INCIDENTES VIOLENTOS QUE AFETAM
A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PERIGO

JANEIRO DE 2012 A DEZEMBRO DE 2014

FIM À VIOLÊNCIA CONTRA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE É UMA QUESTÃO DE VIDA OU MORTE

CICV

RELATÓRIO

CICV

Comitê 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.cicr.org
© CICV, junho de 2015

INCIDENTES VIOLENTOS QUE AFETAM A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PERIGO

JANEIRO DE 2012 A DEZEMBRO DE 2014

* Este terceiro relatório interino, parte do projeto Assistência à Saúde em Perigo, foi elaborado por Marica Tamanini.

RESUMO EXECUTIVO

No âmbito do projeto Assistência à Saúde em Perigo, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) realizou uma coleta de dados sobre incidentes violentos contra a assistência à saúde em situações de conflitos armados e outras emergências. As informações coletadas são utilizadas pelo CICV, Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e outros atores relevantes para aumentar a conscientização sobre a violência contra a assistência à saúde no mundo todo. O presente relatório visa proporcionar dados que possam ser usados em estratégias operacionais e incentivar as pessoas responsáveis por tomar decisões a agirem para prevenir este tipo de violência. O CICV também usa dados de contexto sobre incidentes violentos contra a assistência à saúde para elaborar estratégias nas suas delegações no terreno e lidar com as questões de relevância.

Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014, o CICV coletou dados sobre os incidentes de violência em contextos operacionais selecionados onde as suas equipes estão presentes no terreno. O objetivo é analisar e identificar os principais tipos de atos ou ameaças de violência contra a assistência à saúde em conflitos armados e outras emergências e os seus efeitos nas populações, estabelecimentos e veículos de saúde. A análise que figura neste relatório (2012-2014) se baseia em dados de 2.398 incidentes coletados a partir de diversas fontes de informação em 11 países. As constatações estão fundamentadas nas informações agregadas, destacando os principais padrões de violência contra os doentes e feridos, funcionários, estabelecimentos e veículos de saúde que aparecem nos contextos analisados. Em comparação com os dois relatórios anteriores[1], cujas análises foram realizadas em 22 e 23 países respectivamente, o presente e terceiro relatório centra-se na análise de dados coletados em 11 países, (a) de pelo menos três fontes diferentes de informação, e (b) sobre os quais foram recebidos relatórios mensais durante todo o período analisado. Apesar da quantidade díspar de países, o relatório confirma os padrões de violência que afetam a assistência à saúde que foram detectados nos relatórios anteriores. Além disso, incorpora detalhes relativos à análise de informações contextuais, como os incidentes ocorridos durante confrontos ou manifestações, e concentra-se na identificação das dinâmicas da violência nos diferentes lugares onde os incidentes ocorreram.

As constatações mais importantes desse relatório são as seguintes:

a) **A maioria dos incidentes sobre os quais foram coletados dados ocorreu contra os estabelecimentos de saúde, no seu interior ou no seu perímetro.** Foram feitas as seguintes observações:
    - **Pacientes foram mortos, feridos e/ou agredidos,** assim como os seus parentes e outros acompanhantes;
    - **Profissionais de saúde foram sujeitos a ameaças ou coerção** para agir contra a ética médica e/ou prestar atendimento gratuito;
    - Profissionais de saúde também foram sujeitos a ameaças e agressões físicas por parte de **pacientes e parentes;**
    - Os estabelecimentos foram **alvejados, bombardeados e/ou incendiados** diretamente ou danificados durante a condução das hostilidades;
    - O **uso de explosivos e/ou operações de bombardeio** causou uma quantidade importante de vítimas nos incidentes documentados contra os estabelecimentos de saúde, no seu interior ou no seu perímetro;
    - **Entradas armadas disruptivas** assumiram, em particular, a forma de arrombamentos e entradas forçadas com a finalidade de cometer violência contra as pessoas dentro dos estabelecimentos, incluindo a remoção forçada de pacientes e atos de prisão;

[1] CICV, *Incidentes violentos que afetam a assistência à saúde – Janeiro a Dezembro 2012* (disponível em inglês), CICV, Genebra, 2013; CICV, *Incidentes violentos que afetam a assistência à saúde – Janeiro 2012 a Dezembro 2013,* CICV, Genebra, 2014.

- Estabelecimentos de saúde foram sujeitos a vários **saques e pilhagens**, muitas vezes acompanhados de **arrombamento** do local, e as pessoas do lado de dentro foram com frequência sujeitas a roubos;
- Estabelecimentos de saúde foram **ocupados e sujeitos a uso indevido**, em particular o uso forçado dos serviços e a utilização com fins militares;
- A violência contra os estabelecimentos de saúde, no seu interior ou no seu perímetro, causaram **perda de recursos e danos graves,** levando com frequência **à suspensão dos serviços de saúde**.

b) Muitos incidentes documentados ocorreram no percurso de/para os estabelecimentos de saúde, em postos de controle e em espaços públicos[2]. Em particular:

a. **Obstrução** da passagem de ambulâncias, profissionais de saúde, motoristas de veículos de saúde e pacientes;
b. Os profissionais de saúde e pacientes foram muitas vezes sujeitos a **ameaças, agressões físicas** e **privação da liberdade;**
c. Violência contra os veículos de saúde envolveram ataques diretos ou indiretos e obstruções, que também ocorreram durante as manifestações.

Além disso, observaram-se **ataques secundários**[3] direcionados contra veículos de saúde.

c) Os incidentes documentados que ocorreram em **outras áreas**[4] **ou em lugares não identificados**[5] revelaram o seguinte:

a. Vários incidentes envolveram a **coerção de profissionais de saúde** para agir de modo contrário à ética médica, oferecer atendimento gratuito ou prestar assistência à saúde em lugares inseguros;
b. **Profissionais de saúde** foram particularmente afetados por ameaças e privação de liberdade.

A análise contida neste relatório reflete os resultados dos relatos sobre os casos de violência contra a assistência à saúde. É um exercício que foi recentemente posto em prática, em 2012, cujos resultados foram apresentados em um primeiro relatório sobre os incidentes que afetam a prestação da assistência à saúde, publicado em 2013, e um segundo, publicado em 2014[6]. Não estabelece uma linha de base para comparação, tampouco pode ser considerado representativo devido aos desafios de se obter o acesso à informação. Portanto, os métodos de coleta de dados não permitem que se determinem tendências nem que se avalie o número real de incidentes que ocorreram nos contextos analisados. Pelo mesmo motivo, não se aconselha a comparação entre os relatórios com o propósito de identificar as mudanças nos níveis de violência. Os números contidos neste relatório representam apenas os incidentes que foram registrados, que devem ser considerados como a "ponta do iceberg". **O principal valor do relatório é descrever os principais padrões de violência contra a prestação da assistência à saúde.**

---

[2] Espaço público: qualquer espaço em uma cidade, povoado ou área rural ao qual as pessoas da comunidade têm acesso e frequentam com finalidades outras que não a assistência à saúde, como um mercado; inclui locais públicos e privados utilizados para outras atividades profissionais que não a prestação de assistência à saúde.

[3] 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. Geralmente, são dirigidos contra as equipes de primeira resposta que se aproximam do local de um ataque prévio para prestar socorro ou isolar a área.

[4] Outras áreas: uma residência civil, um complexo que não seja de saúde, um campo de refugiados ou de deslocados, uma delegacia, uma pista de pouso, a bordo de um navio e áreas não físicas como no caso de incidentes que ocorrem como resultado de decisões de comunicação ou administrativas.

[5] Lugares não identificados: nos casos para os quais não foi possível determinar qual o tipo de lugar (p.ex., estabelecimento de saúde, posto de controle, estrada, etc.). É importante observar que o tipo de lugar é diferente da localização geográfica onde ocorreu o incidente, que deverá ser determinada para que este seja incluído na compilação dos dados.

[6] Veja nota nº 1 acima.

A. INTRODUÇÃO

Este documento é o terceiro de uma série de relatórios publicados pelo CICV sobre incidentes violentos que afetam a prestação da assistência à saúde e o acesso em situações de conflitos armados e outras emergências; os dados foram coletados pelas equipes do CICV no terreno. Os relatórios consolidam um estudo iniciado em 2008, baseado na coleta de dados a partir de relatos dos meios de comunicação sobre os incidentes que afetaram a assistência à saúde. O estudo registrou os casos em 16 países durante um período de três anos, tendo sido apresentado na 31ª Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho em 2011. Foi um catalisador para uma Resolução que outorgou um mandato[7] ao CICV para trabalhar com o tema. No mesmo ano, o CICV iniciou o projeto Assistência à Saúde em Perigo em colaboração com as Sociedades Nacionais e a Federação, e outros parceiros globais preocupados com a prestação segura da assistência à saúde. Desde 2012, o CICV vem coletando dados sobre os incidentes em mais de 20 contextos nos quais a instituição conta com uma presença operacional, tendo elaborado um relatório anual com base nas informações agregadas.[8] Outras organizações que atuam na área da saúde, institutos acadêmicos e outras partes interessadas estudaram a questão em contextos específicos, publicando relatórios analíticos e qualitativos. O relatório do CICV busca complementar essas análises e inspirar possíveis pesquisas futuras.

1. Objetivos do relatório

O presente relatório apresenta os resultados da análise dos dados sobre incidentes violentos contra a assistência à saúde, coletados em 11 países nos quais o CICV possui uma presença no terreno.[9] O principal objetivo da análise foi investigar os tipos de violência perpetrada contra os profissionais, infraestrutura, veículos e programas de saúde em áreas afetadas pelos

Foco 1 – O projeto Assistência à Saúde em Perigo

Assistência à Saúde em Perigo é um projeto do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, lançado em 2011, que tem como base o mandato recebido na 31ª Conferência Internacional para lidar com a questão da violência contra a assistência à saúde.

