

Tribunal Estadual do Rio de Janeiro

Ministério Público e Defensoria Pública do
Estado do Rio de Janeiro,

Peticionantes-Autores,

v.

Estado do Rio de Janeiro, Município do Rio de
Janeiro e Associação Filantrópica Nova
Esperança (Pronto Socorro Geral Hamilton
Agostinho),

Requeridos-Réus.

Objeto de Ação Civil Pública
#0087229-92.2020.8.19.0001

OPINIÃO DE AUTORIDADES MÉDICAS

**GREGG GONSALVES, PH.D., JASON ANDREWS, M.D., TED COHEN, M.D., M.P.H.,
D.P.H., JULIO CRODA, M.D., ALBERT KO, M.D., JOSÉ ROBERTO LAPA E SILVA,
M.D., PH.D., MARY PETRONE, KATHARINE WALTER, PH.D., MSC**

Nós, Gregg Gonsalves, Jason Andrews, Ted Cohen, Julio Croda, Albert Ko, José Roberto Lapa e Silva, Mary Petrone e Katharine Walter, aqui declaramos, sob pena de perjúrio, que as informações a seguir são verdadeiras conforme o melhor do nosso conhecimento.

REPRESENTATIVIDADE E QUALIFICAÇÕES

***Gregg Gonsalves, Ph.D., Professor Assistente de Epidemiologia de Doenças Microbianas;
Professor Associado de Direito e Pesquisador em Direito
Escola de Medicina de Yale, Escola de Direito de Yale***

1. Sou um Professor Assistente em Epidemiologia de Doenças Microbianas na Yale School of Medicine (Escola de Medicina de Yale) e Professor Associado de Direito e Pesquisador na Yale Law School (Escola de Direito de Yale). Sou codiretor da Parceria entre a Yale Law School e a Yale School of Public Health Global Health Justice (Escola de Saúde Pública - Justiça de Saúde Global). Fui codiretor da colaboração entre a Yale Law School, a Yale School of Public Health e a Yale Medical School sobre Integridade de Pesquisa e Transparência e Diretor-professor dos Estudos de Saúde Global na Yale College (Faculdade Yale) até maio de 2020. Também já desenvolvi atividades com a Harvard Medical School (Escola de Medicina de Harvard), o Instituto Pasteur, e a University of Cape Town (Universidade da Cidade do Cabo), entre outras instituições. Frequentei a faculdade de Yale e recebi o título de PhD em saúde pública pela Yale University (Universidade de Yale). Em 2018, recebi a MacArthur “genius” grant (bolsa do programa MacArthur) da Fundação John D. e Catherine T. MacArthur

2. Trabalhei por mais de três décadas com doenças epidêmicas, incluindo AIDS-HIV e outros problemas de saúde globais. Minha pesquisa se focou no uso de modelos quantitativos para melhorar a resposta a doenças epidemiológicas. Publiquei mais de uma dúzia de artigos sobre doenças epidêmicas, em publicações como *The Lancet*, *Science*, *New England Journal of Medicine*, e *Journal of Clinical Epidemiology*. Recebi bolsas de pesquisa de organizações como o National Institute of Allergy and Infectious Diseases, o National Institute on Mental Health, o National Institute on Drug Abuse, a Fundação Laura e John Arnold, a Fundação Levi-Strauss e a Open Society Foundations, entre outras. O valor total das bolsas em que atuei como pesquisador responsável ou corresponsável excede 5,5 milhões de dólares.
3. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova A).
4. Não estou sendo remunerado por meu trabalho neste caso.

Jason Andrews, M.D., Professor Associado de Medicina
Escola de Medicina da Universidade de Stanford

5. Eu sou Professor Associado titular da Divisão de Doenças Infecciosas e Medicina Geográfica da Escola de Medicina da Universidade de Stanford. Fiz minha graduação e especialização médica em Yale, tenho um mestrado em Ciência e Epidemiologia pela Escola de Saúde Pública de Harvard, e concluí meu pós-doutorado em doenças infecciosas em Harvard. Eu ensino duas matérias sobre a epidemiologia das doenças infecciosas na Universidade de Stanford e já publiquei mais de 130 artigos científicos, muitos dos quais foram veiculados nos periódicos médicos de maior renome (*Lancet*, *Lancet Infectious Diseases*, *PLoS Medicine*, *Proceedings of the National Academy of Sciences*). Meu trabalho está sendo financiado atualmente, em primeiro lugar, pelos Institutos Nacionais de Saúde dos E.U.A. e pela Fundação Bill and Melinda Gates. Eu já fiz parte do aconselhamento científico e dos grupos de trabalho da Organização Mundial de Saúde e dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.
6. Eu estudei a transmissão de doenças infecciosas nos quatro continentes por mais de quinze anos e conduzi pesquisas nas prisões do Brasil pelos últimos sete anos. Atualmente, eu sou o pesquisador principal em dois programas de pesquisa financiados pelos Institutos Nacionais de Saúde dos E.U.A. Uma delas é cofinanciada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e se concentra no estudo da tuberculose no sistema prisional do Brasil. Eu publiquei as descobertas dessas pesquisas em periódicos médicos e apresentei esse trabalho aos Ministérios da Saúde e em conferências médicas internacionais. Também estou envolvido no estudo da transmissão da COVID-19 nas cadeias e prisões dos Estados Unidos.
7. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova B).
8. Não estou sendo remunerado por meu trabalho neste caso.

Ted Cohen, M.D., M.P.H., D.P.H., Professor de Epidemiologia de Doenças Microbianas
Escola de Saúde Pública de Yale

9. Eu sou Professor de Epidemiologia de Doenças Microbianas na Escola de Saúde Pública de Yale. Sou codiretor da Ênfase em Modelagem de Saúde Pública da Escola de Saúde Pública

de Yale. Eu também já desenvolvi atividades com a Escola de Saúde Pública de Harvard e com a Escola de Medicina de Harvard. Eu finalizei o meu mestrado em medicina na Escola de Medicina da Duke University, meu Mestrado em Saúde Pública na Universidade da Carolina do Sul, Chapel Hill, e meu Doutorado em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública de Harvard.

10. Eu trabalhei por vinte anos com doenças infecciosas, incluindo tuberculose e HIV/AIDS, entre outros patógenos virais, como: SARS-CoV-1, SARS-CoV-2, e influenza. Minha pesquisa inclui tanto o estudo observacional quanto o desenvolvimento e a aplicação de modelos para informar sobre o controle da doença de maneira mais eficaz. Eu publiquei mais de 150 artigos revisados por pares sobre doenças infecciosas em diversos periódicos, incluindo *The Lancet*, *Science*, e *Nature Medicine*. Eu recebi bolsas para a minha pesquisa de diversas instituições, entre elas: Institutos Nacionais de Saúde dos E.U.A. (Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Ciências Médicas Gerais, Gabinete do Diretor), USAID e Fundação Bill and Melinda Gates. O valor total das bolsas nas quais eu trabalho como pesquisador principal ou copesquisador ultrapassa US\$10 milhões.
11. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova C).
12. Não estou sendo remunerado por meu trabalho neste caso.

