

**INCIDENTES VIOLENTOS QUE AFETAM
A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PERIGO

JANEIRO DE 2012 A DEZEMBRO DE 2013

**FIM À VIOLÊNCIA CONTRA
A ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**É UMA
QUESTÃO
DE VIDA
OU MORTE**



CICV



CICV

Comité Internacional da Cruz Vermelha
19, avenue de la Paix
1202 Genebra, Suíça
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
E-mail: shop@icrc.org www.icrc.org
© CICV, setembro de 2014

**INCIDENTES VIOLENTOS QUE AFETAM
A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PERIGO

JANEIRO DE 2012 A DEZEMBRO DE 2013

* Este segundo relatório interino, parte do projeto Assistência à Saúde em Perigo, foi elaborado por Caroline Moulins.

RESUMO

Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2013, o CICV analisou os efeitos da violência contra a assistência à saúde durante conflitos armados e outras emergências em 23 países. Foram coletadas informações, de distintas fontes, sobre 1.809 incidentes violentos que envolveram o uso ou a ameaça de violência contra as pessoas feridas ou doentes e profissionais, estabelecimentos e veículos de saúde.

Este segundo relatório interino analisa os principais tipos de violência:

- Os prestadores locais de assistência à saúde, muito mais do que os internacionais, são os que sofrem com o impacto da violência, como demonstram os casos de 2012.
- As forças armadas e de segurança dos Estados e os atores não estatais são os principais perpetradores, cada um com uma parcela de responsabilidade de aproximadamente um terço de toda a violência registrada contra a prestação de assistência à saúde.
- O relatório sobre os estabelecimentos de saúde demonstra que eles são afetados principalmente por saques, ataques diretos e entradas disruptivas de pessoas armadas.

O CICV continuará coletando as informações sobre os incidentes e publicará, em 2015, uma análise abrangente que complementarará o relatório final do projeto.

Introdução

O presente relatório tem por finalidade analisar os dados coletados por 23 delegações do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) de janeiro de 2012 a dezembro de 2013.

Este relatório é o segundo de uma série produzida pelo CICV. O primeiro, *Incidentes Violentos contra a Assistência à Saúde*¹ (disponível em inglês), publicado em maio de 2013, apresentou e analisou os dados coletados pelas delegações do CICV, em 2012, sobre os incidentes violentos que afetaram a prestação de assistência à saúde em 22 contextos.²

A metodologia é a mesma que foi utilizada em 2012. Os dados foram coletados a partir de uma ampla variedade de fontes: pessoas afetadas diretamente ou envolvidas no incidente (vítimas, testemunhas, diretores de hospitais, entre outros), Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, grandes meios

de comunicação (locais e internacionais), outras organizações humanitárias e comunidades locais de assistência à saúde

O projeto Assistência à Saúde em Perigo

Assistência à Saúde em Perigo é um projeto facilitado pelo CICV que abrange o período de 2011 a 2015. Durante os primeiros dois anos, a organização procurou adquirir um maior entendimento dos problemas enfrentados pelos prestadores de assistência à saúde e aumentar a conscientização sobre a questão. Também buscou, mediante uma série de consultas com especialistas em vários assuntos, como segurança da infraestrutura e gestão dos serviços de ambulâncias, identificar as boas práticas e formular recomendações para garantir a segurança dos prestadores de assistência à saúde.

Em 2014, o projeto ingressou em uma nova fase, durante a qual todas as partes envolvidas serão incentivadas a implementar, nos seus respectivos contextos, as recomendações elaboradas nas várias reuniões de especialistas. Isso poderá levar a um maior comprometimento da comunidade internacional.

No período de 2013-2014, os dados coletados foram utilizados para redigir documentos de referência distribuídos durante as reuniões de especialistas³, como a oficina realizada em dezembro de 2013 em Sydney, Austrália, “Prática militar: do treinamento às ordens operacionais”⁴, a qual se concentrou nos obstáculos enfrentados pelas forças armadas para facilitar o trabalho dos prestadores de assistência à saúde no planejamento ou na condução das operações⁵. Os dados

também serviram para orientar e elaborar a resposta operacional das delegações do CICV com relação às questões do projeto *Assistência à Saúde em Perigo* na maior parte dos contextos estudados, bem como naqueles que não foram incluídos na coleta de dados.

A quantidade de incidentes documentados pode variar consideravelmente de um contexto a outro: em 2012 e 2013, foram coletados incidentes em 21 dos 23 países cobertos e nenhum foi relatado nos dois restantes. Em seis países havia mais de cem casos em cada um, enquanto que em outros sete havia menos de 30 casos em cada. As diferenças podem ser resultado de distintas dinâmicas de violência em contextos diferentes, mas também podem ter sido provocadas por algum viés na coleta de dados, em especial onde o acesso às vítimas é problemático e a informação é escassa e difícil de ser verificada. Os dados adicionais são, no entanto, essenciais para identificar os principais padrões de violência que afetam a assistência à saúde.

¹ http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf

² Com início em 2013, os dados foram coletados em 23 países, já que outro país foi adicionado ao estudo.

