

8 de junho, 2020

Prezados Colegas de Conectas, Elas Existem, e Open Society Justice Initiative:

Escrevemos agora esta declaração em resposta ao seu pedido de que forneçamos nossa opinião sobre os riscos de transmissão de novos coronavírus e a resultante doença COVID-19 em populações prisionais. Estudamos extensivamente essas questões e temos o prazer de ajudar. Também entendemos que isso é particularmente preocupante no Brasil no geral e no estado do Rio de Janeiro em particular. Portanto, temos o prazer de apresentar o seguinte e esperamos que possa ser útil ao tribunal na avaliação do case de:

Ministério Público e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Pequerentes-Autor, v. Estado do Rio de Janeiro, Município do Rio de Janeiro e Associação Filantrópica Nova Esperança (Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho), Respondentes-Réus. Questão da Ação Civil Pública #0087229-92.2020.8.19.0001

I. Experiência profissional

1. Eu sou a Dra. Ranit Mishori. Sou conselheira médica sênior da *Physicians for Human Rights* (Médicos pelos Direitos Humanos - PHR) e professora de medicina familiar na Escola de Medicina da Georgetown University, onde sou diretora do programa de bolsas de Políticas de Saúde do departamento de Iniciativas de Saúde Globais e de nossa rede de pesquisas de práticas. Sou membro da *American Academy of Family Physicians* (Academia Americana de Médicos de Família), diplomada pelo *American Board of Family Medicine* (Conselho Americano de Medicina Familiar) e fiz minha residência no programa de Residência em Medicina da Georgetown University e do Providence Hospital. Sou formada em medicina pela Escola de Medicina da Georgetown University e tenho mestrado em Saúde Internacional pela Escola de Saúde Pública Bloomberg da John Hopkins University, com ênfase no Controle de Doenças e Rastreamento Preventivo (e foco na ciência de como deter a disseminação de doenças infecciosas).
2. Sou líder docente do grupo de interesse em Saúde Penitenciária da Escola de Medicina da Georgetown University, onde supervisiono alunos de medicina alocados em diversas cadeias, prisões e centros de detenção locais. Além disso, sou diretora do programa de Asilo a Imigração da Georgetown University, que foca nas questões médico-legais das pessoas que buscam asilo, inclusive no centro de detenção do departamento de imigração. Escrevo, leciono e dou palestras extensivamente sobre essas questões, tanto nacionalmente quanto internacionalmente. No meu cargo de conselheira médica sênior da PHR (e, antes disso, como consultora da PHR), já revisei e analisei dezenas de casos relacionados com os resultados de saúde de indivíduos em instalações penitenciárias, e aconselhei a organização e outros parceiros (organizações da sociedade civil e de amparo legal, e a mídia) sobre questões relativas ao encarceramento, incluindo greves de fome, qualidade da assistência à saúde, manejo de doenças transmissíveis, violência e cuidados com grávidas nesses ambientes.¹

¹ Ver, p.ex., Ranit Mishori, *Risk Behind Bars: Coronavirus and Immigration Detention*, The Hill (17 de mar. de 2020), <https://thehill.com/opinion/immigration/487986-risk-behind-bars-coronavirus-and-immigration-detention>; Amanda Holpuch, *Coronavirus Inevitable in Prison-Like US Immigration Centers, Doctors Say*, The Guardian (11 de mar. de