Julio Croda, M.D., Especialista e Professor Associado de Medicina
Fundação Oswaldo Cruz
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

13. Eu sou Professor Associado da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e Especialista em Pesquisa na Fundação Oswaldo Cruz. Eu fui diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis do Ministério de Saúde brasileiro entre fevereiro de 2019 e março de 2020. Eu sou médico-cientista de doenças infecciosas e trabalho como Pesquisador Principal em uma série de estudos envolvendo vigilância ativa, epidemiologia molecular e pesquisas coorte prospectivas para TB e arbovírus. Como estudante de medicina, residente e doutorando, fui bolsista do Programa de Treinamento Global de Doenças Infecciosas Fogarty (GID), durante o qual eu morei na cidade de Salvador e era subordinado ao meu antigo mentor, Dr. Albert Ko. Minha bolsa de pesquisa se concentrava na identificação de fatores de virulência do patógeno *Leptospira* e a implementação de estudos translacionais para desenvolver testes diagnósticos rápidos e vacinas para a leptospirose. Durante a minha pesquisa, eu conduzi um treinamento extensivo na Universidade da Califórnia em Berkeley (Lee Riley), na Escola de Saúde Pública de Harvard (Programa de Eficácia Clínica), e no Instituto Pasteur (Mathieu Pizardeau). Em 2012, com o apoio do Ministério da Saúde brasileiro e do Conselho de Pesquisa Nacional, eu estabeleci uma rede de pesquisa em tuberculose em 12 prisões, para conduzir estudos coorte na detecção de casos ativos. Eu também sou mentor local (no Brasil) do programa de Estudiosos sobre a Igualdade na Saúde Global, patrocinado pela FIC.
14. Eu estudei a transmissão de doenças infecciosas no Brasil e conduzi pesquisas nas prisões do Brasil pelos últimos dez anos. Atualmente, eu sou o principal copesquisador de duas bolsas financiadas pelos Institutos Nacionais de Saúde dos E.U.A., uma delas é cofinanciada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e se foca no estudo da tuberculose no sistema prisional brasileiro. Eu publiquei as descobertas dessa pesquisa em periódicos médicos e apresentei esse trabalho aos Ministérios da Saúde e em conferências

médicas internacionais. Também sou coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa sobre a COVID-19 (REBRACOVID-19) da Fundação Oswaldo Cruz em 11 localidades do Brasil, para realizar estudos sobre a transmissão da COVID-19 nas prisões, serviços de saúde e contato próximo.

15. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova D).

16. Não estou sendo remunerado por meu trabalho neste caso.

Albert Ko, M.D., Professor de Epidemiologia e Medicina e Presidente do Departamento de Epidemiologia das Doenças Microbianas
Escola de Saúde Pública de Yale

17. Eu sou médico de doenças infecciosas, Professor e Presidente do Departamento de Epidemiologia das Doenças Microbianas na Escola de Saúde Pública de Yale e Pesquisador Colaborador na Fundação Oswaldo Cruz e no Ministérios de Saúde brasileiro. Minha pesquisa se concentra nos problemas de saúde que surgiram como uma consequência da rápida urbanização e da desigualdade social. Eu coordeno uma pesquisa e um programa de treinamento sobre a saúde nas favelas urbanas do Brasil, combinando abordagens multidisciplinares para identificar a prevenção e as estratégias de controle para doenças infecciosas emergentes, tais como: Zika, dengue e leptospirose, assim como a meningite e outras doenças preveníveis com o uso de vacinas. Eu também sou Diretor do Programa de Acadêmicos de Saúde Pública, apoiado pelo Programa do Instituto Nacional de Saúde, que fornece oportunidades de treinamento para bolsistas e estudantes em 21 localidades internacionais. Eu trabalho como membro da Força-Tarefa de P&D da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Vírus Zika e membro do Grupo de Trabalho de P&D da OMS sobre o Desenho de Estudos Clínicos. Eu estou coordenando trabalho de pesquisa na Yale em resposta ao surto de COVID-19. Sou Copresidente do Grupo Consultivo do Governador para a Reabertura de Connecticut e continuo a aconselhar o Estado sobre seu plano de prevenção e controle da COVID-19.

18. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova E).

19. Não estou sendo remunerado por meu trabalho neste caso.

José Roberto Lapa e Silva, M.D. Ph.D., Professor de Medicina Pulmonar
Universidade Federal do Rio de Janeiro

20. Fiz o meu mestrado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ-1973) e meu PhD no Instituto Nacional de Coração & Pulmão, Imperial College, Reino Unido (1991). Fui, por duas vezes, pós-doutorando no Instituto Pasteur em Paris (1991-1992 e 1999). Sou Professor Titular de Medicina Pulmonar na UFRJ (desde 1997). Tenho status 1D de excelência em pesquisa, concedido pelo Conselho Brasileiro de Pesquisa (CNPq). Eu colaboro com o Centro para Saúde Pública, da Faculdade de Medicina Weill da Cornell University, onde eu sou Professor Adjunto de Imunologia na Medicina (desde 2003), com a Escola de Medicina da Johns Hopkins, a Escola de Saúde Pública Berkeley da Universidade da Califórnia, e a Escola de Medicina da Vanderbilt University, nos E.U.A. Fui Diretor/Pesquisador Principal do Programa da bolsa do Centro Internacional Fogarty/NIH ICOHRTA AIDS/TB no Rio (TW006883) de

2002-2016. Meu principal interesse é a imunopatogênese das doenças pulmonares, incluindo a tuberculose/HIV.

21. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova F).
22. Não estou sendo remunerado por meu trabalho neste caso.

Mary Petrone, Doutoranda
Escola de Saúde Pública de Yale

23. Eu sou aluna de PhD na Escola de Saúde Pública de Yale, no departamento de Epidemiologia de Doenças Microbianas. Minha pesquisa de doutorado se concentra na integração de dados moleculares e epidemiológicos para melhorar a vigilância, prevenção e controle das doenças causadas por vírus, incluindo a COVID-19. Trabalhei como bolsista de pesquisa na *Global Health Justice Partnership (GHJP)*, comandada conjuntamente pela Escola de Saúde Pública e pela Escola de Direito de Yale. Como parte da GHJP, eu estudei a conexão entre as leis punitivas de drogas, o encarceramento em massa e a disseminação da tuberculose (TB) no Brasil, e fui coautora do relatório *Reservoirs of Injustice: How incarceration for drug-related offenses fuels the spread of tuberculosis in Brazil*, explicando como as prisões funcionam como reservatórios de TB no país.
24. Eu comecei a estudar doenças infecciosas há cinco anos, como membro do Laboratório de Imunoregulação do Dr. Anthony Fauci nos Institutos de Saúde dos E.U.A. Desde então, fui coautora dos principais artigos de pesquisa e comunicados científicos que foram publicados nos periódicos *Nature Microbiology*, *Science Translational Medicine*, e *New England Journal of Medicine*. Mais recentemente, eu coordenei, um estudo investigando a epidemiologia genômica da SARS-CoV-2 em Connecticut. As descobertas deste estudo foram publicadas na *Cell*. Em reconhecimento à minha pesquisa, recebi o Prêmio de Pesquisa Interdisciplinar Franke e, juntamente com o meu orientador de doutorado, o Prêmio de Saúde Global Hecht.
25. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova G).
26. Não estou sendo remunerada por meu trabalho neste caso.

Katharine S. Walter, PhD, MsC, Bolsista de Pós-Doutorado
Escola de Medicina de Stanford

27. Eu sou bolsista de pós-doutorado da Divisão de Doenças Infecciosas e Medicina Geográfica na Escola de Medicina de Stanford. Eu concluí meu PhD em Epidemiologia das Doenças Microbianas na Universidade de Yale, e tenho Mestrado em Ecologia e Biologia Evolucionária pela Université Paul Sabatier.
28. Minha pesquisa utiliza a evolução do patógeno para investigar a transmissão e a disseminação geográfica das doenças infecciosas com o objetivo de informar as respostas da saúde pública. Como acadêmica de pós-doutorado, eu estudo o efeito do encarceramento em massa na carga da tuberculose nas Américas e no Brasil. Estou adotando uma abordagem de epidemiologia genômica para quantificar a proporção da transmissão de tuberculose que pode ser aplicada às prisões no Mato Grosso do Sul, Brasil, o estado com o maior índice de encarceramento no Brasil. Minha pesquisa teve como resultado artigos publicados em diversos periódicos,

incluindo: *Nature Ecology & Evolution*, *PLoS Pathogens*, e *Proceedings of the Royal Society B*. Juntamente com a minha pesquisa, eu escrevo sobre saúde e meio ambiente para uma audiência mais popular.

