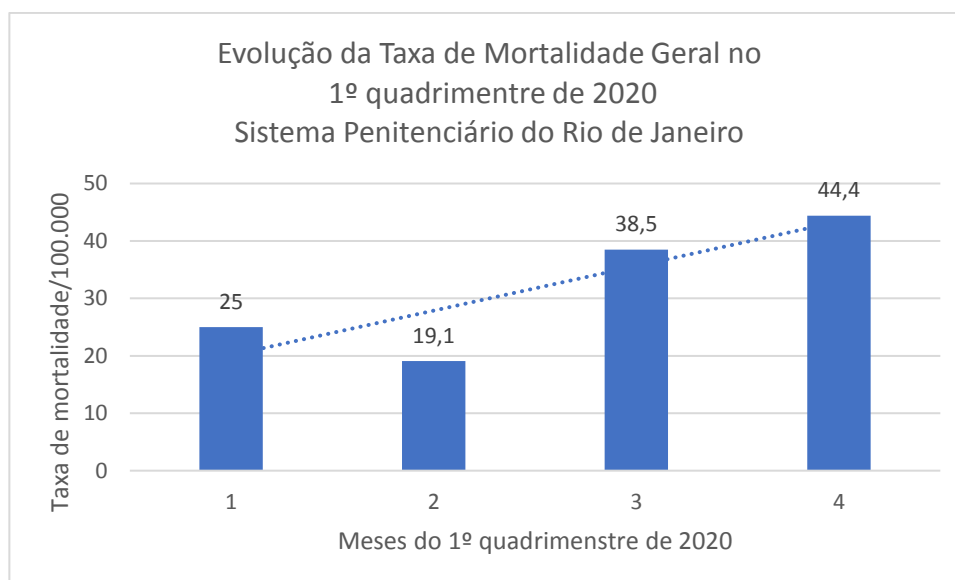
Diante da ausência de medidas para melhoria da assistência, os óbitos de detentos no sistema prisional passaram a ser mais frequentes.



1.2 – DO TRÁGICO E CRUEL CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO PRISIONAL.

Até o momento, segundo relatório de falecidos do SIPEN e comunicações de óbitos que têm sido feitas pela SEAP, até 23/04/2020, tem-se conhecimento de que foram 52 óbitos entre os detentos, sendo 36 nos meses de março e abril (DOC.17).

Entretanto, observa-se taxas de mortalidade nos meses de março e abril duas vezes superiores aos meses de janeiro e fevereiro/2020, aumento este que coincide com o período do início da pandemia de COVID-19 no estado do Rio de Janeiro.



O primeiro óbito confirmado de COVID-19 no sistema prisional foi o do agente penitenciário, Wagner Moura, de 41 anos, falecido em 14/04/2020, internado desde o dia 09/04/2020 no Hospital Lourenço Jorge.

Posteriormente, somente no dia 15.04.20, o sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro registrou a primeira morte de uma pessoa privada de liberdade



comprovadamente decorrente da infecção pelo novo coronavírus³. Não coincidentemente, o infortúnio fatal atingiu justamente um detento que compõe o grupo de risco dos idosos, detido no Instituto Penal Cândido Mendes (desde 21/03/2020, transferido do Presídio Milton Dias Moreira), confere do SEAPCM no dia 23.03.2020 em anexo (DOC. 18).

Entretanto, apesar da informação oficial da ocorrência de apenas 1 caso de COVID-19 confirmado entre as pessoas presas, ao menos outros 14 óbitos deveriam ter sido declarados em março e abril, segundo o critério do Ministério da Saúde, como suspeitos de COVID-19. Evidentemente, o não acesso ao teste diagnóstico para todos os casos suspeitos no ambiente supelotado e confinado das prisões retarda as medidas de bloqueio das transmissão e não permite dimensionar a progressão da pandemia. Entretanto, que ao menos para os casos graves e óbitos, como é recomendado para a população geral, o teste RT-PCR deveria ser rotineiramente realizado, o que não tem acontecido. Dos 36 óbitos de março e abril, 12 (33,4%) preenchiam os critérios do MS para caso suspeito de COVID-19, entretanto não foram notificados nem submetidos ao teste diagnóstico (salvo 3 casos). Outros 11 casos (30,6% do total de óbitos) foram considerados como óbito por “causa indeterminada”, 5 deles ocorridos na própria unidade prisional, não podendo ser excluída a possibilidade de óbito por COVID-19. Em relação ao atendimento extramuros para casos graves suspeitos de COVID-19, somente 3 casos que evoluíram para óbito tiveram acesso à hospitalização na rede pública: 2 casos no Rio de Janeiro (HMAS e CER-Centro) e 1 caso em Itaperuna (UPA Itaperuna), demonstrando a falta de acesso à rede pública e o fechamento do sistema prisional.

Como exemplo da falta de resolutividade dos serviços de saúde intramuros, de desassistência e da falência das medidas protetivas para grupos de risco de evolução para formas graves de COVID-19, como idosos, relatamos um caso de disseminação intrainstitucional do SARS-CoV2. Este caso emblemático demonstra a necessidade de, por se tratar de unidade prisional destinada a grupo de risco, de intensificação do cuidado

³ A propósito, vide <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/17/presidio-do-rj-tem-a-primeira-morte-confirmada-por-coronavirus.ghtml>.



em saúde, na identificação e acompanhamento de casos suspeitos, como recomendado na Nota Técnica nº9/2020-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS.

O preso FERNANDO PINTO DA SILVA (RG nº 34807891), nascido em 08.07.1946, **faleceu aos 73 anos** de idade insuficiência respiratória, sepse e diabetes mellitus segundo a DO, teve o diagnóstico de COVID-19 confirmado pelo RT-PCR. Componente do contingente prisional do **Instituto Penal Cândido Mendes** (SEAPCM), o falecido, antes do óbito, compareceu, num espaço temporal de 03 dias (09.04., 11.04 e 13.04) ao Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho Vieira de Castro (SEAPHA), todas sob o título de “EMERGÊNCIA” (DOC. 19) (prints da publicação da SEAP em anexo – DOC.20), evidenciando que o estabelecimento prisional não ostenta estrutura alguma para prestar assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade. Tampouco tem sido eficazmente atendido por equipe médica itinerante da Coordenação de Saúde da Subsecretaria de Tratamento da SEAP RJ, conforme escala da equipe médica em anexo (DOC. 21) , referida no Relatório de Ações da SEAP (DOC. 22).

Veja-se que, a perambulação do interno unidade penal – pronto socorro em um curto período de tempo comprova que as suas liberações/altas foram prematuras e que, de fato, o Pronto Socorro Hamilton Agostinho, por si, não possui capacidade operacional para prestar um tratamento de saúde adequado e digno a toda a população prisional do Estado do Rio de Janeiro. Sobretudo, por óbvio, em um período de pandemia caracterizada como de contaminação progressiva em massa e agravamento rápido do quadro de saúde com evolução para óbito, caso não haja internação hospitalar de forma oportuna e rápida. Como a sua capacidade assistencial é manifestamente inferior à demanda da população prisional e, destaque-se, os NÃO HÁ REFERENCIAMENTO dos custodiados para um hospital público de referência, como indicado pelos próprios gestores públicos, a única saída possível é a concessão de altas prematuras, para liberar espaço e leitos de observação o mais rápido possível.

Esta inadequada dinâmica assistencial não pode continuar, sob pena de conduzir rapidamente a uma situação de mortalidade em massa irreversível no sistema



prisional, em um curtíssimo período de tempo. Repita-se: a COVID-19 agrava silenciosamente e rápido, e conduz o organismo rapidamente para o óbito se não houver uma intervenção hospitalar imediatada. Tanto é assim que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo passou a internar pacientes com sintomas leves de COVID-19⁴, e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na mesma linha, revendo protocolo clínico anterior, publicou no dia 27.04.2020, Nota Técnica Conjunta SUBREG/SUBHUE/SUBPAV (DOC. 23) elencando como hipótese apta à regulação para internação hospitalar não só os que apresentam insuficiência respiratória grave, mas também os que apresentam desconforto respiratório.

Ademais, tem-se a notícia de que o preso Jorge Pereira de Almeida (RG: 61482238) faleceu aos 66 anos de idade no Instituto Penal Francisco Spargoli Rocha, em Niterói, no dia 23/04/2020. Segundo as notícias veiculadas na imprensa, o preso foi detido em 06/04/2020 e passou por outras duas cadeias antes do referido Instituto Penal, quais sejam, Cadeia Pública José Frederico Marques e o Presídio Tiago Teles. Somente no dia 22/04/2020 foi transferido para o Francisco Spargoli Rocha⁵ (prints da publicação da SEAP em anexo – DOC.24).

Segundo a SEAP, o apenado foi encaminhado ao Pronto de Socorro Geral Hamilton Agostinho no dia 23/04/2020, tendo sido colhido material para a realização de teste do covid-19 em 24/04/2020. Contudo, devido a complicações no quadro de saúde ocorreu o falecimento em 29/04/2020.

Curiosamente, **outros 05 detentos** do Instituto Penal Cândido Mendes, igualmente arrolados como pacientes (Registros de ocorrência policial de remoção e relatórios individuais em anexo - DOC. 25) também **faleceram** recentemente, a saber:

. **Jorge Moreira**: óbito em 09.04.20 (79 anos); sem causa morte

⁴ <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/21/prefeitura-muda-protocolo-e-planeja-internacao-de-pacientes-com-sintomas-leves-de-coronavirus-em-sp.ghtml>

⁵ <https://extra.globo.com/casos-de-policia/rio-registra-segunda-morte-por-coronavirus-em-um-presidio-24400954.html>



identificada. Foi colhida amostra para teste *post mortem* de COVID-19.

. **Roberto Elizeu dos Santos**: óbito em 13.04.20 (67 anos). CAUSA DA MORTE INDETERMINADA.

. **Wanderlei Jerônimo da Silva**: óbito em 17.04.20 (72 anos). sem causa morte identificada. Foi colhida amostra para teste *post mortem* de COVID-19. Registro de ocorrência policial (remoção de cadáver) apontar para causa da morte por SEPSE PULMONAR. DO, sepssepulmknar, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

. **Antônio Francisco Araújo**: 11.04.20 (68 anos). CAUSA DA MORTE INDETERMINADA.

. **Paulo de Magalhaes**. 20.04.2020 (80 anos). Sem causa morte identificada. Suspeita clínica de COVID-19. Foi colhida amostra para teste *post mortem* de COVID-19.

Cabe assinalar que esses 6 óbitos ocorreram num espaço temporal de 12 dias e, embora somente um dos casos (Fernando) tenha sido laboratorialmente confirmado, há evidências claras de contato próximo entre eles, sugerindo fortemente que os óbitos tenham sido decorrentes do COVID-19:

- Fernando, o caso COVID-19 confirmado, foi ao PSHA em 09/4 em companhia de Roberto Elizeu.
- Roberto Elizeu já havia estado no PSHA no dia 05/4 juntamente com Jorge Moreira.
- Fernando retorna ao PSHA no dia 11/4 em companhia de Wanderlei .
- Além do estreito contato durante o transporte entre o centro do Rio de Janeiro, onde se localiza o CM, e o Complexo de Gericinó, Jorge partilhava a mesma cela coletiva com Wandelei; Paulo partilhava com Roberto e Fernando partilhava com Antônio, que morreu suspeito de COVID-19 no CER-Centro, unidade de emergência extramuros.

Além do Fernando, 3 outros casos realizaram o teste RT-PCR: 2 ainda sem



resultado e 1 negativo (Wanderlei). No caso do Wanderlei, o resultado negativo não afasta o diagnóstico de COVID-19, sendo necessárias informações clínicas e epidemiológicas e considerar o tempo entre o início dos sintomas e a coleta do material para exame, uma vez que a sensibilidade do RT-PCR é menor se coletado antes do 3º e depois do 7º dia de sintomas.

Os óbitos detectados representam apenas uma pequena parte dos casos existentes nesta unidade e evidenciam a inadequação desta unidade prisional, com celas coletivas (30 a 40 presos), para abrigar pessoas com maior risco de evolução fatal do COVID-19. Mostra a necessidade de isolamento dos casos suspeitos, rápida realização do teste RT-PCR, mesmo nos casos leves e moderados que apresentem síndrome gripal, principalmente se forem idosos ou pertencerem a outros grupos de risco. Além disso, o transporte para todos os casos suspeitos de COVID-19 deve ser individual.

Embora não haja confirmação de que estas 06 pessoas privadas de liberdade também morreram em virtude da COVID-19, o registro de 06 pessoas privadas de liberdade que integram o mesmíssimo grupo de risco (idosos) em um período temporal tão curto e que se encontravam alojadas no mesmo estabelecimento prisional é, **no mínimo**, uma triste e infeliz coincidência, mas que revela, ao menos, que o público ali encarcerado não conta com assistência à saúde.

É preciso ainda pontuar que o Instituto Penal Cândido Mendes, até meados do mês de março de 2020, destinava-se ao abrigo de pessoas privadas de liberdade condenadas ao regime semiaberto e que eram usufrutuárias judiciais do direito ao trabalho externo. Com a eclosão da pandemia, a VEP/RJ concedeu prisão domiciliar a todos os detentos então hospedados no estabelecimento, abrindo espaço para que a SEAP/RJ concentrasse na unidade – ao lado da Casa do Albergado Crispin Ventino e Instituto Penal Francisco Spargoli – os detentos idosos “com o intuito de isolar ainda mais e resguardar a integridade deles”⁶.

