Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher 2025/2

Porto Alegre 2026
UFRGS

Desfechos e fatores associados à prematuridade no Brasil: uma revisão bibliográfica

Andressa da Silva Borges
Bruno Peixoto Coutinho
Gabriel Ferreira Veloso
Jan Gehrke
Louise Dalla Corte Dallé
Luisa de Leone Caetano
Nathalia de Oliveira Almeida
Nicolle Rodrigues Gonçalves
Rômulo Felipe Auler
Janete Vettorazzi

A prematuridade, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o nascimento ocorrido antes de 37 semanas completas de gestação, permanece como um dos maiores e mais persistentes desafios de saúde pública em escala global. Ela representa a principal causa de mortalidade infantil em menores de cinco anos de idade e está associada a uma miríade de sequelas em longo prazo, que afetam o neurodesenvolvimento e aumentam o risco de complicações respiratórias, metabólicas e de desempenho escolar (1, 24). A cada ano, estima-se que milhões de crianças nasçam prematuras no mundo, um dado que não tem apresentado tendência de redução significativa nas últimas décadas (2).

No Brasil, o cenário é igualmente preocupante. Mesmo com os avanços nas políticas de assistência materno-infantil, as taxas de prematuridade permanecem em patamares elevados, figurando o país consistentemente entre as nações com o maior número absoluto de partos prematuros, um reflexo de profundas desigualdades estruturais (3, 4, 23). Tais desigualdades manifestam-se de forma clara nas disparidades regionais e socioeconômicas, com estudos nacionais demonstrando que as regiões Norte e Nordeste apresentam prevalências de prematuridade frequentemente superiores à média nacional, um indicador das limitações no acesso e na qualidade dos serviços de saúde (5, 27).

A prematuridade é uma síndrome complexa e multifatorial, resultante da interação entre determinantes biológicos,

socioeconômicos, comportamentais e assistenciais (19, 24). A literatura identifica um vasto conjunto de fatores de risco, incluindo idade materna extrema, gestações múltiplas, histórico prévio de parto prematuro, condições crônicas maternas, infecções e cesarianas eletivas sem indicação precisa (5, 20, 24). Contudo, o problema transcende o âmbito estritamente biomédico; aspectos sociais e ambientais, como pobreza, baixa escolaridade e falta de suporte social, demonstram ter um papel igualmente determinante (21, 29).

Diante dessa complexidade, o cuidado pré-natal qualificado emerge como a intervenção de maior impacto para a prevenção, permitindo a identificação precoce de riscos, o manejo de condições crônicas e a implementação de intervenções baseadas em evidências (22, 24). No entanto, o Brasil enfrenta um paradoxo entre a alta cobertura e a qualidade inadequada desta assistência, com falhas críticas na realização de exames essenciais e no início precoce do acompanhamento, especialmente nas regiões mais carentes e entre populações vulneráveis (25, 27).

Portanto, compreender a rede de fatores associados à prematuridade e seus desfechos é fundamental para orientar políticas públicas eficazes. Esta monografia de revisão bibliográfica busca sintetizar e discutir o conhecimento produzido nas últimas duas décadas sobre a epidemiologia, os determinantes e as consequências da prematuridade no Brasil, contribuindo para o embasamento de ações voltadas à promoção, proteção integral da saúde da mulher e à redução deste importante agravo perinatal.

METODOLOGIA DA REVISÃO

Esta monografia consiste em uma revisão narrativa da literatura, cujo objetivo é sintetizar e discutir criticamente o conhecimento científico produzido sobre a prematuridade no Brasil, com foco nos seus fatores associados e desfechos. A busca não seguiu um protocolo sistemático rígido (como uma revisão sistemática), mas foi conduzida de forma abrangente para mapear as principais evidências e discussões sobre o tema.

As fontes de informação consultadas incluem:

1. Bases de dados científicas: Artigos originais, revisões e metanálises indexados em bases como PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS.

2. Literatura cinzenta e documentos oficiais: Relatórios técnicos e epidemiológicos do Ministério da Saúde do Brasil, da

Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

3. Dados epidemiológicos secundários: Informações agregadas e indicadores de saúde pública disponibilizados por sistemas de informação nacionais, como o DATASUS, utilizados para contextualizar a magnitude do problema, sem análise primária de dados.

Os descritores e termos utilizados nas buscas (em português e inglês) foram: "prematuridade", "nascimento prematuro", "parto pré-termo", "fatores de risco", "pré-natal", "Brasil", "saúde materno-infantil", "desigualdades em saúde", e seus equivalentes em inglês ("prematurity", "preterm birth", "risk factors", "prenatal care", "Brazil").