3. Como médica atendente na Georgetown University/Programa de Residência do Centro de Medicina Familiar do Washington Hospital, trabalho com populações carentes urbanas, incluindo pessoas sem-teto, indivíduos egressos de prisões, imigrantes e refugiados. Rotineiramente tenho contato com vítimas de abuso, trauma e pobreza, e avalio suas necessidades médicas e psicossociais no contexto de seus determinantes-sociais de saúde (tais como moradia e encarceramento).
4. Por quatro anos fui membro eleito da Comissão de Saúde Pública e Ciência da *American Academy of Family Physicians* (Academia Americana de Médicos de Família), onde presidi o subcomitê de Questões de Saúde Pública. Nessa época, fui a principal autora do artigo de ampla opinião da Academia sobre Encarceramento e Saúde.
5. Eu sou a Dra. Michele Heisler. Sou Diretora Médica da *Physicians for Human Rights* (Médicos pelos Direitos Humanos - PHR) e Professora de Medicina Interna e Saúde Pública do Sistema de Saúde da Universidade de Michigan (Michigan Medicine)Sou médica licenciada no estado de Michigan e diplomada pelo *American Board of Internal Medicine* (Conselho Americano de Medicina Interna). Presto atendimento de saúde no Sistema de Saúde da Universidade de Michigan e no Sistema de Saúde dos Veteranos em Ann Arbor, em Michigan. Sou professora e pratico medicina nos sistemas de saúde acima desde 2002.
6. Sou graduada pela Escola de Medicina de Harvard. Tenho mestrado em Políticas Públicas pela Princeton University-Woodrow Wilson School. Meu treinamento clínico (residência e bolsa) em Medicina Interna foi feito no Sistema de Saúde da Universidade de Michigan. Realizei, então, um treinamento de pesquisa adicional como Pesquisadora Clínica do Programa Robert Wood Johnson, na Universidade de Michigan. No meu trabalho clínico de atendimento a Veteranos de guerra de baixa renda, muitos de meus pacientes têm múltiplas doenças crônicas e distúrbios de comportamento, com um alto percentual de egressos do sistema carcerário. Sou bem treinada em atender pacientes complexos, com alto risco de doença grave caso sejam infectados pela COVID-19.
7. Tenho 20 anos de experiência como responsável por estudos epidemiológicos longitudinais de larga escala que examinam fatores de risco clínicos, sociais e comportamentais para morbidade e morte advindas de doenças crônicas não transmissíveis, tais como diabetes do tipo 2 e doenças cardiovasculares, as mesmas condições que aumentam as chances de doença grave e morte por COVID-19. Sou autora de mais de 200 estudos revisados por pares publicados em periódicos médicos e de saúde pública, incluindo *Lancet*, *BMJ*, *The New England Journal of Medicine*, *JAMA* e o *American Journal of Public Health*. Desde 2018, sou membro eleito da

2020), <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/11/coronavirus-outbreak-us-immigration-centers>; Abigail Hauslohner, et al., *Coronavirus Could Pose Serious Concern in ICE Jails, Immigration Courts*, The Washington Post (12 de mar. de 2020), https://www.washingtonpost.com/immigration/coronavirus-immigration-jails/2020/03/12/44b5e56a-646a-11ea-845d-e35b0234b136_story.html; Silvia Foster-Frau, *Coronavirus Cases in Migrant Detention Facilities Called 'Inevitable'*, Express News (15 de mar. de 2020) <https://www.expressnews.com/news/us-world/border-mexico/article/Whether-in-detention-or-in-Mexico-U-S-15129447.php>.

Association of American Physicians (Associação de Médicos Americanos), uma associação médica honorária para pesquisadores de excelência nos campos de ciências biomédicas e/ou biomédica translacional.

II. O Novo Coronavírus

8. O novo coronavírus, oficialmente denominado SARS-CoV-2 (Coronavírus), causa uma doença conhecida como COVID-19. Acredita-se que o novo coronavírus seja transmitido de pessoa a pessoa principalmente por meio de gotículas respiratórias (ao tossirmos ou espirrarmos), mas também sobrevive em superfícies por até alguns dias. Há indícios de que o vírus possa ser aerossolizado (disseminado por pequenas partículas capazes de se manterem suspensas no ar por muitas horas, onde a pessoa infectada tossiu ou espirrou). É possível que as pessoas possam transmitir o vírus antes de começar a mostrar sintomas ou mesmo enquanto estiverem assintomáticas.²
9. Estudos mostram que, em média, uma pessoa infectada passa o vírus para duas ou três pessoas; a transmissão ocorre em distâncias de 3 a 6 pés (1 a 2 metros, aproximadamente). A “contagiosidade” desse novo coronavírus — seu R0, ou número de replicação (o número de pessoas que podem se infectar a partir de uma única pessoa infectada) — é duas vezes o R0 da gripe.³ Estima-se que em ambientes confinados, como prisões e outros locais de detenção, o “número de replicação” pode ser muito mais alto, com alguns modelos mostrando um R0 entre 5 e 10.⁴
10. Além do vírus ser muito eficiente na transmissão por gotículas, todas as pessoas apresentam risco de infecção, porque nossos sistemas imunológicos nunca foram expostos ao vírus, nem nunca desenvolveram respostas de proteção contra ele. Não há vacina para prevenir a nova infecção por coronavírus.