⁶ Relatório das Ações tomadas pela SEAP na prevenção e combate à COVID-19 (atualizado em 13.04.20)



Em que pese o propósito tutelar da medida de concentrar idosos em unidades específicas, desde a chegada do novo público (idosos), o estabelecimento, **que no ano de 2020 não havia registrado nenhum óbito** no perímetro carcerário, **já ostenta 06 cadáveres prisionais**, todos produzidos, como já pontuado, em pouco mais de **10 dias**. Tendo em conta que, desde o dia **01.01.10** até o presente momento, 13 pessoas privadas de liberdade morreram na unidade prisional em comento, tem-se que **neste ano** houve um **aumento de quase metade da quantidade de óbitos**, precisamente durante o período de pandemia do novo coronavírus.

Some-se, ainda, o fato de que não foram adotadas todas as medidas pertinentes à necessária proteção do grupo de risco concentrado na unidade prisional, consubstanciado nas ações simultâneas em uma unidade protegida, quais sejam: elevação das barreiras de isolamento externo somada à assistência médica *in loco*.

Repita-se, o caso do preso Fernando, amplamente divulgado na mídia, somado à sua movimentação no sistema, demonstra – à saciedade – que ele foi levado por 03 vezes ao Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho, e liberado, ao invés de ter sido examinado por equipe de saúde assistente da unidade protegida e que abriga os casos de grupo de risco de COVID-19 e internado em um leito adequado de um hospital público de referência.

Uma unidade prisional protegida, no marco de um plano de contenção de pandemia destina-se a proteger pessoas, não a escondê-las. Os últimos óbitos têm demonstrado que a decisão da SEAP de reunir os casos do grupo de risco em unidades específicas, sem o devido respaldo clínico (médico) de acompanhamento das pessoas, não só é equivocado, como está totalmente desamparado dos parâmetros sanitários existentes, colocando em enorme risco os demais idosos da unidade prisional.

A falta de respaldo e de assistência médica se prova, ainda, pela resposta do Instituto Penal Cândido Mendes à solicitação da Defensoria Pública Estadual dos Laudos



Médicos e/ou do prontuário médico ou seu resumo (DOC. 26). Confira-se:



Ademais, no dia 18/04/2020, faleceu o preso JUNIOR DE DEUS DA SILVA, de apenas 28 anos, tendo constado do registro de ocorrência policial de remoção de cadáver a informação de que a causa da morte teria sido insuficiência respiratória. (DOC. 27) e no, dia 31/03/2020, o preso MAX DE PAULA SOUZA, detido no Presídio Milton Dias Moreira, por broncopneumonia e insuficiência renal (DOC. 28 – RO).

E, coincidentemente, o preso FERNANDO PINTO DA SILVA, antes de ser transferido para o Instituto Penal Candido Mendes, estava na mesma unidade em que MAX DE PAULA SOUZA, situada no Município de Japeri, onde também já ocorreram óbitos suspeitos de terem relação com a doença.⁷

Embora não se tenha como confirmar a causa da morte de alguns e que a morte seja por COVID, os sintomas registrados de insuficiência pulmonar, broncopneumonia

⁷ Sobre o tema seguem as notícias <https://epoca.globo.com/brasil/exame-apontara-se-houve-segunda-morte-por-covid-19-em-presidios-no-rio-de-acordo-com-dados-oficiais-24388936> e <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/84546> (instauração de investigação pela PJ de Saúde Prisional com atribuição para o município de Japeri).



e sepse pulmonar guardam relação de compatibilidade com a COVID-19, não sendo possível descartar que essa tenha sido a verdadeira *causa mortis*.

Vale ainda o registro da confirmação de casos da doença entre detentos bombeiros militares, que, diferentemente da população privada de liberdade comum, têm acesso ao teste para confirmação diagnóstica. Isso demonstra que o vírus não respeita as barreiras físicas do cárcere, já tendo ingressado nas unidades prisionais. Nesse caso, foram noticiados pela imprensa dois casos, a saber: Sargento BM Marcio Cardoso Pagniez e 3º Sargento BM Marcio Soares de Moraes⁸.

Tais fatos somente confirmam a ineficácia das escassas medidas de controle da disseminação do CORONAVIRUS tomadas pela SEAP e SES até o momento e a falta de condições do sistema prisional para garantir a assistência necessária aos presos infectados pela doença, com o atendimento médico adequado aos casos suspeitos, leves ou graves.

Outra questão grave que será pontuada a seguir e que, por orientação da Subsecretaria de Tratamento Penitenciário, confirmada em reunião ocorrida com a 2ª PJ em 23.03.2020, o sistema prisional vinha, desde o início da pandemia, tratando os casos sintomáticos como **gripe comum**, sem a adoção de medidas sanitárias adequadas e em consonância com as normas editadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (Portaria Interministerial n. 07/2020); tendo afirmado também que não seria viável o isolamento preventivo de presos com comorbidades, integrantes do chamado grupo de risco (art. 2º, parágrafo 3º, inciso I da Portaria Interministerial n. 07, de 18/03/2020) por razões de segurança institucional.

A corroborar todo o exposto, o Ofício nº 379/2020 e o Ofício nº 377/2020 encaminhado pela Presidência do COREN ao MPRJ e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro denunciando seríssimas irregularidades no sistema prisional no contexto

⁸ <https://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/bombeiro-preso-testa-positivo-para-coronavirus-no-rio-07042020>



da pandemia pela COVID-19 (DOC. 29 e 30). Confira-se o Ofício nº 377/2020 :

Exma. Srª. Drª. Thaisa Guerreiro de Souza,

Vimos pelo presente informar que o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro realizou, no 2º semestre de 2019, a "Operação Penitenciárias", quando inspecionou serviços de assistência à saúde da população carcerária nos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo e Japeri. À ocasião, um Relatório Consolidado apontando irregularidades gravíssimas foi confeccionado e enviado a diversos órgãos.

Em decorrência da pandemia de coronavírus, fiscais da autarquia realizaram, no dia 27 de março de 2020, um levantamento de diagnóstico situacional de riscos para a Covid-19, junto à Enfermeira Responsável Técnica pelos serviços de enfermagem da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SEAP), e no dia 31 de março de 2020, com o Enfermeiro Responsável Técnico da UPA Gericinó, localizada no Complexo Penitenciário de Bangu.

As verificações foram evidenciadas irregularidades de cunho sanitário, trabalhista e de saúde pública que tem impacto direto na saúde da população carcerária e dos trabalhadores de saúde e segurança que lá atuam. Tais questões colocam em risco a assistência segura e de qualidade, e a prestação de serviço que, por premissa legal, deve ser livre de danos individuais e coletivos, com garantia do direito constitucional à vida.

As problemáticas constatadas são as seguintes: inexistência de um plano de contingência para o enfrentamento da Covid-19 em ambiente carcerário; gravíssimo déficit de profissionais de enfermagem nas unidades de assistência à saúde (ambulatórios e hospitais penais); ausência de enfermeiros na maioria das unidades (ilegalidade, prevista na Lei nº 7498/86, art. 15 e Decreto nº 94406/87, art. 13), falta de equipamentos de proteção



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

Lei Nº 5.905/73

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra – Suíça

individual adequado para o atendimento de presos com sintomas de síndrome gripal e com suspeita de infecção por coronavírus; ambulatórios que não dispõem de sabão e papel toalha para lavagem de mãos; deficiência no padrão de higienização de galerias prisionais potencializando riscos sanitários e à saúde pública; existência de grande contingente de profissionais de enfermagem que compõem grupo de risco para a Covid-19; tratam-se de pessoas que têm co-morbidades associadas, serão afastados do labor, aumentando ainda mais a deficiência no número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Acresce-se a tais problemáticas, o fato que os encarcerados com sintomas de síndrome gripal não estão sendo levados à UPA Gericinó para atendimento médico; a informação obtida é que os mesmos estão sendo isolados em galerias nos presídios. Não obtivemos informações de que forma esse isolamento está sendo realizado, uma vez que as penitenciárias não dispõem de médicos e possuem equipe de enfermagem deveras restrita. A equipe da Unidade de Pronto Atendimento tem atendido a urgências e emergências, e os presos com sintomatologia não estão sendo testados para a Covid-19, o que, além de ocasionar subnotificação da grave doença, expõe profissionais de saúde e segurança, e por consequências, suas famílias e à sociedade extramuros.

Sendo o que neste momento nos cumpria informar a este douto órgão, renovando os votos de elevada estima e consideração, permanecemos à inteira disposição



O COREN também encaminhou dois formulários de levantamento situacional de riscos relacionados ao Covid-19 ao MPRJ que reforçam a situação de irregularidades do sistema prisional, realizados em 27 e 31 de março de 2020 (DOC. 31 e 32). Confirmam-se os trechos:

Formulário de levantamento situacional de riscos relacionados ao Covid-19 de 27/03/2020:

6 - Observações e fatos relevantes:

Trata-se de uma situação muito grave, haja vista a vulnerabilidade social da população privada de liberdade. No que se refere aos profissionais de enfermagem que atuam na assistência aos presos tem-se que a maioria possui mais de 45 anos de idade e comorbidades associadas. Acredita-se que, com a necessidade de afastamento dos profissionais que compõem grupo de risco para a Covid-19, o déficit de profissionais de enfermagem, que já era significativo, aumente ainda mais. Os números tornam-se perigosos para a saúde dos trabalhadores, de modo que passa a comprometer a assistência segura e livre de danos aos presidiários.

Ministério Público

Formulário de levantamento situacional de riscos relacionados ao Covid-19 de 31/03/2020:

6 - Observações e fatos relevantes:

A UPA Gericinó possui um total de 24 leitos na área de urgência e 56 leitos na área considerada hospitalar, e taxa de ocupação de 30%. É administrada pela Organização Social Nova Esperança. Os presos com síndrome gripal não estão sendo encaminhados para a UPA desde a semana passada; estão sendo isolados na unidade prisional. A forma como o isolamento está acontecendo não é conhecida pela equipe de saúde. Os casos mais graves são enviados para a UPA para atendimento. As consultas com especialistas foram suspensas, em decorrência da pandemia de Covid-19, e somente as emergências vermelhas e amarelas estão sendo atendidas. Não existe informação sobre o hospital de campanha que será erguido no Complexo de Gericinó; militares e membros da SES estiveram na UPA na semana passada para conhecer

Página 3 de 4



LEVANTAMENTO SITUACIONAL DE RISCOS RELACIONADOS AO COVID-19

o espaço físico.



1.3. SOBRE OS TESTES PARA DIAGNÓSTICO

As recomendações para utilização dos testes para diagnóstico (RT-PCR e teste rápido sorológico) são as mesmas que para a população geral, isto é, caso graves incluindo SRAG e óbitos decorrentes de quadros pulmonares. Entretanto, no ambiente confinado e superpopuloso das prisões, especialmente as do RJ, que abrigam não raro 100 a 150 presos por cela, há necessidade da expansão de testes RT-PCR para a identificação precoce de infectados, mesmo aqueles com quadros leves, afim de orientar as estratégias de limitação da propagação da infecção.

Segundo a Rede CoVida, o “RT-PCR deve ser solicitado somente entre 3 e 7 dias após o início dos sintomas e o teste para detecção de anticorpos (teste rápido ou ELISA) só deve ser solicitado após 7 dias do início dos sintomas” (ref), sabendo-se que e a sensibilidade aumenta progressivamente entre o 8º e 14º dias. Após 14 dias do início dos sintomas, praticamente todos os indivíduos infectados apresentam teste TR positivo.

“O RT-PCR ajuda a determinar e quantificar a transmissão comunitária e pode orientar a liberação dos pacientes do isolamento após a confirmação repetida do teste. Os testes imunocromatográficos rápidos e ELISAs para IgM e IgG possibilitam avaliar a exposição dos indivíduos ao vírus, determinar a taxa de ataque da doença em grupos ou populações específicas e, no curso da epidemia, determinar os indivíduos imunologicamente protegidos e capazes de retomar as suas atividades” (CoVida).

Desta forma permite dimensionar a propagação do vírus nas diversas unidades prisionais do estado, entre pessoas de maior risco de evolução para quadros graves de COVID-19 (grupo de risco), a readequação das medidas de prevenção e o planejamento mais racional da utilização dos escassos recursos humanos e financeiros disponíveis visando melhora a assistência à saúde.



Desta forma, segundo exposto acima, ao contrário do que afirma a SEAP e SES, há justificativa para utilização no sistema prisional, de ambos os testes, RT-PCR e TR, nas dimensões individual e coletiva, como está sendo preconizado para a população livre.

1.4 – DAS NOTAS TÉCNICAS DA FIOCRUZ , DO MEPCT-RJ E DA ABRASCO

Importante o registro de que a atuação da 2ª Promotoria de Justiça de Saúde da Capital vem sendo subsidiada tecnicamente⁹ pela FIOCRUZ, órgão de reconhecida capacidade técnica nacional e internacionalmente, com diversos estudos já publicados sobre a saúde no sistema prisional.

