doi.org/10.51891/rease.v12i11.31388

A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PERÍODO GESTACIONAL: ANÁLISE DE DADOS DO DATASUS DO HOSPITAL REGIONAL DA MULHER PARTEIRA MARIA CORREIA, MOSSORÓ-RN (2023-2025)

THE IMPORTANCE OF THE PHARMACIST IN THE MULTIDISCIPLINARY TEAM DURING PREGNANCY: AN ANALYSIS OF DATASUS DATA FROM THE HOSPITAL REGIONAL DA MULHER PARTEIRA MARIA CORREIA, MOSSORÓ, BRAZIL (2023-2025)

LA IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DURANTE LA GESTACIÓN: ANÁLISIS DE DATOS DEL DATASUS DEL HOSPITAL REGIONAL DA MULHER PARTEIRA MARIA CORREIA, MOSSORÓ, BRASIL (2023-2025)

Shara de Amorim Batalha Alves[1]
Izabelle Pereira Hipólito Andrade[2]
Maria das Graças Fernandes da Silva[3]
Janpson Allan Ribeiro Gurgel[4]

RESUMO: Este artigo buscou analisar, com dados públicos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), os nascimentos e os óbitos do Hospital Regional da Mulher Parteira Maria Correia, em Mossoró, Rio Grande do Norte, entre 2023 e 2025, e discutir a partir deles o papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar que assiste a gestante. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, feito com microdados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e articulado a uma revisão narrativa da literatura. O hospital passou a registrar partos em agosto de 2025 e somou 480 nascidos vivos até dezembro, com 73,1% de cesarianas, 23,2% de prematuridade e 17,1% de baixo peso ao nascer; 97,5% das mães residiam fora de Mossoró. O SIM registrou sete óbitos no estabelecimento, seis de mulheres idosas, cinco delas com sepse na cadeia de causas, e um neonatal por imaturidade extrema. Entre residentes de Mossoró, a sepse bacteriana do recém-nascido foi a causa específica mais frequente de óbito infantil. Os achados revelam demandas farmacoterapêuticas concretas, como corticoide antenatal, sulfato de magnésio, antibioticoprofilaxia e uso racional de antimicrobianos, que fazem do farmacêutico clínico um membro necessário da equipe.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Gestação. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT: This article aimed to analyze, using public data from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System (DATASUS), births and deaths at the Hospital Regional da Mulher Parteira Maria Correia, in Mossoró, Rio Grande do Norte, from 2023 to 2025, and to discuss the role of the pharmacist in the multidisciplinary team caring for pregnant women. This is a descriptive, retrospective and quantitative study based on microdata from the Live Birth Information System (SINASC) and the Mortality Information System (SIM), combined with a narrative literature review. The hospital began recording births in August 2025 and totaled 480 live births by December, with 73.1% caesarean sections, 23.2% preterm births and 17.1% low birth weight; 97.5% of mothers lived outside Mossoró. SIM recorded seven deaths at the facility: six older women, five of them with sepsis in the causal chain, and one neonatal death due to extreme immaturity. Among Mossoró residents, bacterial sepsis of the newborn was the most frequent specific cause of infant death. The findings reveal concrete pharmacotherapeutic demands, such as antenatal corticosteroids, magnesium sulfate, antibiotic prophylaxis and rational antimicrobial use, which make the clinical pharmacist a necessary member of the team.

[1] Discente do curso de Farmácia da UNINASSAU.
[2] Discente do curso de Farmácia da UNINASSAU.
[3] Discente do curso de Farmácia da UNINASSAU.
[4] Orientador. Farmacêutico, Mestre em ambiente, tecnologia e sociedade pela Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA. Docente do curso de Farmácia da UNINASSAU.

Keywords: Pharmaceutical services. Pregnancy. Patient care team.

