ESTUDO TÉCNICO
PARA A COMISSÃO DE SAÚDE, PLANEJAMENTO FAMILIAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ementa: Autoriza o poder executivo a garantir que todas as maternidades ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de situações de engasgamento.

Autor: Débora Santana

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 24/2024

ABRIL/2024

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Coordenação das Comissões, tampouco da Câmara Municipal de Salvador, sendo exclusiva responsabilidade de seus autores.

ESTUDO TÉCNICO DO PLE Nº 24/2024

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) autoriza o poder executivo a garantir que todas as maternidades ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de situações de engasgamento.

Cumpre informar que, segundo o banco de dados da Coordenação de Análise Legislativa (CAL), não há nenhuma outra proposição legislativa em tramitação que verse especificamente sobre o tema aludido na epígrafe.

Após a avaliação da CAL, a Comissão de Constituição e Justiça e Redação Final (CCJ) aprovou com emendas o supramencionado PLE.

01. EMENDA MODIFICATIVA

De: Autoriza o poder executivo a garantir que todas as maternidades ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de situações de engasgamento.

Para: Dispõe sobre a obrigatoriedade de que todas as maternidades privadas localizadas no município de Salvador ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de situações de engasgamento.

De: Artigo 1º: Este projeto de lei tem como objetivo garantir que todas as maternidades ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de

situações de engasgamento.

Para: Artigo 1º: Este projeto de lei tem como objetivo garantir que todas as maternidades privadas localizadas no município de Salvador ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de situações de engasgamento.

Figura 1. Trecho do Parecer da CCJ aprovado em 08/03/2023.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e em 13 de março de 2024 a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização (CFOF) apresentou parecer favorável ao PLE com as emendas modificativas propostas pela CCJ, ou seja, no **sentido de restringir a obrigatoriedade da proposta legislativa às maternidades privadas** localizadas no município de Salvador.

Conforme o art. 68, IX, "a", do Regimento Interno[1] desta Casa, compete a referida Comissão "opinar em todas as proposições relativas a questões inerentes à Saúde e diretrizes do SUS". Assim, este trabalho busca, através de uma análise técnico-cientifico, fazer um breve estudo das disposições e elementos técnicos presentes no Projeto de Lei, com vistas a subsidiar as discussões da matéria pela Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social, no seu âmbito de atuação.

Nessa direção, vale ressaltar que os estudos técnicos têm o objetivo de apresentar um levantamento documental dos dispositivos legais (municipal, estadual, nacional) relacionados ao objeto do estudo. Assim como, dados e pesquisas de órgãos institucionais relacionados à temática em tela e pesquisas acadêmicas de destaque sobre o assunto.

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

Deve-se destacar ainda, que não é foco do trabalho qualquer análise relacionada à constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-se apenas sistematizar os principais referenciais técnicos e o ordenamento legal relacionado ao direito à saúde e os deveres pertinentes ao tema.

2 DESENVOLVIMENTO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a saúde passou a ser considerada um direito:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na ordem jurídico-constitucional brasileira, o direito à saúde possui uma dupla fundamentalidade formal e material de que se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral. Segundo Sarlet e Figueiredo (2012), a fundamentalidade material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, principalmente por sua "importância como pressuposto à manutenção e gozo da própria vida – e vida com dignidade" (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 31-32). Os autores também discorrem sobre a fundamentalidade formal do direito à saúde, lembrando que o referido direito decorre de sua previsão constitucional e desdobra-se em três elementos, a saber: a) **o direito à saúde, enquanto um direito fundamental**, situa-se no ápice do ordenamento jurídico (são normas de superior hierarquia formal e axiológica); b) encontram-se submetidos aos limites formais e materiais ("**cláusulas pétreas**") da reforma constitucional; c) são **normas diretamente aplicáveis**, vinculando de forma imediata as entidades estatais e os particulares (conforme dispõe o § 1º do art. 5º da CF 88).

Cumpre destacar que as características da saúde como um direito social acabam por exigir do Estado a execução de ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e assistência à saúde e de intervenções na dinâmica social que garantam o exercício deste direito (AITH, 2010).

Nesse sentido, a própria CF 88 criou **o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à efetivação do direito à saúde no Brasil**, reputando-se inquestionáveis os inúmeros avanços alcançados desde então, as políticas de atenção à saúde da gestante durante o processo do pré-natal, parto e pós-parto, por exemplo, são objeto de atuação do SUS e de suas equipes de saúde.