III. COVID-19

11. A doença causada pelo novo coronavírus chama-se COVID-19. Até 5 de junho de 2020, de acordo com a OMS, mais de 6,5 milhões de pessoas no mundo foram confirmadas como infectadas pela COVID-19. Dessas pessoas, 387.000 morreram. No Brasil, mais de 584.000 casos foram confirmados, o que torna o país o segundo em número de casos, atrás apenas dos EUA.⁵ Esses números provavelmente são subestimados, devido a questões de acesso a testagem e desafios de testagem em massa observados em todo o mundo.

² *Clinical Guidelines about COVID-19: Questions and Answers*, Centers for Disease Control and Prevention (atualizado em 4 de jun. de 2020), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html#Transmission>.

³ James Gallagher, *Coronavirus: What is the R Number and how is it Calculated?* BBC News (18 de mai. de 2020), <https://www.bbc.com/news/health-52473523>.

⁴ Michael Irvine et al., *Modeling COVID-19 and its Impacts on U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE) Detention Facilities, 2020*, *Journal of Urban Health* (15 de mai. de 2020), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228433/>.

⁵ World Health Organization, *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*, (acessado em 5 de jun. de 2020), <https://covid19.who.int/>.

12. Uma vez que alguém fica doente com a COVID-19, os danos podem ser duradouros. A doença é conhecida por afetar múltiplos sistemas no corpo, incluindo o pulmão, o coração, os rins e os vasos sanguíneos, exigindo reabilitação.
13. Indivíduos de qualquer idade podem ser infectados pelo novo coronavírus, mas dados recentes sugerem que indivíduos com condições médicas crônicas, como diabetes, doenças cardíacas ou renais, ou outras condições crônicas, têm mais risco de desenvolverem casos graves e de enfrentarem complicações e morte por COVID-19.⁶
14. Adultos mais velhos (maiores de 65 anos) também têm risco maior de desenvolver doença grave e morrer. De acordo com o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças) dos Estados Unidos, as seguintes condições médicas subjacentes podem aumentar o risco de COVID-19 grave para indivíduos de qualquer idade: pressão arterial alta, distúrbios sanguíneos, doenças hepáticas ou renais crônicas, imunossupressão, distúrbios metabólicos (incluindo diabetes), doenças cardíacas e pulmonares, entre outras.
15. As pesquisas sugerem que, dentre os infectados, 80% irão desenvolver doença leve ou moderada, 15% irão desenvolver doença grave, necessitando de hospitalização, e aproximadamente 5% terão de ser tratados em unidade de tratamento intensivo.⁷
16. Pessoas nas categorias de alto-risco e pessoas que desenvolvem doença grave e são hospitalizadas exigem tratamento hospitalar intensivo e caro, que inclui ventilação mecânica, já em falta em muitas partes do país.
17. A assistência a pessoas com COVID-19 grave exige uma equipe inteira de clínicos, incluindo enfermeiros com relação enfermeiro-paciente de 1:1 ou 1:2, fisioterapeutas respiratórios e médicos de atendimento intensivo.
18. Pacientes que não morrem de casos graves de COVID-19 também podem enfrentar longos períodos de recuperação, reabilitação extensiva para danos cardíacos e perda de capacidade respiratória.
19. Até o momento, não se conhece cura para a COVID-19 ou tratamento antiviral efetivo para o vírus.
20. Por causa da falta de tratamento ou de vacina efetiva, as estratégias de prevenção são cruciais. As estratégias de prevenção exigem intervenções focadas na população e na saúde pública que se concentrem em contenção e mitigação. A contenção exige testes, rastreamento e isolamento de pessoas doentes ou que tiveram contato com pessoas que estão doentes. Essa estratégia, entretanto, necessita de testagem em massa, que não estava amplamente disponível, devido a atrasos na tomada de ação.⁸

⁶ Centers for Disease Control and Prevention, *Groups at Higher Risk for Severe Illness*, (accessado em 5 de Jun. de 2020), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html>.

⁷ Centro de Controle e Prevenção de Doenças, *Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*, (atualizado em 2 de junho de 2020), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>.

⁸ Ernesto Londoño, Manuela Andreoni, Letícia Casado, *Brazil, Once a Leader, Struggles to Contain Virus Amid Political Turmoil*, New York Times (16 de mai. de 2020), <https://www.nytimes.com/2020/05/16/world/americas/virus-brazil-deaths.html>.

