

JUNHO
DE 2020

RELATÓRIO EMERGENCIAL PARA CONSELHO
NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS: PANDEMIA
COVID-19 E VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO
ESTADO DO AMAZONAS

RELATORAS ESPECIAIS

Luciana de Souza Ramos
Luanna Marley de O. e Silva
Merilane Pires Coelho

RELATÓRIO EMERGENCIAL PARA CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS
HUMANOS: PANDEMIA COVID-19 E VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS
NO ESTADO DO AMAZONAS

Luciana de Souza Ramos
Luanna Marley de Oliveira e Silva
Merilane Pires Coelho

Junho/2020

Sumário

INTRODUÇÃO	4
1. POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS	6
1.1. PRINCÍPIO DA REGIONALIZAÇÃO NO AMAZONAS	11
1.2. PRIVATIZAÇÃO E TERCEIRIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DA SAÚDE NO AMAZONAS	13
1.3. O DESVIO DE VERBA PÚBLICA NA ÁREA DA SAÚDE	14
1.4. A GESTÃO DA SAÚDE DO GOVERNO FEDERAL.....	15
1.5. OS IMPACTOS DA AUSÊNCIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE REGIONALIZADAS NA REGIÃO AMAZÔNICA	19
2. TRABALHADORES (AS) DA SAÚDE	20
3. OS IMPACTOS DA COVID-19 NAS POPULAÇÕES COM MAIOR VULNERABILIDADE SOCIAL 21	
3.1. POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS	21
3.1.1. <i>POVOS INDÍGENAS</i>	22
3.1.2. <i>QUILOMBOLAS E RIBEIRINHOS</i>	27
3.2. IMPACTO NA VIDA DAS MULHERES	28
3.3. SISTEMA PRISIONAL	31
3.3.1. <i>COVID-19: a política penal e a situação das pessoas privadas de liberdade no Amazonas</i>	35
3.3.2 <i>Medidas adotadas e as questões dos Direitos Humanos</i>	37
3.3.3. <i>Rebelião em Puraquequara em meio à pandemia</i>	39
3.3.4. <i>Violações de direitos humanos identificadas no cenário de pandemia</i>	40
4. RECOMENDAÇÕES.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	48

INTRODUÇÃO

O Brasil é o segundo país, atrás somente dos Estados Unidos, no número de infectados pela COVID-19, de acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde. O Brasil registrou, no dia **02 de junho**, **555.382** pessoas infectadas, **31.199** mortos, sendo que nas últimas 24 horas foram registrados **28.936 novos casos**, com 1.262 mortes. De acordo com dados do dia **06 de junho** os dados subiram para **651.980** casos, **35.211** mortes, contudo, com a nova posição do Governo de não divulgação dos números de óbitos, os dados do Ministério da Saúde, publicados no dia 05 de junho, são 35.026 mortes do total de 645.771 casos.

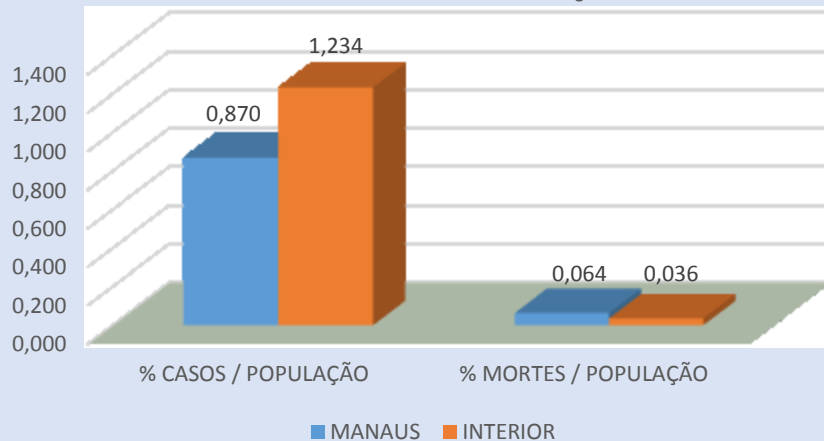
A capital do Amazonas, Manaus, foi a cidade mais atingida pela COVID-19 no Brasil, segundo dados da FIOCRUZ, em comparação ao número de mortos em 2019, período de 19 a 25 de abril, Manaus registrou 215 mortes, sendo 33 mortes em casa, em contrapartida, em 2020 o número de mortes aumentou 350%, com 915 mortes, sendo 268 mortes em casa. O elevado número de mortes gera um colapso nos cemitérios da cidade, conforme dados da Prefeitura de Manaus, em abril foram 90 sepultamentos por dia, sendo que em maio foram 80 sepultamentos por dia. Importante salientar que dos 12 municípios mais atingidos no Brasil pela COVID-19 estão no Amazonas¹.

Dados do dia **02 de junho**, da Fundação de Vigilância e Saúde do Amazonas (FVS), o Amazonas registrou **43.195 casos**, sendo **2.102 óbitos**. Nas últimas **24 horas** foram registrados **1.421**, sendo **22 mortes**. Importante destacar o número de indígenas contaminados, maior de todo país, 626, sendo 34 mortes². Em comparação aos dados de **06 de junho**, o estado registrou **47.666 casos**, sendo **2.199 óbitos**. Nas últimas **24 horas** foram registrados **1.193 novos casos**, sendo **41 mortes**.

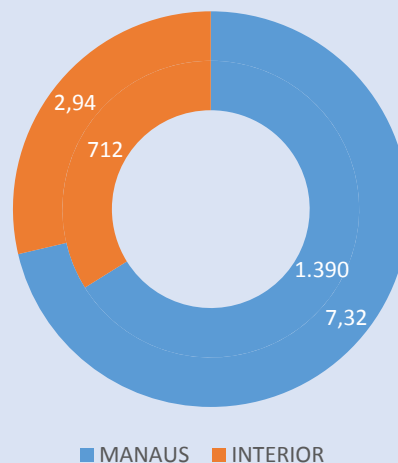
¹ Dados tabulados às 7h de 5 de junho. Foram consideradas somente as cidades com mais de 300 casos confirmados, conforme recomendação da OMS para indicadores mais robustos. Gráfico: Equipe do G1 - Mapa do Coronavírus Fonte: Secretarias estaduais de Saúde. Dados retirados do Sítio Eletrônico: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/06/casos-de-coronavirus-e-numero-de-mortes-no-brasil-em-6-de-junho.ghtml>. Visualizado dia 06.06.20.

² Dados disponíveis no sítio eletrônico: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/boletim-diario-de-casos-covid-19-02-06-2020_2K7tsBR.pdf. Visualizado dia 03.06.20.

PERCENTUAL (%) DE CASOS E DE MORTES PELA COVID19 POR POPULAÇÃO



PERCENTUAL (%) DE MORTES POR NÚMERO DE CASOS



O Estado vive um novo momento no aumento do número de casos no interior do Estado, saltou de **02 casos, em 25.03**, para **27.244 casos (57,16%)**, contra 20.422 casos em Manaus (42,84%), **até 06.06**, sabendo que esse dado é subnotificado, em virtude da não testagem da população, bem como dos pacientes com suspeita que não procuraram as Unidades de saúde, etc.

A situação da COVID-19 no Estado do Amazonas ainda é muito preocupante, com tendência de diminuição dos índices acima referidos, mas não ao ponto de considerá-la fora da curva de outros Estados brasileiros.

Apenas para comparação, enquanto no Amazonas a taxa de casos registrados por habitante está em 1,042%, em São Paulo, maior metrópole brasileira, essa taxa está em

0,256%, mas o percentual de mortes, relativamente ao quantitativo de casos, é superior ao do Amazonas, pois enquanto este está com essa taxa em 4,866%, o Estado de São Paulo apresenta, até o momento, uma taxa de 6,758%, levando a afirmação de que em São Paulo, de 100 pessoas infectadas, 7 vão a óbitos, enquanto no Amazonas, essa quantidade está por volta de 5 habitantes.

É importante entendermos um pouco a realidade do Amazonas e o reflexo da política de saúde construída no âmbito federal, estadual e municipal, a qual reforça abismos de desigualdade no acesso ao Direito à saúde nesta região, cujo território é continental, sem estrutura de transporte adequado e acessível, onde as estradas são os rios, e cuja malha rodoviária é precária e baixa, em virtude da geografia da região e da falta de interesse político e sensibilidade para pensar as políticas públicas a partir deste território rico e diverso, e que exige desenhos distintos do resto do país.

As cidades no Amazonas nascem a partir da relação com os rios, principal via de transporte, e a partir também da relação com o meio ambiente, que é a vida e essência da população que aqui vive, principalmente dos povos e comunidades tradicionais, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, que não pode ser visto como barreira para execução da política de saúde. As distâncias, geografias e bioma Amazônico, muitas vezes são usados como desculpa para não realização de políticas públicas no Estado.

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS

O Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades.

São princípios do Sistema Único de Saúde (SUS):

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Além dos princípios estruturantes do SUS há os Princípios Organizativos:

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos.
- Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização,

existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Importante destacar que para além da estrutura desenhada para o SUS, a Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que deveriam ser criados pelos estados, Distrito Federal e municípios, os Fundos de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os primeiros recebem os recursos locais e os transferidos pela União. Os segundos devem acompanhar os gastos e fiscalizar as aplicações e podem, inclusive, não aprovar o relatório de gestão apresentado pelo Ministério da Saúde. Temos recebido relatos que em função da criação dos Fundos municipais, o que gera o repasse dos recursos locais e federais, o governo do Estado não tem dado suporte, sob o fundamento de que o repasse é fundo-a-fundo, portanto, responsabilidade do município. Contudo, é fundamental entendermos qual é a responsabilidade de cada ente federativo, para perceber que tal postura fere o Direito à saúde e o SUS.

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

As secretarias estaduais de Saúde atuam, portanto, em questões que ultrapassam as possibilidades do município, em geral aquelas que envolvem maior complexidade, como tratamentos oncológicos, nefrológicos, saúde do homem, da mulher e outros procedimentos que necessitem de recursos com maior tecnologia envolvida para o diagnóstico. Os estados devem garantir 12% (no mínimo) de suas receitas para o financiamento à saúde.

A instância municipal é por onde se dá a entrada do usuário no sistema, por meio das UBS (Unidade Básica de Saúde) ou pela Equipe de Saúde da Família (profissionais de diversas especialidades médicas que acompanham um número determinado de famílias em uma área geográfica delimitada). Além dos recursos repassados pela União e pelo seu estado, as Prefeituras devem destinar (no mínimo) 15% de sua receita para a saúde.

Embora aos municípios não seja atribuída a competência para oferta de serviços de média e alta complexidade, os municípios podem estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer. Desta forma, não haveria problema em pactuar entre os municípios do interior e da capital parcerias para execução de serviços de média complexidade, como a instalação de Centros de Tratamento Intensivo (CTI's), disponibilizando profissionais, inclusive, para estabilização de pacientes mais graves para envio a capital. O que não pode é o Estado não firmar a parceria e compartilhar os recursos para oferta de serviços de complexidade da sua competência, deixando aos municípios a própria sorte no atendimento.

O que temos visto, desta forma, é que diante das informações disponibilizadas pelo governo do estado, pela imprensa e pelos relatos coletados durante esta relatoria os princípios e objetivos desenhados para o SUS não tem sido concretizados na prática no Amazonas.

A COVID-19 só agudizou e trouxe à tona as fragilidades já vivenciadas no SUS, ou seja, a gravidade com que o vírus afetou o sistema público de saúde no Estado já era vivido, na prática pelos usuários e já apontada por vários estudos realizados que avaliaram a prestação e a gestão da saúde no Amazonas.

Várias pesquisas realizadas na região pela FIOCRUZ e pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em parceria com outras Universidades desenharam o sistema de política de saúde no Estado e suas fragilidades há muito tempo, principalmente no que tange a não realização do Princípio organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) de regionalização da saúde.

o Decreto 7.508/2011 como guia da análise do processo de regionalização, evidenciou que o desenho da região Entorno de Manaus não atende ao conceito de Região de Saúde, em particular por apresentar municípios não limítrofes na composição da regional. Na documentação revisada não foi encontrada qualquer justificativa para a atual composição da regional, a qual difere da proposta disposta no PDR da SUSAM de 2003. (...). ((GARNELO et al, 2017, p. 1230).

A regionalização em saúde é vista como uma das alternativas para buscar a redução das desigualdades no acesso ao SUS, sendo caracterizada como uma integração entre os diversos níveis do cuidado à saúde, consorciada às políticas econômicas e sociais voltadas para a inclusão social e para um modelo de desenvolvimento comprometido com a redução das desigualdades regionais. (Idem, p. 1226).

