

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA MULHER E DA
CRIANÇA — CEAE

PROTOCOLO PARA OFERECIMENTO E INSERÇÃO DO
IMPLANTE SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETONOGESTREL
IMPLANON NXT® — SUS MUNICIPAL

Poços de Caldas — MG | 2026

Versão 2

CONTROLE DE VERSÕES

Versão	Data	Resumo das Alterações
1	2026 (aprovação inicial)	Emissão original do protocolo.
2	2026 (presente revisão)	1) Seção 4 (caput): redação revisada para eliminar contradição — a elegibilidade para inserção passa a ser definida exclusivamente por residência em Poços de Caldas, idade fértil e critérios clínicos da OMS (Item 4.2), universais a todas as mulheres elegíveis; a vulnerabilidade social deixa de figurar como critério de elegibilidade e permanece apenas como critério de prioridade (Item 4.1). 2) Item 4.1: esclarecido que os grupos prioritários permanecem alvo de busca ativa, sem restringir o acesso das demais mulheres elegíveis (Item 4.2), em linha com a universalização prevista na NT Conjunta nº 51/2026. 3) Substituição da denominação CAESMC por CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada à Saúde da Mulher e da Criança). 4) Item 12.3 (Público-Alvo da Capacitação): redação ajustada para eliminar contradição — o público-alvo passa a ser médicos(as) de quaisquer especialidades vinculados(as) à rede SUS municipal e enfermeiros(as), com prioridade para os profissionais da Atenção Primária à Saúde e do CEAE. 5) Inclusão do item 5.2 — Fluxo de Dispensação do Dispositivo, detalhando o controle via SIGAF e as regras de retirada do insumo nas farmácias do SUS, incluindo a exigência de receita em nome da paciente com assinatura e carimbo do profissional prescritor. 6) Inclusão de referência normativa ao SIGAF (Resolução SES-MG nº 3.184/2012) na Seção 13. 7) Sumário passou a ser automático (dinâmico), com atualização de página via campo do Word/LibreOffice/Google Docs. 8) Inclusão do Anexo I — Ficha de Controle SIGAF. 9) Numeração de página ajustada: capa, controle de versões, elaboração e sumário não exibem número de página; a numeração passa a ser exibida a partir da Introdução, mantendo a contagem contínua desde a capa. 10) Item 5: removida a orientação de encaminhamento ao CEAE para inserção — a inserção passa a ser realizada diretamente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde por profissionais capacitados. 11) Item 5.1: incluída a opção de confirmação de ausência de gravidez por teste rápido de gravidez (TIG) urinário, realizado no mesmo dia, na própria Unidade, como alternativa ao Beta-HCG sérico. 12) Item 12.3: redação ajustada para que a referência ao CEAE passe a refletir seu papel como serviço de retaguarda para casos que exigem manejo especializado (Item 8.2), e não mais como destino padrão de encaminhamento para inserção. 13) Padronizado o antisséptico em uso nas Seções 6 e 8 (Técnica de Inserção e Técnica de Retirada): álcool 70% passa a ser citado como alternativa à clorexidina alcoólica 0,5%, tanto no material necessário quanto na descrição do procedimento de antisepsia. 14) Ajustado o volume de anestésico (lidocaína 2% sem vasoconstritor) para 1 a 2 mL nas Seções 6 e 8. 15) Padronizada em tabela a lista de Material Necessário da Seção 6 (Técnica de Inserção), no mesmo formato já usado na Seção 8.3 (Técnica de Retirada). 16) Ajustado o material necessário nas Seções 6 e 8: seringa passa a ser de 1 mL e agulha 13x4,5 (substituindo "seringa de 3 ou 5 mL" e "agulha 25x7 ou 25x8"), tanto na tabela de materiais quanto no texto do procedimento de anestesia local. 17) Item 7.3 (Conduta para Sangramento Desfavorável) revisado para alinhamento com o Manual para Inserção do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel 68 mg do Ministério da Saúde (versão preliminar, 2025/2026): substituição do esquema de tratamento por ácido tranexâmico/AINE, pílula combinada, doxíciclina e injetável mensal, com posologias e durações atualizadas conforme o manual do MS. 18) Explicitado que o item "AINE" admite qualquer anti-inflamatório não esteroide (ex.: ibuprofeno 600 mg), não se restringindo a um fármaco específico. 19) Incluída orientação expressa de que as terapêuticas devem ser utilizadas uma de cada vez, com reavaliação da usuária entre prescrições, sendo desaconselhada a associação simultânea de todos os fármacos. 20) Acrescentadas alternativas terapêuticas não padronizadas na RENAME (Noretisterona, Ácido Mefenâmico, Tamoxifeno e Desogestrel), conforme diretriz da Febrasgo (2022) citada pelo manual do MS. Revisão técnica: Camila Ferreira Bacelar Donato — Coordenadora da Atenção Básica.