21. A mitigação, nessa situação, envolve a ampla adoção de práticas meticulosas de higiene das mãos, bem como distanciamento social. Por essa razão, autoridades de saúde pública recomendaram medidas extraordinárias para combater a rápida disseminação do coronavírus. Escolas, tribunais, esportes profissionais e estudantis, teatros e outros ambientes fechados foram fechados como parte da estratégia para mitigação de riscos.

IV. Condições das Prisões no Estado do Rio de Janeiro

22. Entre março e abril de 2020, já havia quatro mortes no sistema carcerário do estado do Rio de Janeiro que foram oficialmente confirmadas como mortes relacionadas à COVID. Isso indica que a SARS-CoV-2 já foi introduzida nas instalações carcerárias.
23. De acordo com os números oficiais do governo, até abril de 2020, havia 52.100 pessoas encarceradas nas 46 prisões do estado, apesar de a capacidade geral do sistema ser projetada para 29.241 pessoas. Essas condições de superlotação ajudam a tomar o distanciamento social impossível e criam as condições ideais para a rápida disseminação da infecção por SARS-CoV-2. Sob essas condições, é fundamental contar com a triagem, testagem, identificação e gestão médica apropriadas dos indivíduos com COVID-19, e a presença de equipes de assistência à saúde bem treinadas para fornecer cuidados médicos, leitos hospitalares adequados e processos de transferência, se necessário, para hospitais públicos e centros médicos.

V. COVID-19 nas Prisões e Locais de Detenção

24. O risco representado por doenças infecciosas em prisões e instalações de detenção é significativamente maior que o das comunidades, tanto em termos de risco de exposição e transmissão quanto de danos a indivíduos infectados. Há diversas razões para isso, como explicamos abaixo.⁹
25. Globalmente, surtos de doenças contagiosas são muito comuns em prisões e instalações de detenção confinadas, e são mais comuns do que na população em geral. Apesar de abrigarem uma população cativa, esses ambientes não estão isolados de exposição. Funcionários chegam e saem de acordo com seus turnos; empreiteiros e fornecedores que transitam entre comunidades e instalações podem trazer doenças infecciosas para essas instalações. Pessoas são transportadas entre instalações.
26. Cadeias, prisões e centros de detenção frequentemente não têm acesso a recursos de saúde comunitários vitais que podem ser cruciais na identificação de doenças infecciosas, incluindo laboratórios e equipamentos de testagem suficientes. E isso vale mais ainda quando, como agora, há uma escassez de kits de testes disponíveis.

⁹ Ank E. Nijhawan, Infectious Diseases and the Criminal Justice System: A Public Health Perspective, American Journal of Medical Science (27 de mai. de 2016), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119815/#:~:text=Hammett%20estimated%20the%20burden%20of,present%20in%20the%20release%20population.>

27. Durante um surto de doença infecciosa, tal como acontece com a COVID-19, uma estratégia de contenção exige que as pessoas que estão doentes sejam isoladas, e que os cuidadores tenham equipamento de proteção individual (EPI) adequado. As cadeias e as prisões frequentemente têm carência de recursos e são mal equipadas para fornecer EPIs suficientes para as pessoas encarceradas e a equipe de cuidadores, aumentando o risco de um surto generalizado, para todos na instalação.
28. Quando presas ou aprisionadas, as pessoas têm muito menos oportunidades de se proteger por meio do distanciamento social do que teriam na comunidade externa. Locais de socialização, tais como cadeias e prisões, permitem que as doenças infecciosas, transmitidas de pessoa para pessoa, se disseminem rapidamente, especialmente aquelas transmitidas em gotículas, causadas por tosses e espirros. Quando as pessoas vivem em alas próximas e cheias, e têm de compartilhar refeitórios, banheiros, chuveiros e outras áreas comuns, as oportunidades de transmissão são maiores. Vasos sanitários, pias e chuveiros são compartilhados sem desinfecção entre os usos.
29. Os espaços dentro das cadeias e prisões geralmente também são mal ventilados, o que promove uma disseminação altamente eficiente das doenças através de gotículas. Os detentos geralmente têm poucos telefones que compartilham entre si, e que representam seu único contato com o mundo externo — incluindo suas famílias e advogados. Sendo assim, as pessoas nesses ambientes sofrem uma redução significativa em sua habilidade de se protegerem da exposição e contração de doenças infecciosas.
30. Além disso, as cadeias e as prisões geralmente não conseguem executar adequadamente as recomendações de mitigação recomendadas pelos especialistas em medicina e saúde pública. Durante o surto de uma doença infecciosa, as pessoas podem se proteger lavando as mãos. Muitas instalações de detenção não fornecem as oportunidades adequadas para implementar as medidas de higiene necessárias, tais como lavar as mãos frequentemente ou usar desinfetantes de base alcoólica quando não for possível lavar as mãos. As cadeias e prisões geralmente têm recursos insuficientes e são mal equipadas, sem sabonetes para mãos suficientes para as pessoas detidas. Superfícies tocadas frequentemente (maçanetas, interruptores etc.) também devem ser limpas e desinfetadas regularmente com alvejante para prevenir a disseminação do vírus, mas isso geralmente não acontece nas cadeias e prisões.
31. As pessoas encarceradas são mais suscetíveis a contrair e passar por complicações causadas por doenças infecciosas do que a população da comunidade.¹⁰ Isso acontece porque as pessoas encarceradas, por várias razões, têm índices mais altos de condições de saúde subjacentes do que as pessoas da comunidade, incluindo: diabetes, doenças cardíacas, doenças pulmonares crônicas, doenças hepáticas crônicas e sistemas imunocomprometidos por causa do HIV, entre outras condições.