³ Para a lista das oficinas de especialistas em Assistência à Saúde em Perigo, consultar: <http://www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguardinghealth-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm>

⁴ “Military practice: From training to operational orders”

⁵ Além das consultas com especialistas militares, as delegações do CICV também discutiram com os atores armados não estatais sobre a prestação da assistência à saúde da própria instituição, dentro do marco de diálogos bilaterais.

Em 2013, um novo contexto foi agregado para a coleta de dados, elevando para 23 o número de países analisados. Nesses 23 países, a combinação com as informações de 2012 e 2013 resulta em 1.809 o número de incidentes documentados.⁶ Este relatório interino busca apresentar e comparar as tendências de violência contra a assistência à saúde em 2012 e 2013.

A primeira seção analisará as tendências gerais da violência contra os prestadores de assistência à saúde. A segunda parte se concentrará nos efeitos da violência contra ambulâncias. A última seção do relatório abordará a questão da violência contra os estabelecimentos, uma preocupação particular já que estes foram afetados por mais de 40% dos incidentes documentados (708 incidentes).⁷

⁶ O relatório publicado em 2013 analisou 921 incidentes coletados durante todo o ano anterior.

⁷ Esta análise contribuiu com dados para a última reunião de especialistas sobre os distintos modos de segurança nos estabelecimentos de saúde, realizada em Pretória, África do Sul, em abril de 2014 (em seguimento a uma reunião prévia em Ottawa, Canadá).

I. Dados adicionais

Os dados coletados no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013 refletem tendências que são consistentes, de modo geral, com as que foram identificadas pelo relatório de 2013, que se basearam em dados coletados em 2012.

A. Fontes de Informação

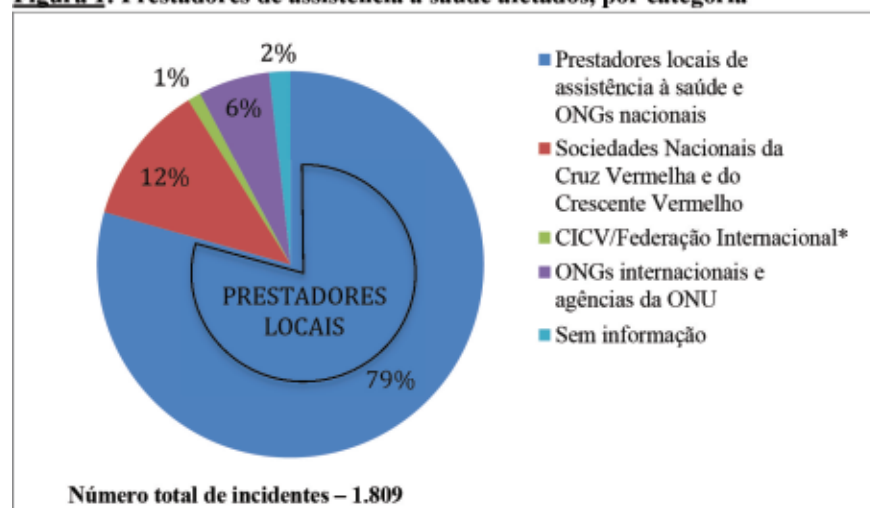
O presente relatório baseia-se essencialmente nas informações coletadas no terreno. A tabela 1 mostra a distribuição de incidentes segundo as fontes de informação.

Tabela 1: Fontes de informação	
CICV – mediante o diálogo com vítimas, profissionais de saúde e equipes administrativas e de apoio	881
Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho	199
Meios de comunicação (locais e internacionais)	349
Outros atores humanitários confiáveis	178
Comunidade local de assistência à saúde (incluindo o Ministério da Saúde)	202
TOTAL	1809

B. Categorias de prestadores de assistência à saúde afetados

Os dados coletados demonstram que os prestadores locais de assistência à saúde, incluindo as equipes das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, foram o grupo mais afetado pelos incidentes violentos: perfazem 91% dos incidentes documentados. Isso poderia ser considerado uma validação do principal objetivo do projeto, que é aumentar o respeito a todos os prestadores de assistência à saúde, incluindo os que trabalham dentro das suas comunidades, e não chamar a atenção apenas para os incidentes que afetam as organizações humanitárias internacionais, como o CICV.

Figura 1: Prestadores de assistência à saúde afetados, por categoria



* Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho

C. Tipos de violência que afetam as pessoas

Do total de 1.809 incidentes, as delegações do CICV coletaram informações sobre 1.092 casos que afetaram 2.456 vítimas (profissionais de saúde, pacientes, transeuntes, entre outros) em 2.624 atos ou ameaças de violência.⁸