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

José Gabriel Pontes Baeta da Costa

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Alisson Barbosa da Silva

ELABORAÇÃO

- Ângela Ferreira da Silva — Gerente da Policlínica Sul
- Camila Paula Rodrigues — Coordenadora da Divisão do Núcleo de Especialidades
- Lucimara Siqueira Costa Papi — Gerente do Centro Estadual de Atenção Especializada à Saúde da Mulher e da Criança (CEAE)

REVISÃO — VERSÃO 2

- Camila Ferreira Bacelar Donato — Coordenadora da Atenção Básica

SUMÁRIO

CONTROLE DE VERSÕES.....	2
ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	3
SUMÁRIO.....	4
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. DESCRIÇÃO DO IMPLANTE.....	6
3. MECANISMO DE AÇÃO — VANTAGENS E DESVANTAGENS.....	6
4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E PÚBLICO-ALVO.....	7
4.1 Grupos Prioritários.....	7
4.2 Pré-Requisitos para Inserção.....	8
4.3 Requisitos Cadastrais.....	8
5. FLUXO PARA INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO.....	8
5.1 Momento Adequado para Inserção.....	8
5.2 Fluxo de Dispensação do Dispositivo.....	9
6. TÉCNICA DE INSERÇÃO.....	9
7. SEGUIMENTO CLÍNICO E RETORNOS.....	11
7.1 Retornos Clínicos.....	11
7.2 Padrões de Sangramento.....	11
7.3 Conduta para Sangramento Desfavorável.....	11
7.4 Comparativo de Padrões de Sangramento por Método.....	11
8. TÉCNICA DE RETIRADA DO IMPLANTE SUBDÉRMICO.....	13
8.1 Indicações para Retirada.....	13
8.2 Situações que Requerem Manejo Especializado.....	13
8.3 Material Necessário.....	13
8.4 Procedimento Passo a Passo.....	14
9. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER.....	17
9.1 Fundamentos Constitucionais e Legais.....	17
9.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos no Plano Internacional.....	17
9.3 Autonomia, Livre Escolha e Vedação à Coerção.....	17
9.4 Populações em Situação de Maior Vulnerabilidade.....	18
9.5 Referências Normativas e Bibliográficas.....	18
10. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM NO CONTEXTO REPRODUTIVO.....	19
10.1 Definição e Tipologia da Violência.....	19
10.2 Violência Reprodutiva e Coerção Contraceptiva.....	19
10.3 Indicadores de Violência na Consulta de Planejamento Reprodutivo.....	19
10.4 Abordagem Empática e Não Revitimizante.....	20
10.5 Notificação Compulsória.....	20
10.6 Atenção à Vítima de Violência Sexual.....	20
10.7 Fluxo Municipal de Encaminhamento.....	21
10.8 Referências Normativas e Bibliográficas.....	21
11. REGISTROS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO — SIGTAP, CID E CIAP.....	22
11.1 Registros do Enfermeiro — Inserção e Remoção.....	22
11.2 Registros do Médico — Inserção e Remoção.....	22
11.3 Padronização da Evolução em Prontuário.....	22
12. CAPACITAÇÃO E HABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	24
12.1 Fundamentação.....	24
12.2 Objetivo.....	24
12.3 Público-Alvo.....	24
12.4 Modalidade.....	24
12.5 Carga Horária Mínima.....	25
12.6 Conteúdo Programático Mínimo.....	25
12.7 Avaliação de Competência e Certificação.....	26
12.8 Educação Permanente e Atualização.....	26
13. FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA.....	28
14. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO — INSERÇÃO DO IMPLANTE CONTRACEPTIVO.....	29
15. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO — RETIRADA DO IMPLANTE CONTRACEPTIVO.....	31

ASSINATURAS.....	32
ANEXO I — FICHA DE CONTROLE SIGAF.....	33

1. INTRODUÇÃO

O implante subdérmico liberador de etonogestrel é um método contraceptivo de longa duração disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas (MG) para uso pelas mulheres residentes no município.