¹⁰ *Active Case Finding For Communicable Diseases in Prisons*, 391 *The Lancet* 2186 (2018), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31251-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31251-0/fulltext).

32. Locais de detenção geralmente não estão equipados para lidar com surtos de doenças infecciosas. Alguns locais não possuem instalações médicas internas ou assistência médica 24 horas. As instalações médicas quase nunca estão suficientemente equipadas para lidar com grandes surtos de doenças infecciosas. Para prevenir a transmissão de doenças infecciosas disseminadas por gotículas, as pessoas que foram infectadas e estão sintomáticas precisam ser isoladas em salas especializadas com pressão negativa. A maioria dos locais de detenção conta com poucas salas de pressão negativa, quando as possuem, e elas podem já estar sendo usadas por pessoas com outras doenças (incluindo tuberculose ou influenza). No curso de um surto de doença infecciosa, os recursos serão exauridos rapidamente e quaisquer camas disponíveis serão, em breve, ocupadas à capacidade máxima.
33. Um coronavírus que é levado para dentro de uma prisão pode se espalhar rapidamente entre o denso coorte de detentos. Muitos podem ficar doentes — incluindo os grupos de alto risco, como as pessoas com doenças crônicas — sobrecarregando rapidamente a infraestrutura já desgastada dentro das instalações. Isso também pode levar à sobrecarga dos hospitais circunvizinhos para os quais esses indivíduos podem ter que ser transferidos.
34. Relatos do mundo todo sobre superlotação, medidas fracas de higiene, negligência médica e pouco acesso a recursos e assistência médica levaram a surtos de doenças infecciosas em cadeias e prisões globalmente.¹¹
35. Além disso, como os sistemas de saúde dentro das instalações estão sobrecarregados, as pessoas com doenças crônicas subjacentes, físicas e mentais, e com sérias necessidades médicas, podem não ser capazes de receber a assistência de que precisam.
36. Nós temos muitas razões para concluir que os locais de detenção não estão preparados para a disseminação rápida do coronavírus. Não é surpreendente que os agentes penitenciários chineses reportaram que mais de 500 casos de COVID-19 no surto atual foram originados nas prisões da província de Hubei.¹² Em Israel, uma prisão inteira entrou em quarentena.¹³ Nos E.U.A., mais de 40.000 casos em ambientes carcerários foram reportados, com mais de 495 mortes.¹⁴ Reconhecendo que a soltura dos detentos é a única solução, as cadeias de pelo menos doze estados dos Estados Unidos já liberaram prisioneiros. No Irã, mais de 80.000 prisioneiros foram soltos como um meio de prevenir as mortes nas prisões governamentais.¹⁵ No Reino Unido, o governo liberou 300 imigrantes de centros de detenção por causa do coronavírus. Grandes organizações de direitos humanos, tais como a *Human Rights Watch*, *Physicians for*

¹¹ Justin Carissimo, *CDC report details extent of coronavirus outbreaks in U.S. jails and prisons*, CBS News (6 de mai. De 2020), <https://www.cbsnews.com/news/coronavirus-outbreaks-jails-prisons-cdc-report-covid-19/>; Talha Burki, *Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19*, *The Lancet* (2 de mai. de 2020), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30984-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30984-3/fulltext).

