

Internação hospitalar para tratamento cirúrgico de gravidez ectópica e seu custo para o sistema de saúde

Hospitalization for surgical treatment of ectopic pregnancy and its cost to the health system

Hospitalización por tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico y su coste para el sistema sanitario

Carolina Outeiral Taveira¹, Fabiana Pilotto Muniz Costa Leal¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com as internações hospitalares para o tratamento cirúrgico da gravidez ectópica, entre os anos de 2010 a 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo em série temporal, a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram coletados dados referentes ao tratamento cirúrgico de gravidez ectópica no período de 2010 a 2020 no Brasil. Variáveis analisadas: número de internações, valor total e valor médio gasto por internação no período. **Resultados:** No período analisado, o Brasil registrou 102.737 internações para o tratamento cirúrgico de gravidez ectópica. No ano de 2010 houve 7.547 internações, com um gasto total de R\$3.940.735,79. Enquanto o ano de 2020 registrou 10.686 internações e um gasto de R\$5.764.523,44. O valor total do custo de internação durante a década foi de R\$55.078.927,34, sendo o valor médio por internação de R\$536,06. **Conclusão:** Concluiu-se que há um aumento no valor total, em decorrência do aumento no número de internações, ao longo do período analisado. Tal achado aponta para a necessidade de aprimoramento do diagnóstico precoce, objetivando melhor otimização dos gastos públicos e dos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Gravidez ectópica, Procedimentos cirúrgicos em ginecologia, Internação hospitalar, Gastos públicos com saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the expenses of the Unified Health System (SUS) with hospital admissions for the surgical treatment of ectopic pregnancy, between 2010 and 2020. **Methods:** This is a descriptive study in a time series, based on data of the SUS Hospital Information System (SIH/SUS). Data were collected regarding the surgical treatment of ectopic pregnancy from 2010 to 2020 in Brazil. Variables analyzed: number of hospitalizations, total value and average value spent per hospitalization in the period. **Results:** In the analyzed period, Brazil registered 102,737 hospitalizations for the surgical treatment of ectopic pregnancy. The year 2010 had 7,547 hospitalizations, with a total expenditure of R\$3,940,735.79. While the year 2020 recorded 10,686 hospitalizations and an expense of R\$5,764,523.44. The total cost of hospitalization during the decade was R\$55,078,927.34, with an average value per hospitalization of R\$536.06. **Conclusion:** It is concluded that there is an increase in the total value, due to the increase in the number of hospitalizations, over the analyzed period. This finding points to the need to improve early diagnosis, aiming to better optimize public spending and available resources.

Key words: Ectopic pregnancy, Gynecologic surgical procedures, Hospitalization, Expenditures on health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los gastos del Sistema Único de Salud (SUS) con admisiones hospitalarias para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico, entre 2010 y 2020. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo en serie temporal, basado en datos de la Información Hospitalaria del SUS Sistema (SIH/SUS). Se recopilaron datos sobre el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico de 2010 a 2020 en Brasil. Variables analizadas: número de hospitalizaciones, valor total y valor medio gastado por hospitalización en el período. **Resultados:** En el período analizado, Brasil registró 102.737 internaciones para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico. El año 2010 tuvo 7.547 hospitalizaciones, con gasto total de R\$ 3.940.735,79. Mientras que el año

¹ Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília – DF.

2020 registró 10.686 internaciones y un gasto de R\$ 5.764.523,44. El costo total de hospitalización durante la década fue de R\$ 55.078.927,34, con un valor medio por hospitalización de R\$ 536,06. **Conclusión:** Se concluye que hay un aumento en el valor total, debido al aumento en el número de hospitalizaciones, a lo largo del período analizado. Este hallazgo apunta a la necesidad de mejorar el diagnóstico precoz, con el objetivo de optimizar mejor el gasto público y los recursos disponibles.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Procedimientos quirúrgicos ginecológicos, Internación hospitalaria, Gasto público en salud.