Em 2011, o Governo Federal criou a Rede Cegonha (RC), estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, através da Portaria 1.459/2011, com os seguintes objetivos: (I) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (II) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e (III) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Segundo o art. 1º da referida portaria ministerial, a RC "consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como **à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis**, denominada Rede Cegonha".

Nesse contexto, é importante considerar a Portaria GM/MS 569 de 1º de junho de 2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabeleceu os seguintes princípios e diretrizes para estruturação do Programa: (I) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (II) toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; (III) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (IV) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria; **(V) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; (VI) as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.**

Como pode ser visto, o uso do termo “humanização da atenção à saúde”, cunhado na Política Nacional de Humanização – o HumanizaSUS e utilizado pela Portaria para a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento não está restrito a questões da estrutura física diferenciada das instituições, e sim, diretamente relacionado à qualidade da assistência dada pelas equipes de saúde (atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; responsabilização e vínculo; garantia dos direitos das mulheres na gestação, parto e puerpério). Ou seja, cabe ao SUS o desenvolvimento de ações preventivo-promocionais e de assistência que reduzam o risco de adoecimento e morte de gestantes e crianças, grupos prioritários de atenção.

Sabe-se que é considerado alto o risco de engasgamento por Aspiração de Corpo Estranho (ACE). Segundo Silvia de Souza e colaboradores (2009), a ACE é a terceira maior causa de morte acidental na faixa etária pediátrica, principalmente em menores de quatro anos (SOUSA *et al*, 2009).

Com vistas a conhecer os dados relacionados à temática, foi realizada uma busca no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 1996 a 2022, segundo local de ocorrência do óbito (Brasil, Bahia, Salvador), raça/cor e faixa etária do indivíduo. Bom ressaltar que a pesquisa realizada focalizou na análise das mortes, portanto, na mais grave consequência relacionada ao risco de ACE.

Em relação ao Brasil, foram registrados 37.921 óbitos de 1996 a 2022. Destes, a maioria ocorreu em menores de um (1) ano (10.661 / 28,1%), o que indica uma prevalência maior de mortes por engasgamento nesta faixa etária (anexo 1). Na Bahia (anexo 2) e em Salvador (anexo 3), a maior parte das mortes ocorreu entre os indivíduos de 80 anos e mais. Ou seja, a concentração das mortes nestes grupos sinaliza a maior vulnerabilidade destas faixas em relação à condição pesquisada (morte por ACE)

Em relação à raça/cor da pele, na Bahia e em Salvador, a maior parte dos óbitos se deu entre os indivíduos categorizados como pardos, 50,9% (anexo 2) e 46,6% (anexo 3) das mortes, respectivamente. No Brasil (anexo 1), a maioria dos óbitos se deu entre os brancos (53,7%) e pardos (31,8%).

Vale destacar que a análise das mortes entre os menores de um ano segundo raça/cor da pele[2] revelou que 67,9% dos indivíduos foram classificados como pretos e pardos e assim, podem ser considerados grupo prioritário de atenção para a prevenção de óbitos por engasgamento.

No entanto, ao analisar o **risco de morte por ACE** a partir do cálculo do índice de Mortalidade por ACE em Salvador, por faixa etária, em 2021 (anexo 4) verificou-se que os indivíduos de 80 anos e mais e **os menores de um ano** apresentaram as mais altas taxas, o que significa um **maior risco de morte por ACE nestas idades**.

Assim, pode-se dizer que a discussão acerca do PLE 24/2024 deve se dar em torno dos princípios que envolvem o direito à saúde no Brasil, constitucionalmente assegurados nos Arts. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), como também, **a partir de uma análise epidemiológica que envolve o reconhecimento dos aspectos sociais nos processos de adoecimento e morte**.

Um ponto importante a ser destacado está no que se refere ao argumento de "aumento de despesas e impacto orçamentário-financeiro considerável ao erário". As áreas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, especialmente, o pré-natal, o parto e o puerpério **são prioridades em saúde e os recursos para estas ações estão garantidos constitucionalmente e dispostos na Lei 8.080/1990 e em outras normas, inclusive na CF 88** (que determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde).

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal **devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde** cabendo aos estados 12%.

[2] Indicador proxy de condições de vida/classe social – indicador indireto: refere-se às informações de interesse de forma indireta.

Assim, o ponto central da discussão está na contribuição do PLE 24/2024 para o fortalecimento das políticas de saúde materno-infantil no âmbito dos serviços públicos de saúde (SUS – unidades próprias e conveniadas), principais responsáveis pela efetivação das ações de saúde do município de Salvador e para a redução dos indicadores de morbimortalidade por engasgamento e outras causas relacionadas.