¹² Zi Yang, *Cracks in the System: COVID-19 in Chinese Prisons*, *The Diplomat* (9 de mar. de 2020) <https://thediplomat.com/2020/03/cracks-in-the-system-covid-19-in-chinese-prisons/>.

¹³ TOI Staff, *Palestinian in Israeli jail diagnosed with virus; detainee and staff quarantined*, *The Times of Israel* (24 de abr. de 2020), <https://www.timesofisrael.com/palestinian-held-in-israeli-jail-diagnosed-with-virus-he-and-staff-quarantined/>.

¹⁴ The Marshall Project, *A State-by-State Look at Coronavirus in Prisons*, (atualizado em 4 de jun. de 2020), <https://www.themarshallproject.org/2020/05/01/a-state-by-state-look-at-coronavirus-in-prisons>.

¹⁵ Adam Payne, *Iran has released 85,000 prisoners in an emergency bid to stop the spread of the coronavirus*, *Business Insider* (17 de mar. de 2020), <https://www.businessinsider.com/coronavirus-covid-19-iran-releases-eighty-five-thousand-prisoners-2020-3>.

Human Rights e a Anistia Internacional, emitiram pedidos de soltura para os detentos nas prisões, cadeias e instalações de imigração, para prevenir a disseminação do coronavírus.

37. Em uma declaração conjunta emitida em 13 de maio de 2020 pelas principais organizações de saúde pública e direitos humanos das Nações Unidas--a OMS, UNODC, ONUSIDA e OHCHR--essas organizações também destacaram a maior vulnerabilidade dos prisioneiros à pandemia de COVID-19. Delinearam medidas apropriadas para atenuar os riscos. Suas recomendações incluíam medidas para reduzir a aglomeração, incluindo a libertação da prisão daqueles que poderiam ser libertados sem comprometer a segurança pública. Eles pediram medidas para melhorar o saneamento e a higiene e garantir acesso a serviços de saúde adequados e garantir cuidados preventivos, de suporte e curativos de alta qualidade. A declaração pedia a implementação imediata de medidas para prevenir a infecção e fornecer tratamento para o COVID-19 em prisões e outras instalações fechadas. Eles declararam a promulgação dessas medidas como uma prioridade urgente da saúde pública para os esforços globais e nacionais de conter e enfrentar a pandemia.

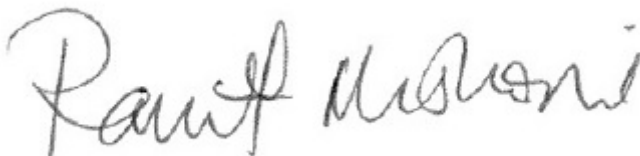
VI. Conclusão e Recomendações

38. De acordo com as razões descritas anteriormente, é a nossa opinião profissional que os indivíduos nas prisões e cadeias têm um risco significativamente maior de infecção por coronavírus, quando comparados à população da comunidade, e que eles têm um risco significativamente maior de complicações e resultados ruins, caso sejam infectados. Esses resultados incluem doenças sérias (incluindo insuficiência respiratória, cardíaca e renal) e até a morte.
39. Já que a única estratégia viável de saúde pública disponível no Brasil atualmente é a mitigação de riscos, reduzir o tamanho da população dentro dos centros de detenção, cadeias e prisões é crucial para reduzir o nível de risco, tanto para aqueles que estão dentro das instalações quanto para a comunidade em geral. Não fazer isso não é desaconselhável, é imprudente, dada a realidade da saúde pública que o Brasil enfrenta no momento.
40. Mesmo nos melhores planos para endereçar a disseminação do coronavírus em prisões e cadeias, a soltura de indivíduos com alto risco de infecção é parte principal da estratégia de mitigação de riscos. Em nossa opinião profissional, a recomendação de saúde pública é liberar as pessoas dos centros de detenção e socialização, cadeias e prisões, dando uma prioridade maior àqueles com maior risco à saúde, especialmente por causa da falta de uma vacina eficaz para a prevenção e o tratamento eficazes da doença nesse estágio. Nossa opinião profissional é consistente com a visão da saúde pública global e dos profissionais médicos em geral, no sentido de que não há condições de confinamento em configurações carcerárias que possam gerir adequadamente o sério risco de danos para indivíduos em alto risco durante a pandemia de COVID-19.
41. Enquanto as configurações carcerárias incluírem a socialização nos espaços de convivência, banheiros compartilhados e espaços confinados compartilhados para

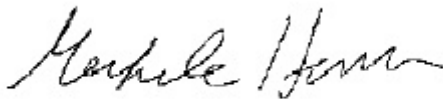
alimentação e recreação, não há uma maneira de minimizar os riscos a um nível aceitável nesses espaços.