29. Uma cópia do meu CV está em anexo (Prova H).

30. Não estou sendo remunerada por meu trabalho neste caso.

A PANDEMIA DE COVID-19

31. Em 23 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma declaração, alertando que todos os países do mundo “deveriam estar preparados para contenção, incluindo vigilância ativa, detecção precoce, isolamento e manejo de casos, rastreamento de contatos e prevenção da disseminação progressiva da infecção por 2019-nCoV”, e aconselhando o mundo a “dar ênfase especial à redução da infecção humana, prevenção de transmissão secundária, disseminação internacional e contribuição para a resposta internacional...”¹ Em 27 de janeiro, o primeiro caso de suspeita de coronavírus foi identificado no Brasil.² Em 26 de fevereiro de 2020, o Brasil confirmou seu primeiro caso de COVID-19.³

32. A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pela síndrome respiratória aguda coronavírus 2 (SARS-CoV-2), um vírus estreitamente relacionado com o vírus SARS. Na sua forma menos grave, a COVID-19 pode causar mal-estar, incluindo febre, tosse e falta de ar. Entretanto, para indivíduos em que a doença se torna mais grave, uma complicação comum é a pneumonia intersticial bilateral, que causa o colapso total ou parcial dos alvéolos pulmonares, dificultando ou impedindo a respiração do paciente. Milhares de pacientes necessitaram de respiradores mecânicos hospitalares, e a COVID-19 pode progredir de uma febre para uma pneumonia com risco de vida, com as chamadas “opacidades em vidro fosco”, uma anomalia pulmonar que prejudica a respiração.

33. Em cerca de 14 por cento dos casos de COVID-19, a doença é grave, incluindo dispneia, hipoxia, ou mais de 50 por cento de envolvimento dos pulmões, em imagens obtidas em 24 a 48 horas.⁴ A doença crítica, com falência respiratória, choque, ou disfunção multiorgânica, foi relatada em 5 por cento dos casos. Dentre os pacientes hospitalizados, a proporção de doença crítica ou fatal é mais alta. Em um estudo que incluiu 2.634 pacientes hospitalizados com COVID-19, na área da cidade de Nova York – o epicentro atual da pandemia de COVID-19

¹ Organização Mundial de Saúde, *Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)* (23 de jan. de 2020), [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

² Julio Croda et al., *COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases*, 53 Rev. Soc. Bras. Med. Trop. (2020).

³ Marcelo De Sousa & Mauricio Savarese, *Brazil confirms first coronavirus case in Latin America*, AP News (26 de fev. de 2020), <https://apnews.com/fd3d0d0120dd10f3d09bad78a4dd9539>.

⁴ Zunyou Wu & Jennifer McGoogan, *Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72,314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention*, JAMA (2020); ver também Safiya Richardson et al., *Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area*, JAMA (2020); Laura Myers et al., *Characteristics of Hospitalized Adults With COVID-19 in an Integrated Health Care System in California*, JAMA (2020).

nos EUA pela maior parte do início de 2020 – 14 por cento foram tratados na unidade de tratamento intensivo e 12 por cento receberam ventilação mecânica invasiva, e a mortalidade dentre os que receberam ventilação mecânica foi de 88 por cento.

34. Determinadas populações estão particularmente em risco de desenvolver complicações mais graves da COVID-19. Pessoas com mais de 50 anos de idade têm risco maior, e aqueles com mais de 70 anos têm riscos sérios. Como alertado pelo U.S. *Center for Disease Control and Prevention* (Centro Norte-Americano para Controle e Prevenção de Doenças - CDC) e pela OMS, determinadas condições médicas aumentam o risco de COVID-19 grave para pessoas de qualquer idade. Essas condições médicas incluem: doenças pulmonares, doenças cardíacas, diabetes, doenças sanguíneas, doenças hepáticas ou renais crônicas, disfunções metabólicas congênitas, atrasos de desenvolvimento, imunocomprometimento (tais como os ocasionados por câncer, HIV e doenças autoimunes), condições pós-derrame e gravidez.⁵
35. Não há vacina contra a COVID-19, e não se espera que uma vacina esteja disponível até o segundo semestre de 2021, no mínimo. O novo tratamento para COVID-19, o antiviral remdesivir, parece ter apenas um efeito modesto e pequeno no tempo de recuperação, e nenhum efeito na sobrevivência, o que significa que quase todos os pacientes que desenvolvem a doença grave, particularmente aqueles que necessitam de ventilação mecânica, enfrentam altas probabilidades de morte. As únicas medidas efetivas conhecidas para evitar lesões ou mortes resultantes da COVID-19 são as de prevenção de infecção dos indivíduos pelo o vírus. De fato, indivíduos jovens e saudáveis podem ser mais suscetíveis do que se imaginava originalmente. Dados do CDC mostram que até um quinto das pessoas de 22 a 44 anos infectadas foram hospitalizadas, incluindo um percentual de 2 a 4 por cento desse grupo etário que foram tratados em unidades de tratamento intensivo.⁶
36. Por ser um vírus novo, ainda não temos dados empíricos sobre a duração da imunidade ao SARS-CoV-2, uma vez desenvolvida. Ao contrário do que se imagina, a imunidade não é algo preto no branco. Na verdade, há níveis de imunidade, frequentemente baseados nos níveis de anticorpos no corpo. No momento, ainda há questões em aberto sobre se os indivíduos que se recuperam de COVID-19 terão desenvolvido imunidade total mesmo num primeiro momento. Entretanto, mesmo considerando que a maior parte das pessoas que se recuperam da COVID-19 terão desenvolvido imunidade, ainda não se sabe por quanto tempo essa imunidade irá durar. A observação de outros betacoronavírus nos permite inferir mais uma vez que há um risco significativo de que a imunidade irá diminuir substancialmente ao longo do tempo; se em meses ou em anos, ainda não se sabe. Os coronavírus que causam resfriados comuns promovem apenas a imunidade de curto prazo, que diminui ao longo de diversos meses. Os anticorpos do coronavírus relacionado (SARS-CoV), que causou a epidemia de SARS de 2002 a 2004, provavelmente diminuem depois de muitos anos.

⁵ Ver Centers for Disease Control and Prevention, *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): People Who May Be at Higher Risk*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/high-risk-complications.html> (último acesso: 27 de mai. de 2020).

⁶ Sharon Begley, *New Analysis Breaks Down Age-Group Risk for Coronavirus — and Shows Millennials Are Not Invincible*, (18 de mar. de 2020), <https://www.statnews.com/2020/03/18/coronavirus-new-age-analysis-of-risk-confirms-young-adults-not-invincible/>; Centers for Disease Control and Prevention, *Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020* (26 de mar. de 2020), https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s_cid=mm6912e2_w/.

37. O número de pessoas infectadas ainda cresce rapidamente no mundo todo. Até 7 de junho de 2020, cerca de 6,8 milhões de pessoas foram diagnosticadas globalmente com o coronavírus, e quase 400.000 pessoas morreram em decorrência do vírus.⁷ Até 7 de junho, o Brasil já teve 614.000 casos confirmados, e mais de 34.000 pessoas morreram em decorrência do vírus.⁸ Essa taxa de mortalidade alarmante é de aproximadamente 325 por cento da taxa do mês anterior.⁹ Em 25 de maio, o número de mortos do Brasil ultrapassou o dos Estados Unidos, registrando o maior número de fatalidades diárias de coronavírus no mundo, num período de 24 horas.¹⁰ Os especialistas preveem que esse crescimento rápido continuará no Brasil, e um estudo recente estima que a mortalidade brasileira por COVID-19 pode ser multiplicada por cinco, chegando a 125.000 mortes no início de agosto.¹¹ Até 7 de junho, o Brasil tinha o maior número do mundo de novos casos de COVID-19 por dia por milhão de pessoas.¹²
38. Para todas as pessoas, mesmo em países com economias avançadas e com sistemas de saúde muito avançados, a taxa de fatalidade da COVID-19 é cerca de dez vezes mais alta do que aquela observada para influenza sazonal grave. Nos grupos mais vulneráveis, tanto a necessidade de assistência de saúde, incluindo atendimento intensivo, quanto as mortes, são muito mais numerosas do que aquelas observadas numa infecção por influenza. Nas populações de maior risco, a taxa de fatalidade é de cerca de 15 por cento. Para pacientes de alto risco que sobrevivem à COVID-19, é esperada uma recuperação prolongada, que inclui a necessidade de reabilitação extensiva para descondicional profundo, perda de dedos, danos neurológicos e perda da capacidade respiratória, sequelas que podem ser esperadas de uma doença tão grave.
39. Baseado nos dados do CDC, da OMS e do *U.S. National Center for Biotechnology Information* (Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia dos EUA) sobre a velocidade com que a SARS-CoV-2 tem se disseminado desde que se soube do primeiro humano infectado, em novembro de 2019, estima-se que o vírus seja duas vezes mais contagioso que a influenza.¹³ Ao contrário da influenza, não há vacinas conhecidas ou medicamentos antivirais para prevenir ou tratar a infecção de COVID-19. Porque Já que o coronavírus que causa a COVID-19 é transmitido por gotículas respiratórias, e parece ser capaz de sobreviver em superfícies inanimadas, ele pode ser transmitido mesmo quando uma pessoa infectada já não está nas proximidades imediatas. Dados da China indicam que, na média, uma pessoa infectada passa

⁷ OMS Coronavirus Disease (COVID-19 Dashboard), World Health Org., <https://covid19.who.int/> (último acesso: 7 de jun. de 2020).