Nos primeiros dois anos, o Movimento concentrou-se na conscientização sobre o assunto e, a partir das constatações contidas no estudo em 16 países e nos respectivos relatórios, nas consultas com especialistas realizadas para tratar as principais questões relativas à violência contra a assistência à saúde. Foram organizadas 12 oficinas ao redor do mundo, reunindo especialistas em assuntos como prática militar; legislação nacional; segurança dos estabelecimentos de saúde, ambulâncias e serviços pré-hospitalares; ética médica; os direitos e deveres dos profissionais de saúde; o papel da sociedade civil e o papel das Sociedades Nacionais. Foram feitas também consultas com grupos armados não estatais. Graças às oficinas e consultas, foram identificadas recomendações para temáticas e/ou interlocutores específicos. As recomendações foram incluídas em todos os relatórios publicados após cada processo de consulta.

Em 2014, o projeto ingressou em uma nova fase, durante a qual todas as partes interessadas, sobretudo os representantes diplomáticos, participaram de fóruns regionais e internacionais para se apropriarem da temática nos seus próprios contextos.

O projeto, que tinha como data de término o final de 2015, foi prorrogado até 2017, com a finalidade de focalizar a implementação prática das recomendações feitas e incentivar um maior envolvimento prático pela comunidade diplomática.

Os relatórios com as recomendações podem ser consultados aqui:

www.healthcareindanger.org

[7] 31ª Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Genebra, 2011, Resolução 5.
[8] A coleta de dados foi primeiramente estabelecida em 22 contextos operacionais nos quais o CICV está presente. O segundo estudo sobre os incidentes violentos contra a assistência à saúde, publicado em 2013, produziu informações baseadas nos dados coletados sobre incidentes nesses países. O terceiro relatório, publicado em 2014, apresentou os resultados em uma análise dos dados sobre os incidentes coletados em 23 contextos operacionais durante um período de dois anos (um país adicional foi incluído na coleta de dados).
[9] Veja a seção B.1 para mais informações.

conflitos armados e outras emergências. Em particular, o relatório focaliza no comportamento violento contra os profissionais que prestam a assistência à saúde, os feridos e doentes, os estabelecimentos e os veículos de saúde em diferentes tipos de lugares onde ocorreram os incidentes. O motivo pelo qual se selecionou este ângulo de análise foi explorar a questão de uma perspectiva distinta dos relatórios anteriores buscando-se identificar como as principais categorias de perpetradores, os tipos mais recorrentes de violência e as principais consequências dessa violência se modificam de acordo com o tipo de lugar onde os incidentes ocorreram. O propósito final do relatório é conscientizar e aumentar a compreensão das preocupações humanitárias com relação à prestação segura da assistência à saúde. Ao propiciar um maior conhecimento sobre o assunto, espera-se que as constatações do relatório levem à adoção de medidas preventivas que conduzam a garantir um meio mais seguro para a prestação da assistência à saúde.

2. Definições preliminares

Para a finalidade do presente documento, as seguintes definições gerais se aplicam:

Assistência à saúde

Prevenção, diagnóstico, tratamento ou controle de doenças, lesões ou deficiências, assim como medidas para proteger a saúde materno-infantil. O termo engloba todas as atividades que assegurem, ou prestem apoio, para o acesso dos doentes e feridos a esses serviços de saúde, incluindo a busca, recolhimento ou transporte dos doentes e feridos ou a gestão dos estabelecimentos de saúde.

Profissionais de saúde

Todos os indivíduos com qualificações na área da saúde, p.ex., médicos, enfermeiros, paramédicos, fisioterapeutas, farmacêuticos; pessoas que trabalham em hospitais, clínicas e postos de primeiros socorros; motoristas de ambulâncias, administradores de hospitais; pessoas que trabalham na comunidade na sua capacidade profissional; funcionários e voluntários do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho envolvidos na prestação da assistência à saúde; pessoal de saúde das forças armadas; pessoal de saúde dos grupos armados; e funcionários das organizações internacionais e não governamentais da área da saúde.

Estabelecimentos de saúde

Hospitais, laboratórios, clínicas, postos de primeiros socorros, centros de transfusão de sangue e depósitos de material médico e farmacêutico desses estabelecimentos. O termo inclui, mas é mais amplo do que as distintas categorias de "unidades médicas" que estão protegidas especificamente pelo Direito Internacional Humanitário (DIH) e que têm direito ao uso dos emblemas da cruz vermelha, crescente vermelho e cristal vermelho com a finalidade de proteção.

Veículos de saúde

Ambulâncias, navios ou aviões sanitários, sejam civis ou militares, e em geral qualquer tipo de veículo, incluindo meios privados de transporte que trasladam os doentes e feridos, profissionais de saúde e material e equipamento médico. O termo inclui, mas é mais amplo do que as distintas categorias de "transportes sanitários" que estão protegidos especificamente pelo DIH e têm direito ao uso dos emblemas da cruz vermelha, crescente vermelho e cristal vermelho com a finalidade de proteção.

Violência

Uso intencional ou acidental de força ou poder físico – real ou a ameaça -, contra si, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que tem como consequência, ou é provável que tenha, o ferimento ou morte, danos psicológicos ou privações. Inclui a obstrução forçada da assistência à saúde.

Incidentes violentos contra a assistência à saúde

Um incidente violento contra a assistência à saúde pode consistir de um ou vários atos ou ameaça de violência que impedem ou afetam de modo adverso a prestação da assistência à saúde ou o acesso a ela.

Definições relevantes das categorias utilizadas na análise serão incluídas no relatório conforme for necessário.

B. MÉTODOS

1. Da coleta de dados à análise dos incidentes

Após o lançamento do projeto Assistência à Saúde em Perigo, em agosto de 2011, e a consolidação do estudo em 16 países, o CICV identificou a necessidade de estabelecer uma coleta de dados sobre incidentes violentos contra a assistência à saúde. A organização aproveitou a sua ampla rede de delegações para executar esta tarefa. Incentivou as equipes no terreno a coletar dados sobre os casos no âmbito nacional. A todas as delegações que participaram do exercício foi solicitado que selecionassem as fontes relevantes[10] de informações nos seus contextos, que coletassem as informações e que as verificassem. Foi iniciada a coleta de dados, que continua até hoje. As informações obtidas são consolidadas em um relatório seminarrativo que é enviado para análise pela sede do CICV em Genebra, onde então são processadas e transformadas em informações quantitativas que podem ser armazenadas em um banco de dados. Isso permite que sejam tabuladas transversalmente para diferentes propósitos analíticos.

Foco 2 – O processamento das informações e os critérios para a inclusão de um incidente

A informação coletada é estruturada em um relatório seminarrativo e depois processada em Genebra. É transformada em informação quantitativa, o que significa que um incidente é registrado em um banco de dados e a informação relativa é inserida em uma categoria codificada para análise. Para que um incidente seja registrado, o relatório inicial deve sempre indicar, pelo menos, a data da ocorrência, o lugar, o tipo de violência, as vítimas e estragos e o tipo da fonte de informação.

No período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, um total de 24 delegações do CICV participou da coleta de dados. A quantidade foi mudando à medida que novos contextos operacionais foram sendo adicionados ou removidos por razões operacionais. A lista dos países de onde a informação foi coletada é confidencial. Por este motivo, as análises apresentadas no primeiro (2013) e segundo (2014) relatórios se basearam em uma amostra de incidentes coletados por todas as equipes do CICV no terreno que participam do projeto. Para este terceiro relatório, a amostragem escolhida para análise é diferente.[11] Foi identificada de

[10] As delegações consideram como fontes relevantes de informações aqueles interlocutores ou meios de comunicação nos quais podem confiar para a credibilidade da informação fornecida, aos quais têm acesso regular e que têm muitas probabilidades de terem informações pertinentes sobre a violência contra a assistência à saúde.

[11] Por este motivo, as constatações podem aparecer inconsistentes com as encontradas nos relatórios anteriores. Embora os padrões de violência contra a assistência à saúde tenham sido confirmados em geral, alguns resultados podem não ser completamente comparáveis com os que foram obtidos nos 22 e 23 países.

Para ser incluído na coleta, um incidente deve conter informações relativas a um ato ou ameaça de violência que afetou a prestação da assistência à saúde. A violência perpetrada por razões meramente particulares é excluída. Ainda, todos os casos vinculados a uma situação de violência em geral e não relacionados especificamente à assistência à saúde, como as precauções tomadas pelos profissionais de saúde contra a violência generalizada na região, também são excluídos. Caso não seja evidente que um incidente deva ser levado em consideração, será tomada uma decisão pelo comitê de revisão, integrado por membros da equipe do projeto Assistência à Saúde em Perigo do CICV.

acordo com os seguintes critérios: a) incidentes em países onde as equipes do CICV no terreno documentaram regularmente os casos de janeiro de 2012 a dezembro de 2014; e b) incidentes coletados pelas equipes do CICV no terreno que utilizavam regularmente três fontes confiáveis de informação diferentes. A finalidade de selecionar incidentes que atendam os critérios acima é identificar uma amostragem mais confiável, constituída por dados coletados de modo contínuo durante três anos. A amostragem foi então reduzida para 11 países com um total de 2.398 incidentes. É importante ressaltar que os incidentes documentados não representam a totalidade ocorrida nos 11 países escolhidos, mas somente aqueles sobre os quais o CICV pode coletar os dados, o que significa que o número real de casos é maior. Além disso, apesar de o critério utilizado para selecionar os contextos para análise não visar uma representação geográfica nem contextual, deve-se notar que os 11 países são de distintas regiões geográficas e enfrentam um conflito armado ou outra emergência.[12]

2. Interpretação dos resultados e do viés da amostragem

O relatório visa identificar os principais padrões da violência contra a assistência à saúde relatados nos incidentes sobre os quais o CICV pôde coletar dados. A meta final consiste não somente em conscientizar sobre o impacto da violência, mas também acionar análises qualitativas contextuais, assim como colaborar com o CICV, Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, ONGs, organizações regional e internacionais, autoridades, gestores de hospitais, representantes da área da saúde e outros atores nacionais e globais na identificação das questões mais importantes de modo que possam estruturar o seu trabalho respectivamente, mediante, por exemplo, estratégias operacionais, políticas, legislação nacional e medidas de segurança.