Pesquisa realizada em 2017 pela FIOCRUZ e parceria com outras Universidades (GARNELO et al, 2017) aponta como principais problemas ao sistema de saúde no Estado:

A literatura tem apontado importantes desigualdades entre as regiões de saúde no país, em particular no Norte, onde 46% das regiões de saúde têm baixo IDH. Ali, a rede de serviços de saúde é insuficiente e há dificuldade de fixação de recursos humanos, principalmente nos municípios de pequeno porte. Serviços de média e alta complexidade se concentram nas capitais, em prejuízo da população que vive em áreas remotas. O repasse de recursos federais é muito inferior à média *per capita* nacional e a infraestrutura sanitária é inadequada e pouco resolutiva frente às necessidades. Há baixa institucionalidade e descontinuidade nas políticas do governo federal com pouca sensibilidade para especificidades regionais, ao lado da restrita capacidade de gestão no âmbito municipal. A regionalização tem caminhado lentamente, sendo marcante a carência de projetos que efetivem a integração intra e inter-regiões de saúde (Idem, p. 1226).

(...) o modelo de interação entre os municípios do Amazonas e Manaus, seu principal centro de poder, é binário e não em rede. Tais características são válidas tanto para a interação intermunicipal na região de saúde do Entorno de Manaus quanto para outros espaços geopolíticos no estado.

Destaca-se a desproporção demográfica entre Manaus e os demais municípios da regional e as marcadas situações de pobreza e indicadores sociais insatisfatórios, expressos nos baixos IDH, com exceção de Manaus.

(...) Manaus não apenas tem a maior população e as melhores condições de vida na regional, mas também congrega quase 60% da população do estado; contribui com 77,7% do PIB do Amazonas e detém, no conjunto de mais de 300 estabelecimentos públicos de saúde existentes na cidade, todos os serviços públicos de alta complexidade e cerca de 89% dos de média disponíveis no estado, o que obriga os usuários de todos os municípios a acorrerem à capital do estado em busca de atenção especializada^{14,17}. São iniquidades estruturais, associadas, não apenas ao isolamento geográfico e político, mas também à baixa capacidade de gestão e arrecadação pela administração dos municípios menores, o que também impossibilita a incorporação tecnológica (Idem, p. 1.227).

1.1. PRINCÍPIO DA REGIONALIZAÇÃO NO AMAZONAS

Conforme dito acima, o princípio organizativo da regionalização é fundamental para realização dos objetivos do atendimento universal das políticas de saúde. O art. 3º do Decreto nº. 7508 de 2011 dispõe que

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Quando falamos do Amazonas, estado com 1.571.000km², 4.144.597 milhões de habitantes, sendo que só na capital, Manaus, vivem 2,1 milhões, cuja densidade demográfica é de 2,23 hab./km² verificamos que metade da população está distribuída no interior do estado, de uma extensão territorial gigantesca e cuja estrutura de deslocamento de pessoas e serviços se dá pelos rios, sistema precário, a regionalização é princípio fundamental para garantia do direito à saúde.

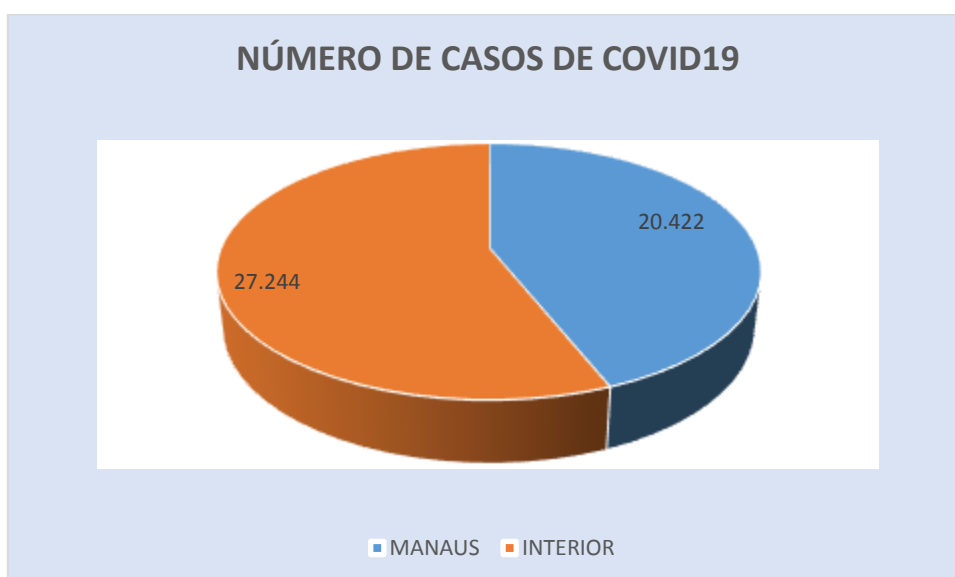
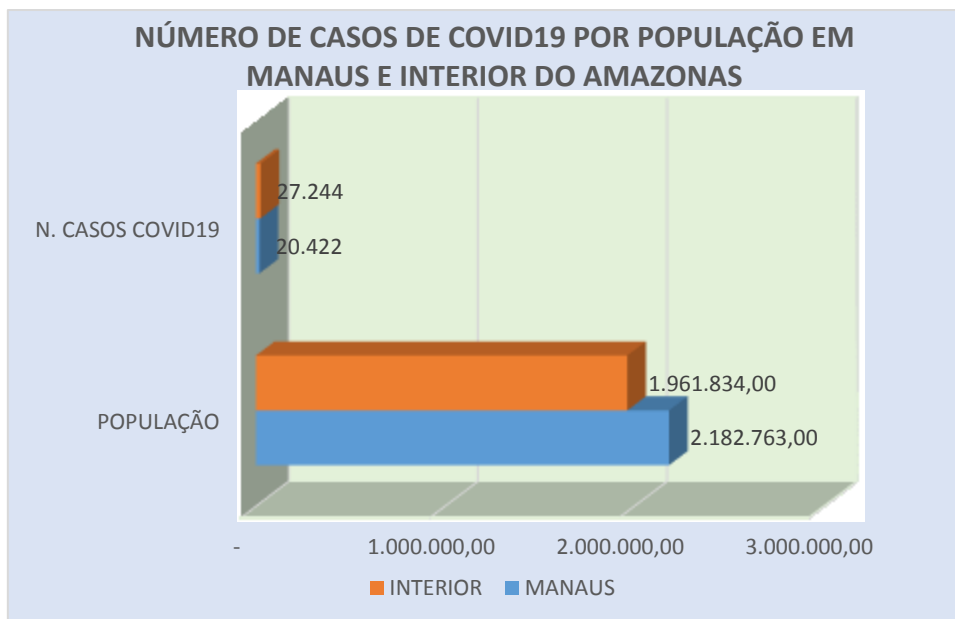
Os dados da COVID-19 no último mês (maio) trouxe um aumento preocupante dos casos de contaminação e óbito no interior, principalmente, com relação aos povos tradicionais, mais específico aos indígenas. Em comparação aos casos em Manaus, cujo número de infectados é de 20.422, com 1.432 mortes, no interior já são 27.244 casos confirmados, com 767 mortes, ou seja, o número de infectados no interior supera o número de infectados na capital.

02 de junho de 2020

ÁREA	POPULAÇÃO	N. CASOS COVID19	N. MORTES	% MORTES / CASO	% CASOS / POPULAÇÃO	% MORTES / POPULAÇÃO
MANAUS	2.182.763	18.981	1.390	7,32	0,870	0,064
INTERIOR	1.961.834	24.214	712	2,94	1,234	0,036
TOTAL	4.144.597	43.195	2.102	4,866	1,042	0,051

06 de junho de 2020

ÁREA	POPULAÇÃO	N. CASOS COVID19	N. MORTES	% MORTES / CASO	% CASOS / POPULAÇÃO	% MORTES / POPULAÇÃO
MANAUS	2.182.763	20.422	1.432	7,01	0,93	0,065
INTERIOR	1.961.834	27.244	777	2,85	1,39	0,039
TOTAL	4.144.597	47.666	2.209	4,866	1,042	0,051



Apesar de o número de mortes no interior ser significativamente menor do que o de Manaus, importante destacar que em virtude da concentração de todo atendimento de média e alta complexidade estarem na capital, os números de Manaus, podem estar preenchidos também com a população que vem do interior, já que nos municípios fora da capital não há estrutura de atendimento para os casos mais graves. Do total de 2.199 mortes registradas em todo o Estado do Amazonas, 1.432 óbitos foram nesta capital, enquanto no interior do Estado são computados, até hoje, o total de 767 falecimentos pela doença.

Esse aumento no número de casos no interior é preocupante, visto que o Plano de Regionalização da saúde no Estado não concretiza com os objetivos estabelecidos pelo

SUS, pelo Decreto n. 7.508 de 2011 – que desenha como deve ser a efetivação dos Princípios organizativos do SUS como o da regionalização-, ou seja, não há regionalização adequada do sistema de saúde no interior, concentrando na capital, Manaus, praticamente todo o serviço de atendimento de média e alta complexidade, fazendo com que os casos graves de COVID-19 no interior tenham que ser deslocados para Manaus, via avião, que não é suficiente para a alta demanda, bem como ineficiente, em virtude das distâncias e falta de estrutura nos municípios do interior.

A regionalização compreende o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde num determinado território. (GARNELO et al, 2017, p. 1230)

O que temos visto é que essa construção de estratégias tem sido concentrada no governo do Estado e sem diálogo e suporte para os municípios.

1.2. PRIVATIZAÇÃO E TERCEIRIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DA SAÚDE NO AMAZONAS

A política nacional de privatização e terceirização ocorrido desde a década de 90, principalmente durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso iniciou-se no país um grande movimento de privatização do setor público, sob o fundamento de melhoria dos serviços públicos prestados, em virtude da ineficiência destes. Neste bojo, iniciaram as discussões também com relação a privatização da saúde, saneamento básico, etc.

Aqui no Amazonas, maior bacia pluvial do mundo, a privatização da COSAMA aconteceu em 1999, desde lá, inúmeras empresas foram se revezando na administração do saneamento da cidade, culminando hoje com a AEGEA, que é a maior companhia privada de saneamento do Brasil, com 49 concessões. São 20 anos de privatização e Manaus é a quinta cidade com piores indicadores de saneamento básico do Brasil, que é um dos componentes para aferição da saúde da população. Desta forma, o COVID-19 encontra ambiente perfeito na cidade, pela precariedade de saneamento básico na cidade, seja pela não oferta de água ou água inadequada, seja pelo sistema de esgoto, precário, principalmente nas periferias da cidade.

Com forte resistência social contra a implantação dos projetos de privatização da saúde pública, apesar de não ter sido possível segurar a privatização das empresas

públicas de água e saneamento, a medida encontrada para “melhorar a oferta dos serviços de saúde” foi permitir a terceirização, quarterização dos serviços de saúde, do serviços gerais, aos médicos intensivistas, todos hoje no Estado do Amazonas são terceirizados ou quarterizados – salvo os que, eram terceirizados e em virtude de diversas greves pelo pagamento de salários, o Governador do estado resolveu contratá-los diretamente e hoje são profissionais numa situação jurídico-trabalhista precarizada, visto que muitos desses contratos são renovados mês a mês.

1.3. O DESVIO DE VERBA PÚBLICA NA ÁREA DA SAÚDE

Reflexos dessa política neoliberal de sucateamento do SUS, para justificar uma privatização total dos serviços, cria-se um vasto espaço para o desvio de verba pública, bem como de superfaturamento dos serviços e produtos nesta área. Desde 2016 vivenciamos diversas investigações criminais por desvio de verba da saúde e superfaturamento, que iniciou com a Operação Maus Caminhos e que desmontou a política de saúde no Estado.

Importante destacar que a política de saúde no Estado concentra todo o equipamento de saúde na capital da cidade, um grande equívoco, visto termos um território gigantesco , com dificuldades de

Recentemente, o Governo do estado, contratou o Hospital de uma Universidade Privada, que estava desativado, sem equipamentos e sem estrutura adequada para instalação de leitos, por um valor astronômico, que ensejou uma ação judicial para que o Governo usasse esse recurso nos hospitais que já existem e tem estrutura mínima para atender, como a ampliação no atendimento no Hospital Delphina Aziz.

Vimos, portanto, que a política colonial, elitista e provincial é uma realidade que fomenta violação de direitos e abismos sociais.

O SUS é o maior legado democrático que temos, tem a saúde como um direito fundamental e não como mercadoria. É preciso fortalecer o SUS, descentralizar e fomentar políticas de saúde básica mais regionalizada e com prioridade, bem como de ações coordenadas e democráticas dos governantes. Vejam pelo exemplo o sistema de saúde do Reino Unido, considerado o melhor e mais acessível do mundo, mas que diante de ações do Primeiro Ministro que desdenhou os impactos da Pandemia, colocou o sistema em colapso.

Existem várias CPI's abertas contra o estado para investigar o superfaturamento, o privilégio em destinação de recursos para unidades hospitalares particulares, bem como para fiscalização dos gastos públicos durante a pandemia.

É fundamental ter um SUS fortalecido e governantes comprometidos com a vida, saúde e respeito a população. O sucateamento do SUS e a falta de liderança comprometida com a população, no âmbito federal e local, mostra seus reflexos no que estamos vivendo hoje no Estado.