⁸ OMS Coronavirus Disease (COVID-19 Dashboard), World Health Org., <https://covid19.who.int/> (último acesso: 7 de jun. de 2020).

⁹ *Id.* (Aproximadamente 8.000 pessoas morreram no Brasil de COVID-19 até 7 de maio de 2020).

¹⁰ Pedro Fonseca, *Brazil surpasses U.S. in daily coronavirus death toll*, Reuters (25 de mai. de 2020), <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus/brazil-surpasses-u-s-in-daily-coronavirus-death-toll-idUSKBN23125X>.

¹¹ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *New IHME Projection Sees COVID-19 Deaths in Brazil at More than 125,000* (25 de mai. de 2020), <http://www.healthdata.org/news-release/new-ihme-projection-sees-covid-19-deaths-brazil-more-125000>.

¹² Max Roser et al., *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, <https://ourworldindata.org/coronavirus> (último acesso: 7 de jun. de 2020).

¹³ Brian Resnick & Christina Animashaun, *Why Covid-19 Is Worse than the Flu, in One Chart*, Vox (18 de mar. de 2020), <https://www.vox.com/science-and-health/2020/3/18/21184992/coronavirus-covid-19-flu-comparison-chart>.

o vírus para duas ou três pessoas a distâncias de 1 a 2 metros, aproximadamente.¹⁴ Todos apresentam risco de infecção, porque nossos sistemas imunológicos nunca foram expostos ao vírus, nem nunca desenvolveram respostas de proteção contra ele.

40. O período estimado de incubação atual da COVID-19 é de 2 a 14 dias, o que significa que um paciente que começa a mostrar sintomas hoje pode ter disseminado o vírus até duas semanas antes. O curso da doença, uma vez que os sintomas aparecem, pode ser muito rápido. As condições de saúde de um paciente podem se deteriorar gravemente em apenas cinco dias (talvez antes), a partir da detecção inicial dos sintomas. A taxa estimada atual para complicações que ameacem a vida é de aproximadamente 20 por cento, com uma taxa de fatalidade estimada entre 1 e 5 por cento. Todos esses números de avaliação de riscos parecem estar aumentando, entretanto.
41. Está claro que, atualmente, o número de pessoas diagnosticadas reflete apenas uma parcela daqueles realmente infectados; muito poucas pessoas foram testadas, e muitas são assintomáticas, então nem sabem que deveriam ser testadas. Conseqüentemente, milhares de pessoas provavelmente estão levando suas vidas e portando uma doença potencialmente fatal que é facilmente transmitida – e ninguém se dá conta disso.

O CURSO ESPECÍFICO DA PANDEMIA NAS PRISÕES

42. À luz da COVID-19, os indivíduos nas prisões estão em risco de sérios danos. As prisões são projetadas para maximizar o controle da população carcerária, não para minimizar a transmissão de doenças ou para fornecer assistência eficaz à saúde. Essas instalações são ambientes fechados, como os cruzeiros que foram palco dos surtos mais concentrados da COVID-19.¹⁵
43. As prisões têm um risco ainda maior de disseminação de doenças do que qualquer outro ambiente fechado, por causa das condições de lotação, da proporção de pessoas vulneráveis detidas, e da falta frequente de recursos de assistência médica. As pessoas encarceradas em prisões vivem em alojamentos fechados e não podem exercer o “distanciamento social” necessário para prevenir efetivamente a disseminação da COVID-19. Os vasos sanitários, pias e chuveiros são compartilhados, sem desinfecção regular e constante entre os usos. A preparação da comida e o serviço de refeitório é comunitário, com poucas oportunidades para desinfecção de superfícies. Os espaços são mal ventilados, o que promove a disseminação altamente eficiente de doenças por meio de gotículas.
44. Muitas prisões têm carência de suprimentos e funcionários necessários para realizar procedimentos de limpeza como a desinfecção regular de superfícies muito manuseadas, o que é essencial para prevenir a disseminação do vírus. As instalações frequentemente não

¹⁴ Knvul Sheikh et al., *How Bad Will the Coronavirus Outbreak Get? Here are 6 Key Factors*, N.Y. Times (28 de fev. de 2020), <https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/asia/china-coronavirus-contain.html>.

¹⁵ Ver p.ex., Jamie Ducharme, *Up to 80% of COVID-19 Infections Are Asymptomatic, a New Case Report Says*, Time (27 de mai. de 2020), <https://time.com/5842669/coronavirus-asymptomatic-transmission/>; *Brazil Isolates Cruise Ship in Northeastern Port After Suspected Coronavirus Case*, Reuters (13 de mar. de 2020), <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-cruise-ship/brazil-isolates-cruise-ship-in-northeastern-port-after-suspected-coronavirus-case-idUSKBN2101OG>.

proporcionam as oportunidades adequadas para se exercer as medidas de higiene necessárias, tais como lavar as mãos com frequência ou usar álcool-gel quando não é possível lavar as mãos. As cadeias e prisões frequentemente tem poucos recursos e são mal equipadas, sem sabonetes suficientes para lavar as mãos e sem álcool-gel para as pessoas que estão detidas ou que trabalham nesses ambientes.

45. As instalações médicas das prisões quase nunca são suficientemente equipadas para lidar com surtos de disseminação ou doenças infecciosas. Para prevenir a transmissão de doenças infecciosas transmitidas por gotículas, as pessoas que estão infectadas e doentes precisam ser isoladas em salas especiais com pressão negativa. A maior parte das cadeias e prisões tem poucas salas de pressão negativa, quando tem alguma, que podem já estar sendo utilizadas por pessoas com outras condições de saúde (inclusive tuberculose ou influenza). Os recursos irão se exaurir rapidamente e todas as camas disponíveis logo estarão ocupadas. Conforme um surto se espalha, a equipe de saúde fica doente e não vem trabalhar. As instalações podem se tornar perigosamente desprovidas de profissionais de saúde.
46. As prisões frequentemente precisam contar com instalações externas (hospitais, unidades de emergência) para proporcionar atendimento de saúde intensivo, uma vez que o nível de atendimento que podem prover em suas instalações normalmente é relativamente limitado. Durante uma epidemia, isso não será possível, já que essas instalações externas provavelmente já estarão operando acima da capacidade também.
47. Conforme os sistemas de saúde dentro das instalações vão ficando sobrecarregados, as pessoas com condições de saúde subjacentes, físicas ou mentais, podem não conseguir obter o atendimento que precisam. A incapacidade de prover assistência médica adequada para os indivíduos com condições de saúde crônicas subjacentes resulta no aumento do risco de infecção por COVID-19 e no aumento do risco de morbidade e mortalidade relacionada à infecção, caso eles sejam infectados. Além disso, as condições de saúde mental podem ser exacerbadas pelo estresse do encarceramento durante a pandemia de COVID-19, com provável isolamento e ausência de visitas.
48. Conforme um surto se dissemina por cadeias, prisões e comunidades, os agentes prisionais e outros funcionários da segurança ficam doentes e não vão trabalhar. O absenteísmo representa um risco de segurança e proteção substancial, tanto para as pessoas dentro das instalações quanto para o público.
49. Devido às condições de lotação e à carência de recursos médicos e sanitários, a transmissão de doenças infecciosas em prisões é algo incrivelmente comum. Esses riscos são multiplicados para aquelas doenças que, como a COVID-19, são transmitidas por gotículas respiratórias. As experiências de outras nações lutando contra surtos de COVID-19 demonstram o risco particular que a transmissão de COVID-19 apresenta no ambiente carcerário. Por exemplo, nos estágios iniciais da pandemia, as prisões na China registraram mais de 500 casos de COVID-19, disseminados por quatro unidades carcerárias, afetando tanto os agentes prisionais quanto as pessoas encarceradas.¹⁶ Similarmente, nos Estados Unidos o coronavírus se disseminou

