

## **Incidência de parto prematuro em mulheres com colo do útero curto: Uma revisão literária**

**Incidence of preterm birth in women with short cervix: A literature review**

**Incidencia de parto prematuro en mujeres con cuello uterino corto: Una revisión de la literatura**

Recebido: 26/10/2025 | Revisado: 06/01/2026 | Aceitado: 07/01/2026 | Publicado: 08/01/2026

**Ana Luiza Guimarães Oliveira**  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1683-5300>  
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil  
E-mail: guimaraesanaluiza03@gmail.com

**Danielle Cristine Belisário Scarpin Holsbach**  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2531-0358>  
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil  
E-mail: dani.scarpin@hotmail.com

### **Resumo**

**Introdução:** Parto prematuro é todo parto ocorrido antes das 37 semanas de gestação. Colo do útero curto é o comprimento cervical  $\leq 25$ mm antes das 24 semanas de gestação. O presente estudo objetivou analisar retrospectivamente em uma revisão literária a incidência de parto prematuro em pacientes com diagnóstico de colo do útero curto devido a alta prevalência nas maternidades mundiais, associado ao aumento da mortalidade e pior prognóstico perinatal. **Método:** Estudo de revisão bibliográfica, com buscas nas plataformas PubMed e Scielo, publicados nos últimos 10 anos. Os artigos selecionados passaram por critérios de inclusão e exclusão e responderam à pergunta norteadora. **Resultados e Discussão:** Comprimento cervical medido por ultrassonografia transvaginal é o parâmetro indicado para identificar gestantes com colo do útero curto. Pacientes com comprimento cervical  $\leq 15$ mm entre 14 e 24 semanas de idade gestacional apresentam risco aumentado em 50% de evoluir para parto prematuro. Estudos diferem nas taxas de parto prematuro em pacientes com encurtamento cervical (4,9% a 42%), tendo como explicação que a maior parte dos dados disponíveis se baseiam em gestantes de alto risco para prematuridade. Todos os estudos aqui relatados concordam no quesito que quanto menor a medida do colo uterino entre 14 e 24 semanas incompletas de idade gestacional, maior o risco de evoluir com parto prematuro. **Conclusão:** O encurtamento cervical está diretamente relacionado a desfechos desfavoráveis nas gestações. Protocolos orientando rastreamento, acompanhamento e medidas terapêuticas são encorajados visando redução da problemática mundial.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto Prematuro; Colo do Útero; Parto Pré-Termo.

### **Abstract**

**Introduction:** Preterm birth is any birth occurring before 37 weeks of gestation. A short cervix is defined as a cervical length  $\leq 25$  mm before 24 weeks of gestation. This study aimed to retrospectively analyze, through a literature review, the incidence of preterm birth in patients diagnosed with a short cervix, given its high prevalence in maternity hospitals worldwide, associated with increased mortality and a worse perinatal prognosis. **Method:** This was a literature review, searching PubMed and Scielo platforms, published in the last 10 years. The selected articles met inclusion and exclusion criteria and answered the guiding question. **Results and Discussion:** Cervical length measured by transvaginal ultrasound is the recommended parameter for identifying pregnant women with a short cervix. Patients with a cervical length  $\leq 15$  mm between 14 and 24 weeks of gestational age have a 50% increased risk of developing preterm birth. Studies differ on the rates of preterm birth in patients with cervical shortening (4.9% to 42%), the explanation being that most of the available data are based on pregnant women at high risk for prematurity. All studies reported here agree that the shorter the cervical length between 14 and 24 incomplete weeks of gestation, the greater the risk of premature birth. **Conclusion:** Cervical shortening is directly related to unfavorable pregnancy outcomes. Protocols guiding screening, monitoring, and therapeutic measures are encouraged to reduce this global problem.