E nesse sentido, as Notas Técnicas 01, 02 e 03 (DOCs. 33, 34 e 35) da FIOCRUZ bem revelam a gravidade da situação epidemiológica dentro do cárcere neste estado da federação e a consequente necessidade urgente de adoção de medidas sanitárias específicas, com base nas diretrizes/estratégias da OMS e de experiências internacionais bem sucedidas em alguns países (China, Singapura, Hong Kong, Alemanha), para o correto enfrentamento da COVID-19 no sistema prisional do ERJ.

Resta demonstrada pelos estudos realizados a gravidade da situação epidemiológica que, após a introdução do novo coronavírus em uma unidade prisional superlotada, onde a taxa de transmissão será, sem dúvida, muito superior à observada na população geral (1 caso contamina 2 a 3 pessoas) dada a alta exposição pela elevada taxa de contato, ambiente confinado e limitação da lavagem das mãos e da limpeza dos ambientes pela importante restrição ao uso da água e pela falta de sabonete e material de limpeza.

Estima-se que, neste contexto, **1 infectado contamine cerca de 10 contatos.**

⁹ Tal cooperação técnica se dá por força da vigência de Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre o MPRJ e a referida entidade em 2017.



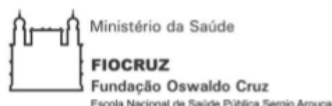
Nessa conta deve-se considerar que a maioria das 46 prisões do estado está em condição de superlotação com mais de 230% acima de sua capacidade ocupacional, abrigando entre 2.000 a 3.500 presos. Portanto, a população privada de liberdade encontra-se confinada em ambientes superlotados e mal ventilados com enorme potencial amplificador da transmissão, com grande número de pessoas pertencentes aos grupos de risco, o que, a toda evidência, resultará em número expressivo de casos e de mortes.

Confira-se trecho da Nota Técnica nº3 da FIOCRUZ:

- a gravidade da situação epidemiológica que, após a introdução do novo coronavírus em uma unidade prisional superlotada onde a taxa de transmissão será, sem dúvida, muito superior à observada na população geral (1 caso contamina 2 a 3 pessoas) dada a alta exposição pela elevada taxa de contato, ambiente confinado e limitação da lavagem das mãos e da limpeza dos ambientes pela importante restrição ao uso da água e pela falta de sabonete e material de limpeza.

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 21041-210
Telefones: (021) 2598-2683/2654 – Fax: 2598-2610

1



Estima-se que, neste contexto, 1 caso contamine cerca de 10 contatos. Assim, em uma cela que abrigue 150 pessoas (tx ocupação pode chegar a 230%), estima-se a contaminação de 60% dos ocupantes da cela, com a produção de 25 a 90 novos casos após 14 dias segundo a taxa de transmissão. Devemos considerar que a maioria das 46 prisões do estado abrigam entre 2.000 a 3.500 presos;

Para que sejam efetivas medidas de prevenção da transmissão do vírus, dada a rapidez de disseminação em uma população com essas características, imperiosa a pronta identificação das pessoas contaminadas, para mitigar a propagação do novo coronavírus. Além disso, necessário que as raras estruturas de saúde intramuros, o Pronto Socorro Hamilton Agostinho (unidade de pronto atendimento intramuros) e o Sanatório Penal **sigam o mesmo protocolo da SES-RJ e SMS-RJ para unidades de saúde extramuros para identificação, manejo clínico dos casos, notificação de casos suspeitos e vigilância epidemiológica e dos óbitos** (DOCs. 36 e 37– Planos de Atenção



Primária SES e SMS).

De acordo com as normas editadas pela própria SES e SMS, sobretudo a Resolução SMS 4330, de 16/3/2020, revisada em 26/3/2020, afirma nota técnica n. 03 da FIOCRUZ que o sistema prisional, por suas características e potencial de disseminação do COVID-19, **deve ser incluído como unidade sentinela ao lado das já existentes distribuídas nas 5 áreas programáticas do município do RJ.** Veja-se a referência na Nota Técnica citada:

Assim, de acordo com a Resolução SMS 4330, de 16/3/2020, revisada em 26/3/2020, consideramos que:

1. O sistema prisional, por suas características e potencial de disseminação do COVID-19 deve ser incluído como unidade sentinela ao lado das 10 já existentes distribuídas nas 5 áreas programáticas do município do RJ, que inclui estruturas como centros de saúde (CMS), clínicas da família (CSF), centro de emergência regional (CER) e unidade de pronto atendimento (UPA). Isto permitirá mapear a circulação do COVID-19 nas unidades prisionais e a readequação das estratégias para seu enfrentamento, limitando sua disseminação entre a 46 unidades prisionais.

Outra medida extremamente urgente e necessária é a incorporação da população prisional no sistema de vigilância epidemiologia estadual, com notificação dos **casos de Síndrome Gripal** como **casos suspeitos de COVID-19.** Veja-se a recomendação da Nota Técnica nº3 da FIOCRUZ:



2. É necessária a urgente incorporação da população prisional no sistema de vigilância epidemiologia estadual, com notificação dos casos de Síndrome Gripal como casos suspeitos de COVID-19 através do formulário *FormSUS (REDCAP)*, no link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=TPMRRNMJ3D>, pelos profissionais de saúde das unidades primárias de saúde intramuros (APS), do Sanatório Penal e do Pronto Socorro Hamilton Agostinho, segundo critérios definidos no Plano de Contingência da SES e pela Resolução SMS Nº 4330 de 16 de Março de 2020, atualizada em 26/3/2020. *Esta última Resolução afirma que a fase atual da pandemia no Brasil exige que os serviços de APS/ESF trabalhem com abordagem síndrômica do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio de exame específico (MS - 2020).*



Nesse sentido, **todo paciente com sintomas de resfriado comum ou síndrome gripal deve ser manejado como possível infecção pelo novo coronavírus, de acordo com as orientações dos protocolos acima citados.** Confira-se o seguinte trecho da Nota Técnica nº 3:

3. Todo paciente com sintomas de resfriado comum ou síndrome gripal deve ser manejado como possível infecção pelo novo coronavírus, de acordo com as orientações dos protocolos acima citados. Os casos classificados como leves, devem permanecer em isolamento por 14 dias após o início dos sintomas. Os casos graves devem ser encaminhados pelo sistema de regulação de urgências (Vaga Zero).

As referidas notas apontam ainda para a necessidade de tomada de medidas.

Senão vejamos:

Nota Técnica nº 2:

- Apresentação de **Plano de Contingência**, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, com identificação clara do fluxo para confirmação laboratorial do diagnóstico, para internação de casos graves, isolamento de ingressos e de casos suspeitos e confirmados, proteção dos grupos de risco de desenvolvimento de formas graves e dos profissionais do sistema penitenciário, assim como os procedimentos adotados para busca ativa de casos suspeitos sintomáticos entre ingresso e nas celas.
- **Priorização da vacinação contra gripe** que visa reduzir o número de síndromes gripais decorrentes de outras viroses, e assim reduzir o número de casos suspeitos e, consequentemente, de teste a realizar. Seria justificada a inclusão da população prisional do RJ e dos profissionais do sistema, onde a pandemia já está instalada na população geral, entre os grupos prioritários para vacinação nesta 1ª semana de campanha (21 a 26/3), juntamente com os idosos, população em asilos e profissionais de saúde e de segurança.
- **Disponibilização, em caráter de urgência**, de material para coleta de **RT-PCR COVID-19**, que poderá ficar centralizado no Pronto Socorro Hamilton Agostinho (unidade de pronto atendimento intramuros), e definição do fluxo de envio do material coletado ao laboratório de referência pré-estabelecido.
- Disponibilização de **teste rápido sorológico** visando identificar, através de protocolo a ser estabelecido, as unidades prisionais com circulação do vírus, visando adaptar as medidas de contenção da transmissão, limitando ao máximo a extensão da pandemia para outras unidades. Dada a previsão de distribuição de kits para diagnóstico anunciada para a próxima semana pelo Ministério da Saúde, seria importante confirmar se houve solicitação pela SES e/ou SEAP para recebimento dos referidos testes.



- **Saída por decisão judicial ou isolamento do grupo de risco** em unidade prisional destinada unicamente para este fim com medidas reforçadas de proteção e com acompanhamento clínico, visando reduzir a letalidade.
- **Limitação da transferência de presos** entre as unidades prisionais
- **Criação de mecanismos de acompanhamento** das medidas propostas por órgãos de fiscalização (Ministério Público, Defensoria Pública, Mecanismo de Combate e Prevenção da Tortura da ALERJ/RJ)
- **Informação** às pessoas presas, seus familiares e aos profissionais de saúde e segurança sobre a doença, as medidas adotadas para seu enfrentamento e a evolução epidemiológica, especialmente importante quando são adotadas medidas rígidas de isolamento social.

Nota Técnica nº 3:

Assim, de acordo com a Resolução SMS 4330, de 16/3/2020, revisada em 26/3/2020, consideramos que:

1. O sistema prisional, por suas características e potencial de disseminação do COVID-19 deve ser incluído como unidade sentinela ao lado das 10 já existentes distribuídas nas 5 áreas programáticas do município do RJ, que inclui estruturas como centros de saúde (CMS), clínicas da família (CSF), centro de emergência regional (CER) e unidade de pronto atendimento (UPA). Isto permitirá mapear a circulação do COVID-19 nas unidades prisionais e a readequação das estratégias para seu enfrentamento, limitando sua disseminação entre as 46 unidades prisionais.

ENSP

2. É necessária a urgente incorporação da população prisional no sistema de vigilância epidemiologia estadual, com notificação dos casos de Síndrome Gripal como casos suspeitos de COVID-19 através do formulário *FormSUS (REDCAP)*, no link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=TPMRRNMJ3D>, pelos profissionais de saúde das unidades primárias de saúde intramuros (APS), do Sanatório Penal e do Pronto Socorro Hamilton Agostinho, segundo critérios definidos no Plano de Contingência da SES e pela Resolução SMS Nº 4330 de 16 de Março de 2020, atualizada em 26/3/2020. *Esta última Resolução afirma que a fase atual da pandemia no Brasil exige que os serviços de APS/ESF trabalhem com abordagem sindrômica do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio de exame específico (MS - 2020).*

3. Todo paciente com sintomas de resfriado comum ou síndrome gripal deve ser manejado como possível infecção pelo novo coronavírus, de acordo com as orientações dos protocolos acima citados. Os casos classificados como leves, devem permanecer em isolamento por 14 dias após o início dos sintomas. Os casos graves devem ser encaminhados pelo sistema de regulação de urgências (Vaga Zero).



4. Deve ser prescrito Oseltamivir 75 mg 12/12 horas por 5 dias para os casos de síndrome gripal em pacientes dos grupos de risco em situação de encarceramento, como preconizado para a população geral pela Resolução SMS Nº 4330. São eles: maiores de 60 anos, mulheres grávidas, puérperas e portadores de doenças crônicas avançadas ou mal controladas como pneumopatias, tuberculose, cardiopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme), distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus), transtornos neurológicos e do desenvolvimento, imunossupressão associada a medicamentos (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/ AIDS ou outros. Para os casos com critérios de gravidade, deve ser imediatamente solicitada internação hospitalar extramuros, através da Plataforma SUBPAV ou telefone, em caso de eventual inoperância da plataforma (Vaga Zero) que não se beneficiarem das medidas previstas na Recomendação nº 62 de 17/03/2020 do Conselho Nacional de Justiça que prevê a possibilidade de prisão domiciliar;
5. Seja disponibilizado no Pronto Socorro Hamilton Agostinho (unidade de pronto atendimento intramuros) material para coleta de RT-PCR COVID-19 e definido o fluxo de envio do material coletado ao laboratório de referência pré-estabelecido.

ENSP

6. Seja disponibilizado teste rápido sorológico visando identificar, através de protocolo a ser estabelecido, as unidades prisionais com circulação do vírus, visando adaptar as medidas de contenção da transmissão, limitando ao máximo a extensão da pandemia para outras unidades prisionais.
7. De acordo com as recomendações nacional e estadual para a população geral, seja coletado material para realização de RT-PCR COVID-19 em todo caso de óbito com história de resfriado, síndrome gripal, síndrome respiratória aguda, no próprio sistema prisional, antes da liberação do corpo.

Relevante mencionar também que o **Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT-RJ)** emitiu **Nota Técnica sobre os impactos do COVID-19 no sistema prisional do Rio de Janeiro, datada de 17/03/2020**, que alerta também para o contexto fático acima referido e para o risco iminente de contaminação massiva do coronavírus face a tais condições, caso não sejam adotadas medidas para liberação de presos, redução emergencial do contingente populacional carcerário e adoção de decisões com impacto na saúde da PPL baseadas em critérios técnico sanitários adequados (DOC. 38).

Ademais, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) emitiu uma Nota Técnica em 16/04/2020 sobre o coronavírus no sistema prisional em âmbito nacional,



questionando, com fundamento nas medidas constates do Guia da OMS¹⁰ para prevenção e controle da COVID nas prisões, a eficácia das medidas de isolamento adotadas pelas autoridades penitenciárias, levantando a preocupação de que até o final de março nenhum caso COVID foi confirmado e que só em abril foram apontados os primeiros casos suspeitos (sem confirmação diagnóstica) sem terem sido confirmados no sistema prisional. Segundo tais estudos, as condições de confinamento amplificam as chances de transmissão da doença e, ao mesmo tempo, diminuem o acesso aos recursos disponíveis para se prevenir e, inclusive, para o tratamento dos infectados. Acentua que questão importante que não está sendo observada de que a manutenção da PPL em locais que favorecem a contaminação do COVID-19 não consiste em garantia do direito à saúde dessa população. Salaria a responsabilidade também do próprio Poder Judiciário na adoção de medidas para enfrentamento da COVID no sistema prisional (DOC. 39).

