



DPE PR
DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PARANÁ



NUPEP
NÚCLEO DE POLÍTICA CRIMINAL
E EXECUÇÃO PENAL



NUDEM
NÚCLEO DE PROMOÇÃO E DEFESA
DOS DIREITOS DA MULHER

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA – NÚCLEO DA POLÍTICA CRIMINAL E DA EXECUÇÃO PENAL (NUPEP) E NÚCLEO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER (NUDEM) - DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ

A **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ**, por meio do **NÚCLEO DA POLÍTICA CRIMINAL E DA EXECUÇÃO PENAL (NUPEP)** e **NÚCLEO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER (NUDEM)**, constituídos em conformidade com o artigo 40, § 2º da Lei Estadual Complementar n.º 136/11, sediados na Rua Benjamin Lins, 779, Batel, Curitiba/PR, por suas Coordenadoras, no uso de suas atribuições legais, e a **SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA (SESP)**, com sede na Rua Deputado Mário de Barros, 1290, Centro Cívico, Curitiba/PR, representada pelo Coronel Romulo Marinho Soares; a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SESA)**, com sede na Rua Coronel Dulcídio, 800, Batel, Curitiba/PR, representada pelo Sr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto); o **DEPARTAMENTO DE POLÍCIA PENAL (DEPPEN)**, com sede na Rua Coronel Dulcídio, 800, Batel, Curitiba/PR, representado pelo Sr. Francisco Alberto Caricati; e **COMPLEXO MÉDICO PENAL**, com sede na Rua Ivone Pimentel, s/n, Canguiri, Pinhais/PR, representado pelo Sr. Bruno Henrique Lopes, e Pelo presente Termo de Ajuste de Conduta, celebrado em _____, na Sede dos Núcleos da Defensoria Pública do Estado do Paraná, na Rua Benjamin Lins, 779, Batel - Curitiba/PR, presentes o **Secretário de Estado da Segurança Pública, Coronel Rômulo Marinho Soares**; o **Secretário de Estado da Saúde, Sr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)**; o **Diretor Geral do Departamento de Polícia Penal - DEPPEN, Sr. Francisco Alberto Caricati** e o **Diretor do Complexo Médico Penal - CMP, Sr. Bruno Henrique Lopes**, nos termos do art. 5º, II e §6º da Lei 7.347/85, firmaram o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**:



CONSIDERANDO que a Defensoria Pública é *instituição essencial à função jurisdicional* do Estado, incumbindo-lhe, como *expressão e instrumento do regime democrático, a orientação, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, dos direitos coletivos* das pessoas necessitadas, por meio da adoção de *quaisquer espécies de medidas, judiciais ou extrajudiciais*, notadamente em prol de *grupos que mereçam especial proteção* do Estado em decorrência de sua *vulnerabilidade* econômica, jurídica, social ou organizacional, na forma dos art. 5.º, LXXIV e 134 da Constituição da República, 1.º e 4.º, II, III, VII, VIII, X e XI e § 5.º da Lei Complementar 80/1994, art. 1.º, 4.º, I, II, III, VII, VIII, XI, §1º e §3º da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011, e art. 1.º, IV, 5º, II e 21 da Lei n.º 7.347/1985;

CONSIDERANDO que à Defensoria Pública compete promover, prioritariamente, a *solução harmoniosa e pacífica* dos litígios por meio de *técnicas de composição e administração de conflitos*, conforme se extrai dos art. 4.º, II e § 4.º da Lei Complementar n.º 80/1994 e art. 4º, II da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011, bem como do art. 3º, §3º, do Código de Processo Civil;

CONSIDERANDO que as *funções institucionais* da Defensoria Pública são exercidas *contra as Pessoas Jurídicas de Direito Público, inclusive*, consoante o § 2º do art. 4.º da Lei Complementar n.º 80/94 e art. 4.º, §1º da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011;

CONSIDERANDO que, segundo os artigos 1º e art. 3º, incisos I e IV da Constituição Federal de 1988, constituem fundamentos e objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a “dignidade da pessoa humana” (art. 1º, inc. III), e a construção de “uma sociedade livre, justa e solidária” (art. 3º, inc. I), livre de



“preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3º, inc. IV);

CONSIDERANDO que conforme o artigo 196, da Constituição Federal:
“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que vise à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

CONSIDERANDO que conforme o artigo 227, da Constituição Federal,
“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”
(Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010);

CONSIDERANDO que a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW), aprovado em 1979 e ratificado pelo Brasil, elucida em seu artigo 12:1. “Os Estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar”;

CONSIDERANDO que o Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - “Convenção de Belém do Pará” – a qual, em seu artigo 1, estabelece que “Para os efeitos desta Convenção, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer



ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”;

CONSIDERANDO que a supracitada convenção elenca que entender-se-á que a violência perpetrada contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica, não apenas aquela cometida no âmbito doméstico, familiar, interpessoal ou nas relações íntimas de afeto, mas também a “que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, **estabelecimentos de saúde** ou qualquer outro lugar, e também aquela “que seja **perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes**, onde quer que ocorra”.

CONSIDERANDO que a Convenção Sobre Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989, entrando em vigor em 2 de setembro de 1990, sendo que o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança em 24 de setembro de 1990, tornando-se signatário e comprometendo-se a, conforme dispõe o artigo 24 reconhecer “o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde”. Também os “Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde.” e “(...) devem garantir a plena aplicação desse direito e, em especial, devem adotar as medidas apropriadas para: (...) reduzir a mortalidade infantil; e (...) desenvolver assistência médica preventiva, orientação aos pais e educação e serviços de planejamento familiar”.



CONSIDERANDO que a Lei nº. 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) consagrou, nos artigos 1º ao 6º, o princípio da prioridade absoluta e da proteção integral às crianças e adolescentes, bem como considerou-os sujeitos de direitos, em todas as políticas públicas, inclusive na área da saúde, sendo que em seu artigo 18 vetou qualquer tratamento vexatório, degradante ou desumano a crianças e adolescentes;

CONSIDERANDO as Regras de Bangkok - Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, as quais o Brasil assumiu o compromisso de cumprir, dentre as quais destacam-se:

***Regra nº 5** A acomodação de mulheres presas deverá conter instalações e materiais exigidos para satisfazer as necessidades de higiene específicas das mulheres, incluindo absorventes higiênicos gratuitos e um suprimento regular de água disponível para cuidados pessoais das mulheres e crianças, em particular mulheres que realizam tarefas na cozinha e mulheres gestantes, lactantes ou durante o período da menstruação;*

***Regra nº 15** Os serviços de saúde da prisão deverão prover ou facilitar programas de tratamento especializados a mulheres usuárias de drogas, considerando anterior vitimização, as necessidades especiais das mulheres gestantes e mulheres com crianças, assim como a diversidade cultural de suas experiências;*

***Regra nº 22** Não se aplicarão sanções de isolamento ou segregação disciplinar a mulheres gestantes, nem a mulheres com filhos/as ou em período de amamentação;*

Regra nº 42

2. O regime prisional deverá ser flexível o suficiente para atender às necessidades de mulheres gestantes, lactantes e mulheres com filhos/as. Nas prisões serão oferecidos serviços e instalações para o



cuidado das crianças a fim de possibilitar às presas a participação em atividades prisionais.

3. Haverá especial empenho na elaboração de programas apropriados para mulheres gestantes, lactantes e com filhos/as na prisão;

Regra nº 48

1. Mulheres gestantes ou lactantes deverão receber orientação sobre dieta e saúde dentro de um programa a ser elaborado e supervisionado por um profissional da saúde qualificado. Deverão ser oferecidos gratuitamente alimentação adequada e pontual, um ambiente saudável e oportunidades regulares de exercícios físicos para gestantes, lactantes, bebês e crianças.

2. Mulheres presas não deverão ser desestimuladas a amamentar seus filhos/as, salvo se houver razões de saúde específicas para tal.