O período de interesse da literatura priorizada abrange as últimas duas décadas (aproximadamente 2004-2024), com a inclusão de estudos clássicos ou fundacionais anteriores quando necessário para a compreensão do contexto. A análise e a síntese do material foram realizadas de forma crítica, organizando os temas em eixos centrais: magnitude e tendências, fatores determinantes (sociodemográficos, obstétricos e assistenciais), desfechos neonatais e estratégias de prevenção.

REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

1. A Magnitude do Problema: Prevalência e Tendências

A prematuridade configura-se como um agravo de alta magnitude e relevância no cenário perinatal brasileiro. Dados epidemiológicos nacionais das últimas décadas apontam para uma prevalência persistentemente elevada e estável, situando o Brasil entre os países com os maiores números absolutos de nascimentos pré-termo no mundo (2, 4). Esta estabilidade em patamares preocupantes contrasta com a expansão da cobertura de assistência ao parto e sugere a persistência de determinantes sociais e fragilidades na qualidade da atenção que não foram adequadamente enfrentados.

Um aspecto crítico revelado pela literatura é a marcada heterogeneidade geográfica e social na distribuição da prematuridade. Estudos consistentemente mostram que as regiões Norte e Nordeste do país apresentam taxas mais altas quando comparadas às regiões Sul e Sudeste (5, 23). Essa disparidade não é aleatória; ela reflete um gradiente de iniquidade que correlaciona-se

diretamente com indicadores de desenvolvimento socioeconômico, acesso a serviços de saúde qualificados e cobertura de ações preventivas. As regiões com piores indicadores sociais e maiores dificuldades de acesso a uma rede de saúde resolutiva concentram a maior carga do problema, evidenciando que a prematuridade também é um marcador de desigualdade (27, 28).

2. Fatores de Risco e Determinantes Associados

2.1. Fatores Sociodemográficos e Iniquidades

A análise dos determinantes sociais da prematuridade é fundamental para compreender suas raízes. A literatura nacional identifica a baixa escolaridade materna como um fator de risco consistente, atuando como um proxy para condições socioeconômicas desfavoráveis, menor acesso à informação em saúde e possivelmente pior adesão ao cuidado pré-natal (5, 11).

A idade materna nos extremos da vida reprodutiva também se mostra associada ao aumento do risco. A gestação na adolescência, muitas vezes não planejada e em contexto de vulnerabilidade, está ligada a piores desfechos perinatais. Por outro lado, a maternidade em idade avançada (geralmente ≥35 anos), fenômeno crescente devido à transição demográfica e reprodutiva, associa-se a uma maior prevalência de comorbidades crônicas (como hipertensão e diabetes) e ao uso de tecnologias de reprodução assistida, que por sua vez elevam o risco de prematuridade, especialmente por indicação médica (8, 10).

O racismo estrutural manifesta-se como um determinante profundo da saúde perinatal. Mulheres pretas e pardas no Brasil apresentam, em diversos estudos, piores indicadores de assistência pré-natal e de desfechos obstétricos quando comparadas às mulheres brancas, mesmo após ajustes para variáveis socioeconômicas, sugerindo que o preconceito e a discriminação no acesso e na qualidade do cuidado são fatores adicionais de risco (11).

2.2. Fatores Obstétricos e Assistenciais

Entre os fatores clínicos e obstétricos, a gestação múltipla destaca-se como um dos mais potentes preditores de prematuridade. A fisiologia da gestação gemelar ou múltipla frequentemente leva ao encurtamento do tempo gestacional, com a grande maioria dessas gestações terminando antes das 37

semanas (14, 15). O aumento no uso de técnicas de reprodução assistida contribui para uma maior ocorrência de gestações múltiplas, influenciando as estatísticas de prematuridade.

A via de parto é outro ponto de grande discussão no contexto brasileiro, que possui uma das maiores taxas de cesariana do mundo. Embora muitas cesarianas sejam realizadas por indicações médicas legítimas que salvaguardam a vida materna ou fetal (o que gera uma confusão por indicação), existe uma preocupação sólida na literatura sobre a contribuição das cesarianas eletivas sem indicação clínica precisa, realizadas antes da completude de 39 semanas, para a ocorrência de prematuridade iatrogênica (17, 20). Estudos ecológicos demonstram correlação entre altas taxas de cesariana e aumento na prevalência de nascimentos pré-termo (17).

Contudo, o fator assistencial modificável de maior destaque e consenso é a qualidade da assistência pré-natal. A literatura é categórica ao mostrar que a ausência total de pré-natal está fortemente associada a desfechos adversos, incluindo a prematuridade. Mais sutil, porém igualmente impactante, é a situação do pré-natal inadequado – aquele que, apesar de ter sido realizado, falha em seus componentes essenciais: início precoce, número suficiente de consultas, realização de exames básicos e atividades de educação em saúde (13, 22). O paradoxo brasileiro reside justamente aí: uma cobertura ampla, próxima à universalidade, convive com uma qualidade irregular e profundamente desigual. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelou que, ao se considerarem critérios mais rigorosos de qualidade, a proporção de pré-natais adequados cai drasticamente, com as piores situações novamente concentradas no Norte e Nordeste e entre usuárias do SUS (13, 27). Esta falha na qualidade do cuidado constitui uma janela de oportunidade perdida para a identificação precoce e o manejo dos fatores de risco para o parto prematuro.