INTRODUÇÃO

A Gravidez Ectópica (GE) é aquela em que há implantação e desenvolvimento do embrião fora da cavidade uterina. Essa condição incide em 1 a 2% de todas as gestações e é considerada a principal causa de morte materna no primeiro trimestre gestacional (FEBRASGO, 2012). Conforme Scibetta EW e Han CS (2019), a localização mais comum é a tubária, que pode ser classificada como fimbrial, ampular ou ístmica. A implantação na região ampular ocorre entre 70 a 80% das vezes; no istmo, em 12% e na região infundibular, entre 6 a 11%. Já no que diz respeito a gravidez ectópica de localização extratubária, essa é uma entidade rara: somente 1 a 3% é ovariana e outros locais, como abdome, cérvix uterina e cicatriz de cesárea, representam menos de 1% das gestações ectópicas (ZUGAIB M, 2019).

De acordo com Rana P, et al. (2013), a taxa anual de incidência da GE aumentou nos últimos 30 anos, e, embora os avanços científicos e tecnológicos tenham permitido um diagnóstico mais precoce, tal patologia ainda permanece como uma condição de alta morbimortalidade materna. Segundo Zugaib M (2019), a gravidez ectópica é considerada, especialmente em países desenvolvidos, uma verdadeira questão de saúde pública. Ainda de acordo com o autor, a maior incidência de gravidez ectópica nos dias atuais pode ser explicada principalmente por dois motivos: o aumento da prevalência dos fatores de risco e a melhora dos métodos diagnósticos, que identificam casos de gravidez ectópica em regressão espontânea, anteriormente não diagnosticados.

Múltiplos fatores se associam com o aumento de risco para o desenvolvimento de GE, como história pessoal de gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), uso de Dispositivo Intrauterino (DIU), anticoncepção de emergência, tabagismo, emprego de técnicas de reprodução assistida, em especial a fertilização in vitro; anormalidade anatômica das trompas, tabagismo, início precoce da atividade sexual; idade materna avançada, múltiplos parceiros sexuais e endometriose (BUTTS S, et al. 2003; ZUGAIB M, 2019). Assim, é de suma importância que tais fatores sejam levados em consideração durante o acompanhamento da paciente.

Cada vez mais, a gravidez ectópica é diagnosticada antes do início dos sintomas, permitindo um tratamento conservador precoce. A tríade clássica de sintomas é composta por sangramento vaginal, atraso menstrual e dor abdominal em mulheres sexualmente ativas (TAY JL, et al., 2000). Entretanto, segundo Madhuri P (2012), estima-se que metade das pacientes não apresenta os referidos sintomas no momento da consulta. Assim, na suspeita clínica de GE, o diagnóstico deve ser feito através da dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (β -hCG) e da ultrassonografia transvaginal (USTV) (MARION LL e MEEKS GR, 2012).

O valor discriminatório do β -hCG é de 1.500mUI/mL, ou seja, com valores superiores a este, a gestação intrauterina deve ser confirmada a partir da USTV (BARNHART KT, et al., 2014). Desse modo, para que se possa fazer o diagnóstico precoce, é fundamental que se formule a hipótese diagnóstica de GE, para tanto, deve-se associar as manifestações clínicas, a presença de fatores de risco, o exame físico e os exames subsidiários (ZUGAIB M, 2019).

Devido ao possível caráter nocivo dessa condição, é imprescindível que o diagnóstico seja estabelecido antes da rotura, o que possibilita a realização de tratamentos minimamente invasivos, com menor número de complicações e de morbimortalidade. Yela DA e Marchiani N (2013), descrevem que as opções de tratamentos conservadores, os quais preservam a fertilidade das mulheres, incluem a conduta expectante, a

administração local ou sistêmica de Metotrexato, a curetagem uterina, a histeroscopia, a laparoscopia ou a laparotomia para retirada do tecido ectópico e embolização de artéria uterina.

No que diz respeito ao tratamento clínico, esse pode ser composto pela conduta expectante ou pelo tratamento medicamentoso com uso de Metotrexato (MTX), ambos com critérios próprios e bem definidos na literatura atual (FILHO ALS, et al., 2006). Com relação ao manejo expectante da GE, esse está reservado para pacientes cuidadosamente selecionadas, com gestações tubárias assintomáticas e em que a equipe médica possa realizar o seguimento ambulatorial contínuo das pacientes, com dosagem sérica de β -hCG e realização de exames ultrassonográficos, se necessário (PO L, et al., 2021). Tal conduta expectante, quando bem indicada, é extremamente benéfica pois elimina os riscos relacionados aos procedimentos cirúrgicos e ao uso de medicamentos.