Lamentavelmente, o que vem acontecendo no sistema prisional do Rio de Janeiro é exatamente isso. As medidas preventivas adotadas pela SEAP foram praticamente inefetivas, o número de presos colocados em liberdade não é suficiente para minorar a notória situação de superlotação, o que, por si só, já contribui numa escalada muita maior e com mais gravidade para a disseminação da doença.

Dados do SIPEN de 16/03/2020 apontam que o sistema prisional fluminense funciona com ocupação atual de cerca de 52.100 presos, sendo sua capacidade total para 29.241 (número de vagas) em 46 unidades prisionais, o que torna de difícil aplicação a observância do protocolo de tratamento de saúde previsto pelo Ministério da Saúde para os casos suspeitos de COVID-19, seja pela falta de condições físicas que possam permitir as medidas de isolamento, seja pela completa impossibilidade de identificação e monitoramento dos casos em razão da ausência de profissionais de saúde e ainda pela falta de acesso aos serviços de saúde intra e extra muros para o

¹⁰ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2020/3/preventing-covid-19-outbreak-in-prisons-a-challenging-but-essential-task-for-authorities>



tratamento daqueles que necessitarem. Tal situação, portanto, demanda a adoção de soluções alternativas que, até o momento, não estão sendo executadas e, sequer, planejadas pelo Estado do RJ.

No atual estágio de transmissão comunitária da COVID-19, o cenário de superlotação e precariedade do sistema prisional do Estado do Rio de Janeiro, caracterizado, inclusive, pela deficiência no acesso aos serviços de saúde (falta de equipes com médicos nas unidades prisionais, que poderiam fazer a identificação e acompanhamento dos casos leves da doença) indica que os gestores estaduais continuam resistentes à adoção de medidas mais rígidas de controle e vigilância da doença. Fica claro que as autoridades locais não estão considerando devidamente a gravidade da situação epidemiológica que, segundo estudos e análises internacionais, possui taxa de transmissão muito superior à observada na população geral (1 caso contamina 2 a 3 pessoas) dada a alta exposição pela elevada taxa de contato, ambiente confinado, limitação da lavagem das mãos e da limpeza dos ambientes, a restrição ao uso da água, falta de sabonete e material de limpeza no ambiente no sistema prisional. Estima-se que, após a introdução do novo coronavírus em uma unidade prisional superlotada, 1 preso doente possa contaminar ao menos 5 pessoas. **Em uma cela com 150 presos, o surgimento de apenas um doente implicará na produção de 90 casos secundários ao fim de 21 dias (dados estes das próprias Notas Técnicas da FIOCRUZ). Assim, como o atendimento em saúde é extremamente deficitário no sistema prisional do Rio de Janeiro, não há testes confirmatórios para a população privada de liberdade e que somente está ocorrendo a notificação dos casos ao sistema de vigilância epidemiológica nos casos graves, certamente há inúmeros casos de presos (sintomáticos ou não) que podem estar apresentando a doença sem que as medidas de vigilância e assistência estejam sendo adotadas pelas autoridades, tanto que culminou recentemente na primeira morte por COVID-19 (aludida acima) no sistema prisional e só nesse caso foi realizado o teste por COVID-19.**

Outra questão de suma importância é a de não haver equipes médicas para



avaliar os presos nas próprias unidades prisionais, tendo que haver o encaminhamento ao PSG-HA dos casos suspeitos. Tal carência de atendimento básico nas unidades, de leitos de internação, inclusive de CTI, para onde possam ser encaminhados os presos que agravam e de fluxo de encaminhamento para unidades hospitalares extra muros, certamente agrava o quadro de saúde dos doentes, colabora para o aumento de mortes suspeitas e, sem dúvidas, tem cooperado para a causa das mortes, tais como do preso Fernando Pinto da Silva.

Sendo assim, por todas as razões elencadas acima e pelas inúmeras denúncias que o MPRJ e a DPE vem recebendo sobre subnotificação de casos suspeitos de COVID-19 no sistema prisional, não há outra alternativa, senão o ajuizamento da presente ação civil pública¹¹.

II - DA LEGITIMIDADE PASSIVA- DA COMPETÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - INCLUSÃO DA TERCEIRA RÉ ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA NOVA ESPERANÇA NO POLO PASSIVO.

Instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), prevê a forma de assistência em saúde no Sistema Prisional brasileiro, em alinhamento com as políticas de saúde previstas pelo SUS. As normas de operacionalização dessa política são disciplinadas pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014. Por sua vez, a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014, estabelece normas para cadastramento das equipes de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

De acordo com a Portaria Interministerial acima, em relação ao Estado do Rio de Janeiro, competiria (Art. 16 da Portaria Interministerial n. 01/14):

I – por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde: a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação

¹¹ <https://globoplay.globo.com/v/8496105/>



da saúde da população privada de liberdade, referenciada em sua pactuação; b) coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais; c) elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria de Justiça e a Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano de Saúde do Estado ou do Distrito Federal e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS; d) implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados; e) participar do financiamento para o desenvolvimento das ações e serviços em saúde de que tratam esta Portaria; f) prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNAISP; g) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações no âmbito estadual ou distrital, consoantes a PNAISP, respeitando as diversidades locais; e h) promover, no âmbito de sua competência, as articulações intersetorial e interinstitucional necessárias à implementação das diretrizes da PNAISP, bem como a articulação do SUS na esfera estadual ou distrital; e

*II – por intermédio da **Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres**: a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as unidades prisionais sob sua gestão; b) assessorar os Municípios, de forma técnica, junto à Secretaria Estadual de Saúde, no processo de discussão e implantação da PNAISP; c) considerar estratégias de humanização que atendam aos determinantes da saúde na construção e na adequação dos espaços das unidades prisionais; d) garantir espaços adequados nas unidades prisionais a fim de viabilizar a implantação e implementação da PNAISP e a salubridade dos ambientes onde estão as pessoas privadas de liberdade; e) adaptar as unidades prisionais para atender às pessoas com deficiência, idosas e com doenças crônicas; f) apoiar, técnica e financeiramente, a aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional, seguindo as normas, regulamentos e recomendações do SUS e do CNPCP; g) atualizar e compartilhar os dados sobre a população privada de liberdade com a Secretaria Municipal de Saúde; h) participar do financiamento das ações e serviços previstos na Política; i) garantir o acesso, a segurança e a conduta ética das equipes de saúde nos serviços de saúde do sistema prisional; j) apoiar intersetorialmente a realização das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde no sistema prisional; k) garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade; l) participar do planejamento e da realização das ações de capacitação de profissionais que atuam no sistema*



prisional; e m) viabilizar o acesso de profissionais e agentes públicos responsáveis pela realização de auditorias, pesquisas e outras formas de verificação às unidades prisionais, bem como aos ambientes de saúde prisional, especialmente os que tratam da PNAISP.

E, de acordo com o art. 17, da mesma Portaria Interministerial, competiria ao **Município do Rio de Janeiro, por meio da respectiva Secretaria de Saúde:**

I - executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade referenciada em sua pactuação;

II – coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

III – elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com os Planos Estadual e Regionais de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

IV - cadastrar, por meio dos programas disponíveis, as pessoas privadas de liberdade no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;

V – elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

VI – implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;

VII – monitorar e avaliar, de forma contínua, os indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, com dados produzidos no sistema local de saúde;

VIII – desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde, com especial atenção na qualificação e estímulo à alimentação dos sistemas de informação do SUS;

IX - promover, junto à população do Distrito Federal ou do Município, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;

X – fortalecer a participação e o controle social no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e ações no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal ou do Município e nas demais instâncias de controle social existentes no município; e

XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.



Fato público e notório é o grave e agonizante quadro de violação de direitos humanos no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, que inclui a falta de acesso aos serviços de saúde, potencializado pelo irremediado *déficit* de recursos humanos. Esse quadro degradante e persistente no Estado do Rio de Janeiro já foi objeto inclusive de reconhecimento judicial, conforme acórdão do TJRJ decorrente de ações civis públicas propostas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (Processos nº 0350693-19.2014.8.19.0001 e nº 0141544-12.2016.8.19.0001) que asseverou: *“Note-se que é evidente a situação de colapso no serviço de atendimento à saúde da população carcerária do Estado do Rio de Janeiro, tendo em vista a omissão do ente público. Deve ser frisado ainda que não há que se falar em interferência na atividade dos gestores, tendo em vista que o que se busca é a preservação de direitos fundamentais. Não se podendo o poder público violar direitos, sem criar medidas alternativas, de forma a revogar política pública já consolidada. Desta forma, o sistema prisional deve garantir aos seus custodiados o respeito a todos os direitos fundamentais, principalmente o direito à saúde, o que não vem sendo feito de forma satisfatória”*.

A portaria interministerial MS/MJ nº 01/2014 previu nos artigos 13 e 14 a adesão dos Estados e Municípios à PNAISP.

Assim, o Estado do Rio de Janeiro aderiu à Política por meio da Portaria MS nº 2.275, de 17 de outubro de 2014, enquanto o Município do Rio de Janeiro aderiu através da Portaria MS 3131, publicada em 28/11/2020.

Porém, apesar da adesão dos dois entes à PNAISP poucos foram os avanços efetivos no desenvolvimento de ações assistenciais para melhorar o acesso à saúde dentro do cárcere no município do Rio de Janeiro.

Até o momento, o ato principal que seria a habilitação de equipes de saúde para prestar o atendimento básico no sistema prisional não se efetivou.

E veja-se que, ainda que o Município do Rio não tivesse aderido à PNAISP, o Ministério da Saúde já afirmou categoricamente que compete a ele prestar a atenção básica à população privada de liberdade, pois que esta população é computada para fins de repasse financeiro nacional destinado à execução das ações de atenção primária à saúde. Confira-se trecho do documento (DOC. 40):



“Considerando que, a teor do art. 198, I, da CRFB, do art. 18, I, da Lei nº 8.080/90, da Resolução CIT nº 04/2012 e da Portaria MS nº 2488/2011 compete aos Municípios organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, seria correto interpretar que a adesão à PNAISP dos Municípios que possuem unidades penais em seu território seria obrigatória e que a facultatividade prevista no art. 14 da Portaria Interministerial nº 01/2014 é referente apenas ao Municípios que não abrigam população privada de liberdade? Em caso negativo, requer sejam explicitadas as razões que impõem regramento jurídico e sanitário diverso à população privada de liberdade.”

E ainda – com destaques nossos:

“Informamos que o artigo 14º da Portaria Interministerial nº 1 de 02/01/2014, coloca simplesmente que a Adesão Municipal à PNAISP, será facultativa, observando-se os critérios de I à V, não explicitando dependência com a presença ou não de unidades prisionais:

(...)

Em complementação informamos que a não adesão não exime o município da obrigatoriedade de prestarem assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade, considerando os princípios constitucionais e a responsabilidade do Estado pela custódia das Pessoas e a autonomia do arranjo interfederativo, no campo da Saúde Pública e da Justiça, bem como o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se ainda que o Piso de Atenção, mecanismo de financiamento do SUS que prevê a transferência direta de um montante per capita previamente fixado, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, de forma que a administração local, ou seja – as prefeituras -, assumam a responsabilidade pela Atenção Básica à Saúde da população de seu território. Para esse cálculo, são consideradas munições todas as pessoas que estejam na condição de privação da liberdade. Assim, independentemente de adesão à PNAISP, o município tem a obrigatoriedade de prestar atenção básica a estas pessoas e recebem repasse financeiro para tanto.”

Portanto, como os Réus aderiram em razão da adesão dos réus à PNAISP, com maior razão resta patente a obrigação legal dos mesmos de prestar a assistência em saúde prevista na referida política.

A inclusão da terceira ré no polo passivo deve-se ao fato da existência de vínculo de contratação entre a SES e a Organização Social AFNE para gestão da unidade Pronto Socorro Hamilton Agostinho, por força do contrato de gestão n. 003/2019, ainda vigente (DOC. 16). Assim, para a efetiva implementação de algumas medidas objeto da presente ação civil pública, como, por exemplo, a manutenção do atendimento em



saúde não relacionado ao COVID-19 e também necessidade de revisão do perfil assistencial da unidade de saúde para passar a atender os casos de COVID com a alteração da estrutura correspondente (RH, recursos materiais, insumos, medicamentos, etc), a terceira ré deverá integrar a relação processual estabelecida diante de responsabilidades assumidas no contrato de gestão referido.

III- DO DIREITO:

A) DA LESÃO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E À VIDA DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.

O art. 196 da Constituição de 1988, ao cuidar da ordem social, assegura a todos os indivíduos o direito à saúde, e estipula o correlato dever jurídico originário do Estado de prestá-la. Trata-se, enquanto direito fundamental, indispensável para a garantia do mínimo existencial e da dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88), de verdadeira liberdade real ou concreta que impõe ao Estado uma prestação positiva, consistente em um *facere*. Sua inadimplência, consoante já advertiu diversas vezes o Supremo Tribunal Federal, importa em flagrante e inescusável violação negativa à Constituição:

“O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.

- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.



- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.

A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.

- O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode convertê-la em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA, A PESSOAS CARENTES, DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À PRESERVAÇÃO DE SUA VIDA E/OU DE SUA SAÚDE: UM DEVER CONSTITUCIONAL QUE O ESTADO NÃO PODE DEIXAR DE CUMPRIR.

- O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, 'caput', e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF."



(RE 393.175-AgR/RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO) (Destacamos).

Mariana Filchtiner Figueiredo, ao citar Ingo Wolfgang Sarlet, em sua obra “Direito Fundamental à Saúde – Parâmetros para a sua Eficácia e Efetividade”, página 88, esclarece que:

*“Como argumenta Sarlet, o direito à saúde é direito social que apresenta, simultaneamente, uma dupla dimensão defensiva e prestacional. Enquanto direito de defesa, o direito à saúde determina o dever de respeito, num sentido eminentemente negativo, ou seja, não afetar a saúde de alguém, mas, sim, preservá-la. **Na dimensão prestacional, imputa o dever, em especial ao Estado, de executar medidas reais e concretas no sentido de fomento e efetivação da saúde da população, circunstância que, neste último caso, torna o indivíduo, ou a própria coletividade, credores de um direito subjetivo a determinada prestação, normativa ou material**”.*

Como se vê, embora assegurada fora do rol exemplificativo do artigo 5º da Constituição Federal, o direito à saúde, consequência indissociável do direito constitucional à vida e à dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88), constitui prerrogativa jurídica indisponível e de extrema importância.

Verifica-se, assim, a manifesta existência de um dever jurídico primário do Estado, a ser cumprido pelos três centros de competência independentemente de eventual repartição interna de atribuição administrativa: a prestação da saúde pública (Enunciado nº 65 da Súmula do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro). Nesse sentido, a lição da Professora Márcia Cristina Gutiérrez Slaibi na Revista de Direito do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, v. 55, 2003, sobre o Direito Fundamental à Saúde – Tutela de Urgência:

“O federalismo cooperativo acolhido pela Constituição Federal de 1988 consagrou, no tema da saúde pública, a solidariedade das pessoas federativas, na perspectiva de que a competência da União não exclui a dos Estados e dos



Municípios (inciso II do artigo 23 da CRFB/88). É que se extrai do disposto no artigo 196 e seguintes.”

“A solidariedade é instituto do Direito Civil e está prevista no art. 896 do Código Civil brasileiro de 1916 e no artigo 265 do novo Código Civil de 2002, cabendo ao credor escolher qual dos devedores deseja acionar (art. 898 do Código Civil brasileiro de 1916 e art. 267 do novo Código Civil de 2002).

Tal destaque é de grande relevância, pois o cidadão hipossuficiente poderá escolher qual dos entes federativos irá acionar para ver efetivado o seu direito fundamental à saúde e de nada adiantará, como sói acontecer, as arguições, pelo Estado e pelo Município, de ilegitimidade passiva ad causam ou mesmo os pedidos de chamamento ao processo dos demais entes federados”.

Note-se que o legislador constituinte não se satisfaz com a mera existência deste serviço; ele deve ser efetivamente prestado, de forma eficiente, contínua (art. 37 da CRFB/88) e com a máxima efetividade.

Em tal contexto, é de se afirmar: o dever estatal de atribuir efetividade ao direito fundamental à saúde qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa. Vale dizer, o administrador não possui discricionariedade para deliberar sobre a conveniência e a oportunidade de concretização de um compromisso constitucional. Notadamente quando em jogo o direito à vida e à dignidade humana, que são imponderáveis.

Não foi à toa que, ao implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), a Carta Maior, consagrando os ideais perseguidos pela Reforma Sanitária, determinou que o acesso às ações e serviços públicos de saúde deve ser garantido de forma universal, igualitária e integral, a partir de uma rede integrada e coordenada. Confira-se:

*“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua***



promoção, proteção e recuperação.

*Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede** regionalizada e hierarquizada e **constituem um sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

*II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

III - participação da comunidade”.

Ou seja, determinou que todos, independentemente do sexo, raça, religião, de serem trabalhadores formais ou não, sem distinção de qualquer natureza, possuam direito subjetivo público a ter acesso a todos os bens e serviços, em todos os níveis de complexidade do sistema (atenção básica, média e alta complexidade), de modo que seja assegurado o mais alto nível possível de saúde.

No âmbito das normas do SUS, através das Portaria Interministerial do Ministério da Saúde/Ministério da Justiça (MS/MJ) 1.777/2003¹² e, atualmente, pela Portaria Interministerial n. 01/2014¹³, reconheceu-se a **necessidade de política pública de saúde especializada para a população privada de liberdade**, por se tratar de **população hipervulnerável**, assegurando a transferência de recursos pela União aos Estados e Municípios, tendo como princípios basilares a justiça, ética, cidadania, direitos humanos, equidade e participação no processo democrático de direitos e do controle social. Tais marcos normativos reconhecem a maior vulnerabilidade social de tal população devido à posição que ocupam na sociedade, com acesso restrito a bens e serviços e poucas oportunidades. Encontram-se reclusas em unidades prisionais, em

¹² A referida Portaria instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que tem sido considerado marco na atenção à saúde no contexto prisional brasileiro ao estabelecer a lógica da atenção básica para as equipes de saúde do sistema.

¹³ A referida Portaria instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) e dispõe sobre as condições para a adesão a essa política e à pactuação para o prestar atenção básica de saúde no sistema prisional.



condições desfavoráveis de habitação, salubridade e acesso a ações de saúde. Com isso, essas pessoas podem ter a saúde física e mental mais comprometidas, se comparadas à população em geral.

Ressalta-se, ainda, que no plano normativo internacional temos Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, no qual o Estado Brasileiro se comprometeu a respeitar e garantir a todos os indivíduos sujeitos a sua jurisdição os direitos assegurados neste Pacto, entre os quais se encontra *“toda pessoa privada de sua liberdade deverá ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana”* (art. 2º, item 1 c/c art. 10, item 1).

Ainda no plano internacional, põem-se em destaque as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela) que asseguram direitos à assistência médica dos privados de liberdade, veja-se:

Regra 24 :

1. *“a prestação de serviços médicos aos reclusos é da responsabilidade do Estado. Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica”*
2. *“os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde pública de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, incluindo os casos de HIV, tuberculose e de outras doenças infecciosas e da toxicodependência”*

Regra 25:

1. *“Todos os estabelecimentos prisionais devem ter um serviço de saúde incumbido de avaliar, promover, proteger e melhorar a saúde física e mental dos reclusos, prestando particular atenção aos reclusos com necessidades especiais ou problemas de saúde que dificultam sua reabilitação.”*
2. *“Os serviços de saúde devem ser compostos por uma equipe*



interdisciplinar, com pessoal qualificado e suficiente, capaz de exercer a sua atividade com total independência clínica, devendo ter conhecimentos especializados de psicologia e psiquiatria. Todos os reclusos devem poder beneficiar dos serviços de um dentista qualificado.”

Regra 42

“As condições gerais de vida expressas nestas Regras, incluindo as relacionadas com a iluminação, a ventilação, a temperatura, as instalações sanitárias, a nutrição, a água potável, a acessibilidade a ambientes ao ar livre e ao exercício físico, a higiene pessoal, os cuidados médicos e o espaço pessoal adequado, devem ser aplicadas a todos os reclusos, sem exceção.”

No plano infraconstitucional, no que tange aos direitos a assistência à saúde da população privada de liberdade, destaca-se a Lei nº 7.210/84 (Lei de Execução Penal) que estabelece que a assistência à saúde do preso é dever do Estado (art. 10 c/c art. 11, II) e direito do condenado (art. 41, VII), compreendendo, tanto na vertente preventiva quanto na curativa, atendimento médico, farmacêutico e odontológico (art. 14, caput). Além disso, a Lei nº 7.210/84 garante também a integridade física e moral como um direito dos condenados e dos presos provisórios. (art. 40).

A Constituição Federal, em seu art. 5º, XLIX, assegura aos presos o respeito à integridade física e moral, prevendo no inciso III, que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, e no inciso XLVII, alínea “e”, que não haverá penas cruéis.

A Resolução nº 07/2003 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) recomenda aos sistemas penitenciários dos estados a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde a ser implementado, *in verbis*:



Art. 1º. Por entender que uma boa atenção à saúde constitui um fator importante para a valorização da cidadania, além de reduzir as tensões inerentes às condições carcerárias, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária resolveu recomendar adoção de um elenco mínimo de ações de saúde que deve ser implantado nos sistemas penitenciários dos Estados.

I. Estas ações devem estar calcadas na legislação de saúde e na Lei de Execução Penal e devem levar em conta as orientações do Plano Nacional de Atenção Básica à Saúde e atender às peculiaridades do sistema penitenciário e da região onde este se encontra.

II. Devem ser contempladas ações mínimas de prevenção e controle da tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes além do câncer cérvico uterino e de mama. São também necessárias ações dirigidas à saúde mental, à saúde bucal, à realização de pré-natal e à imunização para hepatite B e Tétano.

III. Para a execução destas ações cada unidade prisional deverá contar com um ambulatório de saúde equipado, conforme anexo I.

IV. Para o atendimento ambulatorial são necessários, no mínimo, servidores públicos das seguintes categorias profissionais: 01 médico clínico, 01 médico psiquiatra, 01 odontólogo, 01 assistente social, 01 psicólogo, 02 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar de consultório dentário com carga horária de 20 horas semanais. Nas unidades femininas deve haver sempre, pelo menos, 01 médico ginecologista.

V. Cada uma destas equipes deverá ser responsável por 500 presos.

VI. A equipe técnica deverá receber treinamento para a execução dos Programas de Atenção Básica, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, para os agravos elencados no item 2.

VII. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – deverá constituir a base de referência para a definição dos medicamentos utilizados pelo sistema penitenciário de cada estado. A aquisição dos



medicamentos deverá se dar de acordo com a padronização de tratamento para as doenças prevalentes como definido pelo Ministério da Saúde. Os ambulatorios deverão manter atualizado o cadastro de pacientes nos casos de tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, diabetes entre outras de notificação compulsória.

VIII. Para a aquisição e dispensação dos medicamentos é necessário o emprego de farmacêutico.

IX. No momento de seu ingresso no sistema penitenciário, todos os apenados deverão passar por uma avaliação a fim de estabelecer um diagnóstico de saúde e iniciar a assistência necessária. Nessa oportunidade serão realizados exames básicos que permitam a detecção das doenças e agravos elencados no item 2 bem como a imunização contra Hepatite B e Tétano.

X. O atendimento ambulatorial deverá dar continuidade à assistência inicial tanto no que concerne à imunização quanto ao tratamento necessário.

XI. A atenção à saúde da mulher deverá ser prestada desde o seu ingresso no sistema penitenciário, quando deverá ser realizada a consulta ginecológica incluindo a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, obedecendo, posteriormente, à periodicidade determinada pelo Ministério da Saúde.

XII. As unidades femininas deverão estar aptas a realizar o acompanhamento pré-natal de baixo risco.

XIII. As ações de saúde bucal devem ser desenvolvidas levando em consideração os níveis de prevenção a seguir: proteção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato, limitação do dano e reabilitação. Os equipamentos e materiais necessários encontram-se elencados no Anexo II.

XIV. A atenção em Saúde Mental deverá prever a assistência aos



inimputáveis, de acordo com a legislação vigente, bem como ações de prevenção e tratamento dos agravos psicossociais decorrentes ou não do confinamento.

XV. *Os casos que exijam complementação diagnóstica e/ou assistência de média e alta complexidade deverão ser referenciados na Rede SUS por meio de parcerias e convênios.*

XVI. *O registro das condições clínicas e de saúde dos apenados deverá ser feito e acompanhado em prontuário que acompanhará o preso em suas transferências. Esta documentação deverá ser mantida sob a responsabilidade do serviço de saúde penitenciária e garantido o seu sigilo.*

A Corte Interamericana de Direitos Humanos editou a Resolução nº 01/2020, “*Pandemia y Derechos Humanos en Las Américas*”, a qual estimula aos Estados Membros da OEA a adotar imediata e transversalmente a abordagem focada em direitos humanos em qualquer estratégia, política ou medida estatal voltada para a pandemia da COVID-19 e suas consequências, inclusive os planos de recuperação social e econômica.

Há uma seção especial das recomendações que se refere aos grupos em situações especiais de vulnerabilidade, como idosos, pessoas privadas de liberdade, mulheres, povos indígenas, pessoas em situação de mobilidade humana, meninos, meninas e adolescentes, pessoas LGBTI, pessoas de ascendência africana e pessoas com deficiência.