¹⁶ Evelyn Cheng & Huileng Tan, *China Says More than 500 Cases of the New Coronavirus Stemmed from Prisons*, CNBC (20 de fev. de 2020), <https://www.cnbc.com/2020/02/21/coronavirus-china-says-two-prisons-reported-nearly-250-cases.html>.

rapidamente em vários ambientes prisionais. Por exemplo, a cadeia na ilha de Rikers, na cidade de Nova York, passou de um único caso confirmado para 287 casos em apenas duas semanas.¹⁷ Da mesma forma, em Cook County, em Illinois, o número de casos positivos na prisão local passou de 2 para 291 casos em apenas duas semanas.¹⁸ Em determinado momento, um surto na *Marion Correctional Institution* (Estabelecimento Penitencial Marion ou Marion CI), em Ohio, foi a maior fonte conhecida de infecção de coronavírus nos Estados Unidos.¹⁹ Mais de 80% dos indivíduos encarcerados na Marion CI testaram positivo – em outras palavras, mais de 2.000 dentre os 2.500 detentos.²⁰ O município onde a Marion CI está localizada está agora passando por taxas de disseminação comunitária acima da média, fora da prisão.²¹ Essa experiência demonstra que uma vez que a COVID-19 começa a se disseminar dentro de uma prisão, é somente uma questão de tempo até que o surto se espalhe rapidamente, infectando muitos presos e logo também se disseminando pela comunidade.

50. A COVID-19 ameaça o bem-estar dos indivíduos encarcerados, dos funcionários prisionais que circulam pela prisão e pelas comunidades externas e dos membros dessas comunidades externas. Funcionários, visitantes, empreiteiros e fornecedores que transitam entre comunidades e instalações podem trazer doenças infecciosas para essas instalações. Além disso, a alta rotatividade das populações das cadeias e prisões mostra que as pessoas frequentemente circulam entre as instalações e as comunidades. As pessoas precisam frequentemente ser transportadas a partir das instalações e para elas, para comparecer aos tribunais e mudar de instalação. A sobrecarga nos sistemas de saúde das instalações prisionais tem implicações para os hospitais externos e unidades de emergência das quais essas instalações já dependem para serviços de tratamento médico intensivo. Saúde na prisão é saúde pública.
51. Por causa do alto risco nos ambientes concentrados, o curso da pandemia nas prisões provavelmente irá diferir de determinadas maneiras do curso da pandemia na sociedade em geral. Como nas casas de repouso e nos abatedouros, as prisões são amplificadores que criam “eventos de super-disseminação” (SSE) para a SARS-CoV-2. O que as torna particularmente perigosas para a aceleração da disseminação da doença tanto dentro da instalação quanto para a comunidade mais ampla. De fato, novos surtos em comunidades foram documentados em diversas comunidades do mundo onde esses amplificadores institucionais estão localizados.
52. Há duas maneiras principais em que o curso da pandemia em prisões será específico para o seu papel como amplificadores institucionais de SSEs: (1) na ausência de reduções significativas e sustentadas da população prisional, é provável que essas instituições aumentem o risco de

¹⁷ COVID-19 Infection Tracking in NYC Jails, The Legal Aid Society, *available at* <https://legalaidnyc.org/covid-19-infection-tracking-in-nyc-jails/>.

¹⁸ Tyler Kendall, “*We’re at war with no weapons*”: Coronavirus cases surge inside Chicago’s Cook County jail, CBS NEWS (5 de abr. de 2020), *available at* <https://www.cbsnews.com/news/chicago-cook-county-jail-coronavirus-life-inside-covid-19-cases/>.

¹⁹ Rick Rojas & Michael Cooper, *Georgia, Tennessee and South Carolina Say Businesses Can Reopen Soon*, N.Y. TIMES (20 de abr. de 2020), *disponível em*: <https://www.nytimes.com/2020/04/20/us/coronavirus-us-hot-spots-reopening.html>.

²⁰ Sarah Volpenhein, *Marion prison coronavirus outbreak seeping into larger community*, MARION STAR (25 de abr. de 2020), <https://www.marionstar.com/story/news/local/2020/04/25/marion-prison-ohio-coronavirus-outbreak-seeping-into-larger-community/3026133001/>.

²¹ *Id.*

novos surtos de SARS-CoV-2 em comunidades em geral; e (2) novos surtos serão mais perigosos para indivíduos na prisão do que se eles não estivessem detidos, o que por sua vez aumenta o risco da comunidade mais ampla.

53. As prisões podem servir como reservatórios de COVID-19 e podem aumentar o risco de surtos futuros. Como é impossível que as prisões se desconectem das comunidades em seu entorno, a persistência da SARS-CoV-2 nessas instalações vai representar um risco contínuo para o público. O risco da SARS-CoV-2 persistir nessas instalações somente irá diminuir na medida em que a população nessas instalações diminuir e permanecer reduzida, algo que se torna especialmente verdadeiro quando se trata de indivíduos com alto risco de contrair COVID-19. Apesar de muitos departamentos prisionais terem tentado combater a COVID-19 por meio de outros tipos de medidas (p.ex., controle de infecção, distanciamento social limitado), os surtos crescentes e contínuos nessas instalações demonstram a dificuldade de se conter a SARS-CoV-2 nesses ambientes. Basta um ponto fraco para minar os esforços da sociedade como um todo para combater a COVID-19. As prisões ameaçam desempenhar um papel semelhante e, então, do ponto de vista da saúde pública da sociedade como um todo, é crucial que iniciativas sejam tomadas no sentido de reduzir o risco representado por essas instalações, o máximo possível.²² Devido à subtestagem e ao intervalo de tempo para se obter e relatar os resultados dos testes, a descoberta de novos surtos nas prisões pode ser retardada também.
54. As prisões podem servir como um acelerador para a disseminação da SARS-CoV-2 e as pessoas nessas instalações terão um risco significativamente maior de contrair COVID-19. As prisões são como barris de pólvora para doenças infecciosas. Uma vez que a SARS-CoV-2 adentra tais instalações, ela se espalha rapidamente. Isso também pode requerer recursos importantes dos hospitais vizinhos. Por causa da circulação inevitável entre as prisões, em particular na comunidade externa, tanto em termos da detenção de novas pessoas, como também para a equipe e para fornecedores que entram e saem de lá, há um alto risco de que, uma vez que a SARS-CoV-2 seja introduzida nessas instalações – um surto dentro da prisão poderia servir, então, como um trampolim para uma maior disseminação para a comunidade externa. Além disso, a transferência de indivíduos entre diferentes instalações também aumentariam o risco de transmissão entre eles, o que significa que a COVID-19 poderia ser introduzida em uma prisão em uma comunidade que já reduziu significativamente a disseminação comunitária.²³
55. Até mesmo se a prisão for capaz de eliminar com sucesso o surto de SARS-CoV-2 em uma instalação, o aumento na população daquela instalação – particularmente através do retorno de indivíduos com alto risco de COVID-19 – representa riscos substanciais tanto para os indivíduos dentro da prisão quanto para a sociedade em larga escala. Mais uma vez, quando a

²² Hillary Leung, *Singapore Was a Coronavirus Success Story—Until an Outbreak Showed How Vulnerable Workers Can Fall Through the Cracks*, Time (29 de abr. de 2020), <https://time.com/5825261/singapore-coronavirus-migrant-workers-inequality/> (“Se esquecermos as comunidades marginalizadas, se esquecermos os pobres, os sem-teto, os encarcerados... vamos continuar a ver surtos,” diz Gavin Yamey, Diretor Adjunto para Políticas no Duke Global Health Institute. “Vamos continuar a alimentar a epidemia.”).