Assim como no caso dos anteriores, o presente relatório não visa estabelecer a existência de tendências gerais no âmbito global. De fato, embora a amostragem tenha se modificado e as práticas de coleta se fortaleceram, o viés na coleta de informações e na quantidade recebida por cada contexto não permite que se tirem conclusões gerais. Em contextos com complexidade de segurança, como os que são relatados neste exercício, o acesso à informação depende do acesso às fontes de informação e ao território. A ausência de atividades operacionais para as equipes do CICV no terreno em determinadas áreas vincula-se, com frequência, com falta de informações sobre os incidentes que ocorrem naquela área em particular, seja por um período limitado, seja de modo permanente. Além disso, a qualidade do diálogo das equipes no terreno com as distintas

[12]O termo “outras emergências” refere-se a situações que não chegam ao umbral de “conflitos armados”, nas quais as medidas de segurança ou incidentes relacionados à segurança podem resultar em consequências graves para as pessoas que precisam de assistência à saúde eficaz e imparcial: mortes, agravamento das lesões, agravamento das doenças, obstrução dos programas de assistência à saúde e assim por diante. Essas medidas ou incidentes podem tomar inúmeras formas: violência contra pessoas necessitadas de assistência à saúde; violência contra profissionais, estabelecimentos e veículos de saúde; ingresso nos estabelecimentos de saúde por forças armadas ou de segurança com a intenção ou o efeito de interromper a prestação dos serviços de saúde; recusas ou demoras arbitrárias na passagem dos veículos de saúde nos postos de controle; ou simplesmente a insegurança geral que prevalece em uma área afetada por uma situação de emergência. Nessas circunstâncias, e dependendo da urgência das necessidades humanitárias, os profissionais de saúde – incluindo, mas não se limitando aos funcionários e voluntários do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho – podem ser chamados para prevenir e aliviar o sofrimento humano.

fontes também é um fator determinante, sobretudo quando as informações não podem ser verificadas por outra fonte. Do mesmo modo, a quantidade de incidentes ocorridos varia de um contexto a outro, sendo difícil avaliar o nível real de violência que a amostragem deveria representar. O nível de detalhes relatados em cada incidente varia consideravelmente, já que nem sempre é possível documentar dados adicionais com relação, por exemplo, ao contexto em que ocorreu o incidente, as armas utilizadas, o impacto imediato e assim por diante. Finalmente, as informações agregadas globalmente podem sofrer um viés pelos incidentes específicos de alto impacto ou dinâmicas específicas a um contexto com grande recorrência, fazendo com que seja difícil identificar tendências globais que sejam verdadeiras para todos os contextos. Apesar de os resultados apresentados no presente relatório deverem ser lidos com esses desafios em mente, a análise tem o mérito de ajudar a entender melhor os efeitos da violência contra a assistência à saúde e a importância fundamental da coleta de dados para entender melhor o fenômeno.

3. Fontes de informação

As informações foram colhidas pelas equipes do CICV no terreno a partir de uma grande quantidade de fontes, incluindo as pessoas afetadas diretamente pelo incidente (vítimas e testemunhas), Sociedades Nacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, meios de comunicação, outras organizações humanitárias e prestadores locais de assistência à saúde. Para os países cobertos por este relatório, as equipes utilizaram pelo menos três das fontes relacionadas na Figura 1.

Figura 1. Distribuição de incidentes por principal fonte de informação

Fontes	Descrição	Proporção
Fontes relacionadas ao CICV	As informações foram coletadas diretamente pelas equipes do CICV no terreno através de diálogo com as vítimas, profissionais de saúde e funcionários administrativos ou de apoio, consideradas fontes pertinentes e confiáveis de informação.	53%
Autoridades	As equipes do CICV no terreno receberam as informações de encarregados de aplicação da lei, membros das forças militares, partes do conflito ou representantes governamentais, incluindo o Ministério da Saúde.	14%
Meios de comunicação	As informações foram documentadas pelos jornais locais e internacionais, rádio, noticiários da TV, redes sociais e outras ferramentas de informação de massas.	14%
Sociedades Nacionais	As informações foram transmitidas às equipes do CICV no terreno pelas Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, que as documentaram diretamente ou foram elas mesmas vítimas da violência.	9%
Outras organizações	A informação foi transmitida às equipes do CICV no terreno por outras organizações que registraram o incidente diretamente ou foram elas mesmas vítimas da violência.	9%

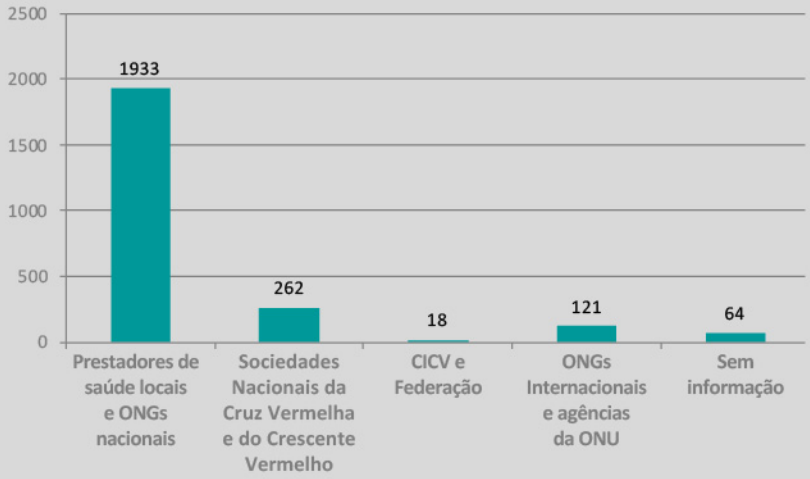
C. RESULTADOS

1. Informações agregadas: análise geral da temática

1.1. Número total de incidentes e impacto geral

O CICV registrou 2.398 incidentes de violência contra a assistência à saúde nos 11 países selecionados desde o início de janeiro de 2012 ao fim de dezembro de 2014. Um total de pelo menos[13] 4.275 pessoas foi vítima desse tipo de violência em 4.770 atos ou ameaças de violência.[14] Além disso, 728 veículos de saúde[15] foram afetados em 785 atos ou ameaças de violência.[16] Averiguou-se que 1.222 dos incidentes ocorreram contra os estabelecimentos, no seu interior ou perímetro. Por último, uma questão consistente com os relatórios anteriores, as constatações confirmam que a violência afetou principalmente os prestadores locais de assistência à saúde, ONGs nacionais e Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (um total de 91% dos incidentes relatados) e não tanto os prestadores internacionais (Fig. 2), que é provável que tenham presença proporcionalmente menor nas áreas afetadas.

Figura 2. Distribuição dos incidentes por tipo de prestador afetado



** Sem informação: informação indisponível ou não aplicável (quando um prestador não foi afetado pela violência no incidente).*

1.2. Principais categorias de perpetradores

Os incidentes documentados foram discriminados por categoria de perpetrador como mostra a Figura 3 abaixo. O CICV coletou dados pertinentes a 943 casos com suspeita de terem sido cometidos por forças militares, policiais e de segurança estatais (órgãos das forças armadas e aplicação da lei); 717 casos atribuídos a atores não estatais; 86 cometidos por grupos criminosos organizados; 261 incidentes foram atribuídos à categoria "Indivíduos". A maioria destes casos dizia respeito à obstrução durante manifestações e descontentamento de parte dos parentes dos pacientes com o tratamento médico, demoras, triagem médica, decisões dos médicos sobre tratamento e os resultados e condições deste, assim como com a morte de um dos seus parentes. Deve-se destacar que a proporção de casos coletados pode não refletir a distribuição geral de incidentes por perpetrador em todos os contextos de conflito armado ou outras emergências. De fato, a diferença entre os casos coletados por categoria de

[13] Quando o relato do incidente indica que mais de uma pessoa foi afetada pela violência, mas sem mencionar a quantidade exata de pessoas, esta é então registrada automaticamente como "2". Isso significa que a quantidade de pessoas afetadas pelo incidente é necessariamente mais elevada que o número avaliado.

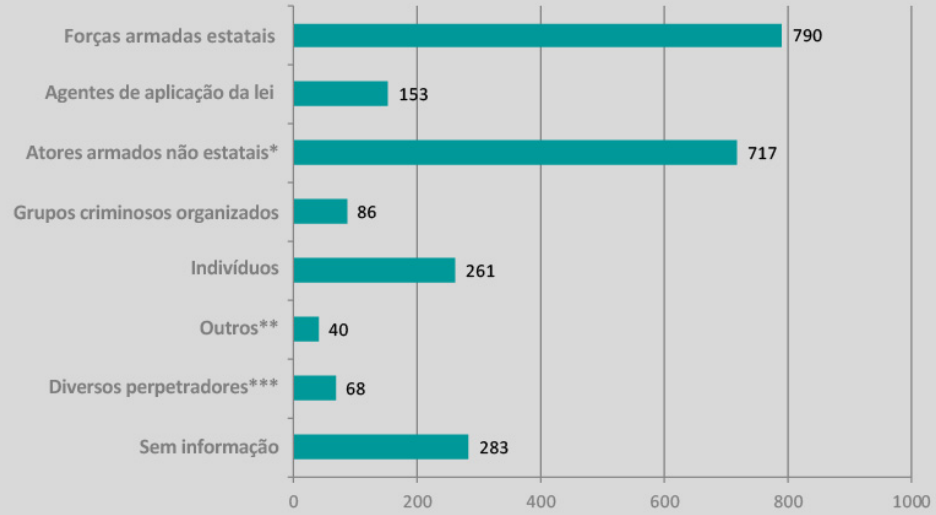
[14] Uma pessoa pode ser afetada por um ou mais atos ou ameaças de violência no mesmo incidente, como ser ameaçada e roubada pelo mesmo perpetrador.