1.4. A GESTÃO DA SAÚDE DO GOVERNO FEDERAL

Como dito acima o Governo Federal é responsável por coordenar todas as ações nacionais no âmbito da saúde e infelizmente o que vimos é uma sucessão de contradições nas orientações, embora durante a gestão de Henrique Mandeta e a rápida passagem de Nelson Teich tenham tentado manter os Estados e municípios orientados e fortalecidos no combate a postura da Presidência da República, seja pelas ações contrárias as orientações do próprio ministério, seja as omissões diante do combate geraram na população local dubiedade do que fazer, resultando em não respeito às orientações de isolamento social, as taxas de isolamento no Estado variavam e o máximo que foi respeitado foi 50%, diferente das orientações que era de 70%.

Desta forma, a postura negativa do chefe maior do poder executivo da União gera insegurança na população e incita as pessoas a não respeitarem o isolamento social. Cria discursos contrários à saúde e a prevenção do COVID.

Entendemos que muitas pessoas, principalmente a classe trabalhadora precarizada dos serviços essenciais, na sua maioria negros e em situação de maior vulnerabilidade social não tem o direito de ficar em casa, de usar as máscaras, de não ficarem em aglomeração. Ficar em casa não é um direito, mas um privilégio que atinge uma parcela restrita da população, vulnerabilizando a grande massa da classe trabalhadora. Apesar do anúncio de políticas de mitigação da situação econômica, por meio do auxílio emergencial, vimos que foi uma medida que contribuiu para disseminação do vírus, visto o alto grau de burocratização para acesso ao auxílio, que fez com que as pessoas se aglomerassem em frente aos bancos credenciados para o pagamento.

Várias ações judiciais e extrajudiciais foram promovidas no estado, junto aos bancos, para que contribuíssem com ações para evitar a aglomeração, contudo, muitos

bancos alegaram não ser responsabilidade deles a organização das filas e disponibilização de estrutura para evitar a disseminação.

Importante destacar também que o cadastro para recebimento do auxílio foi viabilizado por um meio que boa parte da população não dispunha, celular adequado e com acesso a internet para cadastramento, o que fez com que muitas pessoas procurassem órgãos públicos e bancos para auxílio, agudizando as desigualdades de acesso a comunicação e às políticas de assistência.

E vimos a ausência de políticas específicas e reais para essas populações. O auxílio emergencial não leva em conta a diversidade social do nosso país, nem as desigualdades sociais, de acesso a internet, de educação suficiente para compreender os mecanismos de acesso ao auxílio, dentre outras. No Estado, o auxílio gera grandes aglomerações, visto os mecanismos pensados de acesso ao mesmo serem extremamente burocratizados, de difícil acesso, pois boa parte da população, principalmente as que necessitam e estão nas periferias e nos municípios amazônicos, não possuem os instrumentos tecnológicos, bem como acesso a internet, para realizarem o cadastro para recebimento do auxílio. Ademais, boa parte dos municípios do interior não dispõem de bancos ou lotéricas para recebimento dos referidos auxílios, fazendo com que as populações desses municípios tenham que se deslocar para municípios maiores para conseguirem ter acesso. As populações tradicionais amazônicas, indígenas, quilombolas, ribeirinhos acabam tendo que se expor ao risco de contaminação para terem acesso a esses benefícios, bem como as cestas básicas, conforme várias denúncias recebidas e compartilhadas conosco pelos Procuradores da República e Defensores Públicos que atuam no interior do estado.

Povos e comunidades tradicionais não tem qualquer amparo e políticas específicas voltadas a eles e isso tem agravado muito, reflexo inclusive da desigualdade que temos nosso país, que vem à tona neste caos e que fragiliza ainda mais essas populações.

As ações realizadas até o momento são insuficiente, principalmente após as mudanças ocorridas na chefia do Ministério da saúde, que diante da Pandemia teve uma postura mais alinhada a atender as demandas regionais na primeira gestão. Com todas as mudanças de paradigma na saúde pública dos últimos anos, conforme já dito, fomentadas por políticas federais neoliberais, é responsabilidade do Governo Federal rever esse direcionamento e fomentar o fortalecimento da saúde pública, do SUS, e maior fomento à saúde básica nos Estados.

Vimos que no Amazonas e deve ser reflexo em outros Estados, mas o que vimos aqui, com a concentração de recursos para outros segmentos da saúde, o que faz com que

haja concentração dos hospitais de urgência e emergência e todo atendimento especializado nas capitais, a população do interior, os indígenas, ribeirinhos e quilombolas fiquem completamente desassistidos, daí os altos índices de contaminação e morte no interior.

Outra medida que tem fortalecido a expansão da contaminação na Amazônia é a política permissiva de grilagem em terras indígenas, autorizada por este Governo, por meio da Instrução Normativa 9 de abril deste ano, além de todo o discurso do Presidente para ocupação ilegal e inconstitucional de terras indígenas, seja por grileiros, autorizado pela normativa acima, seja por madeireiros, pecuaristas e mineradores (legais e ilegais). A invasão a essas terras tem levado o vírus para populações indígenas que são vulneráveis imunologicamente falando e sem estrutura de saúde adequada aos indígenas e com o sucateamento das estruturas de fiscalização, a situação toma proporções alarmantes na região. A situação indígena no Estado é alarmante, pois os indígenas estão morrendo e não há qualquer registro destas mortes, principalmente dos indígenas que vivem perto ou nos centros urbanos.

Outro ponto sensível, no que tange a postura do governo federal, foi o aniquilamento do Mais Médicos, encerrando a prestação de saúde e praticamente expulsando os médicos que prestavam atendimento, atenção básica, nos lugares mais isolados da região, que hoje se veem desassistidos, agravando muito a situação da Pandemia no Estado, cujo principal problema é falta de recursos humanos, principalmente médicos, para o atendimento.

Fora toda a política de ódio e de caos fomentada pelo Governo Federal que ao invés de trabalhar conjuntamente com todos os poderes e com toda a população brasileira, cria fatos políticos de cisão, de caos e de morte.

O governo do estado, sabendo de todo o sucateamento pelo qual o sistema de saúde vinha passando, e diante da não obediência da população para respeitar as orientações para evitar a propagação do vírus, demorou a tomar medidas concretas e específicas da nossa região. Três pontos são muito sensíveis aqui, falta de leitos e um hospital de campanha forte e com atuação completa, falta de médicos para atuarem na cidade e no interior, bem como a falta de recursos e atenção médica para os municípios do interior, que não fazem parte da região metropolitana.

O Hospital Delphina Aziz, inaugurado em 2015³ foi mobilizado para ser o hospital de referência e para onde iriam todos os casos graves e de UTI, contudo em virtude do aumento nos casos e a insuficiente estrutura mobilizada do Delphina, outros Hospitais passaram a receber os casos, como o Hospital 28 de agosto e o Hospital João Lúcio, sem qualquer estrutura específica de combate ao COVID-19 e sem orientação adequada aos servidores da saúde.

Ao invés de fortalecer hospitais públicos, como estes acima, mas também o Hospital Universitário Getúlio Vargas, e hospitais como a Beneficente Portuguesa, que é sem fins lucrativos, contratou uma estrutura de hospital privado, que é o Hospital da Nilton Lins, que estava fechado e sem estrutura, por um valor exorbitante, que fez com que o Tribunal de Contas do estado, bem como o Ministério Público ingressasse com demanda contra o estado. Só para termos uma ideia do erro do Governo do estado, o Hospital Delphina Aziz tem capacidade para 272 leitos de internação, contudo, hoje disponibiliza, 100 leitos, consoante dados da Secretaria de saúde.

O Estado tem recebido materiais como EPI's, respiradores do governo federal, mas sem disponibilização de leitos e sem médicos não há a efetividade na prestação de saúde a população. A falta de médicos na capital e no interior tem sido um grande problema aqui, apesar do envio de profissionais, pelo Governo Federal. Os profissionais de enfermagem, técnico em enfermagem e de exames radiológicos, os trabalhadores da área de serviços gerais estão trabalhando em situações desumanas, com a falta de EPI's e de estrutura para trabalhar, sem os salários, em alguns setores, que ainda estão sendo feitos via terceirização, e sem auxílio psicológico para lidar com a pior das situações que uma pessoa pode passar que é de ter que escolher quem vive e quem morre.

Várias denúncias foram recebidas no que tange a não disponibilização dos EPI's e a falta de orientação e fluxos de uso pelos profissionais da saúde, tanto no sistema de saúde do Estado, seja do Município.

Além disso, a situação nas UPAS também entrou em colapso, e hoje quem precisa de atendimento de urgência, seja por COVID-19, seja por qualquer outra enfermidade

³ conta com 30 consultórios de ambulatório, 50 leitos de UTI, 272 leitos de internação, 11 salas cirúrgicas, um parque tecnológico para realização de exames contato com: Endoscopia, Colonoscopia, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, RX Telecomandado, cardiologia com exame de mapa holter, esteira ergométrica, eletrocardiograma, ecocardiograma e mamografia, possui 36.000 m² de área construída e 80.000 m² de área total. E apesar de ser um gigante da saúde, opera com a capacidade reduzida, podendo ser utilizado em sua totalidade.

não tem onde ser atendido, pois as UPAS não tem mais capacidade para receber novos pacientes.

Por tudo que já dissemos, era uma tragédia anunciada o que aconteceria no sistema de saúde do Estado, contudo a falta de uma liderança, de ações conjuntas entre os entes federados e entre o Executivo e Legislativo agrava ainda mais nossa situação e nos deixa à deriva neste rio de irresponsabilidades e de políticas coloniais.

1.5. OS IMPACTOS DA AUSÊNCIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE REGIONALIZADAS NA REGIÃO AMAZÔNICA

Como dito acima, a Amazônia nunca foi pensada como uma região rica, pela sua diversidade social, ambiental e étnico-racial. A Amazônia sempre foi vista como uma grande área inóspita que não tinha habitantes e que deveria ser explorada. Partindo desse pressuposto, todas as parcas políticas pensadas para região, passaram por essa lógica, o principal exemplo que temos foi a criação da Zona Franca de Manaus, em 1967, durante o regime civil-militar, e que tinha como objetivo trazer “desenvolvimento” para o Estado e possibilitar o controle de fronteiras. Mais recentemente, temos como exemplo, toda a política de mitigação às legislações ambientais e territoriais, as quais promovem ocupação, grilagem, desmatamento e exploração da Amazônia. Barragens, hidrovias, pastos para gado, exploração mineral todas fomentadas por políticas vindas do Governo Federal.

Agrava a situação também o fato de as políticas públicas pensadas a partir dos gabinetes em Brasília, não levarem em consideração as peculiaridades da Amazônia e dos seus povos, bem como a concentração dos principais mecanismos de políticas públicas concentrarem-se nas capitais, deixando os municípios do interior a mercê da própria sorte.

Enquanto o Estado brasileiro olhar para Amazônia como esse não-lugar, e que portanto, pode ser explorado e pensado de qualquer forma, vivenciaremos abismos gigantescos na prestação de políticas públicas, principalmente as de saúde, que aqui entendemos conjuntamente saúde, assistência social, saneamento básico e alimentação adequada.

2. TRABALHADORES (AS) DA SAÚDE

Desde o início dos anos 2000, setores de serviço da saúde passaram a ser executados por empresas privadas, sob o fundamento de economia para o Estado, bem como pela melhoria no atendimento. De técnicos de enfermagem a anestesistas, praticamente todos os serviços são praticados por particulares contratados por empresas de terceirização-quarteirização e cooperativas. O principal problema que vimos aqui é a precarização das relações de trabalho, o superfaturamento na contratação dessas empresas, e o atraso no pagamento dos trabalhadores desta área e a atual precarização das relações de trabalho de alguns profissionais da saúde que foram contratados diretamente pelo governo, com contratos temporários, inclusive com contratos renovados mês a mês.

Desde 2017 inúmeras greves foram feitas pelos servidores para recebimento dos salários. No início deste ano, em virtude do atraso no pagamento desses servidores, por mais de três meses, o Governador do estado resolveu contratar diretamente todos os técnicos de enfermagem e enfermeiros terceirizados.

No dia 27.04.20 houve nova paralisação de servidores do Hospital 28 de agosto, o maior hospital de urgência do Amazonas, porque além da falta de EPI's e condições dignas de trabalho, os servidores estão com os salários atrasados. Importante destacar que 20 funcionários que participaram das greves foram colocados à disposição da Secretaria de Saúde, ou seja, foram dispensados por terem feito a manifestação.

Até a presente data inúmeras denúncias foram feitas em virtude de não pagamento de salário de segmentos da saúde.

Outro ponto é com relação a estrutura inadequada aos servidores da saúde. Estado tem recebido materiais como EPI's, respiradores do governo federal, contudo não tem disponibilizado de forma adequada, conforme denúncia dos servidores da saúde, para os profissionais, mas sem disponibilização de leitos e sem médicos não há a efetividade na prestação de saúde a população, principalmente no interior.