Estudos de custo-benefício indicam vantagens financeiras, sociais e de qualidade de vida para as mulheres que fazem uso deste método, considerando os múltiplos riscos de uma gravidez não planejada, especialmente entre mulheres jovens, mulheres vivendo com HIV, usuárias de substâncias psicoativas, moradoras de rua e mulheres com transtornos mentais.

Os danos sociais também são graves quando verificamos o número de crianças abandonadas, nascidas com problemas neurológicos, sífilis congênita, síndrome de abstinência e risco de infecção pelo HIV.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, art. 226, §7º, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Segundo a Lei nº 9.263/1996, art. 2º, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Este protocolo tem como objetivo reduzir os riscos de morbimortalidade gestacional e neonatal e mitigar os danos sociais decorrentes de gravidez não planejada, priorizando mulheres em idade fértil em situação de vulnerabilidade social e econômica residentes em Poços de Caldas. Está alinhado à Rede Alyne (Ministério da Saúde), que incorpora o planejamento reprodutivo, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da autonomia das mulheres, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) e com a Nota Técnica Conjunta nº 51/2026-CGESMU/DGCI/SAPS/MS.

2. DESCRIÇÃO DO IMPLANTE

O implante subcutâneo liberador de etonogestrel (Implanon NXT®) é um contraceptivo pré-carregado em um aplicador descartável, indicado para mulheres em idade fértil.

Trata-se de um pequeno bastonete de plástico flexível e macio, com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro, que contém 68 miligramas da substância ativa etonogestrel, um hormônio feminino sintético similar à progesterona. Uma pequena quantidade de etonogestrel é liberada de forma contínua na corrente sanguínea, sendo de 60 a 70 mcg/dia no início e de 25 a 30 mcg/dia ao final do terceiro ano.

O implante é composto por copolímero de etileno e acetato de vinila, um tipo de plástico que não se dissolve no corpo. Contém ainda uma pequena quantidade de sulfato de bário, que o torna visível ao raio X.

3. MECANISMO DE AÇÃO — VANTAGENS E DESVANTAGENS

Indicado como contraceptivo, o implante deve ser inserido sob a pele do braço e atua de duas formas distintas: prevenindo a liberação do óvulo pelos ovários e provocando alterações no muco cervical, que dificultam a entrada dos espermatozoides.

Seu uso pode ser interrompido a qualquer momento, com índice de falha em torno de 0,05%. A liberação hormonal dura pelo menos 3 (três) anos. Não são necessárias precauções especiais de conservação.

Vantagens

- Método prático e de longa duração (3 anos).
- Evita a necessidade de tomar pílula diariamente.
- Não interfere na relação sexual nem na amamentação.
- Melhora as cólicas menstruais.
- Pode ser utilizado por mulheres que não podem fazer uso de pílulas contendo estrogênio.
- Não diminui a massa óssea (osteoporose).
- Eficácia superior a 99%, igual ou superior à da laqueadura tubária.

Desvantagens

- Irregularidades da menstruação: na maioria dos casos, há sangramento irregular, podendo ocorrer aumento do fluxo menstrual ou ausência de menstruação. Essas alterações são mais comuns no primeiro ano e não apresentam consequências negativas para a saúde da mulher. De cada 100 mulheres, 15 apresentarão sangramento mais frequente.
- Podem ocorrer alterações da pele, dores de cabeça, enjoos, aumento da sensibilidade mamária e variações de humor, semelhantes às observadas com outros métodos contraceptivos como a pílula.
- Podem surgir cistos benignos nos ovários, que geralmente não necessitam de tratamento.

4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E PÚBLICO-ALVO

Os critérios de elegibilidade para inserção do implante contemplam as mulheres em idade fértil residentes em Poços de Caldas que atendam aos critérios clínicos de elegibilidade da OMS para uso do método contraceptivo (Item 4.2). A Nota Técnica Conjunta nº 51/2026-CGESMU/DGCI/SAPS/MS recomenda que o método esteja disponível de forma universal a todas as mulheres e pessoas com útero que atendam aos critérios clínicos, não sendo recomendada a adoção de critérios de distinção de públicos para a oferta do método.

