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

Ementa: Institui a implantação de cursos gratuitos a mulher gestante sobre os cuidados e atendimentos emergenciais a crianças de zero a seis anos no Município de Salvador e dá outras providências

Autor: Débora Santana

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 37/2025

MAIO/2026

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 37/2025

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) institui, no âmbito do Município de Salvador, a implantação de cursos gratuitos à mulher gestante sobre cuidados e atendimentos emergenciais a crianças de zero a seis anos.

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.

RELATÓRIO DE ANÁLISE E PESQUISA LEGISLATIVA

Projeto de Lei nº 37/2025
Autoria: **Vereadora Débora Santana**
Ementa: "Institui a implantação de cursos gratuitos à mulher gestante sobre os cuidados e atendimentos emergenciais a crianças de zero a seis anos no Município de Salvador e dá outras providências."

1. BASE REGIMENTAL

- A proposição submetida a análise está amparada nos artigos 12, III, e 172, da Resolução nº 910/91 - Regimento Interno da Câmara Municipal de Salvador,[1] bem como no inciso III do art. 44 e art. 46 da Lei Orgânica do Município.[2]

2. DA ANÁLISE E PESQUISA

- Em conformidade com as normas regimentais e da técnica legislativa, foi realizada pesquisa em bancos de dados constituídos e constatamos a **inexistência** de proposição legislativa que verse especificamente sobre o consignado na epígrafe.

- Mencionamos, a fim de histórico legislativo sobre a matéria em análise, o PLE-24/2024, que "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" e o PLE-220/2020, que "Dispõe sobre a disponibilização de Cursos práticos e teóricos sobre Maternidade para famílias de baixa renda, e dá outras providências", sendo ambos arquivados em 30.01.2025, nos termos do art. 183[3] do Regimento Interno.

- Por fim, para consubstanciar a apreciação do projeto de lei, citamos a Lei Municipal nº 5.504/1999[4], que "Institui o Código Municipal de Saúde" e versa sobre a responsabilidade dos órgãos em implementar ações que auxiliem com a saúde e prevenção.

2.1 DA TÉCNICA LEGISLATIVA

- Consoante previsão regimental, importante observar a redação do projeto em epígrafe quanto à possibilidade de eventual incremento de despesa para o Erário Municipal, nos termos do art. 188, do Regimento Interno[5].

Salvador, em 13 de fevereiro de 2025.

Laís Neves de Souza Pereira dos Santos
Supervisora de Análise e Pesquisa

Arthur Henrique Linhares Calvetti
Coordenador de Análise Legislativa

Figura 1. Trecho do Relatório de Análise e Pesquisa Legislativa emitido em 13/02/2025.

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

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e em 15 de abril de 2026 a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização (CFOF) apresentou parecer contrário ao PLE. Segundo a relatora, a proposição em comento "cria obrigações diretas de despesa ao Município sem a correspondente estimativa de impacto orçamentário-financeiro, em desatendimento ao que determinam os arts. 16 e 17 da Lei Complementar n. 101/2000.

Conforme o art. 68, IX, "a", do Regimento Interno[1] desta Casa, compete a à Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social "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 referida Comissão, 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.

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

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

> 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**.

Em relação às crianças, sabe-se que é considerado alto o risco morte por causas externas na infância, com alta incidência de quedas, sufocações e queimaduras, frequentemente no ambiente doméstico. Na CID-10, são classificados no Capítulo XX (Causas Externas: V01-Y98), englobando quedas (W00-W19), acidentes de transporte (V01-V99), intoxicações (X40-X49), queimaduras (X10-X19) e afogamentos (W65-W74).

Principais Códigos CID-10 para Acidentes Infantis (Capítulo XX)

- **Quedas (W00-W19):** Muito comuns entre 2 e 5 anos, incluindo quedas de móveis (W06-W08) e de edifícios (W13).
- **Acidentes de Transporte (V01-V99):** Inclui atropelamentos (V01-V09) e acidentes com ciclistas (V10-V19).
- **Queimaduras (X10-X19):** Causadas por líquidos quentes, objetos ou fogo.
- **Asfixia/Sufocação (W75-W84):** Inclui sufocação no berço, aspiração de objetos e afogamentos (W65-W74).
- **Intoxicações/Envenenamentos (X40-X49):** Ingestão acidental de medicamentos ou produtos de limpeza.
- **Corpo Estranho (W44):** Introdução de objetos estranhos nos olhos, nariz ou ouvido.

Com vistas a conhecer os dados relacionados à temática, foi realizada uma busca no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 1996 a 2024, 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 morte por causas externas.