A falta de médicos na capital e no interior tem sido um grande problema aqui, apesar do envio de profissionais, pelo Governo Federal. Os profissionais de enfermagem, técnico em enfermagem e de exames radiológicos, os trabalhadores da área de serviços gerais estão trabalhando em situações desumanas, com a falta de EPI's e de estrutura para trabalhar, sem os salários, em alguns setores, que ainda estão sendo feitos via

terceirização, e sem auxílio psicológico para lidar com a pior das situações que uma pessoa pode passar que é de ter que escolher quem vive e quem morre.

Várias denúncias foram recebidas no que tange a não disponibilização dos EPI's e a falta de orientação e fluxos de uso pelos profissionais da saúde, tanto no sistema de saúde do Estado, seja do Município.

Outra questão que tem sido objeto de uma ação judicial é a informação quanto aos servidores da saúde que fazem parte do grupo de risco, no que tange ao afastamento do serviço.

A principal dificuldade apontada por todos que dialogamos até o presente momento é a falta de transparência das ações, a falta de articulação das ações e a disponibilidade dos fluxos e informações aos funcionários, a sociedade e aos órgãos públicos.

3. OS IMPACTOS DA COVID-19 NAS POPULAÇÕES COM MAIOR VULNERABILIDADE SOCIAL

3.1. POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS

No Brasil, as populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas estão no topo da lista das mais afetadas pela pandemia do COVID-19.

A questão quilombola e ribeirinha é gravíssima no Amazonas e em todos os estados da Região Norte. Em acordo com os dados apresentados pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), a partir de monitoramento autônomo desenvolvido pela CONAQ junto aos territórios em que atua, já são 355 casos confirmados de COVID-19 e 60 óbitos de quilombolas no Brasil⁴. Em relação ao panorama nacional, a CONAQ utiliza os dados das Secretarias Estaduais de Saúde, os quais agregam o painel oficial do Ministério da Saúde. O Pará é, hoje, a unidade da federação em que as comunidades quilombolas foram mais atingidas pela pandemia, com 18 mortes e 163 casos confirmados. O Amapá, com 12 quilombolas mortos e 165 casos confirmados até o momento, é o segundo estado mais impactado.

⁴ <https://quilombosemcovid19.org/>

O Estado do Amazonas abriga a maior diversidade étnica do país, com 61 grupos étnicos-linguísticos, totalizando aproximadamente 200.000 indígenas em todo o estado, mais de 20% da população indígena do país (IBGE, 2010). Sem políticas públicas específicas para o combate à disseminação da Covid-19, os povos indígenas precisam lidar com a alta transmissibilidade da doença e um cenário de intensas violações em seus territórios, como aquelas impostas pelo Projeto de Lei 2.633, PL da Grilagem, que possibilita a regularização fundiária de terras indígenas.

3.1.1. *POVOS INDÍGENAS*

Em Nota Técnica⁵ apresentada por equipes do Centro de Sensoriamento Remoto (CSR-UFGM) e o Instituto Socioambiental – ISA sobre a vulnerabilidade dos povos indígenas ao COVID, sobretudo no Estado do Amazonas, as entidades apontam para a vulnerabilidade social de populações isoladas e limitações relacionadas com a assistência médica e logística de transporte de enfermos. Os Yanomami, por exemplo, vivem em grandes malocas coletivas, onde o isolamento social é prática impossível. Utensílios domésticos são compartilhados. Redes são divididas e a contaminação pode significar o extermínio desse povo. A vulnerabilidade dos Yanomamis se agrava com a invasão dos seus territórios por garimpeiros, madeireiros e grileiros.

A possibilidade de subnotificação das populações indígenas e a falta de vigilância dos vetores de dispersão da doença podem impactar seriamente a capacidade de controlar a transmissão da Covid-19. Além da mortalidade populacional, a diminuição da integridade socioeconômica pode reduzir ainda mais a capacidade dos povos indígenas em lidar com a crescente fragilização das políticas públicas de saúde e proteção territorial.

O Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, criado na Assembleia Nacional de Resistência Indígena, realizada nos dias 8 e 9 de maio, registrou aumento de 550% no número de óbitos de indígenas desde a disseminação da pandemia nos territórios indígenas. Desde então, o Comitê e a Articulação dos Povos Indígenas Brasileiros – APIB vêm monitorando os dados referentes à pandemia entre a população indígena e divulgando, mensalmente, boletins com os dados atualizados. O último boletim, divulgado em 06 de junho de 2020, registrou 236 mortes de indígenas. Até o fechamento deste documento, o portal criado pelo Comitê e APIB, indicava 2.463 indígenas

⁵ Download: https://drive.google.com/file/d/1H596_oDmOGf4mOTziHGIRbYM17PdyCVj/view

infectados, 236 mortos e 93 povos indígenas⁶ atingidos pela pandemia, em 20 estados. Um número aproximado, tendo em vista que a baixa testagem não permite a exatidão dos dados e o critério de localização do paciente, utilizado pela Sesai - Secretaria de Saúde Indígena para confirmar os casos, apenas registra como indígena os casos de indígenas aldeados, em contexto rural, excluindo os que vivem em contexto urbano que entram nas estatísticas municipais e estaduais.

Segundo os dados da SESAI – Secretaria de Saúde Indígena, apresentados no seu último boletim virtual e atualizados em 05 de junho de 2020, sobre a situação da pandemia do Covid-19 em indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - informações obtidas junto aos trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e validados pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), são 73 povos afetados, no total, 1832 casos confirmados e 73 óbitos⁷. Em todo o Brasil, a Secretaria presta atenção básica aos povos aldeados, por meio dos Distritos Sanitários – DSEIs, e os indígenas que vivem em cidades, em territórios ainda não homologados, não entram nas estatísticas oficiais e têm que buscar atendimento nos postos do SUS. No Amazonas, 7 DSEIs acompanham o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde Indígena e Casas de Saúde Indígena em todo o Estado. O DSEI com maior número de casos, no Estado, é o do Alto Rio Solimões, com 407 casos confirmados e 23 óbitos. Seguida pelo Alto Rio Negro com 113 confirmados e 5 óbitos e o Médio Rio Solimões e Afluentes com 77 casos e 5 óbitos.

A Secretaria de Saúde Indígena – SESAI apresentou, em 05 de junho de 2020, oficialmente os dados de óbitos de 39 indígenas no Estado do Amazonas. Já a APIB, nas suas redes sociais, declarou que 68 povos foram atingidos na Amazônia brasileira, sendo o Amazonas (26 povos) e o Pará (19 povos) os mais atingidos. A Articulação, também, noticiou a morte de 130 indígenas no Estado do Amazonas (o triplo dos casos apresentados pela SESAI), a partir de dados coletados nas organizações indígenas regionais, até às 14h30min do dia 06 de junho de 2020 – Kokama (55), Tikuna (16), Baniwa (7), Tukano (6), Baré (5), Apurinã (4), Mura (3), Koripako (2), Desana (1),

⁶ A APIB reuniu um grupo de lideranças, pesquisadores, comunicadores e ativistas para identificar, verificar e registrar os casos de contaminação e óbitos de Covid-19 entre indígenas, independentemente do local onde residem. Estatísticas, povos atingidos e outras informações são publicadas semanalmente no boletim elaborado pela coalizão Quarentena Indígena. Ver: <http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>

⁷ <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>

Matsés (Mayoruna) (1), Munduruku (1), Karapana (1), Omagua-Kambebe (1), Sateré Mawé (1), Tariano (1), Werekena (1), Não identificado (24).

De acordo com as organizações indígenas e lideranças, as principais dificuldades para a contenção da pandemia na Amazônia é o descaso do poder público e a própria logística na Amazônia, com distâncias longas e infraestrutura precária. Isso forçou as lideranças a aconselharem os povos indígenas a não receberem visitas, com exceção das equipes de saúde. Várias barreiras sanitárias foram montadas nas entradas das aldeias para evitar o acesso de pessoas que não fazem parte da comunidade, com o apoio dos Distritos Sanitários - DSEI, as prefeituras municipais, Defesa Civil, Polícia Militar e lideranças indígenas.

Embora não apresente nenhum caso de morte de indígena, segundo o Boletim da Sesai, a Terra indígena Vale do Javari é um território que precisa de muita atenção e proteção, tendo em vista que possui o maior número de registros de povos indígenas isolados (nove registros confirmados) ou de recente contato. Segundo a Nota Técnica emitida pelo Centro de Sensoriamento Remoto (CSR-UFMG) e o Instituto Socioambiental – ISA, menos de 5% da população possui mais de 60 anos e um quarto da população indígena é de menores de 14 anos. Colocando o desaparecimento dos mais velhos como uma realidade assustadora que implicaria em consequências irreversíveis ao patrimônio cultural dos povos do Javari. As entidades também chamam a atenção para a presença de missionários evangélicos no território, colocando a população em risco.

Visando o mapeamento da atuação do Ministério Público Federal nos territórios indígenas, as relatoras realizaram reunião com a Procuradora Dra. Aline Moraes Martinez Dos Santos (PR-Tabatinga/AM) que acompanha a situação dos povos indígenas de Atalaia do Norte, Vale do Javari, do Alto Solimões e Médio Solimões. Na reunião, a Procuradora falou da sua preocupação em relação à situação dos povos indígenas nesses territórios, tendo em vista a ausência de unidades de saúde para os casos de alta complexidade que evitassem a remoção das pessoas a Manaus. A Procuradora disse que a sua Procuradoria emitiu várias recomendações para implementação e adequação das estratégias de isolamento, quarentena e prevenção nas comunidades indígenas.

São mais de 75.000 indígenas só no Alto Solimões; e muitos vivem no contexto urbano, exigindo recomendação emitida pelo Ministério Público Federal aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI para a adequação do atendimento aos indígenas não-aldeados – autodeclaração, sem a exigência do RANI ou outro documento; o respeito à cultura de cada povo e a presença de intérprete com a intermediação de liderança

indígena e a FUNAI. Segundo a Procuradora, não há intérprete nas unidades de saúde indígena e isso prejudica o atendimento humanizado e o compartilhamento das informações sobre prevenção e cuidado. A Procuradoria de Tabatinga também emitiu recomendação ao Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT) para a adequação do atendimento, respeitando a nomeação indígena. Embora seja um hospital militar, o HGuT tem atendido a população local durante a pandemia do Covid-19. A partir da recomendação do MPF, a direção do Hospital fez uma nota técnica com a adequação de procedimentos e formulários de identificação das pessoas. Evitando que indígenas sejam apresentados nos documentos como pessoas “pardas” ou “amarelas”, por exemplo.

Muitos indígenas saem de suas comunidades em estado grave, exigindo atendimento de alta complexidade. Como não há nos municípios, são removidos para Manaus. Dos 32 casos removidos de Tabatinga, 16 morreram durante a transferência. Imagina-se que isso é decorrente da remoção tardia ou pelas condições da remoção. Com a participação de lideranças indígenas, o Ministério Público Federal emitiu recomendações ao Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT) e à Sesai – Secretaria de Saúde Indígena voltadas à adoção de estratégias para a redução do número de transferências; apoio às iniciativas de oxigenoterapia nas unidades de saúde indígena, evitando, assim, as transferências; respeito à saúde tradicional indígena, equipar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para a melhoria do atendimento, evitando a redução das transferências; e a instalação de uma unidade hospitalar indígena de alta complexidade em Tabatinga. Nos territórios do Vale do Javari, do Alto Solimões e Médio Solimões, muitas vezes acontecem duas remoções: atendimento na Aldeia com remoção para Tabatinga - Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT) e transferência para Manaus.

O MPF também expediu recomendação para adequação das medidas adotadas junto aos povos indígenas do Alto e Médio Rio Negro. O documento foi encaminhado a diversos órgãos, entre eles o Ministério da Cidadania, a Fundação Nacional do Índio (Funai), o Exército e o INSS. Apesar da urgência das medidas, os órgãos apresentaram respostas pouco concretas que indicam o não acatamento da recomendação, levando à apresentação da Ação Civil Pública que tramita na 3ª Vara Federal no Amazonas, sob o número 1007677-04.2020.4.01.3200. A ACP, visa assegurar medidas diferenciadas e adequadas à realidade dos povos indígenas da região do Alto e Médio Rio Negro, no Amazonas, na implantação do auxílio emergencial e na destinação de cestas básicas em caráter de urgência aos povos indígenas, além de outras providências que contribuam para

a permanência dos indígenas nas aldeias como forma de evitar a transmissão do Covid-19.