Medidas de mitigação

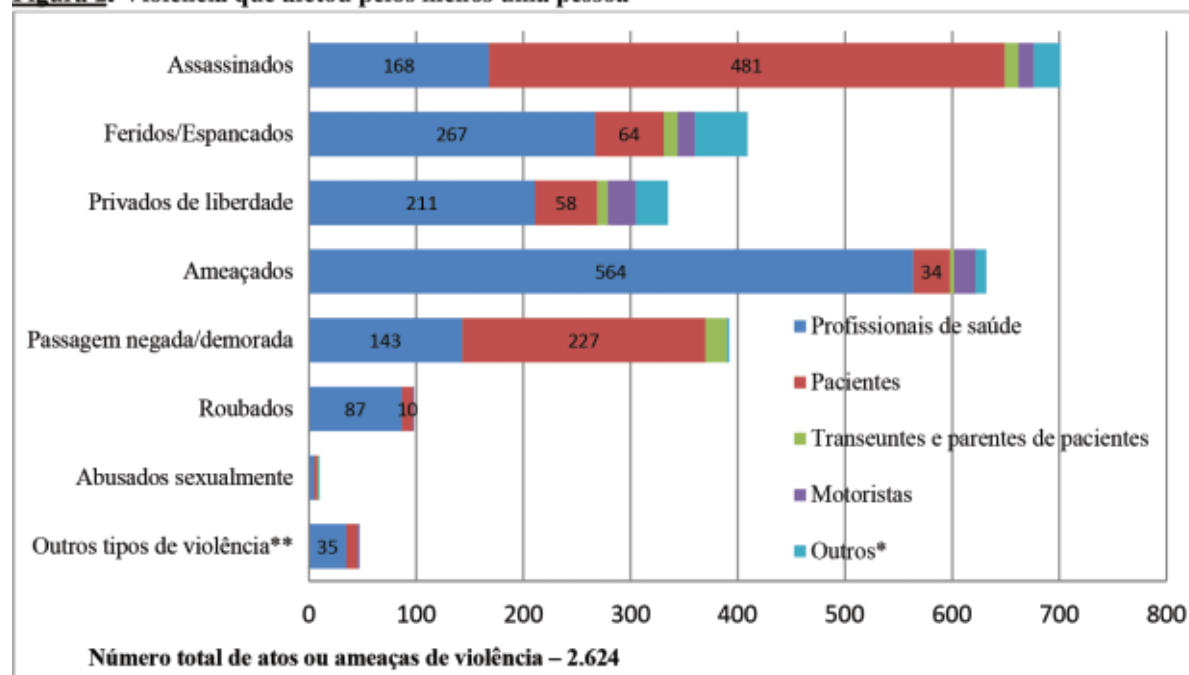
Entre as recomendações oriundas das reuniões de especialistas, algumas trataram especificamente da questão da ajuda aos prestadores de assistência à saúde para lidarem com o estresse causado pelas ameaças ou pela violência no trabalho. Isto pode ser uma das soluções para melhorar o manejo dos incidentes de segurança.

O gráfico abaixo representa os tipos de violência dirigida contra profissionais de saúde, pacientes e outros. Os dados revelam que um número elevado de profissionais receberam ameaças (564). As ameaças devem ser consideradas com toda a seriedade. Elas têm, com frequência, consequências prejudiciais para a prestação de assistência à saúde: quando ocorre esse tipo de incidente, as consequências podem ser o êxodo dos profissionais e o fechamento dos estabelecimentos, deixando centenas, até milhares de

pessoas, sem a assistência à saúde em áreas já abandonadas.

O gráfico também chama a atenção para o número alarmante de pacientes que foram mortos (481) ou cuja passagem foi negada (227): são padrões de violência que acarretam graves implicações para a segurança das pessoas que estão em tratamento ou que buscam atendimento.

Figura 2: Violência que afetou pelos menos uma pessoa



* Outros: profissionais humanitários, parentes dos profissionais de saúde

**Outros tipos de violência: tortura, deslocamento forçado de pacientes, evacuação forçada dos estabelecimentos de saúde, desaparecimentos forçados, ataques que fracassaram

Alguns tipos específicos de ameaças foram identificados, como as que são utilizadas para obrigar os profissionais a violarem a ética médica. Esta é uma questão de grave preocupação: em 2012 e 2013, o CICV registrou 59 casos de médicos que foram coagidos a dar prioridade a determinados pacientes e não puderam tratar primeiro os casos mais urgentes.

⁸Um incidente pode ter várias categorias de vítimas, afetadas por distintas formas de violência. Em alguns casos, as pessoas podem ser afetadas de mais de uma maneira pelo mesmo incidente: por exemplo, uma pessoa ameaçada de morte que continue prestando assistência à saúde a determinadas comunidades, que, ao mesmo tempo, é roubada.

❖ A violência sexual e a Assistência à Saúde em Perigo

Não houve muitos relatos de violência sexual nos contextos cobertos pela coleta de dados do CICV. No entanto, foi possível identificar padrões que revelaram um forte vínculo entre a violência sexual⁹ e questões relacionadas à Assistência à Saúde em Perigo, assim como foi possível confirmar que, em situações de conflitos armados, a violência sexual, em geral, não ocorre isolada.