Além disso, importa registrar que o município de Salvador possui seis (08) maternidades[3] cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)[4], destas, seis (06) estão sob gestão/administração pública estadual e uma (01) sob gestão federal (EBSERBH). O Hospital e Maternidade Maria Mãe do Salvador, entidade sem fins lucrativos, é a maternidade que não atende pacientes pelo SUS (anexo 5). O Sistema CNES também revelou que o município de Salvador dispõe de 114 unidades de saúde classificadas como 'hospitais' e destas, 41,3% (47 unidades) atendem pacientes SUS.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acima exposto, reforça que o tema é objeto de atenção do campo da saúde e, portanto, cabe a discussão no âmbito da presente Comissão Temática cuja atribuição, dentre outras, passa também por analisar as **emendas modificativas introduzidas pela CCJ e referendadas pela CFOF**, já que **é por meio do SUS que o povo brasileiro exerce o direito à saúde no Brasil,** seja no âmbito federal, estadual ou municipal. O SUS é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das ações de saúde no Brasil (saúde da mulher, atenção à gestante (pré-natal, parto e puerpério), saúde da criança, atenção básica, rede cegonha, entre outras tantas) e, portanto, é imprescindível para a proteção dos direitos das mulheres e crianças, principalmente, em situações de maior vulnerabilidade, como no caso, da gestação, do parto e do primeiro ano de vida da criança.

[3] Hospital E Maternidade Maria Mae Do Salvador; Maternidade Albert Sabin; Maternidade Climerio De Oliveira; Maternidade Maria Da Conceicao De Jesus; Maternidade Professor Jose Maria De Magalhaes Neto; Maternidade Tsylla Balbino.

[4] Dados obtidos no endereço https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp

A ementa do PLE 24/2024 originalmente aborda que “todas as maternidades ofereçam instruções básicas de primeiros socorros para os pais ou responsáveis de recém-nascidos, com foco na prevenção e no tratamento de situações de engasgamento”, o que já é, inclusive, atribuição das equipes de saúde prevista na **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança** (PAISC) implementada **desde 2012 no Brasil**.

A Pnaisc está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos.

> Tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A retirada da obrigatoriedade das maternidades públicas de Salvador de implementar ações de educação e prevenção de ACE, importante causa de morte em crianças menores de um ano, vai de encontro ao preconizado pela Constituição Federal de 1988, como também, às regras de proteção integral da criança presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Importa destacar que os avanços nos indicadores de saúde infantil e dos investimentos nas políticas públicas federais voltadas à saúde da criança, como a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), o Programa Intersetorial Brasil Carinhoso e o Programa Criança Feliz, fica evidente a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde e, ao mesmo tempo, universalizar todos os avanços para grupos de maior vulnerabilidade, tais como as crianças indígenas, quilombolas, ribeirinhas, com deficiências e as com doenças raras, além de garantir não só a sobrevivência, mas o desenvolvimento integral de **todas as crianças**, condição essencial para o exercício da cidadania e a garantia do desenvolvimento nacional, bem como para o cumprimento dos compromissos do País diante das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Assim, pode-se afirmar que a discussão do PLE 24/2024 no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social da Câmara Municipal de Salvador poderá contribuir para a consolidação do direito à saúde dos soteropolitanos, já que leva em consideração a atuação das equipes do SUS por meio de práticas e ações de saúde preventivo-promocionais que podem interferir no perfil epidemiológico de adoecimento e morte da população.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. *In*: SANTOS, L. (org.). **Direito da saúde no Brasil.** Campinas: Saberes Editora, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 569 de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-4, 16 jan. 2012.

Brasil. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#art183. Acesso em: 11 mar de 2024.

BRASIL. Lei 13.722 de 4 de outubro de 2018. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. **Diário Oficial da União**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13722.htm. Acesso em: 11 março. 2024.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2015.

SALVADOR. **Regimento Interno**. Resolução 910, de 1991. Salvador, BA: Câmara Municipal de Salvador, 1991. Disponível em: https://www.cms.ba.gov.br/regime-interno. Acesso em: 11 março. 2024.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Notas sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional brasileira. *In*: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (org.). **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SOUSA, S.T.E.V. et al. Aspiração de corpo estranho por menores de 15 anos: experiência de um centro de referência do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol.35, n.7, p.653-659, jul. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n7/v35n7a06.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021

Anexo 1. Óbitos por engasgamento segundo faixa etária e raça/cor da pele. Brasil, 1996 a 2022.