É pertinente destacar algumas medidas e considerações aos Estados que se adequam ao sistema prisional, *in verbis*:

3. *Guiar su actuación de conformidad con los siguientes principios y obligaciones generales:*

d. *Ante las circunstancias actuales de la pandemia del COVID-19, que constituyen una situación de riesgo real, los Estados deben adoptar medidas de forma inmediata y de manera diligente para prevenir la ocurrencia de afectaciones al derecho a la salud, la integridad personal y la vida. Tales medidas deben estar enfocadas de manera prioritaria a prevenir los contagios y brindar un tratamiento médico adecuado a las personas que lo requieran.*

e. *El objetivo de todas las políticas y medidas que se adopten deben basarse en un*



enfoque de derechos humanos que contemple la universalidad e inalienabilidad; indivisibilidad; interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos; la igualdad y la no discriminación; la perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad; la inclusión; la rendición de cuentas; el respeto al Estado de Derecho y el fortalecimiento de la cooperación entre los Estados.

f. Las medidas que los Estados adopten, en particular aquéllas que resulten en restricciones de derechos o garantías, deben ajustarse a los principios «pro persona», de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada.

g. Aún en los casos más extremos y excepcionales donde pueda ser necesaria la suspensión de determinados derechos, el derecho internacional impone una serie de requisitos – tales como el de legalidad, necesidad, proporcionalidad y temporalidad– dirigidos a evitar que medidas como el estado de excepción o emergencia sean utilizadas de manera ilegal, abusiva y desproporcionada, ocasionando violaciones a derechos humanos o afectaciones del sistema democrático de gobierno.

Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales

6. Asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos a seguir para la prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia con base en la mejor evidencia científica y el derecho humano a la salud. Estos procedimientos deben ser transparentes, independientes, participativos, claros e inclusivos.

9. Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias necesarias para enfrentar los contextos de pandemia, particularmente poniendo atención al uso de estrategias, como la aplicación de cláusulas de flexibilidad o excepción en esquemas de propiedad intelectual, que eviten restricciones a medicamentos genéricos, precios excesivos de medicamentos y vacunas, abuso de uso de patentes o protección exclusiva a los datos de prueba.

10. Asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad, insumos y suplementos médicos esenciales de uso del personal de salud, fortalecer su capacitación técnica y profesional para el manejo de pandemias y crisis infecciosas, garantizar la protección de sus derechos, así como la disposición de recursos específicos mínimos destinados a enfrentar este tipo de situaciones de emergencia sanitaria.

14. Asegurar que, en los casos excepcionales que fuera inevitable adoptar medidas que limiten algún DESC, los Estados deben velar porque tales medidas estén plena y estrictamente justificadas, sean necesarias y proporcionales, teniendo en cuenta todos los derechos en juego y la correcta utilización de los máximos recursos disponibles.

Estados de excepción, restricciones a las libertades fundamentales y Estado de Derecho

20. Asegurar que toda restricción o limitación que se imponga a los derechos humanos con la finalidad de protección de la salud en el marco de la pandemia COVID-19 cumpla con los requisitos establecidos por el derecho internacional de los derechos humanos. En particular, dichas restricciones deben cumplir con el principio de legalidad, ser necesarias en una sociedad democrática y, por ende, resultar estrictamente proporcionales para atender la finalidad legítima de proteger la salud.

23. Abstenerse de suspender el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica; el derecho a la vida; el derecho a la integridad personal y la prohibición de tortura, tratos inhumanos, crueles y degradantes; la prohibición de esclavitud y servidumbre; el principio de



legalidad y retroactividad; la libertad de conciencia y religión; la protección a la familia; el derecho al nombre; los derechos de la niñez; el derecho a la nacionalidad, y los derechos políticos.

24. *Abstenerse de suspender procedimientos judiciales idóneos para garantizar la plenitud del ejercicio de los derechos y libertades, entre ellos las acciones de hábeas corpus y amparo para controlar las actuaciones de las autoridades, incluyendo las restricciones a la libertad personal en dicho contexto. Estas garantías deben ejercitarse bajo el marco y principios del debido proceso legal.*

28. *Asegurar que cualquier restricción o suspensión adoptada tenga sustento en la mejor evidencia científica y considere, de manera previa a su adopción y durante su implementación, los particulares efectos que puede tener sobre los grupos más vulnerables con el fin de asegurar que su impacto no sea especialmente desproporcionado mediante la adopción de las medidas positivas que resulten necesarias. Asimismo, toda decisión y medida que sea adoptada en este contexto debe considerar de manera especialmente relevante, la perspectiva de género, interseccional, lingüística e intercultural.*

33. *Asegurar el derecho de acceso a la información pública en el marco de la emergencia generada por el COVID-19 y no establecer limitaciones generales basadas en razones de seguridad u orden público. Los órganos que garantizan este derecho y los sujetos obligados deben otorgar prioridad a las solicitudes de acceso a la información relacionadas con la emergencia de salud pública, así como informar proactivamente, en formatos abiertos y de manera accesible a todos los grupos en situación de vulnerabilidad, de forma desagregada sobre los impactos de la pandemia y los gastos de emergencia, desagregados de acuerdo con las mejores prácticas internacionales. En los casos de postergación de los plazos de solicitudes de información en asuntos no vinculados a la pandemia, los Estados deberán fundamentar la negativa, establecer un espacio temporal para cumplir la obligación y admitir la apelación de estas resoluciones.*

Grupos en especial situación de vulnerabilidad

39. *Considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad al momento de adoptar medidas de atención, tratamiento y contención de la pandemia del COVID-19; así como para mitigar los impactos diferenciados que dichas medidas puedan generar.*

Personas mayores

41. *Incluir prioritariamente a **las personas mayores** en los programas de respuesta a la pandemia, especialmente en el acceso a las pruebas de COVID-19, al tratamiento oportuno, al acceso a medicamentos y a los cuidados paliativos necesarios, garantizándose que brinden su consentimiento previo, pleno, libre e informado y teniendo en cuenta situaciones particulares como la pertenencia a pueblos indígenas o afrodescendientes.*

42. *Adoptar las medidas necesarias a fin de prevenir los contagios de COVID-19 de la población mayor en general y en particular de quienes se encuentren en residencias de larga estancia, hospitales y centros de privación de libertad, adoptando medidas de ayuda humanitaria para garantizarles la provisión de alimentos, agua y saneamiento y estableciendo espacios de acogida para personas en situación de pobreza extrema, calle o abandono o situación de discapacidad.*

44. *Supervisar que los protocolos médicos, las decisiones sobre recursos médicos y tratamientos en relación al COVID-19 sean implementados sin discriminación en razón de la edad y prestando especial atención a las personas mayores con discapacidad o condiciones*



crónicas y enfermedades, pacientes con VIH o sida, que requieren medicación y atención regular como pacientes de diabetes, hipertensión, demencia senil, alzhéimer, entre otras.

Personas Privadas de Libertad

46. Adoptar medidas para enfrentar el hacinamiento de las unidades de privación de la libertad, incluida la reevaluación de los casos de prisión preventiva para identificar aquéllos que pueden ser convertidos en medidas alternativas a la privación de la libertad, dando prioridad a las poblaciones con mayor riesgo de salud frente a un eventual contagio del COVID-19, principalmente las personas mayores y mujeres embarazadas o con hijos lactantes.

47. Asegurar que en los casos de personas en situación de riesgo en contexto de pandemia, se evalúen las solicitudes de beneficios carcelarios y medidas alternativas a la pena de prisión. En el caso de personas condenadas por graves violaciones a los derechos humanos y delitos de lesa humanidad, atendiendo el bien jurídico afectado, la gravedad de los hechos y la obligación de los Estados de sancionar a los responsables de tales violaciones, tales evaluaciones requieren de un análisis y requisitos más exigentes, con apego al principio de proporcionalidad y a los estándares interamericanos aplicables.

48. Adecuar las condiciones de detención de las personas privadas de libertad particularmente en lo que respecta a alimentación, salud, saneamiento y medidas de cuarentena para impedir el contagio intramuros del COVID-19, garantizando en particular que todas las unidades cuenten con atención médica.

49. Establecer protocolos para la garantía de la seguridad y el orden en las unidades de privación de la libertad, en particular para prevenir actos de violencia relacionados con la pandemia y respetando los estándares interamericanos en la materia. Asimismo, asegurar que toda medida que limite los contactos, comunicaciones, visitas, salidas y actividades educativas, recreativas o laborales, sea adoptada con especial cuidado y luego de un estricto juicio de proporcionalidad.

Mujeres

50. Incorporar la perspectiva de género a partir de un enfoque interseccional en todas las respuestas de los Estados para contener la pandemia, teniendo en cuenta los distintos contextos y condiciones que potencializan la vulnerabilidad a la que las mujeres están expuestas, como la precariedad económica, la edad, la condición de migrante o desplazada, la condición de discapacidad, la privación de libertad, el origen étnico-racial, la orientación sexual, identidad y/o expresión de género, entre otras.

Personas LGBTI

70. Adoptar o fortalecer políticas que garanticen el respeto a la identidad de género en el ámbito hospitalario y garantizar la continuidad de servicios médicos prestados a las personas trans.

Personas afrodescendientes

74. Incluir en los registros de personas contagiadas, hospitalizadas y fallecidas por la pandemia del COVID-19, datos desagregados de origen étnico-racial, género, edad y discapacidad.

Personas con discapacidad

78. Ajustar los entornos físicos de privación de la libertad y atención médica, tanto en instituciones públicas como en privadas, para que las personas con discapacidad puedan gozar de la mayor independencia posible y acceder a medidas como el aislamiento social y el lavado frecuente de manos, entre otras.



Tradução nossa (livre):

3. Orientar sua atuação de acordo com os seguintes princípios e obrigações gerais:

d. *Ante as circunstâncias atuais da pandemia da COVID-19, que constituem uma situação de risco real, os Estados devem adotar medidas imediata e de maneira diligente para evitar a ocorrência de danos ao direito à saúde, à integridade pessoal e à vida. . Tais medidas devem ser focadas de maneira prioritária na prevenção de contaminações e no fornecimento de tratamento médico adequado àqueles que o requerem.*

e. *O objetivo de todas as políticas e medidas que sejam adotadas deve ser baseado em uma abordagem de direitos humanos que considere a universalidade e a inalienabilidade; indivisibilidade; interdependência e inter-relação de todos os direitos humanos; a igualdade e não discriminação; a perspectiva de gênero, diversidade e interseccionalidade; a inclusão; a prestação de contas; respeito ao Estado de Direito e o fortalecimento da cooperação entre os Estados.*

f. *As medidas adotadas pelos Estados, em particular aquelas que resultam em restrições de direitos ou garantias, devem obedecer aos princípios "pro persona", da proporcionalidade, temporalidade e devem ter como finalidade legítima o cumprimento estrito dos objetivos de saúde pública e proteção integral, como o devido e oportuno atendimento da população acima de qualquer outra consideração ou interesse de natureza pública ou privada.*

g. *Mesmo nos casos mais extremos e excepcionais, em que a suspensão de certos direitos pode ser necessária, o direito internacional impõe uma série de requisitos - tais como legalidade, necessidade, proporcionalidade e temporalidade - destinados a evitar medidas como o estado de exceção ou de emergência sejam utilizadas de maneira ilegal, abusiva e desproporcional, causando violações de direitos humanos ou danos ao sistema democrático de governo.*

Direitos Econômicos, sociais, culturais e ambientais.

6. *Garantir a elaboração de um plano de ação que guie os procedimentos a serem seguidos para a prevenção, detecção, tratamento, controle e monitoramento da pandemia com base nas melhores evidências científicas e no direito humano à saúde. Esses procedimentos devem ser transparentes, independentes, participativos, claros e inclusivos.*

9. *Garantir o acesso a medicamentos e tecnologias sanitárias necessárias para enfrentar os contextos de pandemia, dando especial atenção ao uso de estratégias, como a aplicação de cláusulas de flexibilidade ou exceções em esquemas de propriedade intelectual, que evitem restrições a medicamentos genéricos, preços excessivos de medicamentos e vacinas, abuso de uso de patente ou proteção exclusiva de dados de teste.*

10. *Garantir a disponibilidade e o fornecimento oportuno de quantidades suficientes de material de biossegurança, insumos e suplementos médicos essenciais para uso do profissionais da saúde, fortalecer a capacitação técnica e profissional para o gerenciamento de*



pandemias e crises infecciosas, garantir a proteção de seus direitos, bem como a disponibilidade de recursos mínimos específicos destinados a enfrentar este tipo de situações de emergência sanitária.