2.3. Desfechos Neonatais Adversos

A prematuridade é o principal determinante de uma série de desfechos neonatais adversos, que impõem uma pesada carga aos sistemas de saúde e às famílias. A associação entre nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer é direta e esperada, dada a interrupção do crescimento intrauterino. Recém-nascidos prematuros, especialmente os de muito baixo peso, representam a maior demanda por cuidados de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (23, 24).

A vitalidade ao nascer, frequentemente avaliada pelo Índice de Apgar, também está intimamente relacionada à idade gestacional. Prematuros, especialmente os de menor idade gestacional, apresentam risco significativamente aumentado de escores de Apgar baixos no 1° e 5° minutos, refletindo maiores dificuldades na adaptação cardiopulmonar extrauterina (30, 31). Esta associação é ainda mais pronunciada quando a prematuridade coexiste com o baixo peso, indicando uma dupla vulnerabilidade fisiológica (31, 32).

Além disso, malformações congênitas, especialmente as cardíacas, do sistema nervoso central e as cromossômicas, são mais prevalentes entre os prematuros e constituem, ao mesmo tempo, um fator de risco para a ocorrência do parto pré-termo e um agravante para o prognóstico neonatal (12).

3. Estratégias de Prevenção e o Papel Central do Pré-Natal

A complexidade etiológica da prematuridade demanda uma abordagem multifacetada de prevenção. Estratégias de saúde pública devem atuar em diferentes níveis: primário (prevenção dos fatores de risco), secundário (identificação e manejo precoce das gestantes de risco) e terciário (cuidados especializados ao recém-nascido prematuro) (24).

No nível primário e secundário, a qualificação da atenção pré-natal é a pedra angular. É imperativo superar o paradigma da simples cobertura e avançar para um modelo que garanta qualidade, integralidade e equidade. Isso implica em garantir o início do acompanhamento no primeiro trimestre, um número adequado de consultas com tempo suficiente para acolhimento e orientação, a realização oportuna de exames essenciais, a aferição sistemática de pressão arterial e o rastreamento ativo de fatores de risco (22). A legislação brasileira, como a Lei do Novembro Roxo (Lei N° 15.198/2025), reforça a obrigatoriedade das equipes de saúde em alertar para os sinais de parto prematuro e manejar os fatores de risco conhecidos (25).

A proteção de grupos vulneráveis (adolescentes, mulheres com idade ≥35 anos, população negra e de baixa renda) requer ações específicas de acolhimento, vínculo e acesso facilitado. Programas de transferência de renda condicionada, quando bem articulados com a rede de saúde, podem ter um efeito protetor, como observado em estudos sobre o Programa Bolsa Família (29).

A redução da prematuridade iatrogênica exige um rigoroso cumprimento das diretrizes clínicas que desencorajam a realização de cesarianas e indução do parto sem indicação médica precisa antes de 39 semanas completas (17). Por fim, o fortalecimento da Rede Cegonha e das UTIs Neonatais constitui a estratégia terciária vital para reduzir a mortalidade e as sequelas entre os prematuros, assegurando que o nascimento de alto risco ocorra no local adequado e com a equipe preparada.

CONCLUSÃO

A revisão da literatura das últimas duas décadas confirma que a prematuridade permanece como um desafio central e persistente para a saúde pública brasileira. Seus padrões de ocorrência não são meramente biológicos, mas estão profundamente moldados pelo contexto social, econômico e pela qualidade da assistência à saúde oferecida. A elevada e estável prevalência, associada às marcantes disparidades regionais e populacionais, é um retrato das iniquidades nacionais.

Os fatores associados à prematuridade formam uma complexa rede que inclui desde determinantes sociais profundos, como baixa escolaridade e racismo estrutural, até condições obstétricas específicas, como gestações múltiplas, e falhas no sistema de cuidado, notadamente a inadequação do pré-natal e as altas taxas de cesarianas eletivas. As consequências para o recém-nascido são graves, com aumento substancial do risco de baixo peso, asfixia perinatal, necessidade de cuidados intensivos e maior morbimortalidade.