No que tange ao uso do Metotrexato, é imprescindível que a paciente preencha todos os seguintes critérios: gravidez ectópica íntegra, estabilidade hemodinâmica da paciente, ausência de embrião vivo, diâmetro da massa anexial menor ou igual a 3,5 cm, dosagem de beta-hCG inicial inferior a 5.000 mUI/mL, desejo de gravidez futura e termo de consentimento assinado (ELITO JJ, et al., 2008). Mesmo sendo um método altamente seguro, a administração do Metotrexato não é isenta de complicações e pode cursar com leucopenia, alopecia, estomatite, náuseas e vômitos, disfunção hepática ou renal, infecção genital, além de hemorragia vaginal (YELA DA e MARCHIANI N, 2013). Desta maneira, Cecchino GN, et al. (2014), evidenciam que, antes de iniciar o tratamento medicamentoso, faz-se necessário realizar os seguintes exames: hemograma completo, enzimas hepáticas (AST e ALT), creatinina e tipagem sanguínea ABO-Rh.

Embora o tratamento clínico seja a opção menos invasiva, muitas pacientes não atendem mais aos critérios supracitados no momento do diagnóstico. Assim, em grande parte dos casos de GE, faz-se necessário lançar mão do manejo cirúrgico, o qual pode ser realizado por laparoscopia ou laparotomia (TARAN FA, et al., 2015).

Po L, et al. (2021), afirmam que a escolha da técnica cirúrgica é influenciada por fatores referentes à paciente, tais como estado hemodinâmico, idade, desejo reprodutivo futuro, local da implantação do blastocisto e a condição da tuba uterina afetada, assim como da contralateral. Ademais, devem ser levados em consideração outros fatores, como a experiência do cirurgião e a disponibilidade de recursos no hospital em questão.

Sempre que possível, uma abordagem minimamente invasiva deve ser escolhida, pois há menos perda sanguínea, menor necessidade de alívio da dor pós-operatória, recuperação mais rápida às atividades regulares, menor tempo de internação e menor custo de tratamento para o sistema de saúde (LOWE PMJ, et al., 1998). Mediante o exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com as internações hospitalares para o tratamento cirúrgico de gravidez ectópica, entre os anos de 2010 a 2020.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo em série temporal, realizado a partir da coleta de dados obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O acesso aos dados se deu a partir do endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), no período de em 16, 17 e 18 de março de 2021.

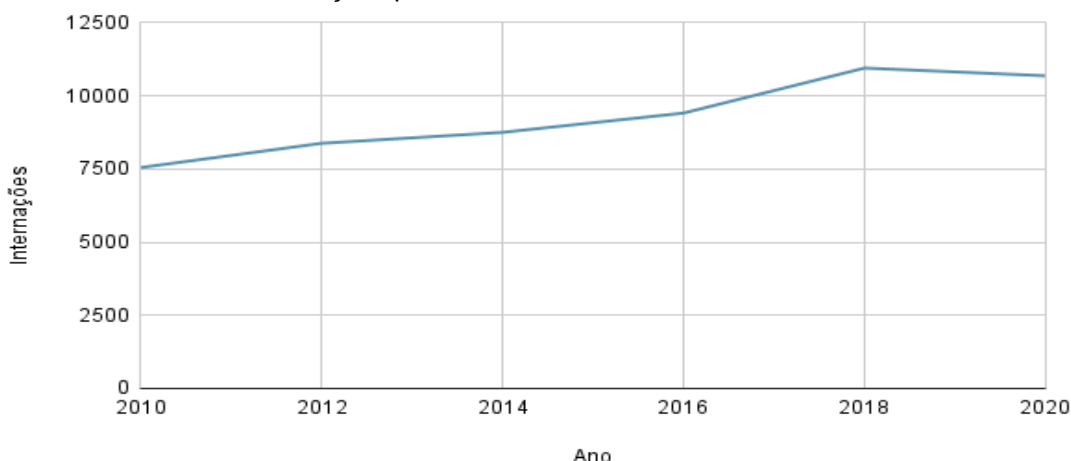
Foram coletados dados referentes ao tratamento cirúrgico da gravidez ectópica no período de 2010 a 2020 no Brasil. As variáveis analisadas no estudo foram o número de internações, o valor total gasto e o valor médio por internação no período. Os dados foram organizados e tabulados por meio de planilhas do Microsoft Excel 2010, e analisados por meio de estatísticas descritivas.