14. *Garantir que, nos casos excepcionais em que seja inevitável adotar medidas que limitem algum DESC (direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, os Estados devem garantir que tais medidas estejam plenas e estritamente justificadas, que sejam necessárias e proporcionais, levando em consideração todos os direitos em jogo e a correta utilização do máximo de recursos disponíveis.*

Estados de exceção, restrições às garantias fundamentais e Estado de Direito

20. *Garantir que qualquer restrição ou limitação imposta aos direitos humanos para fins de proteção à saúde no âmbito da pandemia de COVID-19 atenda aos requisitos estabelecidos pelo direito internacional de direitos humanos. Em particular, essas restrições devem obedecer ao princípio da legalidade, serem necessárias em uma sociedade democrática e, por fim, serem estritamente proporcionais para servir ao propósito legítimo de proteger a saúde.*

23. *Abster-se de suspender o direito ao reconhecimento da personalidade jurídica; o direito à vida; o direito à integridade pessoal e a proibição de tortura, tratamento desumano, cruel e degradante; a proibição de escravidão e servidão; o princípio da legalidade e retroatividade; liberdade de expressão e religião; proteção da família; o direito a um nome; os direitos das crianças; o direito à nacionalidade e os direitos políticos.*

24. *Abster-se de suspender procedimentos judiciais adequados para garantir o pleno exercício de direitos e liberdades, incluindo ações de habeas corpus e amparo para controlar as ações das autoridades, incluindo restrições à liberdade pessoal nesse contexto. Essas garantias devem ser exercidas sob a estrutura e os princípios do devido processo legal.*

28. *Garantir que qualquer restrição ou suspensão adotada se baseie nas melhores evidências científicas e considerar, antes de sua adoção e durante sua implementação, os efeitos específicos que ela pode ter sobre os grupos mais vulneráveis, a fim de garantir que seu impacto não seja desproporcional, mediante a adoção de medidas positivas que se mostrem necessárias. Da mesma forma, qualquer decisão e medida adotada nesse contexto deve considerar de maneira particularmente relevante a perspectiva de gênero, interseccional, linguística e intercultural.*

33. *Garantir o direito de acesso às informações públicas no contexto da emergência gerada pelo COVID-19 e não estabelecer limitações gerais com base em razões de segurança ou ordem pública. Os órgãos que garantem esse direito e os agentes subordinados devem priorizar os pedidos de acesso a informações relacionadas à emergência de saúde pública, bem como informar proativamente, em meios abertos e de maneira acessível a todos os grupos em situação de vulnerabilidade, de forma descentralizada sobre os impactos da pandemia e os gastos emergenciais, de acordo com as melhores práticas internacionais. Em caso de adiamento dos prazos de solicitações de informações em assuntos não relacionados à pandemia, os*



Estados deverão fundamentar as negativas, estabelecer um espaço temporal para cumprir a obrigação e admitir recursos a essas decisões .

Grupos em especial situação de vulnerabilidade:

39. *Considerar as abordagens diferenciadas necessárias ao adotar as medidas para garantir os direitos dos grupos em especial situação de vulnerabilidade no momento que adotar medidas de proteção, tratamento e contenção da pandemia do COVID-19; bem como mitigar os impactos diferenciados que essas medidas podem gerar.*

Pessoas Idosas:

41. *Priorizar as pessoas idosas em programas de resposta a pandemia, especialmente no acesso aos testes COVID-19, ao tratamento oportuno, ao acesso a medicamentos e aos cuidados paliativos necessários, garantindo que eles dêem seu consentimento prévio, completo, livre e informado e levando em consideração situações particulares, como pertencer a povos indígenas ou afrodescendentes.*

42. *Adotar as medidas necessárias para impedir a contaminação por COVID-19 da população idosa em geral e, especialmente, daqueles que se encontram em unidades acolhimento institucional de longa permanência para idosos , hospitais e unidades prisionais, adotando medidas de ajuda humanitária para garantir-lhes o fornecimento de alimentos, água saneamento e o estabelecimento de espaços de acolhimento para pessoas em situações de extrema pobreza, rua ou situação de abandono ou incapacidade.*

44. *Garantir que os protocolos médicos, decisões sobre recursos médicos e tratamentos relacionados ao COVID-19 sejam implementados sem discriminação, em razão da idade e prestando atenção especial aos idosos com deficiência ou condições e doenças crônicas, pacientes com HIV, que exigem medicação e cuidados regulares, como pacientes com diabetes, hipertensão, demência senil, Alzheimer, entre outros.*

Pessoas Privadas de Liberdade:

46. *Adotar medidas para enfrentar a superlotação das unidades prisionais, incluindo a reavaliação de casos de prisão preventiva para identificar aqueles que possam ser convertidos em medidas alternativas à privação de liberdade, priorizando as populações com maior risco à saúde contra um possível contágio do COVID-19, principalmente idosos e mulheres gestantes ou com crianças lactentes.*

47. *Garantir que, nos casos de pessoas em situação de risco no contexto da pandemia, sejam avaliados os pedidos de benefícios prisionais e medidas alternativas às penas de prisão. No caso de pessoas condenadas por graves violações aos direitos humanos e crimes contra a humanidade, levando em consideração o bem jurídico violado, a gravidade dos fatos e a obrigação dos Estados de punir os responsáveis por tais violações, tais avaliações requerem uma análise e requisitos mais rigorosos, de acordo com o princípio da proporcionalidade e com as normas interamericanas aplicáveis.*

48. *Adaptar as condições de detenção de pessoas privadas de liberdade,*



particularmente no que diz respeito a medidas de alimentação, saúde, saneamento e quarentena, para impedir a propagação do COVID-19 intramuros, garantindo, em particular, que todas as unidades tenham atendimento médico.

49. Estabelecer protocolos para garantir a segurança e a ordem nas unidades de privação de liberdade, em particular para prevenir atos de violência relacionados à pandemia, respeitando-se as normas interamericanas sobre o assunto. Da mesma forma, garantir que qualquer medida que limite os contatos, comunicações, visitas, saídas e atividades educacionais, recreativas ou de trabalho seja adotada com cuidado especial e após rigoroso julgamento de proporcionalidade.

Mulheres:

50. Incorporar a perspectiva de gênero a partir de uma abordagem interseccional em todas as respostas dos Estados para conter a pandemia, levando em consideração os diferentes contextos e condições que potencializam a vulnerabilidade à qual as mulheres estão expostas, como a precariedade econômica, a idade, a condição de migrante ou de deslocamento, condição de incapacidade, privação de liberdade, origem étnico-racial, orientação sexual, identidade e / ou expressão de gênero, entre outros.

Pessoas LGBTI:

70. Adotar ou fortalecer políticas que garantam o respeito à identidade de gênero no ambiente hospitalar e garantam a continuidade dos serviços médicos prestados às pessoas trans.

Pessoas Afrodescendentes:

74. Incluir dados individuais de origem étnico-racial, gênero, idade e deficiência nos registros de pessoas contaminadas, hospitalizadas e mortas pela pandemia do COVID-19.

Pessoas com deficiência:

78. Ajustar os ambientes físicos de privação de liberdade e assistência médica, tanto em instituições públicas quanto privadas, para que as pessoas com deficiência possam usufruir da maior independência possível e acessar medidas como o isolamento social e a lavagem frequente das mãos, entre outras.

No âmbito da jurisprudência, não é demais registrar que o Supremo Tribunal Federal, na ADPF 347, reconheceu o “estado de coisas inconstitucional” do sistema prisional e a necessidade de o Poder Judiciário intervir para garantia dos direitos humanos fundamentais de integridade física e moral da população privada de liberdade, senão vejamos.

Custodiado. Integridade física e moral. Sistema Penitenciário. Arguição de descumprimento de preceito fundamental. Adequação. Cabível é a arguição de descumprimento de preceito fundamental considerada a situação degradante das penitenciárias no Brasil. Sistema Penitenciário



Nacional. Superlotação carcerária. Condições desumanas de custódia. Violação massiva de direitos fundamentais. Falhas estruturais. Estado de coisas inconstitucional. Configuração. Presente quadro de violação massiva e persistente de direitos fundamentais, decorrente de falhas estruturais e falência de políticas públicas e cuja modificação depende de medidas abrangentes de natureza normativa, administrativa e orçamentária, deve o sistema penitenciário nacional ser caracterizado como “estado de coisas inconstitucional”. Fundo Penitenciário Nacional. Verbas. Contingenciamento. Ante a situação precária das penitenciárias, o interesse público direciona à liberação das verbas do Fundo Penitenciário Nacional. Audiência de custódia. Observância obrigatória. Estão obrigados juízes e tribunais, observados os artigos 9.3 do Pacto dos Direitos Civis e Políticos e 7.5 da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, a realizarem, em até noventa dias, audiências de custódia, viabilizando o comparecimento do preso perante a autoridade judiciária no prazo máximo de 24 horas, contado do momento da prisão (STF ADPF 347 MC Tribunal Pleno Rel. Marco Aurélio j. 09.09.2015)

Dessa forma, fica evidente que, no contexto de pandemia do COVID-19, deveriam os réus garantir minimamente as condições necessárias para o enfrentamento da doença no sistema prisional, garantindo as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde estabelecidas para a população em geral. Porém, isso está muito longe de ser cumprido pelos réus. Há diariamente uma enorme violação de direitos humanos fundamentais no sistema prisional fluminense, dentre eles o direito humano fundamental à saúde da população privada de liberdade.

E tal garantia do direito humano fundamental a saúde exige o oferecimento de condições mínimas à população privada de liberdade – mínimo existencial – o que esta muito longe de ser observado. A ausência de atendimento por equipes de saúde nas unidades prisionais que possam identificar os casos suspeitos sintomáticos, monitorar para evitar o agravamento do quadro clínico e referenciar oportunamente para unidades que possam prestar o atendimento mais complexo, a falta de ações para promover devidamente o isolamento dos casos suspeitos de coronavírus, dos presos que estão no grupo de risco, a não realização de testes para confirmação diagnóstica, a falta de informações fidedignas sobre a real situação epidemiológica, a ausência de medidas básicas de prevenção a transmissão do coronavírus (itens básicos de higiene em quantidade suficiente para toda a população privada de liberdade, fornecimento



ininterrupto de água, de álcool em gel, de máscaras, entre outros), caracterizam a total omissão dos reus.

A população privada de liberdade do Estado do RJ está sujeita a toda sorte de privações e, em razão do encarceramento, dependente do Poder Público para promover a garantia da proteção da sua vida e saúde. Embora haja negativa pelos gestores estaduais, o avanço da epidemia já chegou no sistema prisional do RJ e há evidências de que já está em processo de contaminação descontrolada. A proporção dos óbitos ocorridos no período de março e abril (até 13/04/2020), no total de 49, corresponde a 68% dos óbitos ocorridos no ano, equivalendo, em números, a 33 óbitos em cerca de 45 dias. Some-se a esses dados, o fato preocupante de que grande parte desses óbitos, por força da recente Resolução SEPOL-SEAP n. 10, tem sido registrada com a causa morte indeterminada, não sendo possível fazer qualquer conexão de tais óbitos com o coronavírus. Tal situação gera a falsa sensação de que não teriam óbitos suspeitos de COVID no sistema prisional fluminense, o que certamente não corresponde a realidade.

Com efeito, o que se tem presenciado é que as ações (não) desempenhadas pelos réus não têm sido suficientes para a garantia do direito à vida e à saúde, ao deixar de prover as condições mínimas para evitar o contágio pelo coronavírus e mitigar as mortes dos presos que estão sob a responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro.

A omissão na tomada de medidas mais específicas e em consonância com a gravidade requerida, gera para a população privada de liberdade a imposição de tratamento cruel e desumano, muito além da pena a que estão submetidos. E se medidas urgentes não forem adotadas, se avizinha o quadro de genocídio em massa no sistema prisional fluminense.

Daí, a necessidade premente, em caráter emergencial, de controle da omissão manifestamente inconstitucional dos entes públicos réus por este nobre Poder Judiciário, nos termos da tese firmada pelo Supremo Tribunal Federal no



julgamento do RE 592581 o STF, com repercussão geral:

“É lícito ao Judiciário impor à Administração Pública obrigação de fazer, consistente na promoção de medidas ou na execução de obras emergenciais em estabelecimentos prisionais para dar efetividade ao postulado da dignidade da pessoa humana e assegurar aos detentos o respeito à sua integridade física e moral, nos termos do que preceitua o artigo 5º (inciso XLIX) da Constituição Federal, não sendo oponível à decisão o argumento da reserva do possível nem o princípio da separação dos Poderes”.

IV. DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA.

Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de dano irreparável, é lícito ao Juiz conceder a tutela liminarmente, mesmo antes da citação dos Requeridos. É o que dispõe o art. 300, do Código de Processo Civil, sendo requisitos para a sua concessão: (i) a verossimilhança das alegações; (ii) o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

A **probabilidade do direito** alegado está bem delineada ao longo de toda a fundamentação fática e jurídica explicitada nesta petição inicial, bem como nos documentos que instruem a presente.

Em primeiro lugar, há documentação técnica apontando a necessidade de adoção de medidas para prevenir e controlar infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) no sistema prisional fluminense, dentre elas, a manutenção dos presos em celas individuais ou, não sendo possível, em celas com poucos presos e isolamento por coorte, a importância de providenciar espaços reservados adequados ao uso de acolhidos infectados ou com suspeita de infecção pelo coronavírus e a necessidade de destinação de unidades específicas para os presos integrantes do grupo de risco por apresentarem doenças (comorbidades) que os tornam ainda mais vulneráveis ao COVID.



Em segundo lugar, restou demonstrado que o sistema prisional fluminense, notadamente as unidades situadas no território do município do Rio de Janeiro, não contam com equipes de saúde para prestar o atendimento básico em saúde nas unidades prisionais e, com isso, poder realizar a rápida identificação dos casos suspeitos, monitoramento para evitar o agravamento do quadro clínico e encaminhamento para outros serviços de saúde, caso seja necessário.

Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e o Município do Rio de Janeiro não apresentaram nenhum plano efetivo de ação preventiva e de enfrentamento da pandemia do Coronavírus específico para o sistema prisional, indicando que esse planejamento inexistente, o que é extremamente preocupante dado o cenário dos óbitos já ocorridos e a probabilidade real de que esse quantitativo aumente numa escalada sem precedentes se nenhuma medida for adotada rapidamente.