Importante destacar a segurança alimentar e o respeito às práticas tradicionais indígenas de alimentação e sustentabilidade para a adequação das cestas fornecidas pela FUNAI e Ministério da Cidadania, de forma que os alimentos fornecidos estejam em acordo com a cultura local de cada povo. Assim, é necessário um esforço coletivo entre os órgãos e equipes atuantes nos territórios, visando o compartilhamento de informações sobre as culturas locais para o aperfeiçoamento dos procedimentos e evitando ações repetidas dos órgãos nos territórios. Outra questão preocupante para as organizações indígenas são as manifestações de racismo por parte da população não-indígena, que atribuem aos povos indígenas a contaminação nos contextos urbanos. Como ocorreu em Pauini-AM e denunciado pela Associação dos Povos Indígenas Apurinã e Jamamadi – OPIAJ em nota de repúdio publicada em 06 de junho de 2020, nas redes sociais da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB.

As relatoras dialogaram com a direção da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN que confirmou o grave problema em relação à segurança alimentar dos povos indígenas e a distribuição de cestas básicas nos territórios. A Federação tem acompanhado a tramitação da Ação Civil Pública ajuizada pelo MPF (processo n. 1007677-04.2020.4.01.3200/AM) que obteve decisão liminar, em sede de Agravo de Instrumento, em 08 de maio de 2020, determinando a distribuição de alimentos, no prazo de 05 dias, porém, até a data presente, as cestas não foram entregues. A Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB apresentou um cronograma com previsão de entrega para 14 de julho e muitas comunidades já estão com urgência de gêneros alimentícios, materiais de higiene e utensílios agrícolas para fazerem a sua roça. A dificuldade de acesso a esse tipo de alimentos/materiais faz com que as pessoas das comunidades desçam à cidade, onde podem adquirir o que necessitam e ser contaminadas.

A Federação relatou sobre a inadequação do recebimento do auxílio emergencial, principalmente em São Gabriel da Cachoeira que possui apenas uma agência lotérica e tem gerado aglomeração para o recebimento do auxílio. O município apresenta um nível alarmante de contaminação por Covid-19. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), divulgados em 04 de junho de 2020, apontam 2.232 casos confirmados e 26 óbitos. O DSEI Alto Rio Negro, no entanto, aponta apenas 113 indígenas contaminados, com base em informações dos polos-base. Acredita-se que há subnotificação dos casos envolvendo indígenas. Ainda, os DSEIs locais (Rio Negro e Yanomami) noticiam a falta

de teste e medicamentos para tratamento e testagem da população que vive em zona rural, e a SESAI não se responsabiliza pelo tratamento de indígenas que vivem em contexto urbano, em um município que 85% de sua população é indígena e a maior parte está na cidade. A Federação alega que o poder público municipal não tem estrutura para atender e testar todos os indígenas da cidade.

3.1.2. QUILOMBOLAS E RIBEIRINHOS

A questão quilombola e ribeirinha é gravíssima no Amazonas e em todos os estados da Região Norte. Em acordo com os dados apresentados pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), a partir de monitoramento autônomo desenvolvido pela CONAQ junto aos territórios em que atua, já são 355 casos confirmados de COVID-19 e 60 óbitos de quilombolas no Brasil⁸. Em relação ao panorama nacional, a CONAQ utiliza os dados das Secretarias Estaduais de Saúde, os quais agregam o painel oficial do Ministério da Saúde. O Pará é, hoje, a unidade da federação em que as comunidades quilombolas foram mais atingidas pela pandemia, com 18 mortes e 163 casos confirmados. O Amapá, com 12 quilombolas mortos e 165 casos confirmados até o momento, é o segundo estado mais impactado.

O Amazonas tem 184 localidades quilombolas e somente 8 territórios reconhecidos como quilombolas, o quilombo do Tambor em Novo Airão (um dos maiores territórios quilombolas do Brasil), os quilombos Boa Fé, Ituquara, São Pedro, Tereza do Mutupuri e Trindade no Município de Barreirinha, o quilombo Urbano de São Benedito da Praça 14 e o quilombo do Lago do Serpa no município de Itacoatiara.

O esbulho e a invasão aos territórios é uma grave situação que agudiza e fomenta situações de maior vulnerabilidade a transmissão, expulsados de seus territórios, tem nas cidades a possibilidade de maior acesso a políticas e menos risco de morte, diante dos conflitos e embates no campo. Ir para as cidades tem gerado problemas de acesso a saúde indígena, pois acabam não tendo qualquer atendimento da política específica para eles, por estarem nas cidades.

É o que temos visto, principalmente com os quilombolas em virtude do desmonte da Fundação Palmares, da coordenação quilombola no INCRA, fragilizando o acesso as

⁸ <https://quilombosemcovid19.org/>

políticas públicas desenhadas pelo Programa Brasil Quilombola, o que dificulta o atendimento adequado a essa população. Por exemplo, os quilombos de Barreirinha tem tido dificuldade em garantir a segurança alimentar, visto que sem a política quilombola no INCRA estão sem receber as cestas básicas, sem condições de irem a cidade, em virtude da proibição do tráfego de embarcações, estão ilhados no território sem acesso as cestas, sem acesso aos benefícios e sem atendimento adequado à saúde.

Outro exemplo é do Quilombo Urbano de São benedito da Praça 14, cuja principal fonte de renda era a venda de alimentos em bancas, ou seja, a maioria está no trabalho informal, não tem conseguido trabalhar e nem receber o referido auxílio emergencial. A ajuda e mobilização da sociedade civil é que tem permitido a arrecadação de alimentos, materiais de limpeza e máscaras para envio destes a esses territórios.

No mês de maio, foi informado que cinco quilombolas, do Quilombo do Lago do Serpa em Itacoatiara, foram contaminados com a COVID-19, sendo um óbito. A falta de identificação das pessoas contaminadas, para que as políticas sejam direcionadas de acordo com a estrutura de saúde, que no caso quilombola, tem guarida na saúde da população negra, sequer são vistos, contabilizados e atendidos pelo sistema de saúde.

Hoje vimos cada vez mais o deslocamento forçado dos povos e comunidades tradicionais para um não-lugar, e em assim sendo, transformando-os em não-sujeitos, o que permite o seu extermínio, a sua invisibilização e a sua subnotificação diante da Pandemia.

3.2. IMPACTO NA VIDA DAS MULHERES

As mulheres são as mais afetadas pela Pandemia do COVID-19. Formadas socialmente para serem as cuidadoras, seja como profissão – daí a situação de precariedade das trabalhadoras formais nas áreas de serviços essenciais, principalmente as que estão nas áreas de saúde e serviços gerais, mas também as trabalhadoras do mercado informal que pela política do isolamento perderam seus espaços de trabalho, como as ruas, suas rendas e, com a dificuldade de acesso às políticas de assistência, veem-se em situações gravíssimas de fome, de vulnerabilidade social total; seja a situação das mulheres cuidadoras nas suas famílias que se veem, também, expostas aos riscos de contágio por estarem ao lado dos entes familiares adoecidos.

O fato de algumas mulheres estarem em casa agrava a situação da violência doméstica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e diversas autoridades de saúde nacionais e internacionais têm apontado a casa como um dos ambientes mais seguros em tempos de pandemia do Covid-19 e a forma mais eficaz para conter o avanço do vírus. Entretanto, para muitas mulheres vítimas de violência doméstica, ficar em casa não é sinônimo de proteção.

No início do mês, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH), anunciou um aumento em março de 9% no número de chamadas ao Ligue 180, que recebe denúncias de violência contra a mulher. Ficar em casa virou sinônimo de violência, agressão e opressão para muitas mulheres, que, em virtude da Pandemia, muitas vezes optam pelo silenciamento com medo de não terem para onde ir.

No âmbito da Secretaria de Segurança Pública, o Amazonas possui apenas três DEAMs (Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher) concentradas em Manaus e somente em 10 municípios do interior do Estado existem Delegacias Especializadas que acumulam o atendimento às mulheres, idosos, crianças vítimas e adolescentes que cometem atos. Verificou-se que não existe na estrutura da Polícia Civil nenhuma unidade que coordene ou fiscalize, especificamente, as ações policiais voltadas ao combate à violência contra mulher, bem como as DEAMs e as especializadas do Interior; assim como não há uma padronização, nem o devido atendimento acolhedor, com equipes devidamente qualificadas e capacitadas de forma permanente, às mulheres vítimas de violência.

Em reunião com o Fórum Permanente de Mulheres de Manaus – FPMM, entidade que reúne 37 coletivos e organizações com atuação no Estado, as militantes relataram que as mulheres encontram dificuldades no acesso ao atendimento que possui inúmeras deficiências. A Rede de atendimento às mulheres não conta, hoje, com uma Casa Abrigo funcionando para receber as mulheres vítimas de violência que precisam de proteção, tal como preconiza a Lei Maria da Penha. Segundo as integrantes do Fórum, a unidade está fechada. Outros pontos destacados para as relatoras foi o aumento exponencial do feminicídio no Amazonas, de 300% em 2019. O que sugere o aumento da violência doméstica no contexto de pandemia, tendo em vista as condições de insegurança para as mulheres; o atendimento descontinuado do pré-natal das mulheres grávidas nos postos de saúde dos bairros, forçando-as a procurarem os hospitais e maternidades; e a violência obstétrica que não dá pra monitorar, tendo em vista que as mulheres não podem entrar com acompanhante na maternidade.

A Presidenta do Conselho Estadual de Políticas para as Mulheres informou que a Casa Abrigo de Manaus voltou a funcionar e está pronta para o atendimento às mulheres. Ela também informou que o Serviço de Atendimento Emergencial às mulheres está funcionando cotidianamente, mas não faz a busca ativa dos casos quando recebe denúncia. O único atendimento descentralizado e móvel é a Ronda Maria da Penha que atende uma parte da Zona Leste de Manaus. Deixando a maioria dos bairros desassistida.

A Secretaria de Estado de Educação –SEDUC tem implementado o regime especial de aulas não presenciais (educação à distância) com aulas e diversos conteúdos pedagógicos voltados aos alunos/as da Educação Básica (Ensino Fundamental e Ensino Médio), disponíveis nos canais abertos da TV Encontro das Águas, plataformas virtuais e por meio de aplicativos de mensagens instantâneas ou outros dispositivos de comunicação à distância, em parceria com as prefeituras. Neste processo educação em casa, as mulheres em geral tem protagonizado o acompanhamento educacional dos filhos/as no processo de estudo em casa. Na área da educação a Lei Estadual 4.923/2019, institui no Estado do Amazonas a “Campanha Permanente de Combate ao Machismo e Valorização das Mulheres”, no âmbito da rede pública de ensino”, entretanto durante a pandemia não foram identificadas nas políticas educacionais ações voltadas para este tema.

A perda da renda e o acúmulo das tarefas domésticas também são fatores que agravam muito a situação das mulheres. No que tange às mulheres negras, os riscos e violação de direitos são outros: como a maioria está nos trabalhos mais precarizados, de baixo reconhecimento, ou da informalidade, precisam, muitas vezes, expor-se ao risco para garantirem o sustento da família. A situação das trabalhadoras domésticas, por exemplo, é gravíssima, pois muitas foram dispensadas e, conseqüentemente, não têm de onde retirar o sustento; outras não foram dispensadas e continuam se expondo ao risco da contaminação, sem o direito de ficar em casa e cuidar da saúde individual e da sua família.

Em Manaus, algumas entidades da sociedade civil criaram a Rede de Solidariedade das Mulheres de Manaus no início de abril de 2020 para atender mulheres chefes de família em bairros da periferia de Manaus. Desde então, tem recebido alimentos, máscaras, materiais de higiene e limpeza e manifestações de profissionais que se colocaram à disposição para realização de atendimentos psicológicos. As doações possibilitaram atender 23 mulheres, chefes de famílias das Zonas Leste, Norte, Centro, Centro-Sul e Oeste de Manaus. Muitas estão dentro do grupo de risco (diabéticas,

hipertensas, acometidas por artrose, chefes de família que não mais puderam desenvolver seus trabalhos informais).