[15] Como indicado nas "Definições preliminares" (seção A.2), os veículos de saúde incluem, além de ambulâncias, outros veículos usados para a prestação da assistência à saúde, como carros particulares para transportar os feridos e doentes, veículos usados para transportar material médico e transportes coletivos usados para transportar os profissionais de saúde ao trabalho.

[16] Um veículo de saúde pode ser afetado por um ou mais atos ou ameaças de violência no mesmo incidente, como quando uma ambulância, à qual o acesso é negado, é atacada pelo mesmo perpetrador.

perpetrador pode ser atribuída ao acesso limitado à informação sobre os incidentes cometidos por um ator mais do que outro e por aspectos específicos dos contextos escolhidos para a análise. Por este motivo, a análise que segue nesta publicação evitará comparar a responsabilidade por perpetrador, concentrando-se, em vez disso, na descrição do comportamento deles em circunstâncias específicas.

Figura 3. Distribuição dos incidentes por categoria de perpetradores

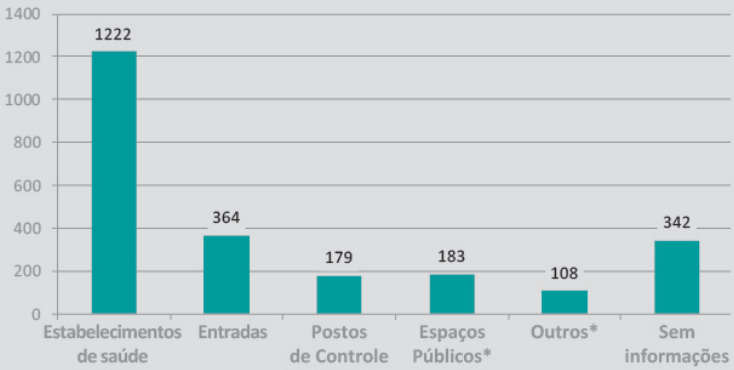


**Atores armados não estatais incluem grupos armados organizados não estatais que são parte de um conflito (que não sejam órgãos estatais ou não pertençam a uma parte estatal no conflito) e outros atores que não preencham necessariamente o requisito de organização para serem considerados parte no conflito, como outros movimentos de oposição ou grupos não especificados de indivíduos armados*
*** Outros: medidas administrativas, forças policiais e militares internacionais, militares em missão de paz*
**** Diversos perpetradores: participação de mais de um perpetrador/responsabilidade compartilhada*

1.3. Tipos de lugares

A distribuição de incidentes por tipos de lugares (Figura 4) demonstra que 1.222 dos casos registrados ocorreram contra os estabelecimentos de saúde, no seu interior ou perímetro. Isso sugere que as consequências potenciais da violência são imensas: os profissionais de saúde não se sentem seguros no seu local de trabalho e podem ir embora ou pedirem para serem transferidos: os feridos e doentes podem ter medo de ir até os estabelecimentos e se tornarem vítimas da violência; e os próprios estabelecimentos que não foram usados com fins militares desde o início podem correr o perigo de serem alvos de ataques diretos quando atos violentos forem cometidos por atores armados contra as unidades, no seu interior ou perímetro. As perdas de material médico ou de outro tipo; danos à infraestrutura e aos equipamentos, e a interrupção da assistência à saúde podem prejudicar o funcionamento dos serviços. No entanto, não se deve subestimar a violência em outras áreas. Como mostra a Figura 4, a violência contra os serviços de saúde e os feridos e doentes

Figura 4. Distribuição dos incidentes por tipo de lugar



**Espaços públicos: qualquer espaço em uma cidade, povoado ou área rural à qual as pessoas da comunidade têm acesso e frequenta com finalidades outras do que assistência à saúde, como um mercado; inclui locais públicos e privados utilizados para outras atividades profissionais que não a prestação de assistência à saúde.*
*** Outros: uma residência civil, complexo que não seja de saúde, um campo de refugiados ou de deslocados, uma delegacia, uma pista de pouso, a bordo de um navio e áreas não físicas como no caso de incidentes que ocorrem como resultado de decisões de comunicação ou administrativas.*

ocorre, com frequência, no percurso de/para os estabelecimentos (364), em postos de controle oficiais e não oficiais (179), em espaços públicos (183) e em outros tipos de lugares (108). Não foi possível determinar o tipo de lugar em 342 incidentes.[17]

A análise contida nas seguintes seções está baseada em três conjuntos distintos de informações, cada uma compreendendo todos os incidentes que ocorreram em diferentes tipos de lugares. A seção final apresenta a análise dos incidentes que ocorreram em lugares não representativos ("Outros") ou para os quais não foi possível determinar o tipo exato de lugar ("Sem informação").

2. Incidentes que ocorrem contra os estabelecimentos, no seu interior ou perímetro

2.1. Informação agregada

A análise desta seção se refere ao número total de incidentes (1.222) contra os estabelecimentos, no seu interior ou perímetro, incluindo hospitais, centros de saúde, clínicas, postos de primeiros socorros, farmácias e qualquer outra unidade que presta assistência à saúde. Do número total de locais afetados, pelo menos 1.121 estavam abertos no momento do incidente.

A análise dos perpetradores constatou que as forças armadas e atores armados não estatais foram responsáveis pela maioria dos incidentes documentados (839). Os órgãos de aplicação da lei cometeram 65 dos incidentes coletados, enquanto que indivíduos foram responsáveis por 106 incidentes, a maioria contra outras pessoas. A responsabilidade por 55 dos incidentes foi compartilhada entre dois ou mais perpetradores. A análise demonstrou que dos 55 incidentes causados por vários perpetradores, pelo menos 46 ocorreram durante confrontos ativos e 37 foram considerados incidentais[18], o que significa que foram causados por falta de planejamento adequado para evitar, ou pelo menos, minimizar, este tipo de danos.

> *Por exemplo, o relatório de um incidente afirma que uma clínica foi atingida por disparos de armas pequenas durante uma troca de tiros entre um grupo armados e um comboio de forças militares de segurança.*

De uma maneira geral, o CICV documentou pelo menos 120 incidentes contra estabelecimentos de saúde, no seu interior ou perímetro, que foram relatados terem acontecido durante confrontos, dos quais 68 foram considerados incidentais e 30 se trataram de uso indevido dos locais.

2.2. Atos de violência

Tipos de violência e os seus efeitos nas pessoas

Nos incidentes documentados que ocorreram contra os estabelecimentos, no seu interior ou perímetro, o número total de pessoas afetadas foi de pelo menos 2.195[19] em 2.400 atos ou ameaças de violência.[20] Não surpreende o fato de que a maioria das pessoas afetadas era de pacientes (1.069)[21], seguida por profissionais de saúde (760) e parentes dos pacientes e terceiros. Pelo menos

[17] Como mencionado na nota de rodapé nº 5 acima, embora o tipo de lugar pode não ser registrado, a localização geográfica (cidade, estado/província, região, etc.) deve ser conhecida para que o incidente seja incluído na coleta.
[18] Estes incidentes incluem ataques indiretos assim como nos casos em que os estabelecimentos corriam risco de serem atacados por causa dos combates ativos ou porque um objetivo militar estava localizado nas proximidades.
[19] Veja nota nº 13.
[20] Veja nota nº 14.
[21] Quantidades diferentes de pessoas das várias categorias, obviamente, se encontram nos estabelecimentos: é provável que existam mais pacientes do que profissionais de saúde. Portanto, isso não é uma indicação que os pacientes foram alvejados mais do que outras categorias.

892 pessoas[22] foram sujeitas à violência em incidentes que envolveram o uso de explosivos e/ou bombardeios dentro ou contra estabelecimentos de saúde. A Figura 5 mostra a distribuição dos tipos de violência por categoria de pessoas.

Figura 5. Tipos de violência que afetaram as pessoas, por categoria

	Mortos	Feridos e/ou agredidos	Ameaçados	Coagidos	Roubados	Privados de liberdade	Passagem negada e/ou demorada	Violência Sexual	Outros tipos de violência**
Pacientes	678	204	45	0	29	67	69	2	20
Parentes e terceiros	96	151	5	0	0	7	3	1	19
Profissioais de saúde	87	202	303	121	47	58	25	5	61
Motoristas	2	0	0	0	0	1	2	0	0
Outros*	16	47	9	2	1	10	0	1	4
Total	**879**	**604**	**362**	**123**	**77**	**143**	**99**	**9**	**104**

** Outros: profissionais humanitários não envolvidos diretamente na prestação da assistência à saúde, parentes dos profissionais de saúde, guardas dos estabelecimentos, funcionários de administração ou manutenção*

*** Outros tipos de violência: tortura, desaparecimentos forçados, perseguição em geral*

A maioria dos pacientes foi morta (678) e ferida e/ou agredida (204) junto com os seus parentes e terceiros (151). Os pacientes também foram privados de liberdade (67), o que significa que foram presos ou sequestrados dentro do estabelecimento de saúde enquanto recebiam o tratamento. A responsabilidade da maioria destes incidentes recai sobre atores armados não estatais e forças armadas estatais, principalmente o ato de prisão de combatentes feridos pertencentes à oposição.