Por se tratar de um estudo com dados secundários não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

RESULTADOS

Conforme demonstra o **Gráfico 1**, no período compreendido entre 2010 e 2020, o Brasil registrou um total de 102.737 internações hospitalares para o tratamento cirúrgico de gravidez ectópica. O ano de 2010 apresentou 7.547 internações, sendo este o menor número de internações dentro da década analisada. Em contrapartida, no ano de 2020, foram registradas 10.686 internações hospitalares para o tratamento cirúrgico de gravidez ectópica. Assim, percebe-se um aumento de 41,59% no número de internações hospitalares ao longo do período analisado no estudo. O maior número de internações hospitalares da década concentrou-se no ano de 2019, totalizando 11.235.

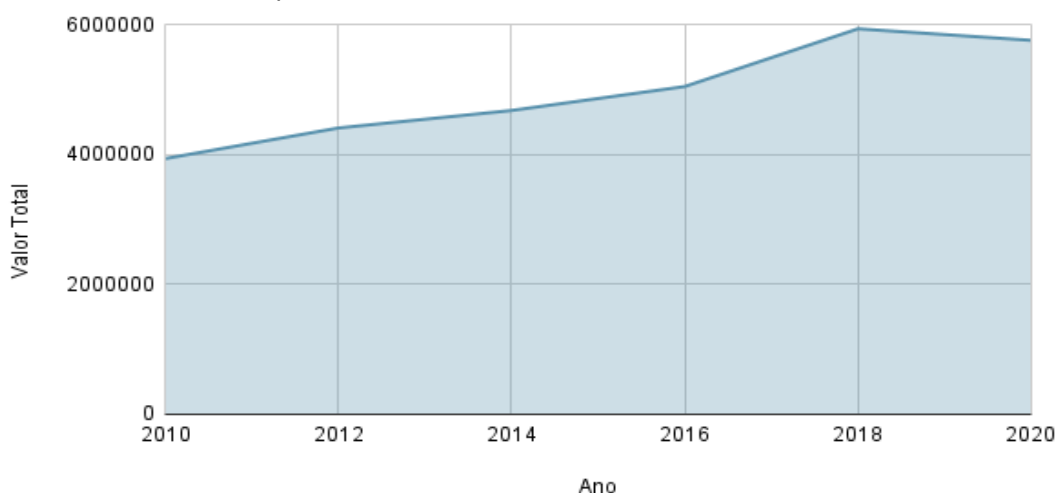
Gráfico 1 - Número de internações por ano.



Fonte: Taveira CO e Leal FPMC, 2022. Dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Ministério da Saúde.

O valor médio gasto pelo SUS por cada internação hospitalar no período analisado foi de R\$536,06. No que diz respeito aos gastos totais que o SUS dispõe, o valor do custo das internações foi de R\$55.078.927,34. Destaca-se que em 2010 houve um gasto total de R\$3.940.735,79 para o tratamento cirúrgico de gravidez ectópica, sendo esse o menor valor dentro do período analisado. Em contrapartida, no ano de 2020 o valor total gasto foi de R\$5.764.523,44, configurando aumento de 46,28% no valor gasto com recursos públicos para o tratamento cirúrgico da gravidez ectópica. Dessa forma, o **Gráfico 2** retrata a tendência crescente da utilização do manejo cirúrgico da GE.

Gráfico 2 - Valor total por ano.



Fonte: Taveira CO e Leal FPMC, 2022. Dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Ministério da Saúde.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados referentes ao tratamento cirúrgico da GE, é possível estimar que tal afecção apresenta uma elevada incidência no Brasil. A GE é responsável por 6 a 13% das mortes relacionadas ao período gestacional, caracterizando-se, assim, como um importante desafio na saúde pública das mulheres em idade reprodutiva (ELITO JJ, et al., 2008).