RESUMEN: Este artículo buscó analizar, con datos públicos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), los nacimientos y las defunciones del Hospital Regional da Mulher Parteira Maria Correia, en Mossoró, Rio Grande do Norte, entre 2023 y 2025, y discutir el papel del farmacéutico en el equipo multidisciplinario que atiende a la gestante. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, con microdatos del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) y del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), articulado a una revisión narrativa de la literatura. El hospital empezó a registrar partos en agosto de 2025 y sumó 480 nacidos vivos hasta diciembre, con 73,1% de cesáreas, 23,2% de prematuridad y 17,1% de bajo peso al nacer; el 97,5% de las madres residía fuera de Mossoró. El SIM registró siete defunciones en el establecimiento: seis de mujeres mayores, cinco de ellas con sepsis en la cadena causal, y una neonatal por inmadurez extrema. Entre los residentes de Mossoró, la sepsis bacteriana del recién nacido fue la causa específica más frecuente de muerte infantil. Los hallazgos revelan demandas farmacoterapéuticas como corticoides prenatales, sulfato de magnesio, profilaxis antibiótica y uso racional de antimicrobianos, que hacen del farmacéutico clínico un miembro necesario del equipo.

Palabras clave: Servicios farmacéuticos. Embarazo. Grupo de atención al paciente.

1 INTRODUÇÃO

A gestação raramente transcorre sem medicamentos. No inquérito conduzido em seis cidades brasileiras com 5.564 gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), 83,8% haviam usado ao menos um fármaco até o segundo trimestre, sobretudo antianêmicos, vitaminas, medicamentos para o aparelho digestivo, analgésicos e antimicrobianos (MENGUE SS, et al., 2001). Cada uma dessas exposições envolve uma decisão sobre benefício e risco para duas pessoas ao mesmo tempo, muitas vezes com pouca evidência, porque gestantes costumam ser excluídas dos ensaios clínicos.

No hospital de referência obstétrica, esse cenário se intensifica. A gestante de alto risco recebe sulfato de magnésio, anti-hipertensivos, corticoide para maturação pulmonar fetal, insulina, ocitocina, antimicrobianos e anticoagulantes, vários deles classificados como medicamentos potencialmente perigosos. Em unidade obstétrica de alto risco de um hospital universitário brasileiro, a revisão farmacêutica de 1.826 prescrições encontrou erros em 7,0% delas, com predomínio de interações medicamentosas, e 98,8% das 168 intervenções propostas pelo farmacêutico foram aceitas pelos prescritores (SILVA NMO, et al., 2018). Nesse ambiente, o farmacêutico deixa de ser apenas quem dispensa o medicamento e passa a ajudar a decidir como ele será usado.

A legislação brasileira já reconhece esse lugar clínico. A Lei nº 13.021/2014 define a farmácia como estabelecimento de saúde e atribui ao farmacêutico a assistência farmacêutica integral (BRASIL, 2014), e a Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia regulamenta suas atribuições clínicas, como a conciliação de medicamentos, a revisão da

farmacoterapia e o acompanhamento do paciente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). Na rotina de muitas maternidades, porém, o farmacêutico segue associado à logística de abastecimento e pouco presente nas decisões terapêuticas. Peduzzi M (2001) distingue a equipe que apenas agrupa profissionais daquela que integra seus saberes em torno do usuário, e é da segunda que a gestante precisa. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica já tratava o acesso e o uso racional de medicamentos como parte do cuidado integral (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Falta, no entanto, aproximar essa discussão dos dados de cada serviço. O Hospital Regional da Mulher Parteira Maria Correia (HRMPMC), em Mossoró, Rio Grande do Norte, funciona como ambulatório desde 2023 e inaugurou sua área obstétrica em agosto de 2025, tornando-se referência materno-infantil para o Oeste, o Alto Oeste e o Vale do Açu potiguares (CONASS, 2026). Não se encontrou, na literatura consultada, análise publicada do perfil assistencial dessa unidade que sirva de base para planejar a atuação farmacêutica.