> *Por exemplo, o relatório de um incidente afirma que um ataque aéreo em um hospital causou a destruição de parte do prédio, incluindo a unidade pediátrica e neonatal. Pelo menos cinco bebês e três mães que os acompanhavam estavam entre os mortos. Em outro caso, foi relatado que um agente policial prendeu um paciente que recebia tratamento no pronto-socorro.*

Os profissionais de saúde foram particularmente afetados por ameaças (303 pessoas) e coerção para agir contra os princípios da ética na assistência à saúde[23] e/ou para prestar atendimento gratuito (121). Muitos deles também foram feridos e/ou sofreram agressão física (202).

> *Por exemplo, um médico que trabalha em um hospital foi intimidado por ameaça de morte feita por um grupo armado que exigiu que dois pacientes de outro grupo armado fossem entregues e que os combatentes feridos desse grupo não fossem tratados.*

A categoria "Indivíduos" foi responsável por 64 das ameaças e por 45 dos atos que causaram ferimentos/agressão física. Como explicado anteriormente, isso foi atribuído na sua maioria às reações violentas pela morte de um parente, pela natureza do tratamento e descontentamento com ter que esperar a sua vez para o tratamento.

> *Por exemplo, o relatório de um incidente afirmou que o diretor da unidade ortopédica de um hospital foi agredido e ameaçado verbalmente por membros da família de um paciente, que reclamou que o médico não havia atendido o seu parente de modo adequado.*

[22] Veja nota nº 13.

[23] A ética na assistência à saúde é o ramo da ética que lida com as questões morais na prática da assistência à saúde. Os princípios para a tomada de decisões éticas incluem a imparcialidade, confidencialidade, respeito pela dignidade do paciente, ação em favor do bem-estar do paciente e tratamento justo de pessoas e grupos.

De todas as ameaças em cada categoria de perpetrador, as ameaças feitas por "Indivíduos" e "Atores armados não estatais" contra as pessoas dentro dos estabelecimentos foram quase que exclusivamente contra os profissionais de saúde (94% das ameaças de "Indivíduos" e 87% das ameaças de "Atores armados não estatais").

Foco 3 – Recomendações para a segurança dos estabelecimentos de saúde

O CICV publicará em breve um guia sobre as questões relevantes para a segurança dos estabelecimentos de saúde em contextos de conflitos armados e outras emergências: ***Garantir a segurança dos estabelecimentos de saúde***[24] **(2015).** A publicação é o resultado de duas oficinas com especialistas em Ottawa (2013) e Pretória (2014) e está dirigida a gestores e administradores de estabelecimentos de saúde, arquitetos e engenheiros civis que trabalhem com a infraestrutura da assistência à saúde, profissionais e prestadores de saúde nacionais e internacionais.

Contém recomendações de medidas para aumentar a preparação e a segurança dos estabelecimentos de modo a mitigar o risco de interrupção dos serviços de saúde. Por exemplo, recomenda-se que sejam adotadas medidas de controle de acesso e entrada aos estabelecimentos para evitar interrupções não desejadas e monitorar o fluxo de pessoas nos estabelecimentos. Sugere-se igualmente a adoção de procedimentos para recepção e triagem para ajudar na gestão do fluxo de pessoas que ingressam. Um terceiro exemplo de recomendações serve para os gestores dos estabelecimentos para assegurar um ambiente acolhedor e de cooperação para os parentes dos pacientes.

Ataques contra os estabelecimentos ou no seu interior[25]

Dentre os 1.222 incidentes contra os estabelecimentos, no seu interior ou perímetro, 403 foram alvejados, bombardeados e/ou incendiados. 108 dos ataques foram considerados acidentais.

> *Por exemplo, um morteiro atingiu um estabelecimento localizado na proximidade de escritórios da administração pública que eram o alvo.*

Além disso, 87 estabelecimentos foram sujeitos a outros tipos de ataques, incluindo o uso de gás dentro dos estabelecimentos, atos de vandalismo, incursões e tipos não especificados de ataques, enquanto que 55 receberam uma ameaça direta ou indireta de ataques.[26] Pelo menos 254 incidentes envolveram o uso de explosivos e/ou bombardeios. Em total, o CICV documentou 200 ataques realizados por forças armadas estatais (a porcentagem da distribuição por país varia significativamente).

[24] N. da T.: Título original: *Ensuring the safety of health-care facilities (2015).* Não disponível em português

[25] Um estabelecimento pode estar sujeito a diferentes atos ou ameaças de violência, por exemplo, pode ser bombardeado e incendiado ao mesmo tempo, assim como estar sujeito a outro tipo de violência.

[26] O perpetrador ameaçou atacá-los ou agiu de modo que colocava o estabelecimento em sério risco de ser atacado, por exemplo, ao posicionar um objetivo militar na sua proximidade.

Foco 4 – Recomendações para as forças armadas estatais: precauções nos ataques

O CICV publicou um relatório sobre as medidas práticas para as forças armadas estatais em seguimento às consultas com especialistas sobre as práticas militares realizadas em Canberra em 2014: ***Promoção das práticas operacionais militares que facilitem o acesso seguro à assistência à saúde e à prestação dos serviços médicos***[27]. O relatório faz uma compilação completa do conjunto de medidas práticas a serem adotadas quando se planejarem e realizarem as operações militares, com a finalidade de evitar o impacto negativo das operações na prestação da assistência à saúde em conflitos armados.

As recomendações contidas no relatório enfocam especificamente a demora ou a negação da passagem de veículos de saúde, afetando a evacuação terrestre dos doentes e feridos; o impacto negativo das operações militares de busca nos hospitais e outros estabelecimentos de saúde; os danos aos profissionais, veículos e estabelecimentos de saúde ou os seus pacientes causados pela colocação de objetivos militares dentro ou nas proximidades dos estabelecimentos ou quando atacar objetivos militares do inimigo localizado dentro ou nas proximidades desses.

Com relação às precauções nos ataques, as recomendações são que medidas específicas sejam adotadas no caso de um ataque a um objetivo militar nas proximidades de um estabelecimento de saúde ou um destes que tenha perdido a sua proteção, em particular para garantir a natureza excepcional de ataques desse tipo, aumentar o entendimento do meio operacional, coordenar com os profissionais de saúde e autoridades relevantes que prestam assistência à saúde para os doentes e feridos de modo a minimizar o impacto dos ataques e orientar o planejamento e a condução dos ataques.

Entrada armada

Entradas armadas afetaram 522 estabelecimentos de saúde. Define-se a entrada armada disruptiva como qualquer incursão de um ator armado em um estabelecimento que interrompa o seu funcionamento e/ou impeça a prestação ou o acesso à assistência à saúde. Tais atos são, muitas vezes, acompanhados de violência contra os profissionais, pilhagem e danos nos estabelecimentos. Quatro tipos de entrada armada puderam ser identificados, dependendo do objetivo e das consequências.[28] A Figura 6 mostra que a maioria das entradas armadas disruptivas foi de arrombamentos e entrada forçada (229), seguida normalmente por saques (168).

Figura 6. Formas de entrada armada em estabelecimentos de saúde

**Simples: Um ou mais atores armados entraram no estabelecimento e, apesar de não ter sido usada a violência, os serviços de saúde foram interrompidos.*
*** Arrombamento e uso da força: Entrou-se no estabelecimento contra a vontade do prestador de saúde, forçando a entrada ou com o uso de violência.*
**** Violência/ameaças contra pessoas: Um ou mais atores entraram no estabelecimento com o objetivo principal de sujeitar as pessoas à violência.*
***** Operações de busca: Entrada armada no estabelecimento com a finalidade de prender um suspeito de crime, conduzir um interrogatório, buscar membros da oposição e assim por diante.*
****** Entrada armada em grupo: Um grande grupo de atores armados entrou no estabelecimento e interrompeu os serviços de saúde (independentemente de se ter usado ou não a violência); operações de busca foram excluídas.*

[27] N. da T.: Título original: *Promoting military operational practice that ensures safe access to and delivery of health care (2014)*. Não disponível em português.
[28] Estes tipos não são mutuamente exclusivos; por exemplo, pode-se forçar a entrada em estabelecimento com o propósito de cometer atos de violência contra um paciente que está internado.

Por exemplo, o relatório de um incidente afirmou que homens armados desconhecidos atiraram granadas em um complexo hospitalar, entraram disparando indiscriminadamente e, uma vez dentro, proibiram as equipes médicas de fazerem o atendimento, saqueando o equipamento médico.

Interrupções graves do serviço de saúde foram também causadas pela entrada em estabelecimentos com a finalidade de sujeitar as pessoas à violência e/ou ameaças, incluindo a prisão de pacientes, profissionais de saúde e terceiros dentro do estabelecimento (244). Registraram-se 30 incidentes que envolveram a interrupção dos serviços causada por operações de busca, 27 das quais foram realizadas por forças armadas e de segurança estatais (forças armadas estatais e de aplicação da lei).

Relatou-se que em um incidente, por exemplo, grandes grupos das forças armadas militares e de segurança entraram em um hospital e prenderam uma pessoa buscada que recebia atendimento no estabelecimento. Supostamente, o paciente que foi preso não recebeu mais nenhum atendimento.

Foco 5 – Recomendações para as forças armadas: operações de busca

O relatório ***Promoção das práticas operacionais militares que facilitem o acesso seguro à assistência à saúde e à prestação dos serviços médicos*** também contém recomendações com relação às operações de busca pelas forças armadas estatais (ver Foco 4). As recomendações incluem, em particular, a adoção de medidas que garantam a natureza excepcional das buscas em estabelecimentos de saúde e a remoção de pacientes. Quando uma operação for realizada, deve-se assegurar a coordenação com os prestadores de saúde e devem-se tomar medidas para regular o comportamento do pessoal militar durante as operações de busca.