Dentro desse público elegível, são prioritários os grupos listados no Item 4.1, aos quais os profissionais da rede SUS deverão realizar busca ativa.

4.1 Grupos Prioritários

Os grupos elencados a seguir permanecem prioritários, devendo os profissionais da rede SUS realizar busca ativa dessa população. Isso não restringe o acesso das demais mulheres que atendam aos critérios clínicos de elegibilidade (Item 4.2), em consonância com a recomendação de universalização prevista na Nota Técnica Conjunta nº 51/2026.

- Mulheres em idade fértil em situação de rua.
- Mulheres em idade fértil dependentes de substâncias psicoativas.
- Mulheres em idade fértil com transtornos mentais graves, severos e persistentes, que fazem seguimento na saúde mental (CAPS), bem como com déficit intelectual e cognitivo.
- Mulheres soropositivas para o HIV, em tratamento com terapia antirretroviral e/ou em acompanhamento regular pelo SAE e/ou CTA do município.
- Adolescentes com idade entre 14 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, em regiões de risco social, conforme incorporação prevista nas Portarias SECTICS/MS nº 47 e 48/2025.

4.2 Pré-Requisitos para Inserção

Não é necessária citologia oncológica, ultrassonografia ou qualquer outro exame específico. Deve-se excluir a possibilidade de gestação e de doença ou patologia que contraindique o método, por meio de anamnese cuidadosa.

A inserção somente poderá ser realizada mediante preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela usuária ou responsável legal, que deverá ser anexado ao prontuário eletrônico da paciente.

4.3 Requisitos Cadastrais

A usuária deverá ser residente em Poços de Caldas, estar sendo atendida pela unidade de saúde de sua referência, possuir Cartão Nacional do SUS e registro no PEC, exceto no caso de mulheres em situação de rua.

5. FLUXO PARA INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO

Os profissionais da unidade deverão seguir as seguintes orientações para recomendação e inserção do implante:

1. Durante o aconselhamento, identificar se a mulher atende aos critérios de elegibilidade para inserção do implante.
2. Caso a mulher não seja elegível para inserção do Implanon, o profissional deverá oferecer outro método contraceptivo disponível no SUS.
3. A mulher elegível deverá ser orientada quanto aos métodos contraceptivos existentes e disponíveis no SUS, com acolhimento e escuta ativa.
4. O procedimento deverá ser realizado por profissional capacitado, conforme os critérios de habilitação descritos na Seção 12 deste protocolo.
5. A inserção somente poderá ser realizada mediante assinatura do TCLE.
6. Todo o procedimento deverá ser registrado em prontuário e nos sistemas de informação do SUS, conforme Seção 11.

5.1 Momento Adequado para Inserção

Puérpera

- Amamenta: após 28 dias ou imediatamente ao parto (24 a 48 horas pós-parto). O implante será inserido de 24 a 48 horas sempre que se detectar risco de curto intervalo intergestacional.
- Não amamenta: 24 a 48 horas após o parto ou após 28 dias.

Não Puérpera

- Sem método anticoncepcional: entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual; ou, fora desse período, mediante exame Beta-HCG sérico negativo realizado em até dois dias antes da inserção, ou teste rápido de gravidez (TIG) urinário negativo, realizado no mesmo dia, na própria Unidade.
- Em uso de método contraceptivo: imediatamente.
- Em amenorreia ou além do 5º dia do ciclo menstrual (com razoável certeza de não gravidez): contracepção de barreira por 7 dias após a inserção.
- Pós-abortamento: imediatamente após.

5.2 Fluxo de Dispensação do Dispositivo

O implante fica sob guarda das farmácias do SUS municipal. A retirada do insumo é condicionada ao preenchimento da ficha de controle no SIGAF (Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica), conforme Resolução SES-MG nº 3.184, de 20 de março de 2012, conforme modelo em anexo (Anexo I).

Além do preenchimento da ficha do SIGAF, a retirada do implante deverá ser acompanhada de receita emitida em nome da paciente, contendo assinatura e carimbo do profissional prescritor (médico ou enfermeiro habilitado).