Some-se isso o fato de não haver no sistema prisional nenhuma estrutura de saúde com capacidade operacional para atendimento dos presos com suspeita ou confirmação de COVID-19 que apresentem quadro clínico grave. Como já afirmado, o Pronto Socorro Geral somente possui poucos leitos de observação e apenas dois respiradores, não havendo estrutura de CTI para seu atendimento. De outro lado, não há, até este momento, nenhum fluxo já definido entre SEAP e as Secretarias de Saúde para encaminhamento dos presos para unidades hospitalares fora do sistema prisional.

Eis os leitos disponíveis em dezembro de 2018 em inspeção, quase nada alterados quantitativamente:

Hospital Dr. Hamilton Agostinho V. de Castro	
Sala vermelha	2
Enfermaria (masculino)	27
Enfermaria (feminino)	4
Unidade intermediária	5
Enfermaria A	6
Enfermaria B	6
Enfermaria C	6



Enfermaria D	6
Enfermaria E	6
Enfermaria F	6
Enfermaria G	6
Enfermaria I (saúde mental)	3
Total	83

Posteriormente, o atual contrato vigente com a nova OS responsável pela gestão do Pronto de Socorro Geral Hamilton Agostinho, Associação Filantrópica Nova Esperança, tem a seguinte previsão para a estruturação de leitos:

**5. CAPACIDADE INSTALADA DO PRONTO SOCORRO GERAL DR.
HAMILTON AGOSTINHO VIEIRA CASTRO**

5.1 LEITOS DE OBSERVAÇÃO

- 09 leitos de observação masculina
- 05 leitos de observação feminina
- 02 leitos de sala vermelha
- 05 leitos de unidade Semi-intensiva
- 07 consultórios multiprofissionais.

5.2 LEITOS DE ENFERMARIA

- 42 (quarenta e dois) leitos divididos em 07(sete) enfermarias com 06 (seis) leitos cada uma;

- 02 (dois) leitos de enfermaria destinados a pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, que necessitem de isolamento;

Os 44 (quarenta e quatro) leitos destinam-se, exclusivamente, a internação dos pacientes privados de liberdade e funcionarão como leitos de enfermaria clínica para o Pronto Socorro Geral, até resolução por alta médica ou, se for o caso de necessidade clínica, até a transferência para unidade de maior complexidade.

A Secretaria Estadual de Saúde, embora tenha incluído no Plano de Resposta a Emergência do COVID-19, a implantação de hospital de campanha no Complexo de Gericinó, com previsão de 60 leitos de enfermaria clínica e 05 kits de respiradores do MS, não apresentou ações que demonstrem que a referida unidade será efetivamente



implantada. Ao revés, em reuniões realizadas com o MPRJ e DPE em 13 e 20/04/2020, registros das duas reuniões em anexo (DOCs. 41 e 42), informou que não há previsão para que isso ocorra.

Como se vê, a omissão do Poder Público é notória, evidenciada pelo descumprimento da recomendação expedida pelo órgão ministerial e pela inexistência de quaisquer medidas adotadas por eles no tocante à prevenção da disseminação do novo Coronavírus no sistema prisional do Rio de Janeiro.

A falta de recursos e de medidas preventivas à propagação do COVID-19 no cárcere, notadamente quando se trata de população vulnerável e de grupos com maior risco de complicações, representa uma ameaça concreta de óbitos em massa e é o que se busca urgentemente com a presente mitigar.

O **perigo de dano e risco ao resultado útil do processo** é evidente, visto que a demora na prestação jurisdicional pode acarretar danos à vida e à saúde da população privada de liberdade, composta também por idosos e integrantes do grupo de risco da COVID-19 por doenças preexistentes, que não tem outra alternativa senão depender da proteção estatal, *in casu*, do Poder Judiciário, para garantia dos direitos humanos fundamentais à vida e à saúde. Tais danos, com certeza, são de impossível reparação futura. Por tal razão, merece ser concedida a TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA, inexistente qualquer *periculum in mora* reverso.

Ressalte-se, aqui, a confirmação da morte de um detento idoso por COVID-19 do Instituto Penal Cândido Mendes, que não teve cuidados médicos em sua unidade prisional ou realização de teste de COVID-19 antes da progressiva piora de seu quadro médico, com mais cinco casos de óbitos na mesma unidade prisional, destinada aos idosos. E também o aumento exponencial dos óbitos no Instituto Penal Candido Mendes, tendo registrado um aumento somente este ano de mais de 50%. Isso sem falar na desproporção do número total de óbitos ocorridos em março e abril em relação ao total de óbitos no ano.

O *periculum in mora* é reforçado ainda pelo elevado grau de transmissibilidade



do coronavírus no sistema prisional, dada a evidência de que, após a introdução do novo coronavírus em uma unidade prisional superlotada, 1 preso doente possa contaminar ao menos 5 pessoas, dada a alta exposição pela elevada taxa de contato, ambiente confinado, limitação da lavagem das mãos e da limpeza dos ambientes, a restrição ao uso da água, falta de sabonete e material de limpeza no ambiente no sistema prisional; aliado as inefetivas medidas adotadas pelos réus. Assim, em uma cela com 150 presos, situação corriqueira no ERJ, o surgimento de apenas um doente implicará na produção de 90 casos secundários ao fim de 21 dias.

Isso revela a urgência de intervenção por parte do Poder Judiciário sob pena de, não o fazendo, ser também responsável pela letalidade em massa que venha a ocorrer nas unidades prisionais do sistema carcerário do Rio de Janeiro.

Portanto, a situação de total desgoverno e descontrole que assola a saúde prisional coloca em imediato risco a vida e a saúde de toda uma coletividade hipossuficiente e vulnerável. Para evitar que novas mortes e contaminações se repitam, a concessão da tutela de urgência é de rigor.

Diante do exposto, da situação de descontrole da doença no sistema prisional, colocando em imediato risco à vida e à saúde de toda uma coletividade hipossuficiente e vulnerável, como forma de evitar novos danos e mitigar os efeitos perversos, requer, *inaudita altera parte*, e, com fulcro no art. 300 do CPC, a antecipação dos efeitos da tutela pretendida, para determinar ao Estado e Município do Rio de Janeiro:

1. *A imposição de comando judicial consistente em obrigação de fazer no sentido de implantar, no prazo de 48h, equipes de saúde nas unidades prisionais para a realização, durante o período da pandemia da COVID-19, do atendimento básico nas unidades prisionais, adotando para tanto todos os meios disponíveis na administração pública (contratação temporária ou mediante parceria, cessão de profissionais de saúde, inclusive do Corpo de Bombeiros, etc), devendo necessariamente dotar as unidades prisionais com idosos e demais integrantes do grupo de risco de equipe de saúde em tempo fixo e permanente para permitir a identificação dos casos suspeitos e devido monitoramento;*



2. A imposição de comando judicial para determinar, em no máximo 15 dias, a implantação de leitos de internação em enfermaria e centro de terapia intensiva dentro do Complexo de Gericinó de estrutura de saúde para garantir o atendimento em saúde dos casos suspeitos ou confirmados que se agravem e necessitem de internação;

3. 3. A imposição de comando judicial consistente em obrigação de elaborar e implantar, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, fluxo rápido de transferência, via vaga zero, dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 para unidades hospitalares da rede pública de saúde que possam prestar o referido atendimento, identificando os hospitais referência para cada área programática de saúde do território do Município do Rio de Janeiro (AP 5.1, 1.0, 3.2, etc);

4. A imposição de comando judicial consistente em obrigação de fazer para que, em prazo não superior a 15 (quinze) dias, disponibilizem espaços em estabelecimentos públicos ou privados para **o devido isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 que não necessitem de internação médica**, com a toda a estrutura necessária (EPI, equipamentos, medicamentos, insumos, leitos, profissionais de limpeza, material de higiene pessoal e limpeza, recursos humanos e outros que sejam exigidos pelas resoluções e notas técnicas expedidas pela Secretaria de Estado e Saúde, Vigilância Sanitária e ANVISA), suporte de equipe de saúde e de segurança, respeitadas as orientações técnicas para isolamento (espaço entre leitos, número reduzido de pessoas por cômodo, banheiros separados), comprovando em juízo o cumprimento deste item no prazo máximo de 5 (cinco) dias;

5. A imposição de comando judicial consistente em obrigação de fazer para que substituam os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, caso apresentem suspeita de contaminação pelo novo coronavírus, adotando todas as providências cabíveis, inclusive para a contratação emergencial de pessoal ou organização desde já de banco de voluntários, a ser treinado pelas Pastas com atribuição;

6. A imposição de comando judicial aos réus para que disponibilizem, em prazo a ser determinado pelo Juízo, testes PCR e sorológicos para testagem em massa da população privada de liberdade em quantitativo suficiente para atendimento do contingente carcerário como recomendado na Nota Técnica Conjunta nº 01/2020 CNJ/CNMP, bem como dotando as unidades prisionais de profissionais capacitados para sua aplicação;

7. A imposição de comando judicial aos réus para que promovam, no prazo máximo de 05 dias, a vacinação contra gripe e sarampo em todas as unidades prisionais do Rio de Janeiro;

8. A imposição de comando judicial aos réus para que incluam o sistema prisional, por suas características e potencial de disseminação do COVID-19, **como unidade sentinela ao lado das já existentes**, devendo as equipes de vigilância terem atuação mais direta sobre o cenário do sistema prisional;

9. A imposição de comando judicial aos réus para que adotem imediatamente os critérios definidos no Plano de Contingência da SES



*para atenção primária e pela Resolução SMS Nº 4330 de 16 de Março de 2020, atualizada em 26/3/2020, de forma que seja determinado aos profissionais de saúde atuantes no sistema prisional que notifiquem os **casos de sintomas de resfriado comum ou Síndrome Gripal** como **casos suspeitos de COVID-19** e os monitorem, notadamente os integrantes do grupo de risco, pelo período de 14 dias do aparecimento dos sintomas, a cada 48 horas com anotação da evolução clínica em prontuário médico, a fim de permitir a intervenção médica adequada em tempo oportuno, evitando-se mortes evitáveis e desnecessárias.*

10. *A imposição de comando judicial aos réus para que mantenham o atendimento em saúde não relacionado ao coronavírus, seja através do encaminhamento ao Pronto de Socorro Geral Hamilton Agostinho, ou a unidades de saúde fora do sistema prisional.*

V. DO PREQUESTIONAMENTO

Ficam desde logo prequestionados para os fins dos recursos previstos no artigo 102, inciso III, letra "c" e do artigo 105, inciso III, letras "a", "b" e "c", ambos da Constituição, nos termos da Súmula 211 do E. Superior Tribunal de Justiça, os dispositivos de lei federal e da Constituição acima referidos, dentre os quais: artigos 196, 198, 1º, inciso III, art. 5º incisos XLIX, III, XLVII, alínea "e" da Constituição Federal e artigos 10, 11, inciso II, 14, 40, 41 inciso VII da Lei Federal nº 7.210/84, porquanto esta ação visa dar cumprimento aos referidos dispositivos e restabelecer-lhes a vigência.

VI. DO DESINTERESSE NA AUTOCOMPOSIÇÃO

Para os fins do disposto no art. 334, §5º, do CPC, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e Defensoria Pública Estadual afirmam que não possuem interesse na autocomposição da lide.

VII. DOS PEDIDOS

Com base em todo o exposto, o Ministério Público requer:

a)A tramitação do feito em regime de prioridade, na forma do art. 71 do Estatuto do Idoso e do art. 9º, VII da Lei 13.146/15;

b)A antecipação dos efeitos da tutela, nos moldes postulados no item IV acima, com fulcro nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c/c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 do CPC;



c) Seja determinada a citação dos réus, para que, querendo, possam responder a presente ação, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos narrados nesta exordial;

d) Seja julgado procedente o pedido para tornar definitivas as obrigações descritas no requerimento de tutela de urgência formulado acima, impondo aos réus o cumprimento de obrigação de fazer nos moldes formulados na tutela de urgência (item IV), sob pena de imposição de multa diária por descumprimento na ordem de R\$ 10.000,00 (DEZ mil reais), a ser revertida para o Fundo Especial do MPERJ e ao Centro de Estudos Jurídicos da Defensoria Pública Geral deste Estado, nos termos da Lei nº 1.146/87 (Banco Bradesco -237, Agência 6898-5, Conta 214-3);

e) A condenação dos réus no ônus da sucumbência, fixados em 20% (vinte por cento) do valor da causa, os quais deverão ser revertidos para o Fundo Especial do MPERJ e ao Centro de Estudos Jurídicos da Defensoria Pública Geral deste Estado, nos termos da Lei nº 1.146/87 (Banco Bradesco -237, Agência 6898-5, Conta 214-3);

Protesta por todas as provas admitidas em direito, especialmente, as provas documental, testemunhal, além de pericial e outras que se mostrarem necessárias no curso do processo.

Dá-se á causa o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2020

Madalena Junqueira Ayres

Promotora de Justiça

Mat. 2149

THAISA GUERREIRO DE SOUZA

Defensora Pública Estadual/Coordenadora de Saúde

Mat. 969.585-9

MARLON VINÍCIUS DE SOUZA BARCELLOS

Defensor Público Coordenador do NUSPEN

Matrícula 3032.146-7