3.3. SISTEMA PRISIONAL

Atualmente, o Estado do Amazonas possui 74 estabelecimentos de privação de liberdade, entre unidades prisionais e delegacias do interior, totalizando 5.074 vagas. Destas há 10 unidades prisionais na capital e 8 unidades prisionais no interior sob a administração da Secretaria de Administração Penitenciária, totalizando 4.356 vagas. As Unidades Prisionais divididas da seguinte forma:

CAPITAL		INTERIOR	
ESTABELECIMENTO	QTD de vagas	ESTABELECIMENTO	QTD de vagas
CASA DO ALBERGADO DO AMAZONAS	775	UNIDADE PRISIONAL DE COARI	51
CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE MANAUS I	568	UNIDADE PRISIONAL JOÃO LUCENA LEITE	33
CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE MANAUS II	651	UNIDADE PRISIONAL DE ITACOATIARA	125
CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA FEMININO	180	UNIDADE PRISIONAL DE MANACAPURU	21
CENTRO DE RECEBIMENTO E TRIAGEM	10	UNIDADE PRISIONAL DE MAUES	50
COMPLEXO PENITENCIARIO ANISIO JOBIM - REGIME FECHADO	454	UNIDADE PRISIONAL DE PARINTINS	36
ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA DE MANAUS	20	UNIDADE PRISIONAL DE TABATINGA	108
INSTITUTO PENAL ANTÔNIO TRINDADE	496	UNIDADE PRISIONAL DE TEFE	80
PENITENCIARIA FEMININA DE MANAUS - REGIME FECHADO	72		
UNIDADE PRISIONAL DO PURAQUEQUARA	626		
TOTAL	385	TOTAL	504

Fonte: Dados coletados do Geoprisões/CNJ

O Conselho Nacional de Justiça, através dados obtidos via inspeções judiciais do Tribunal de Justiça do Amazonas, identificou que metade das unidades prisionais do Estado estão em condições ruins ou péssimas. Sendo a maioria, unidades do interior do Estado. Das 8 unidades prisionais do interior, 7 apresentam situação classificada como péssima, a única exceção é a Unidade Prisional de Itacoatiara que foi classificada como boa. Na capital, 7 em situação regular (Casa do Albergado do Amazonas, Centro de Detenção Provisória Feminina, Centro de Recebimento e Triagem, Enfermaria Psiquiátrica de Manaus, Instituto Penal Antônio Trindade, Penitenciária Feminina de Manaus, Unidade Prisional de Puraquequara), 1 em situação ruim (Centro de Detenção Provisória de Manaus I), 1 em situação péssima (Complexo Penitenciário Anísio Jobim – regime fechado) e 1 em situação boa (Centro de Detenção Provisória de Manaus II)⁹

Os dados do INFOPEN 2019 expõe a superlotação no sistema prisional amazonense, totalizando 10.890 entre pessoas que já foram condenadas e presos/as provisórios, destes 2.550 estão em regime fechado e 3.064 como provisórios. Situação da superlotação foi também abordada em levantamento realizado pelo G1 em fevereiro de 2020, a partir de dados oficiais fornecidos pelo Governo do Estado. Os dados apontaram que as unidades prisionais no Amazonas estão com 171,4% acima da capacidade em termos de lotação¹⁰.

O encarceramento em massa que tem resultado na superlotação das unidades prisionais no Amazonas, bem como as péssimas condições humanas, sanitárias, de alimentação, de abastecimento de água e de atenção à saúde ao interno foram elementos centrais para contribuir com crises no sistema ocorridas em 2017 e 2019, que resultou na morte, denominado de massacres, de 111 internos. Em meio à pandemia, além das situações das unidades prisionais, as tensões provocadas pelo cenário atual relacionadas à saúde, o não acesso à informações e a comunicação com familiares contribuíram para que no dia 02 de maio de 2020 ocorresse mais uma revolta, desta vez na Unidade Prisional de Puraquequara.

Segundo relatório produzido pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, após missão realizada em outubro de 2019, durante as visitas de inspeção no Complexo Penitenciário Anísio Jobim – COMPAJ, Instituto Penal Antônio Trindade – IPAT,

⁹ Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Prisionais. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php.

¹⁰ Com mais de 9,5 mil presos, superlotação em presídios do Amazonas é de 171,4%. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/02/19/com-mais-de-95-mil-presos-superlotacao-em-presidios-do-amazonas-e-de-1714percent.ghtml>.

Centro de Detenção Provisório Feminino - CDPF, Unidade Prisional de Puraquequara e Centro de Detenção Provisória de Manaus 1 – CDPM 1, foi encontrado

(...) um conjunto de situações de desrespeito a condição humana das pessoas presas que lá estão, o que ganha dimensões mais ampliadas frente à não observância das especificidades dos diversos sujeitos que, seja por sua condição de gênero, idade, limitação física provisória ou permanente, exigem procedimento e tratamento diferenciado. Desse modo, com algumas variações quanto aos fatores de risco, em diferentes dimensões da violência que marcam as Unidades, não se percebe grande alterações no padrão de tratamento dispensado, o que é compreendido pelo fato de todas estarem orientadas sob uma mesma perspectiva de humilhação, violação de direitos e violência, travestido de “disciplinamento e segurança”. (p. 30, 2019)

Nas situações relatadas, se verificou que: há apenas 3 refeições por dia, sendo “constatada um irregular sistema de armazenagem dos alimentos in natura, da preparação e dos meios de distribuição das refeições”, restrições quanto ao acesso à água, havendo situações de racionamento diário, insuficiência de insumos básicos de higiene, ausência de medicamentos e inadequação do ambiente e das instalações, ou seja, “os presos estão em celas repletas de umidade, com o sistema hidro sanitário deteriorado e instalações elétricas comprometidas”. Importante destacar que se constatou que “as situações de violações de direito no quesito ‘acesso à saúde’ encontradas na referida inspeção foram sistemáticas, em todas as unidades visitadas no estado do Amazonas”. (Relatório MNPCT, 2019)

No mesmo sentido, relatório da Defensoria Pública do Estado do Amazonas, expõe realidade semelhante nas unidades prisionais do interior. Em inspeção realizada no mês de janeiro de 2020 na Unidade Prisional de Tabatinga, a Defensoria Pública (Pólo Alto Solimões), apresentou, além da superlotação, a existência de infiltrações, fiações elétricas expostas, ambiente insalubre e demora no atendimento à saúde. Em relação aos internos idosos não há instalações especiais.

Vale ressaltar que a situação das mulheres encarceradas é agravada pelo fato de

A acomodação de mulheres presas não contém instalações e materiais exigidos para satisfazer às necessidades de higiene específicas das mulheres, como absorventes higiênicos gratuitos, uma vez que elas relataram a inexistência de entrega de absorvente e demais itens de higiene pessoal e limpeza, sendo tais itens fornecidos pelos familiares.(...) **Atualmente elas bebem água da torneira por terem medo da água fornecida estar envenenada, em virtude de ameaça dos presos homens. Elas se sentem inseguras, uma vez que a única porta que dá acesso ao quarto apresenta a fechadura quebrada e é fechada com um cadeado**

pequeno, sendo fácil o arrombamento, o que já foi objeto de ameaça pelos presos homens. O banho de sol ocorre em lugar defronte aos fundos de um dos raios e pelas janelas gradeadas os presos as observam. Afirmam que um dia os presos homem ainda arrombarão a porta do quarto onde elas estão e abusarão delas, motivo pelo qual todas as noites elas colocam um armário na porta. (Relatório DPE, 2020)

Tal situação demonstra violação às Regras 5, 12 e 13 das Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok).

Na Unidade Prisional de Tabatinga, por se encontrar na chamada “Tríplice Fronteira Amazônica”, formada pelas cidades de Tabatinga (Brasil), Santa Rosa (Perú), Leticia (Colômbia), por ordem da Justiça Federal há custodiados/as provisórios, entretanto o acesso à ampla defesa e de forma gratuita se torna precária devido a não existência de Defensores Públicos Federais, ficando sob atuação pontual da Defensoria Pública do Estado.

Os locais de privação de liberdade tem sido alvo internacional de preocupação quanto à propagação do COVID-19, uma vez que, a existência de pessoas privadas de liberdade infectadas, sobretudo considerando as condições de salubridade dos presídios, somando-se ao colapso do sistema de saúde, pode representar uma sentença de morte. Neste sentido, Human Rights Watch tem apontado que as condições insalubres e a superlotação das unidades prisionais em alguns países latino-americanos e caribenhos oferecem um risco à propagação do coronavírus e à saúde da população em geral¹¹. A Anistia Internacional, tem lançado recomendações aos países, chamando a atenção para as populações vulneráveis como mulheres, indígenas, idosos, imigrantes, população com deficiência, LGBTI, população em situação de rua e população carcerária. No dia 30 de março o Subcomitê das Nações Unidas para Prevenção da Tortura (SPT) publicou recomendações aos países voltadas para a atenção e enfrentamento ao COVID-19 dentro dos locais de privação de liberdade.¹² Na Nota Técnica n. 05/2020 o MNPCT emitiu orientações e recomendações para adoção de medidas necessárias para o enfrentamento ao COVID-19.

¹¹ “América Latina: Reduza a superlotação nas prisões para combater a COVID-19”, disponível em: <https://www.hrw.org/pt/news/2020/04/02/340207>.

¹² O documento *Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic (adopted on 25th March 2020)* está disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/OPCAT/AdviceStatePartiesCoronavirusPandemic2020.pdf>

No Amazonas, a Recomendação n. 62 do Conselho Nacional de Justiça que tem se configurado como uma importante orientação que visa medidas de desencarceramento e desinstitucionalização, medidas a serem adotadas pelos Tribunais no âmbito da política de justiça penal e acompanhamento das ações desenvolvidas pelo Poder Executivo. Em atendimento à Recomendação n. 62, o Tribunal de Justiça do Amazonas, instituiu mediante Portaria n. 01/2020 GMF o Comitê de Acompanhamento do Sistema Prisional e Socioeducativo. Compõe este Comitê representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público, da Defensoria Pública, da SEAP, Universidade Federal do Amazonas e familiares de presos/as.

Assim, o que se apresenta no contexto prisional do Amazonas são sistemáticas violações de direitos humanos, devido as **condições desumanas e insalubres do sistema prisional, localizando-o como um espaço de adoecimento físico e psíquico, colocando a superlotação como um fator estruturante**. Ou seja, mesmo no atual cenário não ocorreram mudanças estruturantes no sistema prisional. Os elementos trazidos pelo MNPCT, Defensoria Pública, movimentos sociais e familiares demonstram violações a dispositivos normativos nacionais, como a Constituição Federal e Lei de Execução Penal, e internacionais de direitos humanos como as Regras de Bangkok, Pacto de San José da Costa Rica e Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos.

3.3.1. COVID-19: a política penal e a situação das pessoas privadas de liberdade no Amazonas

O primeiro caso de interno identificado com COVID-19 nas unidades prisionais do Estado ocorreu no dia 22 de abril no Centro de Detenção Provisória Masculino I (CDPM 1)¹³. Conforme a SEAP, o interno ao entrar no sistema havia testado negativo para o novo coronavírus e se encontrava em isolamento dos demais internos, mesmo assim, chegou a ser infectado, testando positivo alguns dias depois. Não foi informado se haviam trabalhadores/as ou servidores/as infectados ou suspeitos. No dia 01 de maio foi registrado o primeiro caso no interior na Unidade Prisional de Parintins¹⁴.

¹³ Seap confirma primeiro caso de Covid-19 no sistema prisional. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/seap-confirma-primeiro-caso-de-covid-19-no-sistema-prisional/>.

¹⁴ Detento testa positivo para covid-19 na Unidade Prisional de Parintins. <http://www.seap.am.gov.br/detento-testa-positivo-para-covid-19-na-unidade-prisional-de-parintins/>

Segundo dados do INFOPEN há até o presente momento, 69 internos/as detectados com COVID-19, havendo 1 óbito. Ao comparar estes dados com o que tem sido noticiado pela SEAP é verificada uma inconsistência, uma vez que, os casos noticiados no site oficial somam 49 casos confirmados, sendo 1 óbito. Os casos identificados se referem a unidades do interior do Estado¹⁵, sendo eles Tabatinga¹⁶, Parintins¹⁸, Coari¹⁹ e Tefé²⁰. Sendo 1 óbito em Tabatinga. Para atores da sociedade civil este número é maior do que o apresentado pela SEAP e INFOPEN.

UNIDADE	N. CASOS	N. ÓBITOS
CDPM I	01	-
Unidade Prisional de Parintins	33	-
Unidade Prisional de Tabatinga	08	01
Unidade Prisional de Itacoatiara	02	-
Unidade Prisional de Tefé	04	-
Unidade Prisional de Coari	01	-
Total	49	01

Fonte: Produzido pela Relatoria Especial CNDH

Ao cruzar os dados acerca dos casos confirmados no Estado em geral e os casos nas unidades prisionais, observa-se que entre o primeiro caso confirmado no Amazonas (13/03) e o primeiro óbito (24/03), transcorreram **11 dias**. Na Unidade Prisional de Tabatinga, onde ocorreu o único óbito (13/05) até o momento, os primeiros casos foram confirmados no dia 08 de maio, com 08 internos infectados e **5 dias** depois foi divulgada a notícia da primeira morte do sistema.

¹⁵ Três unidades prisionais do interior do Amazonas registram casos de Covid-19. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/tres-unidades-prisionais-do-interior-do-amazonas-registram-casos-de-covid-19/>.

¹⁶ Unidade prisional de Tabatinga confirma primeiros casos de presos com Covid-19. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/unidade-prisional-de-tabatinga-confirma-primeiros-casos-de-presos-com-covid-19/>.

¹⁷ Seap registra morte de interno por Covid em Tabatinga. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/seap-registra-morte-de-interno-por-covid-em-tabatinga/>.

¹⁸ Unidade Prisional de Parintins confirma mais sete casos de Covid-19. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/unidade-prisional-de-parintins-confirma-mais-sete-casos-de-covid-19/>.

¹⁹ Unidade Prisional de Coari registra primeiro caso de Covid-19. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/unidade-prisional-de-coari-registra-primeiro-caso-de-covid-19/>.