O CICV documentou dez casos de violência sexual contra profissionais e pacientes em estabelecimentos de saúde. Também foram registradas ameaças deste tipo de violência em alguns dos 632 casos de intimidação. Os dados coletados também amparam a visão de que os ataques direcionados contra os estabelecimentos de saúde podem dificultar o acesso das vítimas de todos os tipos de violência, inclusive da violência sexual, à assistência à saúde e ao apoio, impedindo que as equipes realizem um atendimento eficaz.¹⁰

As constatações complementam as conclusões estabelecidas pelo CICV, em outros contextos distintos dos cobertos pelo presente relatório, sobre as dificuldades que as vítimas de violência sexual podem encontrar quando tentam obter assistência à saúde. Por exemplo, ao mesmo tempo em que o acesso aos cuidados médicos pode não estar disponível com facilidade para as vítimas de qualquer tipo de violência durante conflitos armados, a “invisibilidade” dos ferimentos causados pela violência sexual gera uma grande barreira adicional para as vítimas que buscam atendimento. Além disso, o silêncio das vítimas - devido aos sentimentos de vergonha e ao medo de serem estigmatizadas e rejeitadas pelas suas famílias e comunidades, e o consequente isolamento dessas vítimas - pode impedir que elas compartilhem as suas experiências, travando os esforços para auxiliá-las a obter acesso aos serviços de saúde. O silêncio também impede a coleta de dados precisos, o que dificulta a elaboração de programas eficazes direcionados à prevenção e à resposta aos casos de violência sexual.

⁹ “A violência sexual durante conflitos armados: uma tragédia invisível”, CICV, 2013.

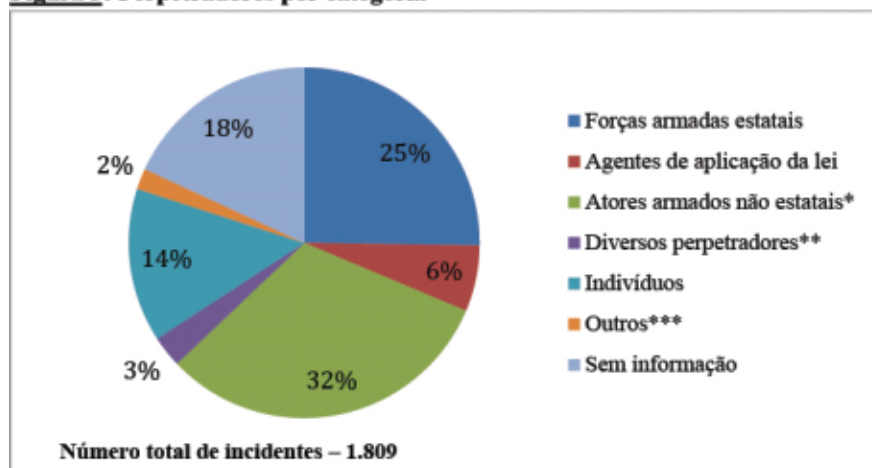
<http://www.icrc.org/por/resources/documents/faq/sexual-violence-questions-and-answers.htm>

¹⁰ O acesso desimpedido aos estabelecimentos de assistência à saúde tem particular importância para as vítimas de violência sexual, já que precisam de atendimento médico urgente (preferivelmente dentro de 72 horas) para reduzir os riscos de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

D. Perpetradores

A distribuição das categorias de perpetradores permaneceu basicamente a mesma nos anos de 2012 e 2013. As forças armadas e de segurança (militar e policial) dos Estados e atores armados não estatais têm a mesma parcela de culpa, sendo cada um responsável por aproximadamente 30% do número total de incidentes (ver o gráfico a seguir).

Figura 3: Perpetradores por categoria



* *Atores armados não estatais*: milícias, segurança particular, e movimentos rebeldes e guerrilheiros que não fazem parte do aparato estatal de aplicação da lei, militar ou de segurança

** *Diversos perpetradores*: participação de mais de um perpetrador/responsabilidade compartilhada

*** *Outros*: medidas administrativas, forças policiais e militares internacionais, militares em missão de paz

O relatório de 2013 destacou a questão dos ataques contra os profissionais de saúde cometidos por parentes de pacientes, porque estavam descontentes com as demoras, a natureza do tratamento e os resultados, entre outros. Esta tendência não foi modificada: ocorreram 18 desses ataques em 2012 e 20 em 2013.¹¹

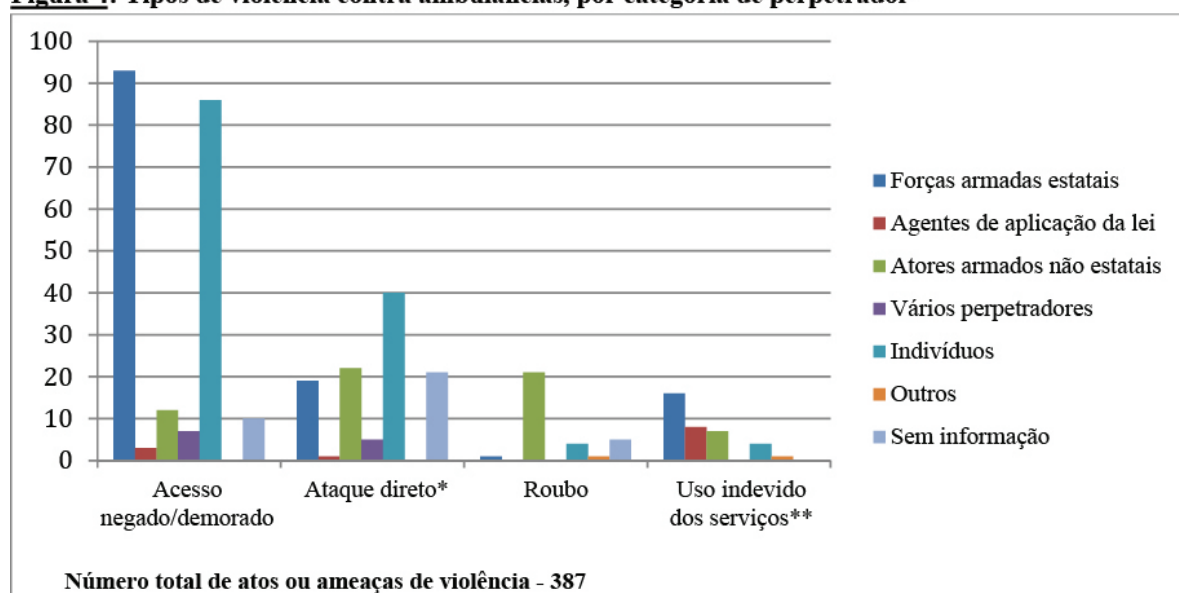
¹¹ Este é um número comparativamente baixo com relação à quantidade total de incidentes documentados; no entanto, os incidentes foram restritos a apenas alguns contextos, onde a segurança dos profissionais e o acesso da população à assistência à saúde foram seriamente afetados.