²³ Ver, e.g., Dianne Solis, *Virus began spreading in Texas detention center as positive immigrants were quickly transferred in from Northeast*, Dallas Morning News (27 de abr. de 2020), <https://www.dallasnews.com/news/public-health/2020/04/27/virus-began-spreading-in-texas-detention-center-as-positive-immigrants-were-quickly-transferred-in-from-northeast/> (descrevendo como a transferência de cerca de 20 indivíduos em uma instalação pode ter desencadeado a disseminação rápida da COVID-19 em outra instalação).

instalação perceber que há novos casos, pode ser tarde demais para prevenir um surto fora de controle.

CONDIÇÕES PRISIONAIS NO BRASIL E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

56. A tuberculose (TB) é uma doença transmissível causada por uma bactéria (*Mycobacterium tuberculosis*) que afeta, frequentemente, os pulmões. A TB se espalha de pessoa para pessoa através do ar. Tanto a TB quanto a SARS-CoV-2 são altamente contagiosas e podem apresentar sintomas respiratórios e causar morbidade e mortalidade relacionadas à infecção. Pessoas mais idosas e pessoas com comorbidades têm um alto risco de contraírem doenças graves e terem resultados adversos em ambas doenças.
57. A *Yale Global Health Justice Partnership*, parceria entre a Universidade de Yale e a Escola de Saúde Pública, desenvolveram, em colaboração com pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), uma instituição importante de pesquisa em saúde pública no Brasil, um relatório de 46 páginas publicado em março de 2019 e intitulado *Reservoirs of Injustice: How incarceration for drug-related offenses fuels the spread of tuberculosis in Brazil*.
58. Nosso relatório descobriu que os prisioneiros no Brasil são especialmente vulneráveis à contraírem doenças transmissíveis e são “em média, 23 vezes mais propensos a contrair TB do que o resto da população.”²⁴ O Brasil passa por um “crescimento descontrolado da população encarcerada, que levou à superlotação nas prisões do Brasil ...[já que] existem quase duas vezes mais prisioneiros do que vagas oficialmente disponíveis nas instalações prisionais.”²⁵ Tal “superlotação desenfreada levou [] à saúde e condições de higiene extremamente fracas dentro do sistema carcerário, que um ex-Ministro da Justiça chegou a chamar de ‘medievais.’”²⁶ A combinação de condições insalubres, fornecimento de água intermitente e fornecimento deficiente das necessidades básicas contribuem para resultados gerais de saúde negativos e um aumento no risco de ...TB [que] é disseminada facilmente devido aos espaços superlotados, mal ventilados e mal iluminados – condições que são comuns, em sua totalidade.”²⁷ “Já que a ventilação apropriada é crucial para a redução do risco de transmissão de TB (a TB é disseminada através do ar), aqueles que vivem em espaços mal ventilados e superlotados, tais como celas de prisões, tem um risco maior de serem infectados.”²⁸
59. A superlotação dentro de uma prisão piora a ventilação para os detentos, aumentando assim, o risco de transmissão de TB. Um estudo conduzido em três prisões de segurança média, no centro-oeste do Brasil, concluiu que somente três das 141 celas incluídas no estudo respeitavam as normas da OMS para ventilação por pessoa, estimando que, nas condições prevalentes das cadeias, mais de três quartos dos prisioneiros expostos a um caso ativo de TB,

²⁴ Yale Global Health Justice Partnership, *Reservoirs of Injustice: How incarceration for drug-related offenses fuels the spread of tuberculosis in Brazil* 3 (mar. de 2019), disponível em: https://law.yale.edu/sites/default/files/area/center/ghjp/documents/reservoirs_of_injustice-how_incarceration_for_drug-related_offenses_fuels_the_spread_of_tb_in_brazil_ghjp_report_2019.pdf [em diante, *Reservoirs of Injustice*].

²⁵ *Reservoirs of Injustice*, p. 11.

²⁶ *Reservoirs of Injustice*, p. 13.

²⁷ *Reservoirs of Injustice*, p. 14.

²⁸ *Reservoirs of Injustice*, p. 14.

por um período de seis meses, seriam infectados com o patógeno.²⁹ A superlotação também inibe os esforços para tratar a doença, porque a equipe médica sobrecarregada raramente consegue acompanhar o ritmo das necessidades de tratamento dos prisioneiros. Um indivíduo entrevistado para o nosso relatório “descreveu como os prisioneiros tipicamente só recebem atenção médica quando já estão à beira da morte.”³⁰

60. No todo, a superlotação é o cerne da questão, contribuindo para os altos índices de TB dentro das prisões; e a triagem e as ferramentas de prevenção inadequadas impedem que os prisioneiros com TB sejam identificados até que estejam nos estágios finais da doença. Desta forma, as prisões no Brasil agem como reservatórios e amplificadores para a TB, facilitando sua disseminação nas comunidades circunvizinhas.
61. Essas conclusões acima se aplicam às mesmas preocupações relacionadas à transmissão e infecção por SARS-CoV-2 nas prisões do Brasil. Com base nas informações disponíveis atualmente, a SARS-CoV-2 já está inserida no sistema carcerário brasileiro e está se espalhando. De acordo com o relatório de 19 de maio do Conselho Nacional de Justiça do Brasil, 30 prisioneiros e 17 funcionários carcerários morreram de Covid-19, e 1.118 funcionários e 830 prisioneiros foram infectados.³¹ Um relatório da Defensoria Pública do Rio de Janeiro declarou que, em vez disso, entre 15 de março e 15 de maio, 48 prisioneiros detidos nas cadeias do Rio de Janeiro morreram.³² Como a doença pode permanecer assintomática para muitas pessoas e como o Brasil não possui testagem regular, confiável e abrangente, o número de pessoas infectadas pela SARS-CoV-2 tende a ser bem maior do que os diagnósticos documentados.

MITIGAÇÃO DE RISCO COMO A ÚNICA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PÚBLICA VIÁVEL NAS PRISÕES

62. Até agora, o alto nível de distanciamento social é, comprovadamente, o único método eficaz para a redução considerável da disseminação de SARS-CoV-2. Até a descoberta de uma vacina que previna a transmissão e medicamentos antivirais que possam estender a sobrevida e salvar vidas, o caso permanecerá o mesmo. Sendo assim, a única estratégia de saúde pública viável e disponível é a mitigação de riscos. Em nossa opinião, a partir de uma perspectiva epidemiológica, as prisões do Rio de Janeiro e do resto do Brasil devem executar imediatamente os passos necessários para possibilitar a soltura de quaisquer pessoas encarceradas que possam ser soltas com segurança. Tais passos são necessários para a segurança dos indivíduos encarcerados, bem como para a comunidade em geral, enquanto o Brasil endereça o rápido surto de COVID-19.

²⁹ Ver Juliana Urrego et al., *The Impact of Ventilation and Early Diagnosis on Tuberculosis Transmission in Brazilian Prisons*, 93 Am. J. Trop. Med. Hyg. 739 (2015), <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0166>.

³⁰ *Reservoirs of Injustice*, p. 15.

³¹ Tom Hennigan, *Coronavirus: Packed Brazilian jails lead to fears of calamity*, Irish Times (19 de mai. de 2020), <https://www.irishtimes.com/news/world/coronavirus-packed-brazilian-jails-lead-to-fears-of-calamity-1.4257430>.

³² Adry Torres, *Deaths in Brazilian prisons increased by 33 percent during the COVID-19 pandemic but only four were tied to the deadly virus as prisoner advocacy group calls for investigation*, Daily Mail (22 de mai. de 2020), <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8348507/Brazil-prison-deaths-increase-33-percent-COVID-19-pandemic-four-tied-virus.html>.