As dosagens quantitativas de β -hCG e a ultrassonografia transvaginal melhoraram a precisão do diagnóstico e permitiram a detecção mais precoce de gestações ectópicas, sendo cada vez mais viável optar por condutas de caráter clínico ou até mesmo expectante (FARQUHAR CM, 2005). Entretanto, este estudo identificou uma elevada quantidade de internações hospitalares para tratamento cirúrgico de gravidez ectópica. Pode-se atribuir tal achado a diversos fatores, com destaque ao diagnóstico tardio pelos serviços de saúde. A fim de contornar tal situação, ressalta-se a importância do nível primário de atenção à saúde na detecção precoce deste agravo e em seu consequente encaminhamento. É responsabilidade da Atenção Primária a Saúde garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante o ciclo gravídico, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos, cura e reabilitação de patologias eventualmente apresentados nesse período. Com o propósito de que tais medidas sejam efetivadas, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo assistência ambulatorial, especializada e hospitalar, se necessário (MOIMAZ, et al., 2020).

Faz-se necessário enfatizar o recorte do estudo, que analisou dados referentes apenas à rede pública de saúde, dessa forma sugere-se a produção de estudos que abordem também dados da rede particular para a melhor compreensão da abordagem cirúrgica da GE no Brasil através da comparação de dados entre ambos os serviços. Além disso, urge a necessidade de desenvolver estudos que analisem os gastos monetários da GE em cada região do país uma vez que, assim, será possível comparar e detalhar as diferenças entre cada estado brasileiro no tratamento dessa condição.

O aumento significativo no número de casos ao longo dos anos demonstra a necessidade de identificação e intervenção sobre os fatores de risco modificáveis da gravidez ectópica. Dentre eles, tem-se sobretudo a doença inflamatória pélvica (DIP) (ARAL SO, 2001). Tal patologia é transmitida sexualmente e ocasionada por dois agentes etiológicos principais: a clamídia e o gonococo, que ascendem pelo trato reprodutivo feminino ocasionando a infecção que pode acometer múltiplos órgãos pélvicos (FERNANDES AMS, et al., 2004). Entretanto, a literatura atual afirma que mais da metade das mulheres infectadas desconhecem a exposição a esses microrganismos responsáveis pelo desenvolvimento da DIP (MADHURI P, 2012).

A medida preventiva mais relevante para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda é o uso do condom, pouco utilizado entre a população geral (ELITO JJ, 2018). Levando-se em conta tais perspectivas, é de suma importância o desenvolvimento de políticas públicas eficazes na prevenção e no manejo adequado das infecções sexualmente transmissíveis. Em vista disso, um estudo realizado por Souza VBS, et al. (2021), demonstra que a escola é um espaço que favorece ações de promoção e proteção da saúde, sendo assim, os autores preconizam a realização de ações em nível escolar como uma forma de conscientizar adolescentes acerca dos riscos que o sexo desprotegido pode trazer como, por exemplo, desenvolvimento de IST e ocorrência de gravidez indesejada. A partir da intervenção em tal medida, espera-se uma redução no número total de casos de GE e, conseqüentemente, no número de internações para o tratamento cirúrgico desse quadro.

Ademais, ainda pode-se citar o início precoce da atividade sexual e os relacionamentos sexuais transitórios com múltiplos parceiros como outros fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da GE. Isso se deve ao fato de que tais fatores, estão intimamente relacionados com o aumento da incidência de gestações indesejadas e de IST. Sabe-se que esses comportamentos sexuais de risco estão associados a aspectos pessoais, socioculturais e econômicos, desse modo, há uma necessidade contínua de educar as pessoas, particularmente os adolescentes, sobre o risco das ISTs e suas sequelas e aumentar o uso preservativos (ARAL SO, 2001). A partir da criação de ações direcionadas ao combate dos fatores de risco modificáveis da GE, espera-se uma redução significativa no número de casos, e conseqüentemente, diminuição da morbimortalidade materna com preservação do futuro reprodutivo de inúmeras mulheres.

Uma vez que a GE apresenta crescente incidência no Brasil e que o diagnóstico precoce promove a diminuição dos gastos públicos em saúde, é importante salientar que tal condição clínica também deve ser considerada em mulheres que não apresentem os referidos fatores de risco. Indo de encontro a esse conceito, pode-se citar o relato descrito por Lázaro LMF, et al. (2021), o qual retratou um caso de GE gemelar na qual a paciente em questão não apresentava nenhum fator de risco descrito na literatura que poderia ser responsável por tal ocorrência clínica. Desta forma, visando diagnosticar o mais precocemente todas as mulheres com GE, torna-se indispensável que os profissionais de saúde não descartem a hipótese diagnóstica de GE mesmo em mulheres que não apresentem fatores de risco clássicos abordados pela literatura atual.