De acordo com dados do SIM, em relação ao total de óbitos no Brasil, as causas externas representaram 10,4% das mortes no ano de 2024 (Total de óbitos: 1.532.015; óbitos por causas externas: 159.534). Do total de 159.534 mortes por causas externas no Brasil, 13.829 (8,7%) desses casos ocorreram no Estado da Bahia. Quando analisados esses dados na faixa etária de zero a quatorze anos, no Brasil, ocorreram 4.445 óbitos e, na Bahia, foram 309 casos.

Em Salvador, em 2024 foram contabilizados 2.512 óbitos por causas externas. Ver Quadro 1 abaixo.

Quadro 1. Total de óbitos por causas externas, segundo causa (CID-BR-10) e faixa etária. Salvador, 2024.

Causa - CID-BR-10	Menor 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	13	6	5	8	237	704	331	272	192	172	206	364	2	2512
Acidentes de transporte	-	-	-	-	-	44	28	40	25	27	14	10	1	189
Quedas	2	1	-	-	3	4	9	27	40	44	75	137	-	342
Afogamento e submersões acidentais	1	2	3	-	6	6	7	6	6	4	4	-	-	45
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	-	-	-	-	-	1	2	1	2	1	1	1	-	9
Envenenamento, intoxicação por ou expos a subst nocivas	-	-	-	-	-	1	1	3	-	-	-	-	-	5
Lesões autoprovocadas voluntariamente	-	-	-	-	3	19	25	21	22	11	9	1	-	111
Agressões	3	-	2	7	127	368	185	128	52	19	6	1	1	899
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	1	3	-	-	2	12	12	11	20	21	23	52	-	157
Intervenções legais e operações de guerra	-	-	-	1	93	240	54	15	2	1	-	-	-	406
Todas as outras causas externas	6	-	-	-	3	9	8	20	23	44	74	162	-	349
Total	13	6	5	8	237	704	331	272	192	172	206	364	2	2512

***Fonte:** MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.

Notas:
Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025.
Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011".
No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.
No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

Os dados acima expostos, conduzem a discussão do PLE 37/2025 para uma análise dos princípios que envolvem o direito à saúde no Brasil, constitucionalmente assegurados nos arts. 196 a 200 da CF 88, a partir de um recorte epidemiológico que envolve riscos distintos de adoecimento e morte em diferentes fases/momentos da vida das mulheres e das crianças.

Nesse processo analítico, não há como desviar-se da discussão “necessidades de saúde *versus* orçamento do SUS” e da tensão gerada entre os poderes Executivo e Legislativo quando da proposição de políticas públicas de saúde. Resta claro que a proposição de uma nova lei municipal que trate de políticas de saúde traga diretrizes gerais (o que fazer no âmbito do SUS) deixando integralmente para o Executivo as decisões relativas à execução da política (o como fazer no âmbito das unidades de saúde).

Em relação à dimensão orçamentária e a responsabilidade fiscal, importa considerar que o STF entende desde 2007 que a ausência de previsão na Lei Orçamentária Anual (LOA) não gera inconstitucionalidade da lei, apenas difere sua eficácia para o exercício financeiro seguinte (Ação Direta de Inconstitucionalidade 3.599) (Figura 2).

Também é importante considerar as distintas competências constitucionais estabelecidas pela Carta Magna de 1988 para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (entes da federação), bem como os princípios da cooperação e da gestão solidária e participativa, no âmbito do SUS, além das teses fixadas pelo STF em sede de controle de constitucionalidade. O Tema 917, por exemplo, diz que “não usurpa a competência privativa do chefe do Poder Executivo lei que, embora crie despesa para a Administração Pública, não trata da sua estrutura ou da atribuição de seus órgãos nem do regime jurídico de servidores públicos. Um bom exemplo está nas iniciativas legislativas que buscam ampliar ou melhorar o acesso da população às ações e serviços de saúde sem prejudicar o planejamento setorial ou desorganizar a complexa rede de atenção do SUS.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 3.599-1 DISTRITO FEDERAL

RELATOR	:	**MIN. GILMAR MENDES**
REQUERENTE(S)	:	PRESIDENTE DA REPÚBLICA
ADVOGADO(A/S)	:	ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO
REQUERIDO(A/S)	:	CONGRESSO NACIONAL
INTERESSADO(A/S)	:	SINDICATO DOS SERVIDORES DO PODER LEGISLATIVO E DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - SINDILEGIS
ADVOGADO(A/S)	:	MARCOS VINICIUS WITCZAK E OUTROS