63. A soltura de pessoas encarceradas causa diversos efeitos valiosos na saúde pública e na segurança pública: ela permite um distanciamento social maior, que reduz a chance de disseminação do vírus, caso o mesmo seja introduzido; permite facilidade na implementação de medidas preventivas, tais como: acesso a sabonetes para lavar as mãos e materiais de limpeza para as superfícies, lavagem frequente de roupas, chuveiros, etc.; e ajuda a prevenir a sobrecarga de trabalho das equipes em prisões ou detenções, para que possam continuar a garantir a segurança dos presos ou detentos. A Alta Comissária das Nações Unidas para os Refugiados, reconhecendo os riscos sérios à saúde representados pelas prisões e centros de detenção, incitou os governos a liberarem prisioneiros ou detentos para proteger sua segurança e como parte de esforços maiores para reprimir a disseminação do vírus.³³ A soltura de detentos mais velhos, detentos com condições médicas subjacentes e detentos portadores de necessidades especiais que têm alto risco de contrair, adoecer gravemente e/ou morrer de COVID-19, devido à sua deficiência ou devido a qualquer tratamento médico necessário para sua deficiência, é ainda mais crítico. Tais indivíduos terão, por definição, um risco maior se permanecerem encarcerados sob as condições necessariamente presentes em qualquer ambiente de detenção.
64. A redução desses riscos requer a diminuição das populações encarceradas, particularmente quando se trata de indivíduos com risco mais alto de contrair COVID-19. Para mitigar os principais riscos identificados acima será crucial evitar o aumento da população dentro das prisões, especialmente quando se trata de indivíduos que são mais propensos a ficarem doentes, infectarem os outros e sofrerem sérias consequências, requerendo mais assistência médica. Na perspectiva da saúde pública, manter esses indivíduos fora das prisões enquanto o risco da COVID-19 permanece presente irá reduzir o perigo a eles, suas famílias, à equipe da prisão e à comunidade em geral. Do contrário, caso os indivíduos em alto risco retornem às cadeias e prisões prematuramente, há uma tendência de todos os perigos descritos acima aumentarem. Como esses perigos incluem maior desencadeamento ou aceleração de surtos, quando isso acontecer será tarde demais para reverter quaisquer danos através de uma nova soltura.
65. Como as alternativas à detenção são significativamente menos caras, a manutenção do distanciamento social por meio da soltura vai reduzir a pressão nas instalações de detenção e permitir que elas direcionem seus recursos para onde são mais necessários. No tocante às decisões sobre a detenção, os cálculos econômicos apontam para a direção oposta: estudos evidenciaram que é consideravelmente mais custo-efetivo que os indivíduos dentro das prisões sejam alocados à detenção alternativa do que mantê-los nas cadeias.³⁴ Isso tende a ser mais verdadeiro durante a pandemia, já que os custos de prevenção e assistência à saúde associados à detenção tendem a disparar. A soltura e o distanciamento social são as soluções mais eficazes para controlar a disseminação da COVID-19 nas prisões. Além disso, as administrações carcerárias precisam implementar diversas medidas, tais como: limpeza e desinfecção constantes de todas as áreas e superfícies comuns; fornecimento regular de máscaras, luvas e EPIs a todos os indivíduos encarcerados, equipe e carcereiros; criação de salas de pressão negativa dedicadas e suficientes para o isolamento médico de todos os casos confirmados e

³³ Michelle Bachelet, Alta Comissária das Nações Unidas para os Refugiados, *Urgent Action Needed to Prevent COVID-19 “Rampaging Through Places of Detention”* (25 de mar. de 2020), <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=E>.

³⁴ *Ver, ex.*, Serviço de Pesquisa Congressional, *Immigration: Alternatives to Detention (ATD) Programs*, p. 13 (8 de jul. de 2019), <https://fas.org/sgp/crs/homsec/R45804.pdf>.

suspeitos; testagem regular com testes PCR e rastreamento de contato meticuloso, tanto para a equipe quanto para as pessoas em detenção; aumento no número de funcionários e horas de trabalho da equipe médica. Desta forma, o uso continuado de detenção alternativa irá reduzir a pressão nas instalações e agências, aumentando sua habilidade de direcionar os recursos para aqueles que permanecem detidos. Isso trará benefícios individuais para aqueles que permanecem em detenção, e benefícios mais amplos para a saúde pública, porque quanto mais seguras estão essas instalações e as pessoas dentro delas, menor é o risco para a equipe e para as comunidades circunvizinhas.

66. Para os detentos que não forem soltos, é crucial adotar medidas que, mesmo que sejam claramente insuficientes em comparação à soltura, possibilitem pelo menos uma chance de abrandar a rápida disseminação de COVID-19 dentro do ambiente prisional. Os itens abaixo representam os padrões mínimos em relação a tais medidas, que devem necessariamente incluir pelo menos:

- a. *Procedimentos intensificados de limpeza e desinfecção, mesmo nas instalações onde casos de COVID-19 ainda não foram identificados.* Superfícies e objetos tocados frequentemente devem ser limpos e desinfetados várias vezes ao dia, especialmente nas áreas comuns. Tais “superfícies podem incluir objetos/superfícies que não seriam limpas normalmente todos os dias (ex.: maçanetas, interruptores, torneiras, balcões, vasos sanitários, suportes de banheiro, equipamentos de recreação, quiosques e telefones).”³⁵ Além das rotinas de limpeza regulares, a equipe carcerária também deve “limpar e desinfetar meticulosamente todas as áreas nas quais [uma pessoa com] caso confirmado ou suspeito de COVID-19 esteve.”³⁶ As autoridades prisionais devem assegurar que locais e objetos, como equipamentos do pátio, móveis, tanques de retenção e veículos de transporte, sejam limpos e desinfetados várias vezes ao dia com desinfetantes eficazes contra o coronavírus.
- b. *Fornecimento de materiais e equipe de limpeza adequados.* As instalações devem assegurar os materiais adequados para auxiliar as práticas de limpeza e desinfecção intensificadas.³⁷
- c. *Fornecimento de um estoque gratuito de sabonetes e outros materiais para as pessoas encarceradas lavarem as mãos, em quantidade suficiente para permitir que lavem as mãos frequentemente.* Deve ser fornecido sabonete líquido quando possível, e se for utilizado sabonete em barra, as autoridades da prisão devem “garantir que o mesmo não irrita a pele, podendo desencorajar a lavagem frequente das mãos.”³⁸ As instalações também devem fornecer aos detentos água corrente e máquinas para a secagem das mãos ou toalhas de papel descartáveis para a secar as mãos; lenços e recipientes de lixo sem toque para descarte; e desinfetante de base alcóolica com “pelo menos 60% de álcool onde for permitido, com base nas restrições de segurança.”³⁹ As prisões devem implementar um protocolo geral para a instalação e treinar de maneira eficaz os

³⁵ CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (último acesso: 28 de mai. de 2020).

³⁶ *Id.*

³⁷ *Id.*

³⁸ *Id.*

³⁹ *Id.*

- residentes e a equipe em relação ao uso desse protocolo, para que um residente cujo sabonete acabou possa obter mais sabonete prontamente.
- d. *Distanciamento social.* As instalações carcerárias devem implementar “estratégias de distanciamento social para aumentar o espaço físico entre as pessoas encarceradas/detidas... independente da presença de sintomas.”⁴⁰ As medidas prescritas para a implementação do distanciamento social incluem o aumento no espaço entre os indivíduos em celas e outros espaços comuns, tais como: refeitórios, áreas recreativas, áreas de entrada e de espera e consultórios para exames médicos.⁴¹ Em dormitórios, os administradores carcerários devem redistribuir as unidades para fornecer mais espaço entre os indivíduos.⁴²
 - e. Até o dia 5 de junho, a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar que o público geral use máscaras de pano feitas com um tecido de pelo menos três camadas “no transporte público, em lojas ou em outros ambientes confinados e cheios.”⁴³ A OMS também diz que as pessoas acima de 60 anos de idade ou com condições preexistentes devem usar máscaras médicas em áreas em que haja transmissão comunitária do coronavírus e onde o distanciamento social for impossível, e que todos os trabalhos em ambientes clínicos requerem máscaras médicas em áreas com transmissão abrangente.⁴⁴ Instalações de socialização, tais como prisões, se encaixam nas condições de ambiente confinado ou cheio e, assim, os prisioneiros devem ter acesso a máscaras de pano, conforme a descrição acima. Por conta do potencial de transmissão abrangente nas prisões e cadeias e das dificuldades de distanciamento físico, também pode-se considerar o uso de máscaras médicas.
 - f. *Fornecimento de informações atualizadas sobre a COVID-19.* As autoridades carcerárias devem “se comunicar claramente e frequentemente com as pessoas encarceradas/detidas sobre mudanças em sua programação diária e como elas podem contribuir com a redução de risco de [COVID-19].”⁴⁵ Elas devem “[f]ornecer regularmente informações atualizadas sobre a COVID-19 para as pessoas encarceradas/detidas” provenientes de fontes científicas confiáveis (ex.: a FIOCRUZ, no Brasil) e em linguagem simples, para que aqueles com menos oportunidades educacionais possam entender os riscos da COVID-19.⁴⁶ As autoridades devem colocar sinalizações por toda a instalação prisional que (1) identifiquem os sintomas de COVID-19, (2) forneçam instruções para a higienização das mãos, e (3) instruem as pessoas encarceradas a reportarem os sintomas à equipe; as autoridades também devem assegurar que “a sinalização é compreensível para... aqueles com baixo nível de

⁴⁰ *Id.*

⁴¹ *Id.*

⁴² *Id.*

⁴³ OMS, *Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*, OMS (5 de jun. de 2020), <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---5-june-2020>.