²⁰ Unidade Prisional de Tefé registra primeiro caso de Covid-19 em detento. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/unidade-prisional-de-tefe-registra-primeiro-caso-de-covid-19-em-detento/>.

Importante destacar que, por mais que no site do Departamento Penitenciário Nacional tenham informações estatísticas, bem como as notícias veiculadas pela própria SEAP, não se tem relatórios ou boletins voltados para o sistema prisional publicados pelo Governo do Estado, seja por parte da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria de Administração Penitenciária. Não se tem ao certo a quantidade de internos/as que estão como casos confirmados, quantidade de pessoas que compõem os grupos de risco, quantitativo de entrada e saída do sistema, quantidade de testes realizados, medidas de prevenção e combate adotadas nas unidades do interior de prevenção e fluxos pactuados diante dos casos identificados. Há poucas notícias sobre trabalhadores/as do sistema prisional que estejam com suspeita ou confirmação de COVID-19, mas não de forma sistematizada. Ressalte-se que os dados, além de estarem subnotificados, não há qualquer informação que considere as questões de raça/cor, faixa etária e sexo.

A ausência de informações públicas, ou seja, de transparência quanto aos dados epidemiológicos, causa dificuldades quanto ao devido acompanhamento por parte das instituições e de familiares, sendo inviabilizado o devido monitoramento, o acompanhamento da política penal e violado o direito à informação diante da pandemia.

3.3.2 Medidas adotadas e as questões dos Direitos Humanos

Diante do cenário mundial acerca da propagação do coronavírus e os alertas emitidos pela Organização Mundial de Saúde, na segunda quinzena do mês de março foram adotadas as primeiras medidas pela Secretaria de Administração Penitenciária do Amazonas –SEAP.

No dia 13 de março foi determinado a suspensão de visitas externas, ou seja, familiares, defensores públicos e advogados/as, dos serviços como a Ouvidoria do Sistema Penitenciário-OuvPen, as políticas para egressos, e de alternativas penais, executados pelo Departamento de Reintegração Social e Capacitação-DRESC e Central Integrada de Alternativas Penais (CIAPA) conforme a Portaria Interna n. 020/2020 GAB/SEC/SEAP (seguido posteriormente pela Portaria Interna nº 027/2020).

Segundo a SEAP, no dia 14 de março iniciaram as orientações junto aos/as internos/as, servidores e colaboradores de todo o sistema prisional, além de distribuição

de *kit's* para prevenção ao contágio.²¹ No dia 23 de março passaram a ser realizadas televisitas de familiares no Complexo Penitenciário Anísio Jobim (Compaj) e no Centro de Detenção Provisório Masculino I (CDPM I), bem como a implementação do Projeto de “vídeo parlatório” em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil, com agendamentos para diálogos com duração de 25 minutos.²²

Uma questão observada é que a maioria das ações realizadas pela SEAP durante este período da pandemia são voltadas quase que exclusivamente para as unidades da capital, como por exemplo: “busca ativa” para identificação de casos de tuberculose, cursos, televisitas, parlatório virtual, dentre outras iniciativas.²³ Iniciativas como a fabricação de máscaras nas unidades de Itacoatiara e Humaitá foram identificadas.²⁴ Ações de higienização e pulverização, conforme a informado por meios de comunicação oficial da SEAP, tem sido realizado em todas as unidades, entretanto, chama atenção o fato de **as unidades citadas serem sempre da capital, o que acaba gerando uma não transparência quanto a real situação das unidades do interior quanto às medidas adotadas.**

²¹ Detentos do sistema prisional do Amazonas recebem orientações sobre o novo coronavírus. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/detentos-do-sistema-prisional-do-amazonas-recebem-orientacoes-sobre-o-novo-coronavirus/>.

²² Seap lança projeto Vídeo Parlatório e recebe doação de computadores da OAB/AM. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/seap-lanca-projeto-video-parlatorio-e-recebe-doacao-de-computadores-da-oabam/>.

²³ Seap faz ‘Busca Ativa de Tuberculose’ nas unidades prisionais. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/seap-faz-busca-ativa-de-tuberculose-nas-unidades-prisionais/>; Internos do Ipat começam Curso de Pintura Predial. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/internos-do-ipat-comecam-curso-de-pintura-predial/>; Internos do Compaj recebem vitamina C como prevenção ao coronavírus. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/internos-do-compaj-recebem-vitamina-c-como-prevencao-ao-coronavirus/>; Seap autoriza televisitas de detentos a familiares. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/seap-autoriza-televisitas-de-detentos-a-familiares/>; <http://www.seap.am.gov.br/seap-recebe-doacao-de-20-maquinas-de-costura-da-fieam-para-confeccao-de-mascaras-de-protecao/>; Presos iniciam cursos de ensino superior à distância no Compaj. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/presos-iniciam-cursos-de-ensino-superior-a-distancia-no-compaj/>; Unidades prisionais de Manaus começam a receber vacina contra a H1N1. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/unidades-prisionais-de-manaus-comecam-a-receber-vacina-contra-a-h1n1/>; Seap realiza nova ação de saúde com distribuição de polivitamínico em cinco unidades prisionais. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/seap-realiza-nova-acao-de-saude-com-distribuicao-de-polivitaminico-em-cinco-unidades-prisionais/>.

²⁴ Internas da Unidade Prisional de Itacoatiara confeccionam 500 máscaras de proteção contra o coronavírus. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/internas-da-unidade-prisional-de-itacoatiara-confeccionam-500-mascaras-de-protecao-contra-o-coronavirus/>; Detentos de Itacoatiara produzem máscaras de proteção para combate ao coronavírus. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/detentos-de-itacoatiara-produzem-mascaras-de-protecao-para-combate-ao-coronavirus/>; Unidade Prisional de Humaitá inicia confecção de máscaras descartáveis para prevenção de Covid-19. Disponível em: <http://www.seap.am.gov.br/unidade-prisional-de-humaita-inicia-confeccao-de-mascaras-descartaveis-para-prevencao-de-covid-19/>.

O Ministério Público do Estado e a Defensoria Pública emitiram diversas recomendações à SEAP, que envolveu desde questões relacionadas a medidas sanitárias, de profilaxia, a necessidade de identificação e local adequado para grupos de riscos, isolamento social e o aumento do tempo do banho de sol.

Desde o início da pandemia, foram identificadas 2 inspeções em unidades da capital realizadas pelo Tribunal de Justiça do Amazonas, através da Vara de Execução Penal, uma delas em parceria com a Defensoria Pública²⁵. No entanto, não foram encontradas maiores informações acerca da situação atual das unidades inspecionadas.

A Defensoria Pública de Tabatinga, diante da verificação da situação da Unidade Prisional desta cidade quanto as medidas de combate ao COVID-19, concluiu que:

(i) há apenas uma pequena cela denominada “triagem” em que se vem tentando evitar o contato de novos ingressos com os demais custodiados, mas **a superlotação dessa cela é inevitável e, a cada novo flagrante ou ordem judicial de prisão, o problema reinicia;** (ii) itens de higiene e equipamentos de proteção individual utilizados são, basicamente, **os decorrentes de doações de familiares, da Pastoral Carcerária e de outras pessoas que buscam oferecer alguma ajuda.** (Relatório DPE – Pólo Alto Solimões, 2020)

Após o envio de alguns ofícios na tentativa de buscar informações junto à SEAP e sem obter êxito, a Defensoria Pública ingressou com a Ação Civil Pública, sob n.º 0000245-47.2020.8.04.7301, a 1ª Vara da Comarca de Tabatinga/AM deferiu liminares determinando a apresentação de plano emergencial de suporte à unidade prisional de Tabatinga que contenha procedimentos de isolamento, preenchimento de formulário de avaliação de risco, capacitações de servidores, protocolos e fluxos, bem como dados acerca da situação da unidade. Até o fechamento deste relatório, as determinações não foram cumpridas pelo Governo do Estado.

3.3.3. *Rebelião em Puraquequara em meio à pandemia*²⁶

No dia 02 de maio, houve uma revolta na Unidade Prisional do Puraquequara (UPP/Manaus), onde na ocasião sete agentes penitenciários como reféns e alguns internos

²⁵ Com foco nas medidas adotadas para evitar a propagação do Covid-19 em detentos, TJAM inspeciona todas as unidades prisionais da capital. Disponível em: <https://www.tjam.jus.br/index.php/menu/sala-de-imprensa/2873-com-foco-nas-medidas-adotadas-para-evitar-a-propagacao-do-covid-19-em-detentos-tjam-inspeciona-todas-as-unidades-prisionais-da-capital>.

²⁶ Notícia no infovirusprisões: https://www.instagram.com/p/B_0jnoJFK81/

foram feitos de refém. Em um contexto de superlotação, em que esta unidade prisional de encontra - contendo 1.103 presos para 614 vagas (DEPEN/MJ, 2019) – os internos em vídeo divulgado em redes sociais falaram sobre as condições desumanas da unidade. Dentre as principais reivindicações estava a questão da alimentação adequada, fim do racionamento da água, falta de atendimento médico, a não adoção de medidas preventivas quanto à propagação do novo coronavírus. Ressalte-se, que no início de abril a Pastoral Carcerária havia denunciado a ausência de medidas preventivas por parte da SEAP.

Após a intervenção da SEAP e junto com a Secretaria de Segurança Pública, houve um controle da situação e a SEAP divulgou que parte da Unidade foi quebrada. Segundo a Defensoria Pública do Estado, 16 pessoas se encontravam feridas, duas foram encaminhados para o hospital, não foram identificadas violações de direitos humanos, entretanto, alguns familiares relataram não conseguir encontrar ou ter notícia de internos.

3.3.4. *Violações de direitos humanos identificadas no cenário de pandemia*

O contexto de pandemia traz consigo tensões e aprofundamento de violações de direitos já existentes. Apesar de importância de medidas de isolamento, como por exemplo a suspensão de visitas externas, é necessário reconhecer que esta impossibilidade contribui para o não controle e fiscalização social, a atenção individualizada aos internos/as por parte de advogados/as, defensores/as, organizações da sociedade civil e familiares. Impõe, portanto **uma maior responsabilidade às instituições do sistema justiça e de casas legislativas na criação de mecanismos e protocolos de inspeção e fiscalização do sistema de justiça.**

Após as medidas adotadas pela SEAP algumas situações foram alvo de denúncias por parte de familiares e movimentos sociais, diante da não adoção de recomendações pautadas nos direitos humanos.

- a) Incomunicabilidade com familiares e violação da direito à privacidade: com a suspensão das visitas de familiares e a instituição das televisitas, enquanto medida mitigadora, os/as internos/as tem disponibilizado um tempo com duração de 5 minutos. Há relatos de que a privacidade não é garantida, desta forma, muitos se sentem intimidados a não revelarem sua real situação aos familiares; nem todas as famílias tem conseguido agendar as televistas, há familiares que se encontram

há quase três meses recebendo informações apenas de advogados/as e defensores/as;

- b) Transferências sem a informação da devida localização aos familiares.
- c) Progressão de regime: foram relatados casos de internos/as que já são beneficiário da progressão de regime desde o mês de abril, mas até o momento não teve o benefício concedido;
- d) Ausência de medicamentos básicos e de uso contínuo, bem como a demora no atendimento médico. Alguns medicamentos tem sido fornecido pelos familiares;
- e) Torturas: seguindo familiares e alguns internos/as que saíram do sistema, há casos de torturas como forma de coação e de disciplina;
- f) Racionamento de água: foram relatados situações de racionamento de água, sobretudo, no início da pandemia.
- g) Suspensão do atendimento da Ouvidoria: com a suspensão de alguns serviços como a Ouvidoria, restringindo apenas ao atendimento virtual, ocorreram dificuldade por parte das famílias, uma vez que nem todas tem acesso fácil à *internet*, principalmente no interior. Portanto, reclamações, pedido de informações ou denúncias ficaram fragilizadas.
- h) Não acesso às políticas de inclusão e proteção social: o momento em que se encontra o país é onde tanto os egressos do sistema prisional como os que cumprem medidas cautelares precisam de acompanhamento e encaminhamentos junto à política psico-socioassistencial.

Um surto em uma prisão no Estado do Amazonas pode representar um grave problema de saúde pública, atingindo pessoas encarceradas, visitantes, agentes e trabalhadores/as destes locais, comunidades vizinhas, além disso, diante do colapso existente do sistema de saúde, a infecção por COVID-19 em local de privação de liberdade pode representar uma sentença de morte.

4. RECOMENDAÇÕES

Gerais:

1. Publicização dos dados afetos as situações de violação aos Direitos Humanos, seja dos órgãos locais, como SEAP, SEJUSC, POLÍCIA CIVIL, seja da União,

principalmente os dados do DISQUE 100 e 180 (solicitados por duas vezes, cujo acesso foi negado);

2. Transparência das ações desenvolvidas e dados dos dados, principalmente dos dados conforme orienta a OMS que sejam disponibilizados e como tem sido feitos após 3 meses de isolamento social, para evitar perda de dados.
3. Registro e identificação étnico-racial, gênero e geracional nos dados sobre a COVID-19, que é importante diante da pandemia é a necessidade de registro, pelo sexo e étnico- racial, da população infectada e morta pelo COVID-19, embora saibamos, é importante esse registro para que possamos construir ou reconstruir políticas públicas mais reais. Muitas vezes são identificados como pardos e não há atendimento adequado as suas peculiaridades, como por exemplo a situação dos indígenas na capital, que acabam ficando subnotificados.