**Keywords:** Premature Labor; Cervix; Preterm Birth.

### **Resumen**

**Introducción:** El parto prematuro es cualquier parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Un cérvix corto se define como una longitud cervical  $\leq 25$  mm antes de las 24 semanas de gestación. Este estudio tuvo como objetivo analizar retrospectivamente, a través de una revisión de la literatura, la incidencia de parto pretérmino en pacientes con diagnóstico de cuello uterino corto, dada su alta prevalencia en maternidades a nivel mundial, asociada a mayor mortalidad y peor pronóstico perinatal. **Método:** Se realizó una revisión de la literatura, buscando en las plataformas

PubMed y Scielo, publicada en los últimos 10 años. Los artículos seleccionados cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y respondieron a la pregunta guía. Resultados y Discusión: La longitud cervical medida por ecografía transvaginal es el parámetro recomendado para identificar a las embarazadas con cérvix corto. Las pacientes con una longitud cervical  $\leq 15$  mm entre las 14 y 24 semanas de edad gestacional tienen un riesgo 50% mayor de desarrollar parto prematuro. Los estudios difieren en las tasas de parto prematuro en pacientes con acortamiento cervical (4,9% a 42%), la explicación es que la mayoría de los datos disponibles se basan en embarazadas con alto riesgo de prematuridad. Todos los estudios aquí presentados coinciden en que cuanto menor sea la longitud cervical entre las 14 y 24 semanas incompletas de gestación, mayor será el riesgo de parto prematuro. Conclusión: El acortamiento cervical está directamente relacionado con resultados desfavorables del embarazo. Se recomienda implementar protocolos que guíen la detección, el seguimiento y las medidas terapéuticas para reducir este problema global.

**Palavras clave:** Trabajo de Parto Prematuro; Cuello Uterino; Nacimiento Prematuro.

## 1. Introdução

O parto prematuro é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como ocorrido antes das 37 semanas de gestação (Walani, 2020). O encurtamento cervical é uma das vias comuns para o trabalho de parto prematuro (Esplin et al., 2017; Romero et al., 2015). Um colo do útero curto é geralmente definido como um comprimento cervical de  $\leq 25$ mm em ultrassonografia transvaginal (USTV) antes das 24 semanas de gestação (Berghella & Saccone, 2019; Di Renzo, Tosto & Giardina, 2018). Embora a definição varie entre os estudos, e alguns autores considerem o encurtamento cervical mesmo até 32 semanas (Berghella et al., 2020), a relação entre colo do útero curto e incidência de parto prematuro é inversamente proporcional, quanto menor o colo do útero, maior o risco de parto prematuro (Gulersen, Berghella & Bornstein, 2025).

No centro obstétrico, o parto prematuro continua sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal em todo o mundo, afetando aproximadamente 10% de todos os nascidos vivos (Liang, et al., 2024) e representando de 5% a 25% de todas as internações hospitalares relacionadas à gravidez (Lavie, et al., 2022). Estudos básicos e translacionais sugerem que o parto prematuro devido ao encurtamento cervical é um fator independente para o aumento da mortalidade, sua carga global inclui consequências perinatais imediatas, complicações a longo prazo para a saúde dos bebês e um fardo econômico substancial para os sistemas de saúde (Gulersen, Berghella & Bornstein, 2025).

Atualmente, as diretrizes internacionais defendem a internação hospitalar de pacientes com ameaça de trabalho de trabalho de parto prematuro visando reduzir os riscos e complicações neonatais associadas (Amalric, et al., 2024). Porém, estudos descrevem que menos de 10% das pacientes evadem no prazo de 15 dias após a admissão e que 50% das gestantes que permanecem evoluem com parto prematuro (Gulersen et al., 2020).

Amalric et al., (2024), realizaram um estudo retrospectivo em uma maternidade terciária em que avaliaram gestantes diagnosticadas com encurtamento cervical inferior a 25mm entre 24 e 34 semanas de gestação. Subdividiram as pacientes em dois grupos: sem contrações na admissão e em trabalho de parto prematuro. Entre as 247 pacientes avaliadas não houve diferença com significância estatística na taxa de parto dentro de 15 dias da admissão entre os grupos. As pacientes em trabalho de parto ativo tiveram uma frequência significativamente maior de parto antes de 34 semanas ( $p=0,02$ ). Não houveram diferenças significativas nas taxas de parto prematuro antes das 37 semanas e no intervalo de admissão até o parto ou nos desfechos neonatais entre os grupos. Concluindo que a frequência de parto em um intervalo de 15 dias após admissão hospitalar indifere entre pacientes com colo do útero curto assintomático e aquelas em trabalho de parto ativo, no entanto, maior número de pacientes assintomáticas chegaram as 34 semanas gestacionais completas, com apenas uma a cada dez necessitando de corticoesteroides.