II. Ambulâncias

A maior parte dos casos documentados se refere à violência dirigida contra os meios formais de transporte, ou seja, as ambulâncias. Em muitos contextos, entretanto, os feridos e os doentes são transportados em veículos particulares ou outros meios não oficiais e, algumas vezes, informais. A violência contra estes últimos nem sempre é informada. No total, o CICV identificou 391 incidentes em que os meios de transporte foram afetados: ambulâncias estiveram envolvidas em 302 casos (387 atos ou ameaças de violência no total), meios formais de transporte não terrestre (embarcações, aeronaves) em 9 e veículos alternativos (táxis particulares, veículos de ONGs) em 80. Somente os casos com ambulâncias serão incluídos na análise a seguir.

O gráfico a seguir mostra os tipos de violência que afetam exclusivamente as ambulâncias, com a distribuição por categoria do perpetrador. Em 2012 e 2013, *Acesso demorado/negado* e *Ataque direto* foram as formas mais comuns de violência dirigida contra esses veículos. Quando classificamos o tipo de violência por categorias de perpetradores, vemos que o grupo *Indivíduos*¹² teve um papel importante nas demoras e nos ataques. Consistem basicamente de manifestantes ou membros de tribos que impediram a prestação de assistência à saúde.

Figura 4: Tipos de violência contra ambulâncias, por categoria de perpetrador



**Ataque direto*: a ambulância sofreu disparos, bombardeios, pedradas, entre outros

** *Uso indevido dos serviços*: apropriação, armazenagem ou transporte de armas, lançamento de um ataque do seu interior, utilização com fins não médicos

❖ Consequências

Um incidente que afeta uma ambulância pode ter várias formas: negar a passagem para chegar até os pacientes, espancar ou prender as equipes, causar estragos materiais na ambulância, entre outros.

❖ Negar ou demorar o acesso

Na maioria dos casos, o acesso foi negado ou demorado tanto por indivíduos como por forças armadas estatais. Dos 75 incidentes nos quais o acesso foi negado às ambulâncias, 62% ocorreram próximos aos postos de controle. Em mais de 74% dos casos, a ambulância foi retida por menos de uma hora, mas mesmo um tempo de espera relativamente curto pode ser fatal.

¹² *Indivíduos*, nesta definição, não são os integrantes das forças armadas ou de segurança dos Estados, nem fazem parte de grupos de atores armados não estatais.

Medidas para tornar a prestação de assistência à saúde por parte dos serviços de ambulância mais segura

A oficina temática realizada no México fez recomendações para melhorias na gestão dos serviços de ambulância em situações de emergência. São elas: o aumento da aceitação, por parte da comunidade, dos serviços de emergência e a consolidação deles, em particular, mediante atividades de fortalecimento da confiança, assim como a identificação, e a coordenação dos trabalhos dos diversos prestadores.

A oficina para as forças armadas, realizada em Sydney, em dezembro de 2013, abordou a questão fundamental da prevenção ou da redução das demoras ou do impedimento da passagem dos veículos de saúde, em particular nos postos de controle, já que isso poderia acarretar graves consequências para os doentes e os feridos que são evacuados. Houve um consenso geral entre os participantes de que se deveria dar prioridade às evacuações médicas e permitir a passagem das ambulâncias pelos postos de controle do modo mais rápido possível. Os participantes reconheceram, desde o início da oficina, que o controle de veículos terrestres provoca inevitavelmente algumas demoras. A discussão, portanto, se concentrou nos meios para garantir que as demoras sejam reduzidas e que rotas alternativas sejam comunicadas, caso a passagem seja negada por razões militares imperiosas.

III. Estabelecimentos de saúde¹³

Dos 1.809 incidentes documentados, 708 (mais de 40%) consistiram de ataques contra os estabelecimentos de saúde ou dentro desses. É importante, portanto, analisar cuidadosamente a violência que os afeta e as possíveis soluções para reduzir o risco de ataques e as melhorias na prestação e no acesso à saúde.