Este artigo tem como objetivo analisar os dados públicos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre nascimentos e óbitos do HRMPMC entre 2023 e 2025, situá-los no contexto materno-infantil de Mossoró e discutir, à luz da literatura, as contribuições do farmacêutico na equipe multidisciplinar que acompanha a mulher no período gestacional. Após esta introdução, apresentam-se os métodos, os resultados, a discussão e as considerações finais.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, com dados secundários de domínio público, articulado a uma revisão narrativa da literatura que sustenta a discussão sobre a atuação do farmacêutico. O cenário foi o HRMPMC, unidade da rede estadual cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o código 4093577, cuja área obstétrica conta com centro de parto normal, 12 leitos para gestantes de alto risco, 12 de alojamento conjunto, sala cirúrgica e 10 leitos neonatais, cinco deles de terapia intensiva (CONASS, 2026).

Os dados vieram dos microdados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2023, 2024 e 2025, o SIM de 2025 em versão preliminar, disponibilizados pelo DATASUS no portal OpenDataSUS e obtidos em setembro de 2026 (BRASIL, 2026a; BRASIL, 2026b). Foram selecionados os registros com o

CNES do hospital como local de ocorrência e, para contexto, os nascimentos ocorridos em Mossoró (código IBGE 240800) e os óbitos maternos e infantis de residentes no município.

No SINASC, analisaram-se tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, idade materna, pré-natal, tipo de gravidez, Apgar no quinto minuto, anomalia congênita, município de residência e grupo de Robson, classificação que distribui as gestantes em dez grupos segundo paridade, cesárea anterior, apresentação, número de fetos, idade gestacional e início do trabalho de parto (ROBSON M, 2001). No SIM, analisaram-se idade, sexo, causa básica pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e as linhas da declaração de óbito. Óbitos maternos foram os de causa básica no capítulo XV (O00-O99), e infantis, os de menores de um ano. As internações obstétricas foram aproximadas pelos partos, já que cada parto no estabelecimento corresponde a uma internação; os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) não compuseram o recorte. Calcularam-se frequências absolutas e relativas em linguagem Python, sem os campos ignorados no denominador.

A revisão narrativa foi feita em setembro de 2026 nos portais SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, com os termos farmacêutico, assistência farmacêutica, gestação, pré-natal, obstetrícia e equipe multiprofissional, e incluiu artigos, diretrizes e normas sobre medicamentos na gestação, atuação clínica do farmacêutico e manejo das condições apontadas pelos dados. Por usar apenas informações de acesso público, agregadas e sem identificação individual, o estudo dispensa avaliação pelo sistema de Comitês de Ética em Pesquisa, conforme os incisos II, III e V do parágrafo único do artigo 1º da Resolução nº 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

3 RESULTADOS

Em 2023 e 2024, o SINASC e o SIM não registraram nascimentos nem óbitos com o CNES do HRMPMC, período em que a unidade funcionou apenas como ambulatório. O primeiro parto aparece em 22 de agosto de 2025, e o hospital fechou o ano com 480 nascidos vivos, 6,9% dos nascimentos de Mossoró, com prematuridade e baixo peso acima dos demais estabelecimentos do município e proporção de cesarianas abaixo deles (Tabela 1).

Tabela 1 – Nascidos vivos ocorridos em Mossoró e no Hospital Regional da Mulher Parteira Maria Correia (HRMPMC), com proporções de cesariana, prematuridade e baixo peso, Mossoró-RN, 2023-2025.

Indicador	2023	2024	2025
Nascidos vivos ocorridos em Mossoró	7.278	6.587	6.954
Nascidos vivos no HRMPMC	0	0	480

Indicador	2023	2024	2025
Participação do HRMPMC (%)	-	-	6,9
Cesariana (%)			
Demais estabelecimentos	81,1	81,0	81,6
HRMPMC	-	-	73,1
Prematuridade, < 37 semanas (%)			
Demais estabelecimentos	18,0	19,3	15,7
HRMPMC	-	-	23,2
Baixo peso, < 2.500 g (%)			
Demais estabelecimentos	11,5	12,1	9,8
HRMPMC	-	-	17,1

Fonte: dados extraídos do SINASC/DATASUS (BRASIL, 2026b). Percentuais calculados sem os registros ignorados.