⁴⁴ CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (último acesso: 28 de mai. de 2020).

⁴⁵ *Id.*

⁴⁶ *Id.*

- alfabetismo [...]”⁴⁷ Finalmente, as autoridades devem “comunicar informações [sobre a COVID-19 verbalmente de maneira regular,]”⁴⁸ e “considerar que a equipe de assistência à saúde faça rondas regularmente para responder perguntas sobre a COVID-19”⁴⁹
- g. *Um meio confiável através do qual as pessoas encarceradas possam relatar sintomas do coronavírus e ser atendidas no mesmo dia pela equipe médica, mesmo se não houver nenhum guarda ou poucos guardas de plantão em seus dormitórios.* “Assim que um indivíduo desenvolve sintomas de COVID-19, ele [...] deve ser imediatamente colocado em isolamento médico [...]”⁵⁰ Uma ação imediata diminui a possibilidade da pessoa que foi infectada com o vírus transmiti-lo para as outras pessoas da unidade. Para que ocorra uma ação imediata, deve existir um meio para que os residentes possam informar à equipe, que deve agir prontamente.
 - h. *Aferições de temperatura.* As autoridades carcerárias devem implementar aferições diárias de temperatura dentro dos dormitórios onde foram identificados casos de COVID-19, especialmente se houver a preocupação de que os indivíduos encarcerados/detidos não estejam notificando os sintomas à equipe.⁵¹
 - i. *Repato de violações.* Políticas eficazes não significam nada se não forem aplicadas. As instalações devem fornecer um mecanismo anônimo para que os indivíduos encarcerados possam relatar a implementação ineficaz de políticas, incluindo a possível violação do protocolo pela equipe, para que possam ser executadas ações corretivas.
 - j. *Isolamento médico diferente de confinamento em solitária.* O confinamento em solitária e a quarentena não fornecem as mesmas proteções que o isolamento médico e não devem ser usados como uma alternativa.⁵² Além disso, o uso do confinamento em solitária pode exacerbar bastante as condições de saúde mental, além de colocar os detentos em risco.⁵³

CONCLUSÃO

67. De acordo com a nossa opinião profissional, na perspectiva da saúde pública, a detenção de

⁴⁷ *Id.* Corine S. Meppelink et al., *Should we be afraid of simple messages? The effects of text difficulty and illustrations in people with low or high health literacy*, 30 *Comunicado de Saúde* 1181 (2015).

⁴⁸ CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (último acesso: 28 de mai. de 2020).

⁴⁹ *Id.*

⁵⁰ *Id.* (emphasis added).

⁵¹ *Id.*

⁵² *Ver* David Cloud, et al., *The Ethical Use of Medical Isolation – Not Solitary Confinement – to Reduce COVID-19 Transmission in Correctional Settings*, Emenda (9 de abr. de 2020), https://amend.us/wp-content/uploads/2020/04/Medical-Isolation-vs-Solitary_Amend.pdf.

⁵³ Keramet Reiter et al., *Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017-2018*, *Am. Pub. Health Ass.* (22 de jan. de 2020), disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305375>.

indivíduos irá aumentar significativamente os riscos à saúde representados pela COVID-19 para os detentos, outras pessoas dentro da instalação e a comunidade circunvizinha. As prisões estão acendendo as fogueiras da epidemia. Elas são o local perfeito para os surtos acontecerem, aumentarem e se expandirem. Nós já vimos isso acontecer com a tuberculose e com outras infecções no contexto de outras prisões pelo mundo, e agora estamos vendo o mesmo com a SARS-CoV-2.

68. Sendo assim, do ponto de vista da saúde pública, nós acreditamos fortemente que as populações prisionais do Rio de Janeiro e das outras prisões do Brasil devem ser reduzidas dramaticamente o mais rápido possível. Desta forma, a redução do tamanho da população nas prisões é crucial para a redução do nível de risco, tanto para aqueles que estão dentro das instalações quando para a comunidade em geral. Um único elo fraco da cadeia pode levar a um aumento nas infecções por COVID-19 na comunidade mais ampla. Sendo assim, para interromper a epidemia de SARS-CoV-2, ela deve ser interrompida dentro das prisões e cadeias. Um componente necessário para isso é a redução da população dentro dessas instalações e a manutenção dessa redução.
69. Isso se torna especialmente importante – e de fato uma questão iminente de vida ou morte – para indivíduos com condições pré-existentes (incluindo aqueles com doenças pulmonares ou pulmões enfraquecidos em decorrência de tabagismo ou asma, doenças cardíacas, incluindo a hipertensão, diabetes ou pré-diabetes, doenças sanguíneas, doenças renais ou hepáticas crônicas, distúrbios metabólicos congênitos, atrasos no desenvolvimento ou usuários de medicamentos imunossupressores, aqueles que sobreviveram a derrames e detentas grávidas) ou indivíduos acima de 50 anos de idade. Essa lista é meramente ilustrativa e não é exaustiva.
70. Entretanto, e ainda é o caso, dadas as condições nas instalações e a infecciosidade da SARS-CoV-2, *todos* dentro dessas instalações, no momento, correm sério risco de contrair SARS-CoV-2 e de contrair uma doença séria e de morrer. Agora, é uma questão de horas, e não dias, para executar uma ação decisiva que pode salvar vidas. No decorrer de semanas, um caso em uma instalação pode crescer rapidamente. Com as condições atuais, a disseminação total é certa, por causa de medidas de controle e prevenção sem recursos, minimamente implementadas ou impossíveis.
71. Em nossa opinião, a partir de uma perspectiva epidemiológica, a Corte deve implementar imediatamente os passos necessários para conceder a soltura de quaisquer detentos nessas instalações, com a exceção de circunstâncias extraordinárias. Quando as prisões perceberem que existem novos casos, provavelmente será tarde demais para prevenir um surto geral na instalação e prevenir que ele se espalhe para a comunidade mais ampla. Por essa razão, na perspectiva da saúde pública, é crucial pecar pelo cuidado demasiado ao determinar se alguém deve continuar detido.
72. As condições relacionadas à COVID-19 estão mudando rapidamente e podem mudar, embora que para pior, no espaço de tempo entre nós emitirmos essa Opinião e essa questão ser apresentada perante à Corte.

Declaramos, sob as penas da lei, que o supracitado é verdadeiro e correto.

7 de junho de 2020
New Haven, Connecticut, United States



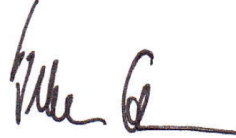
Gregg Gonsalves

7 de junho de 2020
Stanford, California, United States



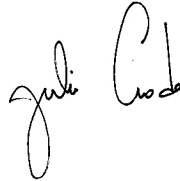
Jason Andrews

7 de junho de 2020
New Haven, Connecticut, United States



Ted Cohen

8 de junho de 2020
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil



Julio Croda

7 de junho de 2020
New Haven, Connecticut, United States



Albert Ko

7 de junho de 2020
Rio de Janeiro, Brazil



José Roberto Lapa e Silva

7 de junho de 2020
New Haven, Connecticut, United States



Mary Petrone

7 de junho de 2020
San Francisco, California, United States



Katharine Walter