O presente estudo analisou retrospectivamente em uma revisão literária a incidência de parto prematuro em pacientes com diagnóstico de colo do útero curto devido a alta prevalência nas maternidades mundiais, associado ao aumento da mortalidade e pior prognóstico perinatal.

## 2. Metodologia

Realizou-se uma busca literária fundamentada em evidências e síntese crítica para a elaboração desta revisão bibliográfica (Snyder, 2019), caracterizada como um estudo de natureza qualitativa (Pereira et al., 2018) e do tipo revisão narrativa da literatura (Casarin et al., 2021; Rother, 2007). O delineamento do estudo seguiu recomendações científicas, obedecendo a uma sequência lógica de etapas que se iniciou com a definição da problemática e a formulação da pergunta norteadora: “Qual a incidência de parto prematuro em pacientes com diagnóstico de colo do útero curto?”.

A partir dessa questão, procedeu-se à busca de publicações nas principais bases de dados científicas da área médica, sendo elas: PubMed (Medical Literature Library of Medicine) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para a estratégia de busca, foram utilizados descritores selecionados a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2024), a saber: “Trabalho de Parto Prematuro”, “Colo do Útero” e “Parto Pré-Termo”. As combinações dos termos foram realizadas mediante o uso de operadores booleanos, adaptadas às especificidades de cada base de dados.

Antes da realização das buscas, foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos que comporiam o corpus analítico da pesquisa. Os critérios de inclusão abrangeram: Artigos que abordassem o tema proposto e respondessem à pergunta norteadora; Publicações indexadas nas bases previamente selecionadas; Textos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; Acesso ao texto completo em meio eletrônico; Publicações realizadas nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão compreenderam: Estudos que não atendiam aos critérios de inclusão; Cartas ao editor; Anais de eventos e resumos simples.

Na etapa inicial, foram identificados 276 estudos, dos quais 39 atenderam plenamente aos critérios estabelecidos e foram incluídos na presente revisão.

## 3. Resultados e Discussão

Trabalho de parto prematuro caracteriza-se por contrações uterinas regulares associadas a alterações cervicais antes das 37 semanas de gestação (Frey & Klebanoff, 2016; Le Ray et al., 2022). Classificado como uma síndrome causada por múltiplos processos patológicos, o parto prematuro espontâneo pode ocorrer por distúrbios vasculares, infecção intraamniótica, declínio na ação da progesterona, senescência decidual, estresse materno, superdistensão uterina e doença cervical (Cobo, Kacerovsky & Jacobsson, 2020). Acrescidos de fatores de risco conhecidos relacionados a dados demográficos, incluindo idade materna, etnia, índice de massa corpórea (IMC) e tabagismo, juntamente com histórico de parto prematuro, cirurgia excisional cervical anterior, aborto tardio anterior, fatores genéticos e colo do útero curto diagnosticado via USTV (Couceiro et al., 2021; Kyrgiou et al., 2016).

Soto-Torres et al., (2023), realizaram um estudo de coorte retrospectivo nas unidades de ultrassom de Medicina Materno-Fetal da Universidade do Texas, Escola de Medicina McGovern e no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, entre setembro de 2017 e março de 2020, no qual avaliaram prontuários de 18592 mulheres com gestações únicas, sem histórico de partos prematuros anteriores e selecionaram aquelas com diagnóstico de colo uterino curto entre 18 e 23+6 semanas. Um colo do útero curto foi definido como um comprimento cervical  $\leq 25\text{mm}$ ,  $\leq 20\text{mm}$  e  $\leq 15\text{mm}$ . A incidência de encurtamento de colo foi de 2,2% (n=403) em  $\leq 25\text{mm}$ , 1,2% (n=224) em  $\leq 20\text{mm}$  e 0,9% (n=161) em  $\leq 15\text{mm}$ . Os pesquisadores concluíram que dentre as mulheres com gestação de baixo risco, aquelas com IMC  $\geq 30$  ou peso  $>$  que o percentil 95 e/ou histórico de abortos anteriores possuem maior associação com colo do útero curto entre 18 e 24 semanas incompletas. No entanto, apesar dessa associação significativa, a triagem por fatores de risco não pode ser recomendada como alternativa para a triagem universal de rastreio.