No hospital, 14 recém-nascidos nasceram antes de 32 semanas e 15 pesaram menos de 1.500 g. O pré-natal foi extenso na maioria dos casos, com sete consultas ou mais para 86,7% das mães. Apenas 12 delas residiam em Mossoró; as outras 468 vinham de 56 municípios, dois deles no Ceará. O grupo 5 de Robson, de mulheres com cesárea anterior, reuniu um terço dos partos, e 143 de seus 156 partos terminaram em nova cesariana (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil obstétrico e neonatal dos nascidos vivos no HRMPMC, n=480. Mossoró-RN, agosto a dezembro de 2025.

Variável	N	%
Tipo de parto		
Cesariana	351	73,1
Vaginal	129	26,9
Idade gestacional		
Menos de 32 semanas	14	2,9
32 a 36 semanas	97	20,3
37 semanas ou mais	367	76,8
Peso ao nascer		
Menos de 1.500 g	15	3,1
1.500 a 2.499 g	67	14,0
2.500 g ou mais	398	82,9
Idade materna		
Até 19 anos	64	13,3
20 a 34 anos	334	69,6
35 anos ou mais	82	17,1
Consultas de pré-natal		
Nenhuma a 3	14	3,0
4 a 6	49	10,3

Variável	N	%
7 ou mais	411	86,7
Pré-natal iniciado no 1º trimestre	418	87,3
Gravidez múltipla	18	3,8
Apgar no 5º minuto menor que 7	5	1,0
Anomalia congênita	4	0,8
Mãe residente fora de Mossoró	468	97,5
Robson 5 (cesárea anterior)	156	32,5
Robson 10 (pré-termo cefálico)	87	18,1

Fonte: dados extraídos do SINASC/DATASUS (BRASIL, 2026b). Percentuais calculados sem os registros ignorados.

O SIM preliminar de 2025 registrou sete óbitos no hospital. Seis foram de mulheres de 66 a 93 anos, entre junho e agosto, por causas clínicas, e em cinco deles septicemia ou choque séptico constava na cadeia de causas. O sétimo foi o de um recém-nascido de 26 semanas e 905 g, falecido com um dia de vida (Tabela 3).

Tabela 3 – Óbitos com ocorrência no HRMPMC registrados no SIM, segundo data, sexo e idade, causa básica e presença de septicemia ou choque séptico na cadeia de causas. Mossoró-RN, 2023-2025.

Data	Sexo e idade	Causa básica (CID-10)	Sepse na cadeia
06/06/2025	Feminino, 93 anos	J15.9 Pneumonia bacteriana	Sim
17/06/2025	Feminino, 79 anos	A41.9 Septicemia	Sim
03/07/2025	Feminino, 81 anos	G30.9 Doença de Alzheimer	Sim
26/07/2025	Feminino, 71 anos	I21.9 Infarto agudo do miocárdio	Não
11/08/2025	Feminino, 85 anos	I50.0 Insuficiência cardíaca congestiva	Sim
12/08/2025	Feminino, 66 anos	J44.0 DPOC com infecção respiratória aguda	Sim
24/08/2025	Feminino, 1 dia	P07.2 Imaturidade extrema	Não

Fonte: dados extraídos do SIM/DATASUS (BRASIL, 2026a). Dados de 2025 preliminares, com registros até agosto. Não houve óbitos no estabelecimento em 2023 e 2024.

Entre os residentes de Mossoró, houve sete óbitos por causas obstétricas no triênio, dois deles tardios, incluindo infecção das membranas ovulares, hemorragia intraparto com defeito de coagulação e embolia obstétrica; nenhum ocorreu no HRMPMC. Dos 102 óbitos infantis, 55 foram neonatais precoces, e as afecções perinatais responderam por 62,7% deles. A sepse bacteriana do recém-nascido foi a causa específica mais frequente, seguida do desconforto respiratório (Tabela 4).

Tabela 4 – Óbitos maternos e infantis de residentes em Mossoró, segundo ano, componente etário e principais causas básicas. Mossoró-RN, 2023-2025.