Nesses 708 casos, que compreendiam 737 atos ou ameaças distintas de violência, os principais perpetradores foram as forças armadas e de segurança do Estado (35%, incluindo agência de aplicação da lei) e atores armados não estatais (32%). As constatações correspondem aproximadamente à distribuição da responsabilidade pelos atos ou ameaças revelados nos dados adicionais para todos os tipos de violência (ver Figura 3).

O gráfico abaixo mostra os tipos de violência que afetam os estabelecimentos de saúde por categoria de perpetrador: as principais categorias relatadas são ataques diretos na forma de bombardeio ou disparos (211 de 737) e pilhagem/saques (171 de 737). Não constam no gráfico os casos de entradas armadas disruptivas, já que a maioria consistia de outros tipos de violência (roubos, uso indevido dos serviços, ataques, entre outros). Eles serão analisados mais adiante no relatório de modo a proporcionarem uma melhor compreensão da questão das entradas armadas, separadas dos outros tipos de violência.

Figura 6: Perpetradores por categoria de atos que afetaram os estabelecimentos de saúde

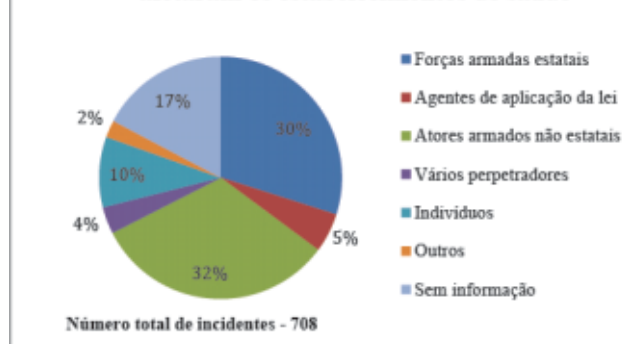
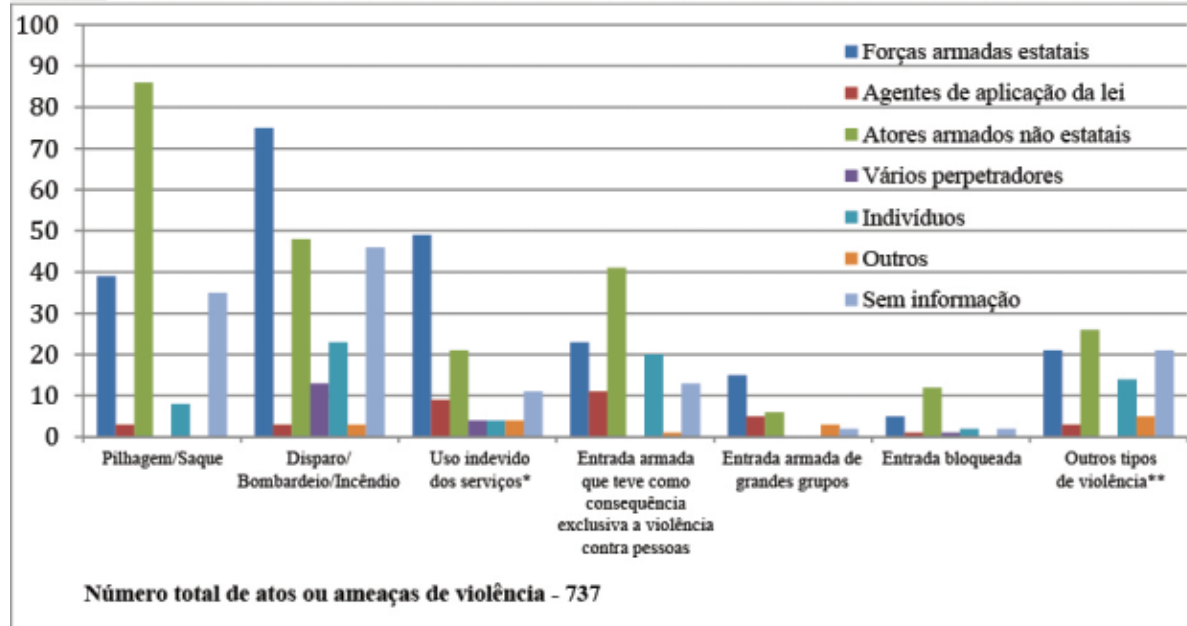


Figura 7: Tipos de violência que afetam os estabelecimentos de saúde, por categoria de perpetradores



* *Uso indevido dos serviços*: apropriação, armazenagem de armas, lançamento de ataques desde o interior dos estabelecimentos, utilização com fins não médicos

** *Outros tipos de violência*: fechamento forçado do estabelecimento, ameaça de ataques, arrombamento, decisão administrativa

¹³ Para os fins do presente relatório, o seguinte parágrafo analisará somente os estabelecimentos de saúde fixos (não móveis).

❖ Danos aos estabelecimentos

Dos 737 atos ou ameaças de violência, 244 envolveram danos materiais aos estabelecimentos de saúde. Em 88% dos casos, os estabelecimentos sofreram estragos materiais em decorrência de um ataque e em 12% dos casos, os estabelecimentos sofreram danos colaterais.