Colo uterino curto é responsável por 5% a 18% de todos os partos prematuros e a prematuridade continua sendo a principal causa de hospitalização pré-natal, morte e incapacidade perinatal no mundo, protagonizando cerca de 50% dos óbitos

neonatais, 70% da mortalidade perinatal e 50% das deficiências do neurodesenvolvimento de longo prazo (Merced et al., 2024; Romero et al., 2017; Rundell & Panchal, 2017).

Comprimento cervical medido por USTV é o parâmetro mais confiável para identificar gestantes em risco de parto prematuro espontâneo (Campbell, 2018; Reddy et al., 2024). Pacientes com comprimento cervical  $\leq 15$ mm com idade gestacional entre 14 e 24 semanas incompletas apresentam um risco aumentado em 50% de evoluir com parto prematuro  $\leq 32$  semanas de gestação (Berghella & Saccone, 2019). A importância de detectar tal achado depende do benefício potencial das estratégias preventivas, como progesterona vaginal, cerclagem e em alguns casos pessário cervical (Romero, et al., 2018; Soto, et al., 2022). A triagem universal da medida do colo uterino visa obter um comprimento cervical em todas as mulheres grávidas entre 18 e 24 semanas de gestação para início de tratamento preventivo, visando postergar a idade gestacional do parto e reduzir a morbimortalidade associada a prematuridade (Souka et al., 2019).

Diferentes estudos defendem que as taxas de parto prematuro para pacientes com colo do útero curto variam muito na literatura (4,9% a 42%), uma explicação é que a maioria dos dados disponíveis se baseiam em pacientes com alto risco de parto prematuro, com histórico de parto prematuro ou comprimento cervical curto diagnosticado antes das 24 semanas e sem medidas terapêuticas adotadas (Hernandez-Andrade et al., 2018; Romero et al., 2018; Rozenberg, 2017; Samejima et al., 2020)

Huang, et al., (2024), publicaram um estudo de coorte observacional retrospectivo realizado entre janeiro de 2020 e dezembro de 2022 no Hospital feminino, Escola de Medicina, Universidade de Zhejiang na China, com o objetivo de avaliar prontuários para prever a probabilidade individual de trabalho de parto prematuro  $< 32$  semanas em gestantes de baixo risco com colo do útero curto. No período, 878 mulheres obtiveram o diagnóstico de colo do útero curto entre 22 e 24 semanas por USTV e 213 foram pacientes de baixo risco. Assim, foram avaliados os prontuários das 213 pacientes, fazendo uma subdivisão de acordo com a idade gestacional no momento do parto, sendo 21 alocadas no grupo de parto prematuro  $< 32$  semanas e 192 no grupo controle. Entre as pacientes, 19,7% (42) entraram em trabalho de parto com  $< 37$  semanas, e a incidência de parto prematuro em  $< 32$  semanas foi de 9,9% (21). Corroborando estudos anteriores, os autores ressaltam que mulheres com trabalho de parto prematuro  $< 32$  semanas tinham um comprimento de colo uterino significativamente menor do que as mulheres sem inicio do trabalho de parto, com  $p < 0,001$  e os fetos no grupo  $< 32$  semanas tiveram menor peso ao nascer, menor escore Apgar em 1 minuto e 5 minutos e taxas mais altas de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal do que os do grupo controle, com significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Samejima et al., (2020), em seu estudo retrospectivo de prontuários médicos em uma unidade terciária perinatal, investigou a incidência de parto prematuro entre mulheres grávidas, assintomáticas e diagnosticadas com colo do útero curto, no qual a incidência de partos prematuros foi de 27,6% (37/134) e a ruptura prematura de membranas foi precedida em 46% (17/37) das mulheres com parto prematuro. Em seu estudo, foi identificado contrações uterinas, aumento da proteína C reativa (PCR) e elevação dos glóbulos brancos no hemograma como fatores de risco significativamente relacionados ao risco de parto prematuro entre gestantes diagnosticadas com encurtamento cervical assintomáticas. O parto prematuro ocorreu em 91% das mulheres positivas para contrações uterinas e  $PCR > 0,5$ mg/dL. Os autores reforçam que tais dados podem ser clinicamente úteis para avaliar o risco subsequente de prematuridade em gestantes com encurtamento cervical assintomáticas.