No que diz respeito aos gastos monetários, um estudo realizado nos Estados Unidos, encontrou expressivos custos para o tratamento da gravidez ectópica, sendo estimados em US\$1 bilhão até o ano de 2003 (YEH JM, et al. 2003). Tal achado corrobora com a literatura nacional, e, portanto, o tratamento cirúrgico da gravidez ectópica mostra-se oneroso em uma escala global, necessitando de medidas que garantam a otimização de gastos públicos. No que tange ao presente estudo, foi observado um elevado valor destinado às despesas para o tratamento cirúrgico da gravidez ectópica. Portanto, percebe-se que o atraso no diagnóstico e a falta de controle sobre os fatores de risco promovem um gasto exacerbado com procedimentos cirúrgicos para a resolução da gravidez ectópica dentro do setor público de saúde.

Ademais, outro estudo estadunidense realizado por Stovall TG, et al. (1994), foi responsável por identificar que pacientes tratadas com Metotrexato, implicaram em um custo médio de US\$1.563 para o sistema de saúde, em contrapartida, pacientes tratadas via laparoscopia obtiveram uma média de gastos estimada em US\$6.626. Por sua vez, pacientes que necessitaram de laparotomia demandaram em despesas com um custo médio avaliado em US\$ 8.001. Os achados encontrados nesse estudo devem-se, principalmente, ao fato de que as pacientes que necessitaram de tratamento pelas vias cirúrgicas, evoluíram com mais complicações clínicas após os procedimentos do que as pacientes tratadas clinicamente com a medicação. As principais complicações relatadas no estudo foram febre, infecção, tromboembolismo pulmonar, separação de feridas e íleo paralítico (STOVALL TG, et al. 1994).

Ainda no que tange à literatura internacional, Lowe PMJ, et al. (1998), compararam os custos que o sistema de saúde Australiano obteve ao realizar o tratamento da GE pela via laparoscópica e através de laparotomia exploradora. Concluiu-se que há vantagens financeiras consideráveis associadas à cirurgia laparoscópica, no entanto, deve-se salientar que os equipamentos cirúrgicos ainda nem sempre estão disponíveis em todos os hospitais e é necessário que a equipe seja treinada para manuseá-los com eficácia.

Mediante ao exposto, é possível inferir que a diferença no custo do atendimento entre as pacientes tratadas cirurgicamente e as que recebem o tratamento clínico-medicamentoso é altamente significativa. O principal motivo para elucidar esse achado é o fato de que os procedimentos cirúrgicos estão propensos a um maior risco de complicações e, conseqüentemente, maior tempo de internação hospitalar e elevação dos gastos. Todavia, é de extrema valia salientar que os estudos relacionados aos gastos com o tratamento da GE encontrados pertencem, em sua maioria, à literatura internacional. Portanto, observa-se carência de publicações robustas acerca dos custos dispendidos para o tratamento da GE no escopo nacional, o que destaca o caráter inovador e relevante do presente estudo para este campo do conhecimento.

Sob a perspectiva encontrada pelos resultados deste estudo, nota-se que, tanto o número de internações hospitalares quanto o valor gasto com o tratamento cirúrgico da GE, diminuiriam consideravelmente durante o ano de 2020, em comparação ao ano anterior. Tal fato pode ser consequência da pandemia causada pela COVID-19. Durante esse período, houve necessidade de reestruturação e adaptação dos serviços de saúde à realidade pandêmica, através do direcionamento de servidores e de unidades de saúde para o atendimento exclusivo de casos de síndromes respiratórias agudas, resultando no aumento da demanda de atendimentos (PLATT VB, et al., 2020). Por conseguinte, supõe-se que durante o ano de 2020, houve uma subnotificação dos casos de gravidez ectópica na plataforma do DATASUS, ocasionando a diminuição das internações e gastos analisados no estudo.

A partir dos fatos mencionados, é válido ressaltar que, quanto mais precocemente o diagnóstico for estabelecido, maior é a chance de resguardar o futuro reprodutivo das pacientes através de condutas pouco invasivas. Além disso, tais condutas ainda promovem uma recuperação clínica mais rápida e um menor tempo de internação hospitalar, resultando em menores os custos para o sistema público de saúde. Entretanto, apesar da melhora no aspecto diagnóstico, a GE segue sendo uma afecção frequente nos serviços de saúde e uma dificuldade para a saúde da mulher no decorrer da vida reprodutiva.