Direito das Mulheres:

4. Ao Governo do Estado e Prefeituras municipais, que sejam restabelecidos os fluxos de atendimento da saúde;
5. Publicização dos dados de violência e feminicídio;
6. Publicização dos fluxos criados específicos para denúncias e atendimento às mulheres em situação de violência doméstica;
7. **Aos órgãos competentes do Governo estadual e das prefeituras dos municípios** que intensifiquem as informações e a divulgações de canais de denúncias de violência contra a mulher, utilizando, além dos sites oficiais do Governo e das Prefeituras, outros meios de comunicação como as rádios, mídia televisiva, redes sociais e *YouTube* destas secretarias, mídia impressa e aplicativos disponibilizados pelo Governo Estadual;
8. **À Secretaria de Estado de Educação-SEDUC** que, tantos em seus conteúdos pedagógicos como nos intervalos das aulas do ensino à distância, sejam divulgadas informações e campanhas que visem a prevenção e o combate à violência contra a mulher, de preferência em parceria com a Secretaria Estadual de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos –SEJUSC;
9. **Às Secretaria de Estado de Educação-SEDUC, Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania –SEJUSC e Secretaria de Segurança Pública –SSP**, que adicionem no aplicativo “Mano” (um dos multimeios que está

sendo utilizado para o ensino à distância no Amazonas) um link de denúncia que dê acesso direto às secretarias e aos serviços especializados;

10. **À Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania –SEJUSC** a reabertura urgente da Casa Abrigo com a elaboração de um Plano emergencial que considere o acolhimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar neste cenário de pandemia;

11. **À Câmara Técnica de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher** gerida pela SEJUSC, a elaboração de protocolos e medidas conjuntas de enfrentamento à violência contra a mulher neste período de pandemia, a serem adotadas e pactuadas pelas instituições que compõem a Câmara Técnica, considerando as orientações e recomendações de organismos internacionais e de entidades que atuam na prevenção e no combate à violência contra as Mulheres, além de orientações dos órgãos de saúde e do Conselho Nacional de Justiça;

12. **À Secretaria de Segurança Pública:**

a) a elaboração e implementação de Plano Operacional da Segurança Pública Estadual de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e Familiar, específico para o momento da pandemia;

b) Ampliação da Ronda Maria da Penha para todos os bairros da cidade de Manaus e também no interior do Estado;

c) O estabelecimento de protocolos de atendimento nas DEAMs e Especializadas que sejam padronizando, garantindo dessa forma o atendimento humanizado e ações policiais voltadas ao combate à violência.

d) Qualificação e capacitação permanente e especializada dos/as servidores/as para exercer suas funções no atendimento à mulher, considerando-o como um requisito para compor as equipes das delegacias especializadas;

e) Criação e implementação de uma Coordenação, na estrutura da Polícia Civil, responsável pela gestão (planejamento, monitoramento e avaliação) das políticas de segurança pública voltadas para o enfrentamento à violência contra a mulher;

13. Restabelecimento dos fluxos e direitos, respeitados os limites de distanciamento às mulheres grávidas, que tem sido proibidas de ingressarem nas maternidades com acompanhamento, o que tem aumentado as denúncias de violência obstétrica.

Direito à Saúde

14. Suspensão urgente do Decreto estadual que estabelece o Plano de abertura do comércio, em virtude dos altos índices ainda de contaminação e morte, principalmente as do interior do estado;
15. Retorno do isolamento social em todos os municípios do estado;
16. Repactuação do Plano desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde junto com os municípios, visto que recebemos denúncias de que não houve dialogo da SUSAM com os municípios pólo para recebimento dos casos de média e alta complexidade sem repasse ou indicação de apoio material da Secretaria a estes municípios. Com o aumento exponencial dos casos no interior fundamental que haja essa repactuação política e de recursos para os municípios do interior;
17. Publicização e balanço das atividades do SISTER – Sistema de Transporte de Emergência Aéreas – visto que há uma avião para todo o Estado e que de acordo com denúncias não resolve, pois não chega e quando chega, é tarde demais, com muitas pessoas morrendo quando do deslocamento; denúncia de que os profissionais que deveriam atuar nesse deslocamento deveriam ser intensivistas, em virtude inclusive do estado grave de saúde das pessoas que podem ter acesso a esse sistema, não são intensivistas; há denúncia também que, como a empresa foi contratada por quilometragem, atingida a quilometragem máxima contratada o mesmo não é utilizado;
18. Estruturação de cidades pólos, de acordo com as regionais de saúde, com materiais, insumos, respiradores e profissionais intensivistas no interior, visto que há um decréscimo dos casos na capital e aumento no interior, bem como em virtude da ineficiência do deslocamento aéreo dos pacientes do interior para capital, principalmente, das regiões mais remotas do estado, que não possuem pista de pouso e que para ter acesso ao deslocamento, precisam muitas vezes viajar mais de 4 horas em lanchas (quando tem) até um município que possua, paciente em geral que estão em estado grave;
19. Deslocamento de equipes médicas que possam fortalecer as ações de saúde nos municípios que só dispõem de atendimento básico, para que minimizem a situação de vulnerabilidade da população, bem como dos profissionais de saúde;
20. Maior Transparência do estado do Amazonas e da União, quanto as ações, recursos dispendidos e políticas realizadas para a saúde no estado;

21. Retorno imediato dos fluxos de atendimento ou readequação dos mesmos para a pandemia das políticas públicas de saúde, assistência social e de prevenção e proteção à populações vulneráveis, como mulheres, crianças e adolescentes, idosos, população em situação de rua, pessoas em situação de encarceramento, visto que recebemos várias denúncias de que os fluxos de atendimento não estão sendo seguidos, desde atendimento pré-natal de mulheres grávidas, falta de atendimento dos CAPS, aos fluxos de denúncia de violências contra mulheres, crianças e adolescentes.

Direitos das populações Indígenas e Quilombolas:

22. Que seja respeitado a medicina tradicional dos povos e comunidades tradicionais (indígenas e quilombolas), construindo estratégias conjuntas com as duas medicinas;
23. É fundamental a reorganização, fortalecimento e instrumentalização dos órgãos ambientais, da FUNAI, dos DSEI's no interior do estado, para garantir a salvaguarda da saúde desses povos tradicionais, ameaçados pelo COVID e pela invasão de seus territórios;
24. **À SESAI e órgãos competentes do Governo Estadual do Amazonas, da Prefeitura Municipal de Manaus e instituições do Sistema de Justiça** a criação de um Comitê estadual específico para a adoção de estratégias voltadas à saúde indígena de pessoas não aldeadas e convivendo em contexto urbano,
25. Reforçamos todas as medidas requeridas nas Ações civis Públicas judicializadas pelo MPF, DPU, MP-AM e DP-AM, principalmente, no que tange à segurança alimentar dos povos tradicionais no Estado, sejam indígenas, quilombolas e ribeirinhos;
26. Reforçamos também as medidas requeridas nas ações acima, referentes à viabilização de recebimento dos auxílios nos territórios indígenas e quilombolas do estado, para evitar o deslocamento até às cidades desses povos, expondo-os a contaminação, principalmente os indígenas, cujos casos são alarmantes.

Direitos humanos e sistema prisional:

27. **Ao Departamento Penitenciário Nacional:** destinar recursos do FUNPEN para a estruturação e fortalecimento da Central Integrada de Alternativa Penal (CIAPA) e para a implementação do Projeto Escritório Social voltado para a

- inclusão e proteção social dos egressos do sistema prisional, conforme recomendação da Nota Técnica Conjunta n. 01 de 28 de abril de 2020 do Conselho Nacional de Justiça e do Conselho Nacional do Ministério Público;
28. **Ao Tribunal de Justiça:** fortalecer junto aos/as magistrados/as a Recomendação n. 62, sobretudo quanto às medidas de desencarceramento;
29. **Às instituições do sistema de justiça e casas legislativas:** realizar inspeções periódicas nas unidades da capital e do interior
30. **Ao Poder Executivo, instituições do sistema de justiça e casas legislativas:**
- i) adotar e implementar as Recomendações do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura dispostas no Relatório sobre a Situação do Sistema Prisional do Amazonas de 2019;
 - ii) Instituir Comissão interinstitucional específica para o acompanhamento do cumprimento das recomendações.
31. **Ao Governo do Estado:** criar e implementar, em caráter de urgência, o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, sendo garantido aos peritos autonomia e a devida remuneração;
32. **À Secretaria do Estado de Administração Penitenciária:**
- a) Elaborar e publicar Boletim Epidemiológico do sistema Prisional, de forma periódica, no mínimo semanalmente, contendo as informações por Unidade acerca: número de entrada e saída do prisional, número de internos suspeitos e infectados com COVID-19, número de óbitos, número de testes realizados, quantos estão no grupo de risco, quantos infectados são do grupo de risco, considerando o quesito raça/cor, faixa etária e sexo; o número de trabalhadores/as do sistema suspeitos e infectados com COVID-19, número de óbitos, quantos se encontram afastados, quantos infectados estão no grupo de risco.
 - b) Disponibilização de Relatórios periódicos públicos com as medidas de contenção à propagação do coronavírus adotadas por unidade;
 - c) Adotar formulário de identificação de risco, sobretudo nas Unidades do Interior;
 - d) Realizar testagem em massa para as unidades da capital e do interior a ser garantido pelo Estado em parceria com os municípios.
 - e) **Criar em caráter de urgência espaço adequado e seguro para as mulheres** em privação de liberdade dentro dos parâmetros arquitetônicos

estabelecidos para o prisional, considerando as questões de gênero, na Unidade Prisional de Tabatinga;

f) Fornecer integralmente medicamento de uso básico e contínuo, considerando as necessidades das pessoas que se encontram no grupo de risco, junto às unidades prisionais;

g) Garantir de forma imediata a adequada alimentação e o equilíbrio nutricional dos internos/as, adotando no mínimo 5 refeições diárias, bem como o fornecimento de polivitamínicos que contribuam com o fortalecimento da imunidade dos/as internas/os;

h) Garantir o fornecimento contínuo da água, bem como água potável para o consumo dos/as internos/as;

33. À **Secretaria de Segurança Pública** que seja adotado, por parte das autoridades policiais da capital e do interior, o Formulário de Identificação de Risco de COVID-19 do Conselho Nacional de Justiça, além de, quando identificado os casos que sejam tomadas as providencias conforme os fluxos e protocolos locais;

34. À **Defensoria Pública da União** que seja garantido Defensor Público Federal com atendimento em Tabatinga considerando a importância da defesa em relação aos crimes federais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfrentar a pandemia é, sobretudo, não negligenciar direitos humanos e adotar medidas que envolvam políticas de saúde, de segurança alimentar, de distribuição de renda, de política penal e de justiça penal, de trabalho, de assistência social e de educação, implementadas de forma intersetorial e considerando as especificidades e complexidades quanto às populações historicamente vulnerabilizadas.

Em meio à pandemia, é necessário que estas políticas sejam implementadas, monitoradas e fiscalizadas pelas instituições públicas e a sociedade, sendo indispensáveis o cumprimento dos princípios constitucionais da administração e dos direitos humanos, e imperativa a transparência dos órgãos públicos, a garantia do direito às informações com dados oficiais e metodologias seguras, com validade científica.

O vírus é democrático na sua violência universal, mas não é democrático no plano político-social (Luiz Felipe Pondé) – os que tem dinheiro se tratam no Sírio Libanês,

quem não tem morre antes de chegar nas UPAS, os que tem dinheiro crema seus entes queridos (procedimento caríssimo e privado) e quem não tem é enterrado em valas comuns- ou seja, em um país tão desigual, somente uns tem o privilégio de “ficar em casa”, sendo fundamental, portanto, que as medidas sanitárias, de higiene, proteção e moradia adequada e digna sejam um direito para todos e todas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. (2020, 17 março). Recomendação nº 62. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/62-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso: 02 de junho de 2020.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. (2018, 18 junho). *Taxa de ocupação dos presídios brasileiros é de 175%, mostra relatório dinâmico "Sistema Prisional em números"*. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/noticias-cddf/11314-taxa-de-ocupacao-dos-presidios-brasileiros-e-de-175-mostra-relatorio-dinamico-sistema-prisional-em-numeros>. Acesso: 02 de junho de 2020.

GARNELO, Luiza et al. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. In Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017.

SUPER INTERESSANTE. (2020). *As grandes epidemias ao longo da história*. Publicado em: 24 mar. 2020. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/as-grandes-epidemias-ao-longo-da-historia/> Acesso em: 04 de junho de 2020.