Faixa Etária	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Menor 1 ano	**5.656**	**27,8**	**351**	**17,6**	26	12,0	**3.149**	**26,1**	**120**	**49,6**	1.359	44,9	**10.661**	**28,1**
1 a 4 anos	937	4,6	67	3,4	8	3,7	793	6,6	**45**	**18,6**	268	8,8	2.118	5,6
5 a 9 anos	223	1,1	11	0,6	-	-	222	1,8	10	4,1	50	1,7	516	1,4
10 a 14 anos	177	0,9	21	1,1	3	1,4	165	1,4	4	1,7	41	1,4	411	1,1
15 a 19 anos	202	1,0	28	1,4	2	0,9	214	1,8	6	2,5	35	1,2	487	1,3
20 a 29 anos	511	2,5	77	3,9	1	0,5	524	4,3	6	2,5	94	3,1	1.213	3,2
30 a 39 anos	710	3,5	145	7,3	7	3,2	703	5,8	13	5,4	146	4,8	1.724	4,5
40 a 49 anos	1.017	5,0	187	9,4	4	1,9	976	8,1	9	3,7	158	5,2	2.351	6,2
50 a 59 anos	1.390	6,8	214	10,7	16	7,4	1.060	8,8	7	2,9	154	5,1	2.841	7,5
60 a 69 anos	1.744	8,6	259	13,0	18	8,3	1.041	8,6	5	2,1	169	5,6	3.236	8,5
70 a 79 anos	2.486	12,2	270	13,5	**32**	**14,8**	1.309	10,9	7	2,9	223	7,4	4.327	11,4
80 anos e mais	**5.303**	**26,0**	**356**	**17,8**	**98**	**45,4**	**1.860**	**15,4**	10	4,1	302	10,0	**7.929**	**20,9**
Idade ignorada	19	0,1	12	0,6	1	0,5	44	0,4	-	-	31	1,0	107	0,3
Total**	**20.375**	**53,7**	**1.998**	**5,3**	**216**	**0,6**	**12.060**	**31,8**	**242**	**0,6**	**3.030**	**8,0**	**37.921**	**100,0**

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Categoria CID-10: W78 Inalacao do conteudo gastrico, W79 Inalacao ingest aliment caus obstr trat resp, W80 Inalac ingest outr obj caus obstr trat resp
Período: 1996-2022
*O percentual indica a Mortalidade Proporcional segundo a cor da pele em cada faixa etária.
**Refere-se ao total de óbitos em relação à cor da pele e o percentual descrito indica a Mortalidade Proporcional em relação à cor da pele.

Anexo 2. Óbitos por engasgamento segundo faixa etária e raça/cor da pele. Bahia, 1996 a 2022.

Faixa Etária	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Menor 1 ano	33	11,0	7	4,7	-		**124**	**18,5**	**2**	**66,7**	**52**	**26,8**	**218**	**16,6**
1 a 4 anos	14	4,7	8	5,4	-		57	8,5	-		22	11,3	101	7,7
5 a 9 anos	1	0,3	-		-		21	3,1	-		6	3,1	28	2,1
10 a 14 anos	3	1,0	3	2,0	-		14	2,1	-		6	3,1	26	2,0
15 a 19 anos	6	2,0	-		-		11	1,6	-		2	1,0	19	1,4
20 a 29 anos	4	1,3	4	2,7	-		32	4,8	-		13	6,7	53	4,0
30 a 39 anos	12	4,0	10	6,8	-		46	6,9	-		11	5,7	79	6,0
40 a 49 anos	12	4,0	12	8,1	-		54	8,1	-		13	6,7	91	6,9
50 a 59 anos	15	5,0	18	12,2	-		54	8,1	-		13	6,7	100	7,6
60 a 69 anos	33	11,0	17	11,5	-		51	7,6	-		13	6,7	114	8,7
70 a 79 anos	**58**	**19,4**	**24**	**16,2**	**-**		102	15,2	**1**	**33,3**	18	9,3	203	15,4
80 anos e mais	**108**	**36,1**	**44**	**29,7**	**2**	**100,0**	**103**	**15,4**	-		**24**	**12,4**	**281**	**21,4**
Idade ignorada	-		1	0,7	-		1	0,1	-		1	0,5	3	0,2
Total**	**299**	**22,7**	**148**	**11,2**	**2**	**0,2**	**670**	**50,9**	**3**	**0,22**	**194**	**14,7**	**1316**	**100,0**

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Categoria CID-10: W78 Inalacao do conteudo gastrico, W79 Inalacao ingest aliment caus obstr trat resp, W80 Inalac ingest outr obj caus obstr trat resp
Período: 1996-2022
*O percentual indica a Mortalidade Proporcional segundo a cor da pele em cada faixa etária.
**Refere-se ao total de óbitos em relação à cor da pele e o percentual descrito indica a Mortalidade Proporcional em relação à cor da pele.