EMENTA: Ação direta de inconstitucionalidade. 2. Leis federais nº 11.169/2005 e 11.170/2005, que alteram a remuneração dos servidores públicos integrantes dos Quadros de Pessoal da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. 3. Alegações de vício de iniciativa legislativa (arts. 2º 37, X, e 61, § 1º, II, a, da Constituição Federal); desrespeito ao princípio da isonomia (art. 5º, *caput*, da Carta Magna); e inobservância da exigência de prévia dotação orçamentária (art. 169, § 1º, da CF). 4. Não configurada a alegada usurpação de iniciativa privativa do Presidente da República, tendo em vista que as normas impugnadas não pretenderam a revisão geral anual de remuneração dos servidores públicos. 5. Distinção entre reajuste setorial de servidores públicos e revisão geral anual da remuneração dos servidores públicos: necessidade de lei específica para ambas as situações. 6. Ausência de violação ao princípio da isonomia, porquanto normas que concedem aumentos para determinados grupos, desde que tais reajustes sejam devidamente compensados, se for o caso, não afrontam o princípio da isonomia. 7. A ausência de dotação orçamentária prévia em legislação específica não autoriza a declaração de inconstitucionalidade da lei, impedindo tão-somente a sua aplicação naquele exercício financeiro. 8. Ação direta não conhecida pelo argumento da violação do art. 169, § 1º, da Carta Magna. Precedentes : ADI 1585-DF, Rel. Min. Sepúlveda Pertence, unânime, *DJ* 3.4.98; ADI 2339-SC, Rel. Min. Ilmar Galvão, unânime, *DJ* 1.6.2001; ADI 2343-SC, Rel. Min. Nelson Jobim, maioria, *DJ* 13.6.2003. 9. Ação direta de inconstitucionalidade parcialmente conhecida e, na parte conhecida, julgada improcedente.

Figura 2. Trecho do ADI 3.599/DF. STF.

Quadro 2. Competências constitucionais dos entes da federação, princípios, atribuições específicas do Sistema Único de Saúde e o Tema 793 do STF.

Competência Material Comum (Art. 23, II, CF)	É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública.
Gestão Solidária e Regionalizada (Art. 198, CF)	O SUS é organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, mas de forma regionalizada e hierarquizada.
Responsabilidade Solidária	O STF no Tema 793 firmou o entendimento de que os entes da federação são solidariamente responsáveis

	nas demandas prestacionais na área da saúde. Isso significa que o cidadão pode exigir qualquer tratamento ou medicamento de qualquer um dos entes, mas o judiciário deve direcionar o cumprimento conforme as regras de descentralização e, se necessário, determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.
Atribuições Específicas (Lei 8.080/1990)	Embora a responsabilidade seja solidária, a legislação (Lei Orgânica da Saúde) organiza a divisão de tarefas: a) Direção Nacional (União): Formulação de políticas nacionais, cooperação técnica e financeira com estados e municípios, e regulação. b) Direção Estadual (Estados): Coordenação de ações de alto custo, gestão de serviços regionais e apoio aos municípios. c) Direção Municipal (Municípios): Execução da atenção primária (posto de saúde), vigilância sanitária e epidemiológica local, e serviços de saúde de proximidade.

Ao considerar especificamente o PLE 37/2025, é fundamental destacar que 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%.

Em suma, para a análise do PLE 37/2025, no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social, os vereadores devem considerar a responsabilidade do Poder Legislativo no fortalecimento das políticas de saúde materno-infantil no âmbito do SUS e na redução dos indicadores de mortalidade por causas externas no Município de Salvador.

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, é de analisar as proposições legislativas que versem sobre políticas, programas e ações públicas de saúde, 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.

A ementa do PLE 37/2025 institui a implantação de cursos gratuitos à mulher gestante sobre os cuidados e atendimentos emergenciais a crianças de zero a seis anos no Município de Salvador e dá outras providências", o que já é, inclusive, atribuição das equipes de saúde prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como espaço estratégico para a atenção qualificada à gestante e um pré-natal de qualidade com base na lógica da saúde territorializada. No Brasil, a APS, norteada pela PNAB, destaca que é competência da equipe de saúde o acolhimento e a atenção à saúde da gestante e da criança, englobando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o tratamento de agravos

ocorridos durante o período gestacional até o período puerperal e os cuidados com a criança. Nesse cenário, a atuação compartilhada entre os profissionais da saúde possibilita diferentes olhares sobre as práticas no acompanhamento pré-natal, garantindo uma atenção integral e aumentando o potencial de resolutividade.

Assim, pode-se afirmar que a discussão do PLE 37/2025 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: 12 maio. 2026.

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: 12 maio. 2026

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: 12 maio. 2026

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 maio. 2026