Gulersen et al., (2020), realizaram um estudo de coorte retrospectivo de mulheres com colo de útero curto assintomáticas (comprimento cervical  $\leq 25$ mm) com diagnóstico entre 23 e 28 semanas de gestação, a pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2015 a março de 2018. As pacientes foram subdivididas em 4 grupos de acordo com a medição do comprimento cervical:  $\leq 10$ mm; 11-15mm; 16-20mm e 21-25mm. O objetivo foi avaliar o risco de parto prematuro espontâneo em mulheres assintomáticas com colo do útero curto diagnosticado entre 23 e 28 semanas gestacionais. Das 126 gestantes que atenderam aos critérios de inclusão, 17,4% (22) apresentavam comprimento cervical  $\leq 10$ mm, 18,3% (23) comprimento de 11-15mm, 29,4% (37) de 16-20mm e 34,9% (44) de 21-25mm. O grupo de comprimento mais curto foi associado a intervalo menor de internação

até o parto. Independentemente da medição do colo uterino, o parto dentro de 15 dias foi extremamente incomum 0,8% (1 paciente). A incidência de parto prematuro espontâneo <32 semanas ou <34 semanas foi maior em mulheres com comprimento cervical  $\leq$  10mm em comparação com aquelas com comprimento cervical maior, apresentando significância estatística ( $p<0,001$ ).

Grande parte das Diretrizes Internacionais não recomendam o uso de um programa universal de triagem de comprimento de colo de útero em pacientes sem histórico de parto prematuro (Jain et al., 2020; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2015; Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG, 2021; Rozenberg, 2016; Rozenberg, 2017). No entanto, a falta de apoio das diretrizes para avaliações cervicais de rotina em indivíduos assintomáticos não impede a prática clínica (Amalric et al., 2024). Inúmeros obstetras continuam realizando tais avaliações, levando a diagnósticos de colo uterino curto e subsequentes decisões clínicas a respeito de internação hospitalar e administração de corticoesteroides pré-natal, cujos benefícios permanecem dúbios devido a janela de eficácia (Amalric et al., 2024).

Estudos relatam que o risco relativo de parto prematuro é de 6,2 quando usado o valor de comprimento cervical  $\leq$  25mm como ponto de corte (Samejima et al., 2020). O momento ideal para a triagem universal do comprimento cervical é na metade do segundo trimestre quando a pretensão é lançar mão de medidas para prevenção de parto prematuro, visto que, um encurtamento cervical raramente ocorre antes de 14 semanas de gestação (Son et al., 2016). A cerclagem cervical é considerada uma opção terapêutica, no entanto, em idades gestacionais avançadas  $\geq$  24 semanas não há consenso sobre as recomendações de tratamento para prevenir desfechos de prematuridade (Samejima et al., 2020).

Estudos elucidando compreensão detalhada dos resultados perinatais em pacientes com diagnóstico de encurtamento cervical são imperativos para estabelecimento de estratégias de manejo ideais e aconselhamentos protocolados para as pacientes a respeito do seu prognóstico de gravidez (Amalric et al., 2024).

## 4. Conclusão

Prematuridade é a principal causa de morbimortalidade perinatal no mundo. Embora a causa possa ser multifatorial, a colo do útero curto é responsável por alta incidência de partos prematuros.

Protocolos orientando rastreamento de encurtamento cervical em pacientes assintomáticas e de baixo risco são encorajados, visto que, o exame diagnóstico é a USTV, a qual apresenta baixo risco, baixo custo e acesso abrangente pela população geral. Estudos acerca do prognóstico de pacientes de baixo risco diagnosticadas com colo do útero curto dariam embasamento científico para protocolos de rastreio.

Devido a alta incidência de parto prematuro relatada nos estudos de coorte retrospectivos e o prognóstico desfavorável perinatal do binômio, o acompanhamento do pré-natal na rede pública de saúde deveria ser encaminhado para a equipe de atendimento de gestação de moderado ou alto risco, visto que, a mortalidade perinatal está diretamente ligada aos indicadores de saúde do país.

Estudos que abordem as consequências do tratamento medicamentoso e/ou mecânico em pacientes de baixo risco são recomendados.

## Conflito de interesse

Os autores informam que não há conflito de interesses.