A retirada do dispositivo poderá ser realizada por qualquer profissional designado pela unidade de saúde ou pela rede municipal (incluindo motoristas ou outros servidores encarregados do transporte de insumos), não sendo exigido que a retirada seja feita pessoalmente por médico(a) ou enfermeiro(a).

É vedada a entrega do dispositivo diretamente à usuária no balcão da farmácia. A dispensação ocorre exclusivamente para profissional ou representante designado pela rede SUS, mediante ficha do SIGAF e receita assinada e carimbada pelo prescritor, nunca diretamente para a paciente final.

6. TÉCNICA DE INSERÇÃO

O implante subdérmico de etonogestrel (Implanon NXT®) é um método contraceptivo hormonal de longa duração, inserido na camada subdérmica do braço não dominante, com eficácia de até três anos. Este Procedimento Operacional Padrão (POP) objetiva padronizar a técnica de inserção, garantindo segurança, eficácia e redução de riscos à paciente.

Material Necessário

Qtd.	Material
01	Kit Implanon NXT® (aplicador descartável)
01 par	Luvas estéreis
Qs	Álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5% (quantidade suficiente)
01	Seringa de 1 mL
01	Agulha 13x4,5
01 ampola	Lidocaína 2% sem vasoconstritor (5 mL)
Qs	Gazes estéreis (quantidade suficiente)
01	Curativo micropore
01	Bandagem compressiva (atadura)
01	Caneta dermatográfica
01	Régua ou fita métrica

Preparo do Profissional e do Ambiente

Realizar a higienização das mãos conforme protocolo institucional. Reunir todo o material necessário em bandeja ou campo estéril. Verificar a validade e integridade do kit Implanon NXT®, bem como confirmar visualmente a presença do bastonete no interior do aplicador. Posicionar a paciente em decúbito dorsal horizontal, com o braço não dominante exposto, cotovelo fletido e mão posicionada atrás da cabeça, em rotação externa.

Identificação e Marcação do Local

Identificar o sulco bicipital medial no braço não dominante. Medir de 8 a 10 cm acima do epicôndilo medial (dobra do cotovelo) e marcar o ponto de inserção com caneta dermatográfica. Realizar uma segunda marcação em forma de linha guia, direcionada à axila. O local correto corresponde à face interna do braço não dominante, entre o músculo bíceps e tríceps, em região avascular, com menor risco de lesões neurais e vasculares.

Anestesia Local

Com seringa de 1 mL e agulha 13x4,5, aspirar lidocaína 2% sem vasoconstritor (em geral, 1 a 2 mL são suficientes). Infiltrar o anestésico logo abaixo da pele, na derme profunda/tecido subcutâneo, ao longo do trajeto de inserção marcado, formando um pequeno botão anestésico. Aguardar de 2 a 3 minutos para o pleno efeito anestésico.

Antissepsia

Calçar luvas de procedimento e realizar a antissepsia da pele com álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, em movimentos circulares do centro para a periferia. Aguardar a secagem completa do antisséptico e, em seguida, substituir por luvas estéreis.

Inserção do Implante

Retirar o aplicador do invólucro estéril sem contato com a agulha. Segurar o aplicador como um lápis, posicionando o polegar no êmbolo. Com a mão não dominante, realizar leve tração da pele. Inserir a agulha em ângulo de 20° a 30°, com o bisel voltado para cima.

Após a penetração da pele, reduzir o ângulo do aplicador, mantendo-o quase paralelo à pele (ângulo inferior a 20°), e avançar subdermicamente por toda a extensão da agulha (aproximadamente 4 cm), observando leve elevação da pele, indicativa do plano correto. Na presença de resistência, interromper o avanço e reposicionar o ângulo.

Liberação do Implante

Manter o aplicador estável, sem avançá-lo, e acionar o êmbolo até o final, liberando o implante. Em seguida, retirar o aplicador suavemente. Confirmar que o aplicador se encontra vazio. Realizar a palpação do implante com dois dedos, verificando sua presença e posicionamento adequado. Solicitar que a paciente também realize a palpação. O implante deve ser palpável imediatamente após a inserção. Caso não seja palpável, verificar o aplicador e considerar avaliação por ultrassonografia.

Curativo e Compressão

Realizar compressão local com gaze estéril. Aplicar curativo no ponto de inserção e bandagem compressiva ao redor do braço, com o objetivo de reduzir a formação de hematomas, devendo ser mantida por 24 horas. Descartar os materiais perfurocortantes em recipiente apropriado. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos.