❖ Pilhagem/Saque¹⁴

A *pilhagem* chegou a 171 dos 737 atos ou ameaças de violência que afetaram os estabelecimentos de saúde. Estes, com os seus estoques de equipamentos e material médico, além de quantias em dinheiro, são uma tentação para os perpetradores de violência criminosa. A pilhagem pode gerar consequências prejudiciais para a assistência à saúde: os estabelecimentos ficam desprovidos de equipamentos ou materiais necessários para tratar os pacientes e tais incidentes podem resultar também na expulsão dos profissionais de saúde que vão embora temendo pela sua segurança. Nem sempre é possível saber se os equipamentos e o material foram roubados para limitar a capacidade de prestar atendimento ou para o uso dos próprios perpetradores na prestação de assistência a eles mesmos.

Em 52% dos casos, os atos de pilhagem foram realizados por atores armados não estatais; em 20% dos casos, o perpetrador não foi identificado.

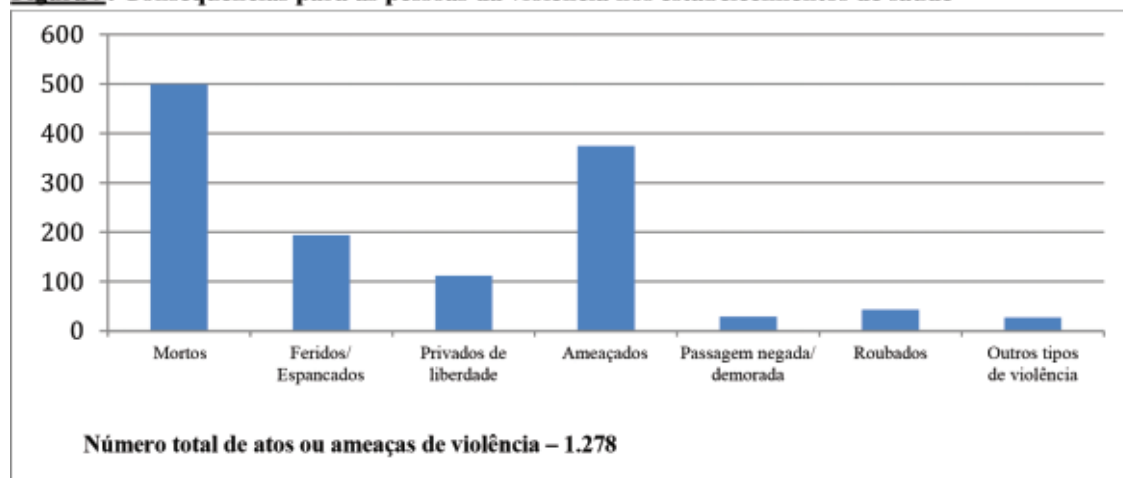
No total, foram saqueados 171 estabelecimentos de saúde. Deve-se destacar que 44% dos incidentes tiveram como consequência a perda de equipamento e em 46% dos casos o material médico (principalmente medicamentos) foi roubado. Alguns poucos casos consistiram em roubos – de quantias em dinheiro ou documentos arquivados – ou em cortes de água ou eletricidade.

❖ Entrada armada disruptiva

A *entrada armada disruptiva* é definida como qualquer incursão de um ator armado em um estabelecimento de saúde que interrompa o funcionamento do estabelecimento ou impeça o atendimento ou o acesso a ele. Tais atos são muitas vezes acompanhados de ameaças contra os profissionais de saúde, pilhagem, danos ao estabelecimento e a morte de pacientes. Instala o medo entre pacientes e profissionais.

A responsabilidade pela disrupção do funcionamento com a entrada de armas nos estabelecimentos é, uma vez mais, compartilhada pelos atores armados. A Figura 9 demonstra as consequências para as pessoas da violência nos estabelecimentos de saúde.

Figura 9: Consequências para as pessoas da violência nos estabelecimentos de saúde



¹⁴ Pilhagem/saque: aquisição forçada de bens públicos ou privados para uso ou benefício exclusivamente pessoal. Compreende roubo, assalto ou arrombamento dos estabelecimentos de saúde.

Medidas para tornar os estabelecimentos de saúde mais seguros

Impedir que homens, mulheres e crianças armados entrem em um estabelecimento sem autorização é quase impossível. No entanto, existem medidas para dificultar as entradas armadas disruptivas. A maneira mais simples é construir um muro ou cerca ao redor do estabelecimento com pontos fixos de entrada controlados por funcionários; isso evita que as pessoas perambularem pelo local. Outras medidas podem ser também: barreiras em ziguezague; uma zona intermediária na entrada para revistar as pessoas que entram; cartazes de “Proibido portar armas” dispostos de forma bem visível; entre outros. A adoção dessas medidas é importante, mas manter o contato regular e as linhas de comunicação abertas com as forças militares e policiais locais são igualmente importantes.

• Operações de busca

As entradas armadas disruptivas também podem consistir em operações de busca: depende inteiramente da maneira em que as operações são conduzidas. Entradas armadas deste tipo foram analisadas com atenção durante a oficina de Sydney sobre prática militar. O CICV registrou 35 casos de entrada armada disruptiva pelas forças armadas e de segurança dos Estados: elas realizavam operações de busca, para prender ou remover pacientes dos hospitais, ou em perseguição de rebeldes que pensavam que estavam escondidos próximo ao estabelecimento. O CICV também coletou 30 casos de pacientes que foram presos dentro dos estabelecimentos contra a vontade dos médicos, impedindo que recebessem tratamento.