Indicador	2023	2024	2025*	Total
Óbitos maternos (O00-O99)	1	2	4	7
Obstétricos tardios (O96)	0	1	1	2

Indicador	2023	2024	2025*	Total
Óbitos infantis	35	43	24	102
Neonatal precoce (0-6 dias)	21	22	12	55
Neonatal tardio (7-27 dias)	5	10	1	16
Pós-neonatal (28 dias a < 1 ano)	9	11	11	31
Principais causas infantis (CID-10)				
P36 Sepse bacteriana do recém-nascido	5	7	0	12
P22 Desconforto respiratório	4	4	2	10
P21 Asfixia ao nascer	1	4	1	6
P07 Gestação curta e baixo peso	1	4	1	6
Malformações congênitas (Q00-Q99)	7	12	5	24

Fonte: dados extraídos do SIM/DATASUS (BRASIL, 2026a). *Dados preliminares, com registros até agosto de 2025.

4 DISCUSSÃO

O primeiro achado é de calendário, e ele muda a leitura dos demais. O intervalo de 2023 a 2025 corresponde, no hospital, a quatro meses de assistência obstétrica, porque os partos só começaram em agosto de 2025. Esses poucos meses, porém, bastaram para mostrar um perfil de alto risco: a prematuridade de 23,2% supera em 7,5 pontos percentuais a dos demais estabelecimentos de Mossoró, e quase todas as gestantes chegam de outros municípios. Na pesquisa Nascer no Brasil, a mortalidade neonatal foi maior no Norte e no Nordeste, e o nascimento de bebês com menos de 1.500 g em hospitais sem UTI neonatal apareceu como falha de organização da rede (LANSKY S, et al., 2014). Uma referência regional com leitos de terapia intensiva neonatal responde a essa falha, mas concentra os casos mais graves, justamente aqueles em que a farmacoterapia é mais intensa e o erro de medicação custa mais caro.

A prematuridade traz consigo decisões farmacológicas com prazo curto. O corticoide antenatal, administrado à gestante com risco de parto pré-termo, reduz a mortalidade perinatal e a síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (MCGOLDRICK E, et al., 2020). Em Mossoró, o desconforto respiratório foi a segunda causa específica de morte infantil. O benefício depende de dose, via, intervalo e momento corretos, e cabe ao farmacêutico padronizar o protocolo, garantir o medicamento disponível no setor e conferir a prescrição quando o trabalho de parto prematuro é identificado. O sulfato de magnésio, usado na prevenção da eclâmpsia, reduziu em 58% o risco de eclâmpsia no ensaio Magpie (MAGPIE TRIAL COLLABORATIVE GROUP, 2002), mas é medicamento de alta vigilância: exige concentração padronizada, bomba de infusão, monitorização de toxicidade e gluconato de cálcio à mão. Os distúrbios hipertensivos da gestação, que motivam boa parte dos leitos de alto risco,

também dependem de escolha adequada de anti-hipertensivos compatíveis com a gravidez (BROWN MA, et al., 2018).

A quantidade de medicamentos na gestação de alto risco mostra por que essa conferência importa. Entre 386 gestantes de alto risco acompanhadas em hospital universitário, 99,7% usavam medicamentos, com média de 5,1 por mulher, e 17,9% haviam usado fármacos com risco gestacional relevante; os autores apontam o cuidado farmacoterapêutico como apoio necessário a essas mulheres (NAGAI MM, et al., 2022).

A proporção de cesarianas, de 73,1%, é menor que a do restante do município, mas segue muito acima da observada em grande parte do mundo, onde as taxas também sobem (BETRAN AP, et al., 2021). A classificação de Robson ajuda a ver quais grupos sustentam essa taxa, e no Brasil já mostrou a distância entre os setores público e privado, com cesárea em 42,9% e 87,9% dos partos, respectivamente (NAKAMURA-PEREIRA M, et al., 2016). No HRMPMC, o grupo 5 reuniu um terço dos partos, e em nove de cada dez deles a cesárea anterior levou a uma nova. Cada cesariana exige antibioticoprofilaxia no tempo certo, analgesia, avaliação de tromboprofilaxia e alta compatível com a amamentação, pontos em que a revisão farmacêutica evita a falta e o excesso de medicamentos.