CONCLUSÃO

A gravidez ectópica é uma condição clínica prevalente e de importante morbimortalidade em mulheres em idade reprodutiva. A partir da análise dos dados coletados, foi possível perceber um aumento no custo relacionado ao tratamento cirúrgico da gravidez ectópica, em decorrência do aumento no número de internações, ao longo do período analisado. Tal achado aponta para a necessidade de combater os fatores de risco modificáveis da GE, sobretudo, através do incentivo à orientação sobre prevenção de IST 's dirigida a mulheres e homens. Ademais, faz-se necessário o aprimoramento de métodos para diagnóstico precoce, através da melhoria do acesso à atenção básica, permitindo a adoção de condutas mais conservadoras que apresentam menores custos, menores riscos, menor tempo de internação e melhores chances ao futuro reprodutivo das pacientes portadoras desta condição. Dessa forma, busca-se a otimização dos gastos públicos e melhor utilização dos recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. ARAL SO. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences. *Int J STD AIDS*, 2001; 12:211-5.
2. BARNHART KT, et al. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: hCG curves redefined. *Obstet Gynecol*, 2004; 104(1):50-5.
3. BUTTS S, et al. Risk factors and clinical features of recurrent ectopic pregnancy: a case control study. *Fertil Steril*. 2003; 80(6):1340-4.
4. CECCHINO GN, et al. Methotrexate for ectopic pregnancy: when and how. *Arch Gynecol Obstet.*, 2014; 290(3):417–23.
5. ELITO JJ, et al. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2008; 30(3).
6. EILITO JJ, et al. Unruptured ectopic pregnancy: diagnosis and treatment. State of art. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2008; 30(3):149–59.
7. FARQUHAR CM. Ectopic pregnancy. *Lancet*, 2005; 13-19;366(9485):583-91.
8. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). 2012. Gravidez Ectópica: Protocolos FEBRASGO. Disponível em: https://sogirgs.org.br/entrar/?redirect_to=https%3A%2F%2Fsogirgs.org.br%2Fgravidez-ectopica%2F. Acessado em: 16 de março de 2021.
9. FERNANDES AMS, et al. Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em hospital público de 1995-2000. *Rev Assoc Med Brasileira*, 2004; 50(4):413-6.
10. FILHO ALS, et al. Quais os critérios para tratamento medicamentoso da gravidez ectópica?. *Rev Assoc Med Brasileira*, 2006; 52(6): 375-88.
11. LÁZARO LMF, et al. Gestação ectópica gemelar com embriões vivos: um relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(5).
12. LOWE PJM, et al. A casemix cost comparison of 2 treatments for ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecology*, 1998; 38: 333-5.
13. MADHURI P. Ectopic pregnancy after infertility treatment. *J Hum Reprod Sci*, 2012; 5:154–165
14. MARION LL, MEEKES GR. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2012; 55 (2) 376-386.
15. MOIMAZ SAS, et al. Cuidados à saúde da gestante no âmbito da Atenção Primária. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2020; 8 (3).
16. PLATT VB, et al. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempo de pandemia, *Revista Paulista de Pediatria*, 2021; 39:2020267.

17. PO L, et al. Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Non Tubal Ectopic Pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2021;43(5), 614–630.e1.
18. RANA P, et al. Ectopic pregnancy: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2013; 288(4) 747–757.
19. SCIBETTA EW, HAN CS. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North America*, 2019; 46: 783–795
20. SOUZA VBS, et al. Promoção de saúde e prevenção da gravidez na adolescência: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021, Vol 13(8).
21. STOVALL TG, et al. Cost of treatment of ectopic pregnancy: single dose Methotrexate versus surgical treatment. *Journal of Woman's Health*, 1994; vol. 3, n. 6.
22. TARAN FA, et al. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Dtsch Arztebl Int*, 2015; 112: 693–704.
23. TAY JL, et al. Ectopic pregnancy. *BMJ*, 2000; 320: 916–19.
24. YEH JM, et al. A refined estimate of the average lifetime cost of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis*, 2003; 30: 369–78.
25. YELA DA, MARCHIANI N. Tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: relato de caso. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia*, 2013; 35(5):233-7.
26. ZUGAIB M. *Obstetricia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Manole, 2019; 583p.