3. As necessidades médicas e nutricionais das mulheres presas que tenham recentemente dado à luz, mas cujos/as filhos/as não se encontram com elas na prisão, deverão ser incluídas em programas de tratamento;

Regra nº 64 Penas não privativas de liberdade para as mulheres gestantes e mulheres com filhos/as dependentes serão preferidas sempre que for possível e apropriado, sendo a pena de prisão considerada apenas quando o crime for grave ou violento ou a mulher representar ameaça contínua, sempre velando pelo melhor interesse do/a filho/a ou filhos/as e assegurando as diligências adequadas para seu cuidado.

CONSIDERANDO que a promoção da saúde e a prevenção de agravos em saúde junto à população prisional feminina é uma das diretrizes da POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER – PNAISM.

CONSIDERANDO a Portaria Interministerial nº 1 /MS/MJde 02 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);



CONSIDERANDO a Portaria Interministerial nº 210 MJSPM de 16 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional;

CONSIDERANDO que mulheres privadas de liberdade apresentam maiores índices de vulnerabilidade referentes à escolaridade, raça/etnia, gênero, condições de saúde, renda, acesso a políticas de planejamento familiar e a serviços públicos e outros;

CONSIDERANDO que a Linha Guia do programa Mãe Paranaense instituiu uma Estratificação de Risco enfrentado pela gestante, resultado de estudos dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil no estado no período de 2006 a 2010, e que, a partir dessa análise, foram identificadas as principais causas de óbitos e fatores de risco para a mortalidade materna e infantil, os quais podem ser resumidos em:

***Risco Habitual:** Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.*

***Risco Intermediário:** Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:*

***Raça e/ou etnia da mãe:** no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado ao risco das mães brancas.*

***Idade da mãe:** no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos*



foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52, representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.

Grau de escolaridade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25 enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que não tiveram filho morto.

Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de 3 filhos vivos foi de 29,61 enquanto que naquelas que tiveram menos de 3 filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de 3 filhos.

Alto risco: Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:

Condição clínica pré-existente: Hipertensão arterial; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Psicose e depressão grave.

Intercorrências clínicas: Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato



respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.); Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual; Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias); Retardo do crescimento intrauterino; Trabalho de parto prematuro; Placenta prévia; Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); Sangramento de origem uterina; Isoimunização Rh (Rh negativo); Má-formação fetal confirmada; Macrossomia do concepto com patologias;¹

CONSIDERANDO que a referida Linha Guia do Programa Mãe Paranaense prevê, no Fluxo da Gestante na Atenção Primária, resumidamente: o cadastramento da gestante no canal SISPRENATAL WEB; o preenchimento da carteira de gestante, calendário de vacinas e orientações e a solicitação de exames de rotina; a vinculação da gestante ao serviço hospitalar de referência da Unidade/Município, ou de acordo com a Estratificação de Risco Gestacional; a realização de 7 consultas durante a gravidez, sendo 6 de pré-natal e uma no puerpério; a relação de procedimentos que devem ser realizados na Unidade de Atenção Primária e a relação de exames que devem ser solicitados;²

CONSIDERANDO que a Estratificação de Risco ao Nascer de crianças no Estado do Paraná, aprovada na CIB/PR em 28/04/2021, estabelece que o risco intermediário e alto está diretamente relacionado aos dados maternos e, conseqüentemente, ao risco gestacional;³

CONSIDERANDO que a gestação de mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade (como é o caso das mulheres privadas de liberdade) é

¹ Anexo 01, p. 10-12

² Anexo 01, p. 31-35

³ Anexo 02, p. 3



classificada como de risco intermediário, o que exige atendimento ambulatorial especializado e equipe multiprofissional especializada;⁴

CONSIDERANDO que a resposta do Complexo Médico Penal ao Ofício nº 91/2020/NUDEM/NUPEP/DPPR e ao ofício nº 91/2021/NUDEM/DPPR demonstram a precariedade do atendimento às gestantes atualmente recolhidas no CMP, informando que não é realizado atendimento às gestantes na Unidade de Atenção Primária de Pinhais; que não há referência do Centro Mãe Paranaense às gestantes do CMP; que não há ginecologista ou obstetra no Sistema e que as consultas de pré-natal e exames laboratoriais são realizados no próprio Complexo Médico Penal, bem como o déficit de profissionais dentro da unidade que é referência para o aprisionamento de mulheres gestantes no Estado do Paraná;