42. A soltura imediata é crucial para os indivíduos mais velhos e aqueles com doenças crônicas ou outras condições pré-existentes (doenças cardíacas, diabetes, obesidade mórbida, entre outros).
43. A soltura de pessoas do encarceramento é a melhor e mais segura maneira de prevenir a disseminação da doença e reduzir a ameaça às pessoas mais vulneráveis que estão detidas, assim como às pessoas vulneráveis na comunidade e à saúde pública. É nossa opinião profissional que esse passo é igualmente necessário e urgente. A janela de oportunidades para a mitigação da COVID-19 nessas instalações está se estreitando rapidamente. Quando um caso de coronavírus é identificado dentro de uma instalação, é muito provável que seja tarde demais para prevenir um surto amplo.
44. É nosso julgamento profissional que, para aqueles que permanecerem nessas configurações de socialização do sistema prisional, é crucial que sejam postas em prática as dez medidas requeridas pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, aplicadas ao caso atual de prevenção da disseminação do vírus no sistema carcerário. Como a maioria dessas recomendações não foram colocadas em prática, medidas de emergência são necessárias para prevenir maiores danos à vida e à saúde das pessoas privadas de liberdade.
45. Nós recomendamos a implementação da recomendação de assegurar que haja equipes de assistência à saúde para realizar assistência médica básica dentro das unidades prisionais, através da contratação dos profissionais necessários para garantir atenção especial em unidades que contêm idosos e grupos de risco.
46. Recomendamos a implementação de um programa robusto de testagem em massa que inclua a testagem regular e frequente de detentos e membros da equipe sintomáticos e assintomáticos, acompanhada de rastreamento de contato e gestão médica apropriada daqueles que testaram positivo (o que não inclui o confinamento em solitária), especialmente para as pessoas no grupo de risco.
47. Recomendamos a compra e a instalação de leitos hospitalares em enfermarias e unidades de tratamento intensivo (no complexo de Gericinó).
48. Recomendamos a implementação de um processo agilizado de transferência de casos suspeitos para os hospitais públicos, com a designação de hospitais de referência para cada prisão.
49. Recomendamos a reabertura de espaços em instalações públicas e privadas para isolar casos suspeitos e confirmados que não requerem maior atenção médica.
50. Recomendamos a substituição de funcionários médicos nas prisões que já têm suspeitas de infecção, com a contratação dos funcionários adicionais necessários para assegurar que a assistência médica não será afetada pela falta de pessoal.
51. Recomendamos a promoção e provisão de vacinas contra a influenza sazonal e sarampo em todas as unidades prisionais, para a toda a equipe.

52. Recomendamos a designação de certas unidades prisionais como unidades adicionais de diagnóstico e testagem (unidades sentinela), para complementar as que já existem.
53. Recomendamos a adoção de critérios para os planos de contingência da Secretaria Estadual de Saúde, para que a equipe de assistência médica em prisões possa notificar as autoridades de saúde e a Coordenação de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária quando detentos ou membros da equipe apresentarem sintomas de resfriado comum ou gripe (tosse, espirros, febre, falta de ar), e/ou outros sintomas associados à COVID-19, tais como: perda de olfato e paladar, dor de cabeça, diarreia, dores no corpo e mudanças na pele, especialmente nas pessoas que pertencem ao grupo de risco. Detentos que apresentarem tais sintomas devem ser testados, isolados (mas não em confinamento na solitária) e monitorados a cada 48 horas por 14 dias. Membros da equipe que apresentarem tais sintomas devem receber licença médica e não devem voltar a trabalhar até 72 horas após a resolução de seus sintomas.
54. Nós recomendamos a manutenção da rotina de assistência à saúde não relacionada à COVID-19 para a gestão de doenças agudas e crônicas, através de transferências para centros médicos designados, como instituições de suporte às unidades prisionais ou outras unidades.



Ranit Mishori, M.D, MHS, FAAFP



Michele Heisler, MD, MPA

Executado no dia 8 de junho de 2020 em Washington, D.C/Ann Arbor, Michigan.