Tomada do controle do estabelecimento de saúde

A tomada do controle e o uso indevido dos estabelecimentos de saúde[29] interrompem os serviços de saúde e desencorajam os pacientes a buscarem o atendimento nesses atendimentos se ainda estiverem em funcionamento. Também pode ter como consequência que o estabelecimento perca a sua proteção, colocando-o em risco de ser atacado. O CICV documentou 222 incidentes nos quais um estabelecimento foi ocupado de distintas maneiras.[30] Em 16 casos os perpetradores assumiram os serviços de saúde, mas mantiveram a função exclusivamente médica, enquanto que em 114 incidentes foi usado forçosamente para, por exemplo, obter tratamento gratuito ou para partes do conflito tratarem os seus próprios feridos.

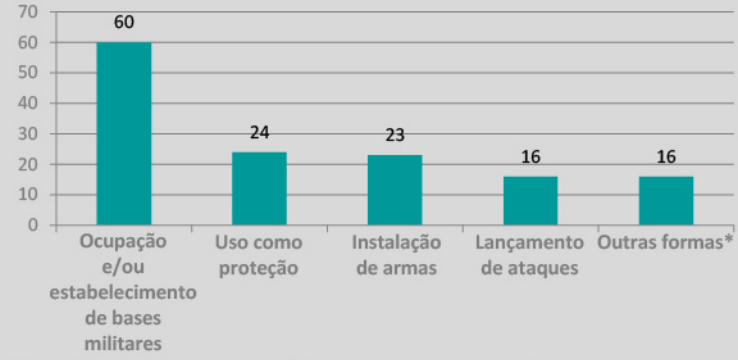
O relatório de um incidente afirmou, por exemplo, que após um problema de segurança, porque não havia nenhum hospital militar na região, forças armadas militares ingressaram no hospital civil, insistiram que os seus feridos fossem atendidos imediatamente e ameaçaram os funcionários para que desconsiderassem os procedimentos de triagem[31].

[29] O uso indevido de estabelecimentos inclui qualquer utilização com a finalidade outra que a função exclusiva de prestar assistência à saúde, ou seja, prevenção, diagnóstico, tratamento ou controle de doenças, lesões ou deficiências, assim como medidas para proteger a saúde materno-infantil. A tomada do controle de um estabelecimento ocorre quando um ator armado estabelece controle – com frequência por meio da força - de um estabelecimento que estava sob o comando de outro ator. Isso pode ocorrer para assumir o funcionamento das funções de saúde enquanto é mantida ou com fins militares, como o uso para uma base de lançamento de armas, armazenagem de armas ou estabelecimento de um centro de controle e comando militar. Se o controle for tomado por motivos militares, isso faz com que o estabelecimento se converta em um objetivo militar que serve a outros propósitos do que os relacionados exclusivamente com a assistência à saúde.

[30] As diferentes formas de tomar o controle não são mutuamente exclusivas; por exemplo, um estabelecimento poderia ser ocupado e os prestadores forçados a prestar o atendimento.

[31] A triagem é o procedimento aplicado nos estabelecimentos de saúde para dar prioridade ao atendimento com base nas necessidades médicas dos pacientes.

Figura 7. Formas de uso indevido dos estabelecimentos



**Outras formas: acampar no estabelecimento por um tempo limitado, fazer guarda no estabelecimento para realizar interrogatórios e identificar os opositores, manter reféns, aplicar maus-tratos e armazenar drogas.*

Além disso, várias formas de uso indevido foram documentadas (Figura 7). Em 60 incidentes, o estabelecimento de saúde foi ocupado e um controle militar estabelecido, causando obstruções à prestação da assistência à saúde e ao acesso pelos pacientes aos estabelecimentos. Em 41 casos, os perpetradores eram forças armadas estatais. Em 24 incidentes, os estabelecimentos também foram usados por uma parte nos combates como proteção dos ataques da outra parte (em 17 incidentes, o contexto foi identificado como sendo de combates ativos). Em 39 casos, os estabelecimentos foram utilizados para instalar armas e/ou lançar ataques.

> *Por exemplo, foi relatado que um centro de saúde foi ocupado por forças de segurança durante vários dias; os pacientes não tiveram acesso ao atendimento de saúde durante o período.*

Pilhagem dos estabelecimentos de saúde

Um dos tipos mais comuns de violência contra os estabelecimentos de saúde são os saques e pilhagens do material e equipamento médico. Em total, 219 unidades foram saqueadas, das quais 111 por atores armados não estatais.

Outros tipos de violência e outros incidentes dentro dos estabelecimentos de saúde

Outras formas de violência documentadas são o impedimento do acesso aos estabelecimentos de saúde pelos beneficiários e/ou profissionais (39), em alguns casos de modo discriminatório (impedindo, por exemplo, o acesso pelos membros de uma origem ou etnia específica). Em 75 casos, o incidente envolveu violência contra pessoas dentro da unidade, sem chegar a ser uma entrada armada disruptiva ou tomada de controle. Os incidentes foram causados por indivíduos (37), a maioria dos quais eram parentes dos pacientes e/ou pacientes insatisfeitos.

Danos nos estabelecimentos e perda de recursos

As principais consequências da violência contra os estabelecimentos, dentro ou no perímetro deles, são os danos à infraestrutura e a perda de material médico, equipamentos, dados, receita e serviços básicos necessários para o seu funcionamento adequado, como água e eletricidade. Foram danificados 375 estabelecimentos como consequência direta da violência. Em 71 incidentes, todo a unidade foi destruída. Estima-se que 97 incidentes sofreram danos parciais e em 104 os danos foram superficiais. Em 103 casos, não foi possível determinar a extensão. Danos totais ou parciais são consequência de ataques diretos em 121 incidentes que causaram estragos.

> *Por exemplo, um relatório de um incidente afirmou que um hospital de campanha foi invadido e incendiado; como consequência o hospital foi completamente destruído.*

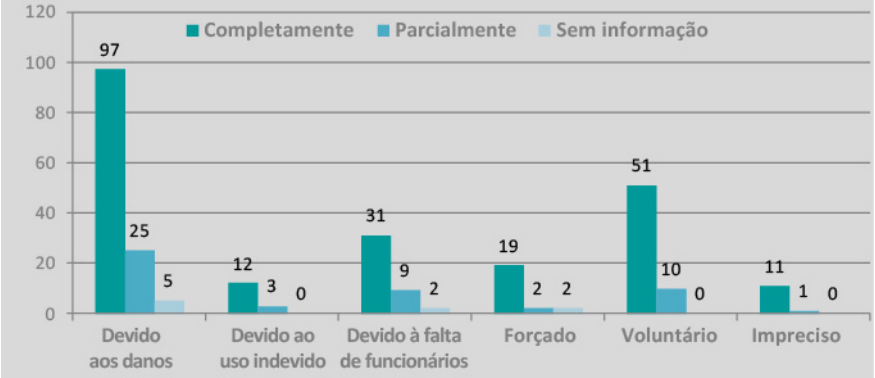
Além disso, 310 estabelecimentos tiveram a perda de recursos materiais, como material médico, equipamento, dados, receita e/ou serviços básicos, sendo que 218 a causa foram os saques. No total, para 133 estabelecimentos a perda de recursos foi considerada como um obstáculo decisivo à

prestação da assistência à saúde e 46 foram descritos como completamente fora de funcionamento depois dos saques.

2.3. Impacto na prestação e no acesso à saúde

Em 109 relatórios, as fontes fizeram referência à mudança nas medidas de segurança após o incidente, o que significa que medidas foram tomadas pelos prestadores de saúde ou autoridades locais para evitar mais violência do mesmo tipo no estabelecimento afetado. Como consequência, os pacientes foram evacuados, os profissionais foram transferidos ou demitidos e o movimento do lado de fora restringido. Em 65 dos 198 casos, a medida de segurança aplicada consistiu da suspensão dos serviços de saúde.

Figura 8. Suspensão dos serviços ou programas de saúde por motivo e duração da suspensão



Por exemplo, devido ao incidente de segurança em frente a um hospital, os serviços de saúde foram suspendidos por três dias.

No entanto, a suspensão preventiva por motivos de segurança não foi o único motivo pelo qual os serviços de saúde foram suspensos. Em geral, as fontes mencionaram que os serviços tiveram de ser suspendidos para 208 estabelecimentos, a maioria devido aos estragos sofridos (127); os serviços foram suspensos de modo permanente em 97 das 127 unidades danificadas. Em pelo menos 73 incidentes, o estabelecimento foi fechado devido aos estragos durante mais de uma semana. Em outros incidentes, os serviços foram interrompidos por causa da ausência de funcionários que fugiram ou entraram em greve, porque o fechamento foi causado por um ator externo (23) ou devido ao uso indevido do estabelecimento (15). Os serviços foram preventivamente suspensos (suspensão voluntária) como consequência de 61 incidentes, embora a suspensão tenha durado menos do que uma semana em pelo menos 34 deles.

Foco 6 – Recomendações sobre o marco normativo nacional

O CICV publicou o relatório da oficina de juristas, realizado em Bruxelas em 2014: ***Marco Normativo nacional para a proteção da assistência à saúde***[32] **(2015).** O objetivo da **oficina** foi o de identificar as medidas e procedimentos práticos nacionais, em particular as legislativas e regulamentárias, que poderiam ser estabelecidas pelas autoridades do Estado de modo a implementar o marco internacional existente para a proteção da prestação e do acesso à assistência à saúde em conflitos armados e outras emergências. As recomendações apresentadas no relatório dizem respeito a três tipos de medidas: legislativas para a implementação do marco legal existente; difusão e capacitação; e coordenação entre as partes interessadas. As recomendações também incluem medidas específicas para reprimir e sancionar de modo eficaz todas as formas de violência contra a assistência à saúde. É importante que as autoridades identifiquem quais recomendações são relevantes nos seus próprios contextos e escolham meios apropriados para implementá-las.