## Referências

Amalric, C., Athiel, Y., Lepercq, J., & Girault, A. (2024). Asymptomatic short cervix and threatened preterm labor: A comparative study on perinatal outcomes. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 53(7), 102798. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2024.102798>

Berghella, V., & Saccone, G. (2019). Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD007235. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007235.pub4>

Berghella, V., Lesser, T., Boelig, R. C., & Roman, A. (2020). Cervical length screening after 24 weeks for prediction and prevention of preterm birth: not evidence based yet.... *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 2(2), 100097. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100097>

Campbell S. (2018). Prevention of spontaneous preterm birth: universal cervical length assessment and vaginal progesterone in women with a short cervix: time for action!. *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(2), 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.222>

Casarín, S. T. et al. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*. 10 (5). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924>.

Cobo, T., Kacerovsky, M., & Jacobsson, B. (2020). Risk factors for spontaneous preterm delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 150(1), 17–23. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13184>

Couceiro, J., Matos, I., Mendes, J. J., Baptista, P. V., Fernandes, A. R., & Quintas, A. (2021). Inflammatory factors, genetic variants, and predisposition for preterm birth. *Clinical genetics*, 100(4), 357–367. <https://doi.org/10.1111/cge.14001>

DeCS 2024. (2024). São Paulo: BIREME / PAHO / WHO. <https://decs.bvsalud.org/en/>

Di Renzo, G. C., Tosto, V., & Giardina, I. (2018). The biological basis and prevention of preterm birth. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 52, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.022>

Esplin, M. S., Elovitz, M. A., Iams, J. D., Parker, C. B., Wapner, R. J., Grobman, W. A., Simhan, H. N., Wing, D. A., Haas, D. M., Silver, R. M., Hoffman, M. K., Peaceman, A. M., Caritis, S. N., Parry, S., Wadhwa, P., Foroud, T., Mercer, B. M., Hunter, S. M., Saade, G. R., Reddy, U. M., ... nuMoM2b Network (2017). Predictive Accuracy of Serial Transvaginal Cervical Lengths and Quantitative Vaginal Fetal Fibronectin Levels for Spontaneous Preterm Birth Among Nulliparous Women. *JAMA*, 317(10), 1047–1056. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1373>

Frey, H. A., & Klebanoff, M. A. (2016). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 21(2), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011>

Gulersen, M., Divon, M. Y., Krantz, D., Chervenak, F. A., & Bornstein, E. (2020). The risk of spontaneous preterm birth in asymptomatic women with a short cervix ( $\leq 25$  mm) at 23–28 weeks' gestation. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 2(2), 100059. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100059>

Gulersen, M., Berghella, V., & Bornstein, E. (2025). Updates in Contemporary Management of Singleton Pregnancies Complicated by a Short Cervix. *Journal of clinical medicine*, 14(15), 5544. <https://doi.org/10.3390/jcm14155544>

Hernandez-Andrade, E., Maymon, E., Luewan, S., Bhatti, G., Mehrmohammadi, M., Erez, O., Pacora, P., Done, B., Hassan, S. S., & Romero, R. (2018). A soft cervix, categorized by shear-wave elastography, in women with short or with normal cervical length at 18–24 weeks is associated with a higher prevalence of spontaneous preterm delivery. *Journal of perinatal medicine*, 46(5), 489–501. <https://doi.org/10.1515/jpm-2018-0062>

Huang, X., Zhou, Y., Liu, B., Huang, Y., Wang, M., Li, N., & Li, B. (2024). Prediction model for spontaneous preterm birth less than 32 weeks of gestation in low-risk women with mid-trimester short cervical length: a retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 24(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06822-3>

Jain, V., McDonald, S. D., Mundle, W. R., & Farine, D. (2020). Guideline No. 398: Progesterone for Prevention of Spontaneous Preterm Birth. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 42(6), 806–812. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.04.012>

Kyrgiou, M., Athanasiou, A., Paraskevaidi, M., Mitra, A., Kalliala, I., Martin-Hirsch, P., Arbyn, M., Bennett, P., & Paraskevaidis, E. (2016). Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 354, i3633. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3633>

Lavie, A., Czuzoj-Shulman, N., Spence, A. R., Barrett, J., & Abenhaim, H. A. (2022). Hospital antenatal admissions for threatened preterm labor: how long should we be "observing"? *Archives of gynecology and obstetrics*, 305(1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06106-7>

Le Ray, C., Lelong, N., Cinelli, H., Blondel, B., & Collaborators - Members of the ENP2021 Study Group (2022). Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 51(10), 102509. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2022.102509>