De um modo geral, os participantes da oficina de Sydney concluíram que as operações militares de busca em hospitais e outros estabelecimentos deveriam ser uma medida excepcional, sendo importante encontrar um equilíbrio entre a vantagem militar a ser obtida e o seu impacto em termos humanitários. Foi feita uma série de recomendações para reduzir o impacto adverso desse tipo de busca: devem, por exemplo, ser coordenadas com os profissionais de saúde.

Tendo em vista os dados coletados sobre os incidentes envolvendo estabelecimentos de saúde, é mais importante do que nunca chamar a atenção para a necessidade de aumentar a segurança deles. Deve-se reconhecer a complexidade da questão e elaborar um enfoque abrangente para lidar com ela.

Conclusão

A finalidade da presente coleta de dados pelas delegações do CICV, durante o período de dois anos, foi de apresentar uma ferramenta para a promoção e a defesa das questões relativas ao projeto Assistência à Saúde em Perigo, assim como aumentar a conscientização sobre os temas. Deverá também ser usada para influenciar os responsáveis pelas decisões, chamar a atenção para a necessidade de uma ação urgente, facilitar o diálogo com os perpetradores em potencial e reduzir os riscos.

Dentro do contexto do projeto, um relatório final será publicado em 2015 e apresentado na XXXII Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho nesse ano.

❖ Temas pendentes

O relatório elaborado em 2013 destacou o número crescente de “ataques secundários” e de ataques contra os profissionais de saúde envolvidos em campanhas de vacinação. Inicialmente, essas questões não eram prioritárias para o projeto Assistência à Saúde em Perigo, contudo, o número crescente de casos e as suas consequências humanitárias mudaram o cenário.

• Ataques secundários

Para o propósito do projeto, “ataques secundários” são definidos como explosões que visam causar o maior número possível de mortos e feridos, inclusive entre os que prestam ajuda às vítimas de uma explosão anterior. São geralmente dirigidos contra os socorristas¹⁵ que se aproximam do local de um ataque prévio para prestar socorro ou isolar a área. Em 2012 e 2013, o CICV registrou 26 ataques secundários. Os perpetradores eram principalmente atores armados não estatais (34%) e forças armadas estatais (31%). Deve-se assinalar que ninguém assumiu a responsabilidade pelos ataques em 23% dos casos.

• Campanhas de vacinação

Em 2013, os ataques contra os profissionais de saúde envolvidos em programas de vacinação foram causa de uma crescente preocupação. Foram documentados 64 ataques desse tipo em oito contextos. Os incidentes variaram de ataques ou ameaças contra os indivíduos que vacinavam ao roubo do material médico. Dadas as consequências de longo alcance desses casos, torna-se imperativo restabelecer a aceitação das campanhas de vacinação entre os atores armados no mundo todo.

¹⁵ O termo “socorristas” refere-se às equipes médicas e paramédicas e, em alguns casos, profissionais de outras áreas que chegam primeiro ao local de um incidente para prestar assistência emergencial.

O projeto Assistência à Saúde em Perigo e o monitoramento de tendências da violência que afeta a assistência à saúde

Em agosto de 2011, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) lançou *Assistência à Saúde em Perigo*, um projeto com base na Resolução 5ª da XXXI Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, de 2011. A resolução instava o CICV a “aprofundar as consultas com os especialistas em assistência à saúde dos Estados e a comunidade de saúde, de modo a formular recomendações que tornem a prestação de assistência à saúde mais segura em conflitos armados e outras emergências”.

O projeto fundamenta-se no estudo *Health Care in Danger: A Sixteen Country Study (Assistência à Saúde em Perigo: um Estudo de Dezesesseis Países)* que foi encomendado pelo CICV e publicado em 2011. Fundamentado em uma análise de 655 incidentes violentos em 16 países, apresenta provas mais contundentes dos efeitos prejudiciais da violência contra o acesso e a prestação de assistência à saúde. Também destaca a amplitude dos incidentes que afetam a prestação segura dos serviços de saúde de modo eficaz e imparcial em conflitos armados e outras emergências: feridos e doentes aos quais o acesso à assistência é negado, ataques contra funcionários dos estabelecimentos, bombardeios de hospitais, entre outros.

O seguimento das tendências identificadas pelo estudo dos 16 países é a base do projeto Assistência à Saúde em Perigo. Solicitou-se às equipes no terreno em 22 países onde o CICV realiza operações que coletassem informações que eram reunidas mensalmente.

MISSÃO

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha é uma organização imparcial, neutra e independente, cuja missão exclusivamente humanitária é proteger a vida e a dignidade das vítimas de conflitos armados e outras situações de violência, assim como prestar-lhes assistência. O CICV também se esforça para evitar o sofrimento por meio da promoção e do fortalecimento do direito e dos princípios humanitários universais. Fundado em 1863, o CICV deu origem às Convenções de Genebra e ao Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Dirige e coordena as atividades internacionais que o Movimento conduz em conflitos armados e outras situações de violência.