A sepse atravessa os dados de ponta a ponta. Aparece em cinco dos seis óbitos de mulheres idosas no hospital e é a principal causa específica de morte infantil em Mossoró. A sepse neonatal continua a ser causa relevante de morte em todo o mundo, e seu manejo depende de antimicrobianos escolhidos e dosados conforme idade gestacional, peso e função renal (SHANE AL, et al., 2017). Com cinco leitos de UTI neonatal e 15 recém-nascidos de muito baixo peso em quatro meses, o hospital lida com pacientes para os quais uma casa decimal errada muda o desfecho. Em ensaio clínico randomizado numa UTI neonatal, o grupo sem farmacêutico clínico dedicado teve 2,849 vezes mais erros de medicação que o grupo acompanhado por esse profissional (YALÇIN N, et al., 2023). Programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos, que têm o farmacêutico como membro central, ajudam a ajustar espectro, dose e duração do tratamento e a conter a resistência bacteriana (BARLAM TF, et al., 2016).

Os óbitos maternos de residentes em Mossoró, embora não tenham ocorrido no HRMPMC, somam outras frentes: hemorragia, infecção e tromboembolismo, grupo de causas que responde por grande parte das mortes maternas no mundo (SAY L, et al., 2014). O ácido tranexâmico administrado precocemente reduziu as mortes por sangramento na hemorragia pós-parto (WOMAN TRIAL COLLABORATORS, 2017), e a resposta a essa emergência

depende de ocitocina, misoprostol e tranexâmico disponíveis, conservados e ao alcance da equipe no momento do parto. Montar e conferir esse kit, controlar a cadeia de frio da ocitocina e padronizar a tromboprofilaxia são tarefas do farmacêutico, feitas junto com a enfermagem e a obstetrícia.

Pré-natal extenso, como o de 86,7% dessas mães, não garante farmacoterapia adequada. Na atenção básica, a assistência farmacêutica à gestante já se mostrou falha em quase todas as etapas, da seleção à dispensação (VIEIRA MRS, et al., 2008), e o uso de medicamentos chega a 84,7% durante a gestação, associado inclusive a um número maior de consultas (COSTA DB, et al., 2017). Mais contato com o serviço tende a trazer mais prescrições, e cada uma merece revisão. Na internação, a conciliação de medicamentos na admissão permite identificar o que a gestante já usava, suspender o que não deve continuar e evitar omissões. Como 97,5% das pacientes moram fora de Mossoró, a alta pede orientação clara sobre suplementos, anti-hipertensivos, anticoagulantes e contracepção, além de comunicação com a atenção básica do município de origem.

Esses resultados sustentam a presença do farmacêutico no cuidado direto, e não apenas no almoxarifado. Em revisão sistemática, os serviços de farmácia clínica, inclusive a participação nas visitas aos leitos, melhoraram o cuidado a adultos internados sem produzir efeitos adversos (KABOLI PJ, et al., 2006). A Rede Alyne, que reorganizou em 2024 o cuidado à gestante e à criança no SUS, também pede essa atenção integral (BRASIL, 2024). Na perspectiva de Peduzzi M (2001), o que transforma um agrupamento de profissionais em equipe é a articulação das ações: o obstetra decide a conduta, a enfermagem administra e monitora, e o farmacêutico responde pela segurança e pela racionalidade da farmacoterapia. A responsabilidade técnica atribuída a esse profissional pela Lei nº 13.021/2014 ganha sentido concreto quando ele participa da decisão (BRASIL, 2014).