Liang, X., Lyu, Y., Li, J., Li, Y., & Chi, C. (2024). Global, regional, and national burden of preterm birth, 1990–2021: a systematic analysis from the global burden of disease study 2021. *EClinicalMedicine*, 76, 102840. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102840>

Merced, C., Pratcorona, L., Higueras, T., Vargas, M., Del Barco, E., Solà, J., Carreras, E., e Goya, M. (2024). Fatores de risco de parto prematuro espontâneo precoce, apesar de carregar um pessário cervical em gestações únicas com colo do útero curto: Desenvolvimento de um modelo de previsão de risco. *Revista Europeia de Obstetricia e Ginecologia e Biologia Reprodutiva: X*, 22, 100305. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2024.100305>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2015). *Preterm Labour and Birth*. National Institute for Health and Care Excellence (UK).

Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Ed.UAB/NTE/UFSM.

Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. (2021). *Obstetrics and gynecology*, 138(2), e65–e90. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004479>

Reddy, S., Haidar, Z., Downing, C., Sonek, J., & McKenna, D. (2024). A pragmatic evaluation of the implementation and acceptance of a universal second trimester cervical length screening program in an un-selected population. *Archives of gynecology and obstetrics*, 309(1), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-06927-8>

Romero, R., Miranda, J., Chaiworapongsa, T., Chaemsaiithong, P., Gotsch, F., Dong, Z., Ahmed, A. I., Yoon, B. H., Hassan, S. S., Kim, C. J., Korzeniewski, S. J., Yeo, L., & Kim, Y. M. (2015). Sterile intra-amniotic inflammation in asymptomatic patients with a sonographic short cervix: prevalence and clinical significance. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 28(11), 1343–1359. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.954243>

Romero, R., Erez, O., Maymon, E., & Pacora, P. (2017). Is an episode of suspected preterm labor that subsequently leads to a term delivery benign?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(2), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.030>

Romero, R., Conde-Agudelo, A., Da Fonseca, E., O'Brien, J. M., Cetingoz, E., Creasy, G. W., Hassan, S. S., & Nicolaides, K. H. (2018). Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(2), 161–180. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.576>

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.* 20 (2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

Rozenberg P. (2016). Le dépistage universel de la longueur du col parmi les grossesses monofœtales sans antécédent d'accouchement prématuré est-il justifié ? [Is universal screening for cervical length among singleton pregnancies with no history of preterm birth justified?]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 45(10), 1337–1345. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.023>

Rozenberg P. (2017). Universal cervical length screening for singleton pregnancies with no history of preterm delivery, or the inverse of the Pareto principle. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(7), 1038–1045. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14392>

Rundell, K., & Panchal, B. (2017). Preterm Labor: Prevention and Management. *American family physician*, 95(6), 366–372.

Samejima, T., Nagamatsu, T., Iriyama, T., Nakayama, T., Seyama, T., Sayama, S., Kumasawa, K., Komatsu, A., Kawana, K., Osuga, Y., & Fujii, T. (2020). Impact of additional risk factors on the incidence of preterm delivery among pregnant women diagnosed with short cervix. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 59(2), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.01.005>

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of business research*, 104, 333–339.

Son, M., Grobman, W. A., Ayala, N. K., & Miller, E. S. (2016). A universal mid-trimester transvaginal cervical length screening program and its associated reduced preterm birth rate. *American journal of obstetrics and gynecology*, 214(3), 365.e1–365.e3655. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.12.020>

Soto, E. E., Hernandez-Andrade, E., Huntley, E. S., & Blackwell, S. C. (2022). Implementing a Universal Cervical Length Screening Program in a Large Hospital System: It Takes Some Time to Achieve Consistent Results. *Gynecologic and obstetric investigation*, 87(2), 124–132. <https://doi.org/10.1159/000524361>

Soto-Torres, E. E., Hernandez-Andrade, E., Huntley, E. S., & Blackwell, S. C. (2023). Maternal and obstetrical factors associated with short cervical length at midtrimester in women with no history of preterm delivery. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 36(2), 2228448. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2228448>

Souka, A. P., Papastefanou, I., Pilalis, A., Kassanos, D., & Papadopoulos, G. (2019). Implementation of universal screening for preterm delivery by mid-trimester cervical-length measurement. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 53(3), 396–401. <https://doi.org/10.1002/uog.19050>

Walani S. R. (2020). Global burden of preterm birth. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 150(1), 31–33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13195>