Anexo 3. Óbitos por engasgamento segundo faixa etária e raça/cor da pele. Salvador, 2000 a 2024.

Faixa Etária	Branca		Preta		Parda		Não informado		Ignorado		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Menor 1 ano	2	1,9	3	4,8	16	8,7	-		**7**	**20,6**	28	7,1
1 a 4 anos	3	2,8	1	1,6	7	3,8	**2**	**33,3**	2	5,9	15	3,8
5 a 9 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 14 anos	-		1	1,6	4	2,2	-		2	5,9	7	1,8
15 a 19 anos	3	2,8	-		3	1,6	-		-		6	1,5
20 a 29 anos	2	1,9	-		5	2,7	1	16,7	-		8	2,0
30 a 39 anos	6	5,6	2	3,2	14	7,7	-		1	2,9	23	5,9
40 a 49 anos	3	2,8	3	4,8	14	7,7	**2**	**33,3**	2	5,9	24	6,1
50 a 59 anos	3	2,8	6	9,5	17	9,3	-		2	5,9	28	7,1
60 a 69 anos	13	12,1	8	12,7	17	9,3	1	16,7	3	8,8	42	10,7
70 a 79 anos	**28**	**26,2**	**14**	**22,2**	**43**	**23,5**	-		6	17,6	**91**	**23,2**
80 anos e mais	**44**	**41,1**	**25**	**39,7**	**43**	**23,5**	-		**9**	**26,5**	**121**	**30,8**
Total**	**107**	**27,2**	**63**	**16,0**	**183**	**46,6**	**6**	**1,5**	**34**	**8,7**	**393**	**100,0**

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Categoria CID-10: W78 Inalacao do conteudo gastrico, W79 Inalacao ingest aliment caus obstr trat resp, W80 Inalac ingest outr obj caus obstr trat resp
Período: 1996-2022
*O percentual indica a Mortalidade Proporcional segundo a cor da pele em cada faixa etária.
**Refere-se ao total de óbitos em relação à cor da pele e o percentual descrito indica a Mortalidade Proporcional em relação à cor da pele.

Anexo 4. Risco de morte por engasgamento segundo faixa etária. Salvador, 2021.

Faixa Etária	População*	Óbitos**	Mortalidade***
Menor 1 ano	30614	28	**91,5**
1 a 4 anos	121552	15	12,3
10 a 14 anos	187829	7	3,7
15 a 19 anos	218842	6	2,7
20 a 29 anos	457614	8	1,7
30 a 39 anos	492502	23	4,7
40 a 49 anos	468643	24	5,1
50 a 59 anos	348294	28	8,0
60 a 69 anos	243615	42	17,2
70 a 79 anos	119648	91	76,1
80 anos e mais	53.443	121	**226,4**
Total	**2.900.319**	**393**	**13,6**

***Fonte: Estimativas da população preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE**
****Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.**
Categoria CID-10: W78 Inalacao do conteudo gastrico, W79 Inalacao ingest aliment caus obstr trat resp, W80 Inalac ingest outr obj caus obstr trat resp
Período: 2021

******* Elaboração própria com base em pesquisa realizada pela autora e cálculo do indicador de Mortalidade (mede o risco de morte por faixa etária, em Salvador, no ano de 2021). Fórmula de cálculo: óbitos/população X 100.000.

Anexo 5. Lista de maternidades sob a gestão do SUS. Salvador, 2024.

MATERNIDADE	GESTÃO SUS
Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA (Hospital de Ensino)	Estadual
Maternidade Albert Sabin	Estadual
Maternidade do Hospital Geral Roberto Santos	Estadual
Maternidade José Maria de Magalhaes Neto	Estadual
Maternidade Maria da Conceição de Jesus	Estadual
Maternidade Tsylla Balbino	Estadual
Maternidade Climério de Oliveira (Hospital Universitário)	Federal - EBSERH