Este estudo tem limitações. A série do hospital cobre quatro meses de assistência obstétrica, o SIM de 2025 é preliminar, a completude das variáveis varia entre campos e regiões (SZWARCWALD CL, et al., 2019) e o SIH/SUS, que detalharia o diagnóstico de cada internação, não foi incluído. Os sistemas de informação do DATASUS também não registram intervenções farmacêuticas, o que impede medir diretamente o efeito do farmacêutico sobre os desfechos. Esse silêncio já diz algo: o trabalho clínico do farmacêutico ainda não aparece nas estatísticas oficiais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados públicos do DATASUS mostram que o HRMPMC começou a atender partos em agosto de 2025 e, em quatro meses, reuniu 480 nascimentos com alta proporção de prematuridade, baixo peso e cesarianas, além de mães vindas de dezenas de municípios. Os óbitos registrados no hospital e as mortes maternas e infantis de residentes em Mossoró apontam sepse, prematuridade, hemorragia e tromboembolismo como problemas centrais.

Cada um desses problemas passa por medicamentos: corticoide antenatal, sulfato de magnésio, anti-hipertensivos, uterotônicos, ácido tranexâmico, anticoagulantes e antimicrobianos para a mãe e para o recém-nascido. Por isso, a presença do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar do período gestacional não é acessória. Ele padroniza protocolos, confere prescrições de medicamentos de alta vigilância, concilia a terapia na admissão e na alta, participa do gerenciamento de antimicrobianos e orienta a gestante e a puérpera.

Recomenda-se que o hospital inclua o farmacêutico nas visitas multiprofissionais da obstetrícia e da UTI neonatal e passe a registrar as intervenções farmacêuticas, o que permitirá, em estudos futuros, medir o efeito dessa atuação sobre os desfechos maternos e neonatais da região.

REFERÊNCIAS

BARLAM TF, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis, 2016; 62(10): e51-e77.

BETRAN AP, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health, 2021; 6(6): e005671.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): microdados de 2023, 2024 e 2025 (dados preliminares). OpenDataSUS, 2026a. Disponível em: https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): microdados de 2023, 2024 e 2025. OpenDataSUS, 2026b. Disponível em: https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 set. 2024.

BROWN MA, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. Hypertension, 2018; 72(1): 24-43.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Hospital da Mulher em Mossoró atinge a marca de mil partos. 2026. Disponível em: https://www.conass.org.br/hospital-da-mulher-em-mossoro-atinge-a-marca-de-mil-partos/. Acesso em: 23 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, DF: CFF, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: CNS, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

COSTA DB, et al. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública, 2017; 33(2): e00126215.

KABOLI PJ, et al. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. Arch Intern Med, 2006; 166(9): 955-964.

LANSKY S, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública, 2014; 30(Supl 1): S192-S207.

MAGPIE TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet, 2002; 359(9321): 1877-1890.

MCGOLDRICK E, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev, 2020; (12): CD004454.

MENGUE SS, et al. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. Rev Saúde Pública, 2001; 35(5): 415-420.

NAGAI MM, et al. Gestação de alto risco: caracterização do perfil de utilização de medicamentos e associação com fatores clínicos e sociodemográficos. Rev Bras Saúde Mater Infant, 2022; 22(3): 619-629.

NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reprod Health, 2016; 13(Suppl 3): 128.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, 2001; 35(1): 103-109.

ROBSON M. Classification of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev, 2001; 12(1): 23-39.

SAY L, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health, 2014; 2(6): e323-e333.

SHANE AL, et al. Neonatal sepsis. Lancet, 2017; 390(10104): 1770-1780.

SILVA NMO, et al. Pharmacist interventions in high-risk obstetric inpatient unit: a medication safety issue. Int J Qual Health Care, 2018; 30(7): 530-536.

SZWARCWALD CL, et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. Cad Saúde Pública, 2019; 35(10): e00214918.

VIEIRA MRS, et al. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, 2008; 24(6): 1419-1428.

WOMAN TRIAL COLLABORATORS. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet, 2017; 389(10084): 2105-2116.

YALÇIN N, et al. Impact of clinical pharmacist-led intervention for drug-related problems in neonatal intensive care unit a randomized controlled trial. Front Pharmacol, 2023; 14: 1242779.