[32]N. da T.: Título original: *Domestic normative frameworks for the protection of health care (2015)*. Não disponível em português.

3. Incidentes que ocorreram no caminho de ida ou volta ao estabelecimento de saúde, em postos de controle e em espaços públicos

3.1. Informação agregada

A análise apresentada nesta seção refere-se ao número total de incidentes coletados que ocorreram no percurso de/para o estabelecimento (364), em postos de controle (179) e em espaços públicos (183), ou seja, qualquer lugar em uma cidade, povoado ou área rural ao qual as pessoas da comunidade têm acesso e vão com outros propósitos que não a assistência à saúde, como mercados, bairros, etc. Inclui locais públicos e privados utilizados para atividades profissionais distintas da prestação da saúde.

> *Um exemplo de incidentes perpetrados em um espaço público é o caso que envolveu o uso indevido de uma ambulância claramente marcada com a finalidade de prender pessoas durante uma incursão em um bairro de uma cidade.*

O CICV coletou dados sobre 173 incidentes perpetrados supostamente por atores armados não estatais e 130 atribuídos a indivíduos, dos quais 106 e 98 respectivamente ocorreram no percurso de/para o estabelecimento de saúde. As forças armadas estatais foram consideradas responsáveis por 252 incidentes e os agentes de aplicação da lei por 66, dos quais 120 e 29 respectivamente ocorreram em postos de controle. Isto está provavelmente relacionado à relativa facilidade de coleta de dados sobre incidentes envolvendo postos de controle oficiais com membros das forças armadas e de segurança estatais (forças armadas estatais e agências de aplicação da lei) em comparação com postos não oficiais controlados por outros atores. Houve 106 incidentes durante manifestações e protestos, a maioria no percurso de/para o estabelecimento (82); a categoria "Indivíduos" foi supostamente responsável por 90 incidentes ocorridos durante manifestações, bloqueio do acesso aos serviços de saúde em trânsito ou reação violenta contra eles.

> *Por exemplo, o relatório de um incidente afirmou que um policial ferido durante as manifestações estava dentro de uma ambulância, a caminho do hospital, quando os manifestantes atacaram a ambulância com a intenção de retirar o policial. A ambulância foi parcialmente danificada.*

A análise também revela que explosivos e/ou bombardeios foram empregados em pelo menos 68 incidentes e que em 22 incidentes houve ataques secundários.[33]

> *Em outro relatório, afirma-se, por exemplo, que duas bombas explodiram em um mercado cheio de gente. A segunda bomba explodiu enquanto as equipes de primeira resposta se dirigiam ao local para ajudar as vítimas da primeira explosão.*

3.2. Atos de violência

Tipos de violência e os seus efeitos nas pessoas

Foram registradas 1.426 vítimas em incidentes que ocorreram no percurso de/para o estabelecimento de saúde, em postos de controle e em espaços públicos. Das vítimas, 580 eram profissionais de saúde, 177 eram motoristas[34] e 503 eram pacientes. No total, foram cometidos 1.620 atos ou ameaças de violência contra pessoas. A distribuição por tipo e categoria de pessoas afetadas pode ser observada na tabela abaixo (Figura 9).

[33] Veja a nota 3.
[34] Nos postos de controle, os motoristas não são contabilizados como vítimas quando levam um paciente; o alvo principal da violência ao negar e demorar a passagem é o paciente.

Figura 9. Tipos de violência no caminho de ida ou volta do estabelecimento de saúde, em postos de controle e em espaços públicos

	Mortos	Feridos e/ou agredidos	Ameaçados	Coagidos	Roubados	Privados de liberdade	Passagem negada e/ou demorada	Violência sexual	Outros tipos de violência**
Pacientes	74	138	21	0	0	28	291	0	14
Parentes e terceiros	15	15	2	0	0	9	18	0	1
Profissionais de saúde	53	130	109	16	57	104	179	2	12
Motoristas	18	38	24	6	5	34	81	3	8
Outros*	11	12	3	3	0	80	5	1	0
Total	**171**	**333**	**159**	**25**	**62**	**255**	**574**	**6**	**35**

** Outros: profissionais humanitários não envolvidos diretamente na prestação da assistência à saúde, parentes dos profissionais de saúde, guardas dos estabelecimentos, funcionários de administração e manutenção*

*** Outros tipos de violência: tortura, desaparecimentos forçados, perseguição em geral*

A passagem de profissionais de saúde e motoristas, na maioria das vezes, foi negada ou demorada (260) e, com frequência, eles foram feridos e/ou agredidos (168) ou ameaçados (133). Também foram privados de liberdade 168 deles e 62, roubados.

Do mesmo modo, a passagem dos pacientes foi negada ou o acesso aos serviços de saúde foi demorado (291); em alguns dos casos, foram mortos (74) ou feridos e/ou agredidos (138).

> *Em um incidente, por exemplo, a passagem de dois paramédicos da Sociedade Nacional e um paciente foi negada a caminho do hospital para o atendimento.*

Para 130 pessoas, a passagem foi negada ou demorada pela categoria "Indivíduos". Isso estava relacionado, de modo geral, com situações de protesto ou manifestações nas quais os membros da comunidade não permitiram que os profissionais de saúde e os pacientes passassem rapidamente (120 das 130 pessoas afetadas durante as manifestações). No total, a análise, demonstra que 130 pessoas de 574 às quais a passagem foi negada foram sujeitas a este tipo de violência no contexto de manifestações.

> *Por exemplo, em um dos incidentes registrados, uma ambulância foi parada pelos manifestantes em um posto de controle informal durante uma manifestação; a passagem não foi autorizada e a ambulância foi forçada a dar meia volta, com a ameaça de retirar o paciente de dentro.*

Nos postos de controle, 377 pessoas foram afetadas. Destas, 293 estavam sujeitas a negação ou demora no acesso.

> *Por exemplo, o relatório de um incidente afirmou que a passagem de uma ambulância que transportava uma criança de três anos foi demorada durante uma hora por causa da falta de coordenação no posto de controle.*

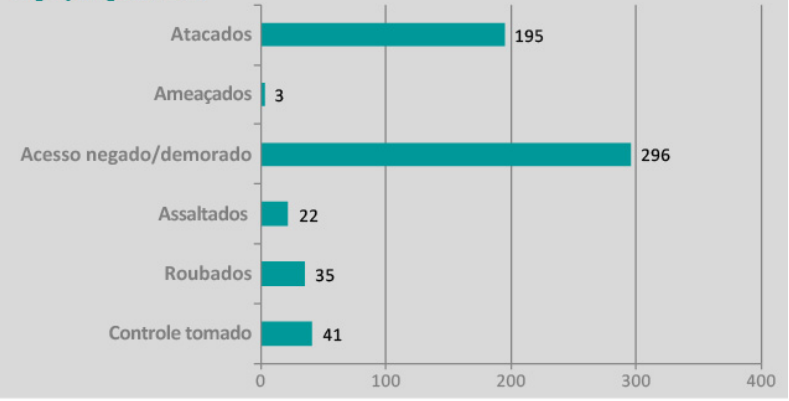
Foco 7 – Recomendações para as forças armadas estatais: passagem segura nos postos de controle

O relatório do CICV ***Promoção das práticas operacionais militares que facilitem o acesso seguro à assistência à saúde e à prestação dos serviços médicos*** também contém recomendações para a gestão dos postos de controle pelas forças armadas estatais. Por exemplo, recomenda-se encontrar um equilíbrio entre os requisitos de segurança e a necessidade dos pacientes de acessarem a assistência à saúde o mais rapidamente possível. Com este fim, as medidas para regular os postos de controle devem ser pré-definidas e deve ser oferecido um treinamento.

Violência contra veículos de saúde

Foram afetados pela violência 543 veículos de saúde, 426 dos quais eram ambulâncias, enquanto faziam o percurso de ou para os estabelecimentos de saúde, em postos de controle ou em espaços públicos. A Figura 10 demonstra os tipos de violência que afetam os veículos. Houve ataques contra 195 veículos, enquanto 296 foram afetados pela negação ou demora para a passagem. O acesso foi negado ou demorado em 136 casos nos postos de controle. No total, 112 veículos de saúde foram afetados pela obstrução da passagem durante manifestações, sendo que a categoria "Indivíduos" foi responsável por 94 desses incidentes.

Figura 10. Tipos de violência contra veículos de saúde no percurso de/para os estabelecimentos, em postos de controle ou em espaços públicos



Danos em veículos

A violência causou estragos em 130 veículos de saúde, dos quais 103 eram ambulâncias.

Foco 8 – Recomendações para os serviços de ambulância em situações de risco

No marco do projeto da Assistência à Saúde em Perigo, foi publicado um outro relatório sobre os serviços de ambulância: ***Serviços de ambulância e pré-hospitalares em situações de risco***[35] **(2013)**. Este relatório serve de uma ferramenta prática, articulando uma série de recomendações com a finalidade de se ter uma prestação de serviços de saúde e um acesso a eles de modo seguro. As recomendações enfocam três áreas: iniciativas legais; coordenação com os atores, incluindo as forças armadas estatais, e melhores práticas para os serviços de ambulância e pré-hospitalares. Com relação às recomendações sobre as melhores práticas, a implementação do Marco para um Acesso Mais Seguro é de relevância específica para as Sociedades Nacionais. O marco é uma ferramenta para identificar uma série de medidas e ações que podem ser tomadas para melhorar a segurança e acesso às pessoas necessitadas.

4. Incidentes que ocorrem em locais não identificados ou de outro tipo

4.1. Informação agregada

A seção final deste relatório analisa 450 incidentes registrados que ocorreram em outros tipos de locais do que os analisados anteriormente, para os quais não foi possível a classificação. Deve-se observar que 66 dos incidentes ocorreram através dos meios de comunicação[36] (com a principal finalidade de ameaçar) e para 342 deles a informação sobre o tipo de local não foi definida pelas fontes.