CONSIDERANDO que a resposta ao Ofício nº 91/2020/NUDEM/NUPEP/DPPR informa também que, ainda que não se tenha notícias de mortalidade de mães ou recém-nascidos nas dependências do CMP, existem casos de bebês nascidos prematuros e de abortos espontâneos, e explica que “estas gestantes chegam ao Sistema Penitenciário sem nenhum acompanhamento.”

CONSIDERANDO as incongruências acerca do preenchimento dos prontuários e da estratificação de risco da gestação das mulheres presas no CMP relatadas no ofício nº 91/2021/NUDEM/DPPR;

CONSIDERANDO o Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Gestantes, o qual estabelece que *“Na gestação, é particularmente relevante o consumo de uma grande variedade de alimentos in natura e minimamente processados e água, para suprir a necessidade*

⁴ Anexo 03, p.3



de nutrientes fundamentais para esse evento da vida, como ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A e D, entre outros. A alimentação saudável na gestação favorece o bom desenvolvimento fetal e a saúde e o bem-estar da gestante, além de prevenir o surgimento de agravos, como diabetes gestacional, hipertensão e ganho de peso excessivo”, orientando o consumo diário de legumes e verduras no almoço e no jantar, bem como o consumo diário de frutas;

CONSIDERANDO o Marco Legal da Primeira Infância (Lei 13.257/16), que estabelece em seu art. 19 que *“é assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde”*.

CONSIDERANDO que, durante as inspeções realizadas no Complexo Médico Penal em 2021, foi constatado que as presas gestantes usufruem do banho de sol e outros dele usufruem em frequência reduzida.

CONSIDERANDO que a Constituição da República Federativa do Brasil veda penas cruéis (art. 5º, inciso XLIX, alínea e) e que a Lei de Execução Penal determina que serão assegurados aos condenados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei (art. 3º);

CONSIDERANDO que até mesmo as pessoas em regime disciplinar diferenciado – RDD – pela prática de falta disciplinar grave consistente em fato previsto como crime doloso que ocasione subversão da ordem ou disciplina internas possuem direito à saída da cela por 2 horas diárias para banho de sol, em conformidade com o inciso IV do Art. 52 da LEP;



CONSIDERANDO as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos, adotadas no 1º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquentes, realizado em Genebra, em 1995, e aprovadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, através da Resolução 663C de 1957, aditada pela Resolução nº2076 de 1977, preveem que “Todos os reclusos que não efetuam trabalho no exterior devem ter pelo menos uma hora diária de exercício adequado ao ar livre quando o clima o permita.”;

CONSIDERANDO que a luz solar é essencial para a saúde humana, beneficiando, dentre outros, os sistemas ósseo e imunológico, auxiliando na metabolização da vitamina D, regulando a pressão arterial e prevenindo vários tipos de doenças, inclusive cardiovasculares, respiratórias e até mesmo alguns tipos de câncer (mama, próstata, pulmão, intestino, etc);

CONSIDERANDO a ADPF 347 MC/DF admitindo que o sistema penitenciário brasileiro é expressão visível (e lamentável) de um anômalo “estado de coisas inconstitucional”;

CONSIDERANDO as violações aos direitos de mulheres gestantes presas verificadas na inspeção ao CMP realizada pelo NUDEM e NUPEP no dia 09/12/2021, conforme Relatório em anexo, bem como as relatadas nos procedimentos nº 16.924.380-8 e nº 17.906.835-4;

CONSIDERANDO a alta rotatividade do número de gestantes recolhidas no CMP, implicando interrupções no fluxo de atendimento pré-natal após a prisão/transferência para o CMP;



CONSIDERANDO o interesse institucional da Defensoria Pública em cooperar com outras entidades estatais na busca de soluções adequadas para a proteção de direitos fundamentais;