Registro

Registrar em prontuário: data e hora do procedimento; braço utilizado (direito ou esquerdo); número do lote e validade do implante; intercorrências, quando presentes; data prevista de remoção (três anos após a inserção). Preencher o cartão de identificação da paciente com a data da inserção, data prevista de remoção e identificação do profissional e da unidade de saúde, entregando-o à paciente ao final do atendimento.

7. SEGUIMENTO CLÍNICO E RETORNOS

7.1 Retornos Clínicos

- Pós-inserção: 3 e 12 meses. Mulheres com efeitos adversos terão retornos mais curtos.
- Deixar sempre retorno livre se sangrar mais de 10 dias consecutivos.

7.2 Padrões de Sangramento

A principal intercorrência observada com os métodos contraceptivos que utilizam apenas progestagênios é o sangramento uterino anormal. O período mínimo de observação para as definições abaixo é de 90 dias.

Padrão	Definição
Amenorreia	Sem sangramento.
Sangramento Prolongado	Duração maior que 14 dias.
Sangramento Frequente	Mais de 5 episódios de sangramento e/ou mancha (não importa a duração).
Sangramento Infrequente	Até 2 episódios de sangramento e/ou mancha (não importa a duração).
Sangramento Normal	De 3 a 5 episódios de sangramento e/ou mancha (não importa a duração).

Padrões favoráveis: amenorreia, sangramento infrequente e normal. Padrões desfavoráveis: frequente e prolongado.

7.3 Conduta para Sangramento Desfavorável

1º Passo: Orientar

- Nos 4 a 6 primeiros meses são comuns irregularidades. Orientar a taxa de amenorreia esperada do método.
- Irregularidade é diferente de falha.
- Descartar outras doenças se sangramento com mais de 6 meses, dispareunia ou dor pélvica associada — solicitar ultrassonografia transvaginal (USTV) nesses casos.

2º Passo: Tratamento (sempre que superior a 7 dias de sangramento consecutivo)

- Ácido tranexâmico 500 mg ou AINE (ex.: ibuprofeno 600 mg) de 8/8 h por 5 dias.
- Pílula combinada (EE 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg), 1 comprimido ao dia por 2 a 4 semanas.
- Doxíciclina 100 mg de 12/12 h por 5 dias.
- Injetável mensal (acetato de medroxiprogesterona 25 mg + cipionato de estradiol 5 mg), 1 ampola IM em dose única.
- Troca de método se paciente desejar.

Utilizar uma terapêutica de cada vez, reavaliando a usuária após cada prescrição — a associação simultânea de todos os fármacos propostos é desaconselhada e equivocada. Em caso de recorrência do sangramento desfavorável na mesma usuária, priorizar como primeira linha o medicamento que promoveu melhora clínica em episódio anterior. Outras opções não padronizadas na RENAME, também seguras conforme a Febrasgo (2022), incluem Noretisterona 10 mg (1 cp ao dia por 7, 14 ou 30 dias), Ácido Mefenâmico 500 mg (1 cp de 8/8 h por 5 dias), Tamoxifeno 10 mg (1 cp de 12/12 h por 7 dias) e Desogestrel 75 mcg (1 cp ao dia por 30 a 90 dias).

7.4 Comparativo de Padrões de Sangramento por Método

Padrão de Sangramento	Implanon®	POP-Desogestrel	SIU-LNG	AMPD
Amenorreia	22 a 40%	20%	20 a 60%	50 a 80%
Infrequente	30 a 40%	30 a 40%	10 a 30%	N/A
Regular	20%	40%	10 a 50%	10%
Padrão desfavorável	6,7% freq. + 17,7% prol.	5% freq. + 10% prol.	5% freq. + 15% prol.	19 a 26% (sem separação)
Dias de sangramento/90d	13 a 16 dias	14 dias	18 a 35 dias	10 a 20 dias

8. TÉCNICA DE RETIRADA DO IMPLANTE SUBDÉRMICO

8.1 Indicações para Retirada

- Término da validade do método (3 anos após a inserção), com ou sem desejo de novo implante.
- Solicitação da usuária, a qualquer momento, por livre decisão, independentemente de justificativa clínica.
- Presença de efeito adverso intolerável ou não controlável com tratamento clínico.
- Contraindicação clínica superveniente ao uso do etonogestrel (ex.: neoplasia maligna hormônio-dependente, tromboembolismo venoso ativo sem causa reversível).
- Gravidez durante o uso do implante.
- Migração do implante com impossibilidade de palpação, após confirmação por imagem (ultrassonografia ou raio X), que oriente a conduta cirúrgica.