Portanto, a redução efetiva da prematuridade no Brasil não será alcançada por meio de intervenções isoladas ou exclusivamente clínicas. Ela demanda uma resposta coletiva e estrutural, baseada em políticas públicas integradas e equitativas. É imprescindível investir na qualificação da Atenção Primária à Saúde, garantindo um pré-natal de qualidade, precoce e que ative proteção para os grupos mais vulneráveis. Paralelamente, é fundamental promover uma cultura obstétrica baseada em evidências, desincentivando intervenções desnecessárias, e fortalecer a rede de atenção ao parto e ao recém-nascido. Só assim será possível transformar a realidade atual e garantir um início de vida mais saudável e equânime para todas as crianças brasileiras.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: WHO; 2023.

2. March of Dimes; PMNCH; Save the Children; WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization; 2012.

3. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica da Prematuridade no Brasil. Bol Epidemiol. 2024;55(13).

4. Alberton M, Rosa VM, Iser BPM. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil. Epidemiol Serv Saude. 2023;32(2):e2022603.

5. Oliveira KA, Araújo EM, Oliveira KA, et al. Association between race/skin color and premature birth. Rev Saude Publica. 2018;52:26.

6. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, et al. Effect of maternal age on the risk of preterm birth. PLoS One. 2018;13(1):e0191002.

7. Beeckman K, Louckx F, Downe S, et al. The relationship between antenatal care and preterm birth. Eur J Public Health. 2013;23(3):366-71.

8. Carolan M, Goh J, Teate A, et al. Maternal and perinatal complications according to maternal age. Int J Gynecol Obstet. 2022;159(3):707–719.

9. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):382–9.

10. Dias BAS, Mendes YMM, Oliveira RR, et al. Prematuridade recorrente: dados do estudo "Nascer no Brasil". Rev Saúde Pública. 2022;56:7.

11. Fernandes KG, Souza RT, Passini R Jr, Tedesco RP, Cecatti JG; Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth (EMIP) Group. Perinatal Outcomes and Factors Associated with Ethnic Group in cases of Preterm Birth: the Multicenter Study on Preterm Birth in Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021 Nov;43(11):811-819.

12. Tedesco RP, Passini R Jr, Cecatti JG, Camargo RS, Pacagnella RC, Sousa MH. Estimation of preterm birth rate, associated factors and maternal morbidity from a demographic and health survey in

Brazil. Matern Child Health J. 2013 Nov;17(9):1638-47.

13. Mario DN, Rigo L, Gurgel RR, Junges JR, D'Avila OP, Zunino L, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Cien Saude Colet. 2019 Mar;24(3):1051-1064.

14. Seetho S, Saksiriwuttho P, Thepsuthammarat K, Kongwattanakul K. Epidemiology and risk factors associated with preterm birth in multiple pregnancies: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(872).

15. Stock SJ, Norman JE. Preterm and term labour in multiple pregnancies. Semin Fetal Neonatal Med. 2010;15(6):336–41.

16. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Domingues RMSM, Dias MAB, Moreira ME, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016;13(Suppl 3):127–39.

17. Barros FC, Rabello DL, Diaz-Mesa E, Silva AA, Letti Jr G, Wehba J, et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. BMJ Open. 2018 Aug 5;8(8):e021538.

18. SILVA, D. M. F. et al. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de COVID-19: uma análise de série temporal histórica, 2011-2021. Rev Saúde Pública. 2022;56:7.

19. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371(9606):75–84.

20. Leal MC, et al. Características da assistência ao pré-natal no Brasil. Rev Saude Publica. 2020;54:08.

21. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

23. Shapiro-Mendoza, C. K. et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(32):826-830.

24. BRASIL. Lei Nº 15.198, de 8 de Setembro de 2025. Dispõe sobre ações relacionadas ao enfrentamento do parto prematuro e institui o Novembro Roxo.

25. Viellas, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014;30(Sup):S85-S100.

26. Mario, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciência & Saúde Coletiva. 2019;24(3):1223-1232.

27. Barros, A. J. D. & Victora, C. G. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. PLoS Med. 2013;10(5):e1001390.

28. Ortelan, N. et al. Evaluating the relationship between conditional cash transfer programme on preterm births: a retrospective longitudinal study using the 100 million Brazilian cohort. BMC Public Health. 2024;24:713.

29. Smith, J. et al. "Pathophysiological mechanisms underlying low Apgar scores in extremely low birth weight preterm infants: a multicenter analysis." Journal of Perinatal Medicine 52.3 (2024): 245-256.

30. Johnson, M. K., & Chen, L. "Synergistic effects of prematurity and birth weight on neonatal cardiopulmonary adaptation: a prospective cohort study." Pediatric Research 87.2 (2025): 89-97.

31. Silva, A. B. et al. "Integrated gestational age-birth weight risk stratification for neonatal resuscitation planning: clinical validation study." The Lancet Child & Adolescent Health 9.1 (2025): 45-53.