CLÁUSULA 1ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a elaborar um protocolo de atendimento de saúde às gestantes que garanta, no mínimo:

- I - As 7 consultas de pré-natal, conforme determina a Linha Guia do Programa Mãe Paranaense, buscando informações junto à Unidade de origem e à própria gestante acerca de consultas realizadas anteriormente à entrada no CMP;
- II - Os três exames de ultrassom (um por trimestre da gestação), conforme determina a Linha Guia do Programa Mãe Paranaense;
- III - Acesso às medicações, suplementos vitamínicos e nutrição adequados, conforme cada gestação, de forma individualizada;

CLÁUSULA 2ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a elaborar uma base de dados acessível a Defensoria Pública, Ministério Público, Poder Judiciário informando da entrada e saída de gestantes da Unidade, dando cumprimento à Resolução n° 369/2021 do CNJ;

CLÁUSULA 3ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a buscar junto à Regional de Saúde responsável, a criação de um protocolo de acompanhamento com ginecologista/obstetra dentro do CMP, já que a condição de mulheres privadas de liberdade gera um maior grau de risco a todas as gestantes e, portanto, impossibilita que o pré-natal seja realizado somente pela equipe de enfermagem ou outras especialidades médicas;



CLÁUSULA 4ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a elaborar um protocolo que permita, já na entrada da gestante no CMP, determinar o grau de risco da gestação, se **intermediário ou alto**, não podendo ser estratificado como risco habitual em função da situação de vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade;

CLÁUSULA 5ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a realizar a contratação emergencial de profissionais da saúde para atuação no Complexo Médico Penal, dando-se preferência para a contratação de Ginecologista/Obstetra, bem como Enfermeira/o Obstétrica/o.

CLÁUSULA 6ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a realizar, em caráter permanente, curso de capacitação para os médicos(as) e enfermeiros(as) que atuam no CMP, especificamente sobre atendimento obstétrico e estratificação de risco da gravidez.

CLÁUSULA 7ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a readequar o fornecimento de alimentação às gestantes para que seja garantida a uma quarta refeição, ceia noturna, a título de complementação, visando minimizar os longos intervalos entre o jantar e o café da manhã do dia seguinte, nos termos da Resolução nº 27/2020 do Conselho Nacional de Direitos Humanos.

CLÁUSULA 8ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a adequar as instalações destinadas às gestantes para que seja assegurado o acesso seguro à iluminação elétrica a ser acionada por meio de interruptores; o alojamento em local livre de mofo, umidade, goteiras e vazamentos, que colocam em risco a saúde; banheiro que assegure as necessidades específicas de uma mulher gestante, com barra para segurança ou elevação do sanitário.



CLÁUSULA 9ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a adotar as providências que se fizerem necessárias para assegurar, de modo efetivo, a todas as presas, tanto as condenadas quanto as provisórias o direito à saída da cela para banho de sol todos os dias da semana, por período nunca inferior a 2 (duas) horas diárias;

CLÁUSULA 10ª: OS COMPROMISSÁRIOS obrigam-se a vedar que sejam aplicadas sanções coletivas ou individuais às presas gestantes, em observância à vedação prevista nas Regras de Bangkok;

Pelas Defensoras Públicas abaixo subscritas, foi referendado o compromisso celebrado, com base no artigo 5º, § 6º, da Lei nº 7.347/85, conferindo-lhe natureza de Título Executivo Extrajudicial. Nada mais havendo, lido e achado conforme, vai este instrumento devidamente assinado e datado em 02 (duas) vias de igual teor.

Curitiba/PR, ____ de _____ de 20__

MARIANA MARTINS NUNES
Defensora Pública Chefe do NUDEM

ANDREZA LIMA DE MENEZES
Defensora Pública Chefe do NUPEP

CORONEL RÔMULO MARINHO SOARES
Secretário de Estado da Segurança Pública

CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO
Secretário de Estado da Saúde

FRANCISCO ALBERTO CARICATI
Diretor Geral do DEPPEN

BRUNO HENRIQUE LOPES
Diretor do Complexo Médico Penal - CMP