[35] N. da T.: Título original: *Ambulance and pre-hospital services in risk situations (2013)*. Não disponível em português.
[36] "Meios de comunicação" incluem telefonemas, cartas e mensagens, entre outros.

Por exemplo, em um incidente registrado, foi relatado que o prestador de saúde recebeu um telefonema de um grupo armado pedindo os nomes dos feridos que haviam sido tratados. Em outro incidente, relatou-se que um prestador de saúde recebeu um telefonema ameaçando bombardear o hospital.

A distribuição dos incidentes por categoria de perpetradores mostra que 189 dos incidentes foram executados por atores armados não estatais e 90 incidentes por forças armadas estatais. Pode-se estabelecer uma relação entre os incidentes perpetrados por atores armados não estatais e os que não havia informação sobre o tipo de local. De fato, pode ser mais difícil determinar onde os atores armados não estatais operam.

Foco 9 – Práticas e normas importantes relativas aos grupos armados não estatais

A publicação temática mais recente do projeto Assistência à Saúde em Perigo diz respeito aos grupos armados: ***Proteção para a prestação da assistência à saúde – Práticas operacionais e normas relevantes do Direito Internacional Humanitário para grupos armados não estatais***[37] ***(*2015)**. Baseia-se em consultas realizadas com 36 grupos armados em dez contextos. O relatório examina o entendimento que os grupos armados têm sobre acesso à saúde, apresenta as obrigações legais dos grupos armados e propicia medidas práticas que podem ser adotadas por estes para melhorar a segurança e a prestação imparcial e eficaz de assistência à saúde. Em particular, o relatório lida com as questões de respeito e proteção dos profissionais, estabelecimentos e veículos de saúde, assim como pelos doentes e feridos.

4.2. Atos de violência

Tipos de violência e os seus efeitos nas pessoas

No total, 654 pessoas foram afetadas pela violência em 750 atos ou ameaças em locais não identificados ou de outro tipo. Das pessoas afetadas, 539 eram profissionais de saúde e 61, pacientes.

Figura 11. Tipos de violência em espaços públicos que afetaram pessoas, por categoria

	Mortos	Feridos e/ou agredidos	Ameaçados	Coagidos	Roubados	Privados de liberdade	Passagem negada e/ou demorada	Violência Sexual	Outros tipos de violência**
Pacientes	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Parentes e terceiros	5	4	9	5	1	8	5	0	1
Profissionais de saúde	47	79	284	32	8	128	13	2	16
Motoristas	4	3	6	0	2	11	2	0	0
Outros*	19	3	5	0	0	7	38	0	0
Total	**77**	**90**	**304**	**37**	**11**	**154**	**58**	**2**	**17**

** Outros: profissionais humanitários não envolvidos diretamente na prestação da assistência à saúde, parentes dos profissionais de saúde, guardas dos estabelecimentos, funcionários de administrativo e manutenção*
*** Outros tipos de violência: tortura, desaparecimentos forçados, perseguição em geral*

A Figura 11 dá uma ideia dos tipos de violência sofridos pelos profissionais de saúde, incluindo mortes, ferimentos e/ou agressão. Em particular, 284 foram sujeitos a ameaças e 154 foram privados de liberdade. A categoria "Atores armados não estatais" foi supostamente responsável por ameaças a 150 dos 284 profissionais de saúde e pelo sequestro de 65. Um total de 32 profissionais foram coagidos a agir de modo contrário à ética médica, oferecer tratamento gratuito ou prestar assistência

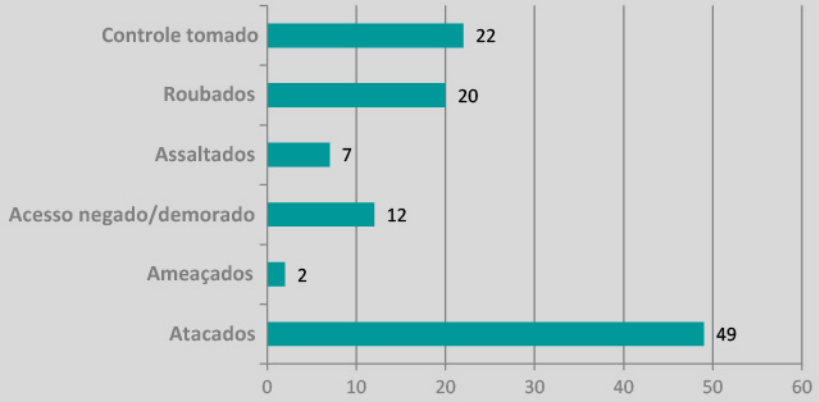
[37] N. da T.: Título original: *Safeguarding the provision of health care – Operational practices and relevant international humanitarian law concerning non-state armed groups.* Não disponível em português.

à saúde em meio inseguro. As constatações revelam que os atores armados não estatais coagiram 24 dos 32 profissionais de saúde.

> *Por exemplo, o relatório de um incidente afirmou que um grupo armado forçou um membro da equipe de assistência à saúde sair do centro de saúde para ir com eles a um local não identificado; o grupo obrigou o membro da equipe a prestar assistência à saúde para os seus próprios doentes e feridos sem equipamento médico adequado.*

Violência contra veículos de saúde

Figura 12. Tipos de violência contra veículos de saúde em locais não identificados ou de outro tipo



As constatações sobre violência contra os veículos de saúde em locais não identificados ou de outro tipo (Figura 16) demonstram que, no total, 108 veículos de saúde foram afetados, dos quais 87 eram ambulâncias. Foram atacados 49 veículos de saúde, 34 dos atacados foram cometidos por forças armadas estatais. Outros veículos de saúde sofreram obstruções (12) ou o seu controle foi tomado (22) ou foram roubados (20).

D. CONCLUSÕES

Como demonstrado nos relatórios anteriores, as constatações deste relatório confirmam que a violência contra a assistência à saúde é um grave problema humanitário com consequências devastadoras no curto e longo prazos:

- Os **pacientes são** mortos, feridos, agredidos e presos;
- Os **profissionais de saúde são ameaçados, agredidos fisicamente e sujeitos a serem presos** – também estão sujeitos à coerção e à prestação forçada de tratamento;
- Os incidentes contra a assistência à saúde ocorrem, com frequência, **contra, dentro ou no perímetro dos estabelecimentos,** os quais muitas vezes sofrem **ataques, entradas armadas, tomadas de controle ou pilhagem**;
- **Obstruções e ataques contra os veículos de saúde** ocorrem no percurso de/para os estabelecimentos, em postos de controle e espaços públicos.

Este terceiro relatório, em especial, demonstra que os tipos e efeitos da violência se modificam de acordo ao local onde esta é perpetrada. Com relação aos estabelecimentos, as forças armadas estatais foram particularmente responsáveis pelos ataques e tomadas de controle, enquanto que muitos atos de arrombamento e saques foram atribuídos aos atores armados não estatais. No percurso de/para os estabelecimentos de saúde, em postos de controle e espaços públicos, as obstruções desempenharam um papel decisivo na demora de acesso para os pacientes e profissionais de saúde. As ambulâncias também foram objetos de ataques; entre os quais foram registrados ataques secundários. Em locais não identificados e de outro tipo, os profissionais de saúde foram ameaçados por telefone ou foram sequestrados e obrigados e prestar atendimento em locais não identificados.

A análise também destaca o fato de que pode ser estabelecido um vínculo entre os combates ativos e os danos acidentais. Este é o caso específico dos incidentes contra, dentro ou no perímetro dos estabelecimentos de saúde, onde os estragos se devem, muitas vezes, à falta de um planejamento adequado para evitar, ou pelo menos minimizar, os prejuízos causados pelas partes nos confrontos.

Além disso, a análise assinala a questão da violência perpetrada por indivíduos que dirigiram os atos principalmente contra os profissionais de saúde mediante ameaças e agressão, motivados por reclamações sobre a natureza do tratamento recebido. Uma falta de serviços eficientes pode causar a violência sofrida pelos profissionais e estabelecimentos de saúde. Igualmente, a categoria "Indivíduos" também foi responsável pela obstrução de ambulâncias nas ruas e em espaços públicos, frequentemente durante manifestações. Vários são os motivos apresentados para isso, como a falta de coordenação para uma passagem segura das ambulâncias ou a falta de entendimento da própria comunidade com relação a isso.

As constatações são úteis quando se tenta lidar com o problema. As questões identificadas podem promover a implementação das medidas relevantes. No entanto, essas constatações podem conscientizar apenas sobre os principais padrões da violência e serem usadas para identificar problemas gerais. Os formuladores de políticas, ONGs, agências humanitárias e outros atores que queiram intervir no âmbito nacional são incentivados a realizar uma análise abrangente específica ao contexto, incluindo um estudo das causas subjacentes da violência contra os prestadores de saúde, caso queiram enfrentar o problema na sua totalidade. Espera-se que os resultados apresentados no presente relatório possam contribuir com esta finalidade.

Os atores locais, incluindo as autoridades estatais, podem querer realizar uma coleta de dados mais aprofundada no seu próprio país para detectar a dinâmica da violência contra a assistência à saúde relativa a seu contexto e lidar com o problema. Isto poderia fazer com que fosse estabelecido um sistema nacional para a coleta de dados sobre a ocorrência de violência contra os profissionais, estabelecimentos e veículos de saúde, assim como contra pacientes, que compreenda todos os tipos de interferência na prestação da assistência à saúde.

MISSÃO

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) é uma organização imparcial, neutra e independente cuja missão exclusivamente humanitária é proteger a vida e a dignidade das vítimas dos conflitos armados e de 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. A organização dirige e coordena as atividades internacionais que o Movimento conduz nos conflitos armados e em outras situações de violência.

CICV

4237.007 06.2015