A retirada do implante NÃO exige período mínimo de uso. A autonomia da usuária deve ser sempre respeitada. Nenhum profissional pode negar ou postergar a retirada sem base clínica justificada, em conformidade com os princípios do planejamento familiar (Lei nº 9.263/1996) e da PNAISM.

8.2 Situações que Requerem Manejo Especializado

- Implante não palpável e não localizado por ultrassonografia: requer raio X de tórax e, se necessário, cintilografia ou encaminhamento para serviço de cirurgia.
- Implante profundamente inserido, em contato com estruturas neurovasculares: requer avaliação cirúrgica especializada.
- Infecção ativa no sítio de inserção: o procedimento deverá ser postergado até resolução da infecção, exceto se a retirada for necessária para o tratamento.
- Processo cicatricial (quelóide/fibrose excessiva) no local: a remoção ainda é possível, mas requer técnica adaptada e maior cautela.

8.3 Material Necessário

Qtd.	Material
01 par	Luvas estéreis
Qs	Álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%
Qs	Gazes estéreis
01	Bisturi (cabo nº 3 + lâmina nº 11 ou 15)
01	Pinça hemostática curva (Kelly)
01	Pinça hemostática reta (opcional)
01	Seringa de 1 mL
01	Agulha 13x4,5
01 ampola	Lidocaína 2% sem vasoconstritor (5 mL)
01	Curativo micropore ou similar
01	Bandagem compressiva (atadura)
01	Caneta dermatográfica

01	Recipiente para perfurocortantes
----	----------------------------------

8.4 Procedimento Passo a Passo

Preparo do Profissional e do Ambiente

- Realizar higienização das mãos conforme protocolo institucional.
- Reunir e organizar todo o material necessário em bandeja ou campo estéril, verificando a integridade e validade dos insumos.
- Confirmar a identidade da usuária, verificar o prontuário eletrônico e localizar o registro da inserção (data, braço utilizado, lote do implante).
- Explicar o procedimento à usuária em linguagem acessível, esclarecer dúvidas e obter a assinatura do TCLE para retirada, que deverá ser anexado ao prontuário eletrônico.

Posicionamento da Usuária

- Posicionar a usuária em decúbito dorsal horizontal na maca.
- Expor o braço onde o implante foi inserido, com o cotovelo fletido e a mão posicionada atrás da cabeça, em rotação externa.
- Solicitar que a usuária aponte, por palpação, o local onde percebe o implante. Realizar a palpação manual com dois dedos para confirmar a localização exata e a palpabilidade do bastonete.

Se o implante não for palpável, NÃO iniciar o procedimento. Solicitar ultrassonografia de partes moles do braço para localização. Em caso de não localização por ultrassom, solicitar raio X (o implante contém sulfato de bário e é radiovisível). Se localizado em posição profunda ou adjacente a estruturas vasculares, encaminhar para serviço especializado.

Marcação do Local de Incisão

- Com a caneta dermatográfica, marcar a extremidade distal (inferior) do implante, ponto de eleição para a incisão, pois permite tração direta.
- Marcar uma linha de incisão de aproximadamente 2 mm sobre a pele, perpendicular ao eixo longitudinal do implante, no ponto distal marcado.

Antissepsia

- Calçar luvas de procedimento e realizar antissepsia ampla da região com álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, em movimentos circulares do centro para a periferia.
- Aguardar a secagem completa do antisséptico antes de prosseguir.
- Trocar as luvas de procedimento por luvas estéreis.

Anestesia Local

- Com seringa de 1 mL e agulha 13x4,5, aspirar lidocaína 2% sem vasoconstritor (dose máxima: 4,5 mg/kg; em geral, 1 a 2 mL são suficientes).
- Infiltrar o anestésico logo abaixo da pele, na derme profunda/tecido subcutâneo, no ponto de incisão marcado e ao longo da extremidade distal do implante, formando um pequeno botão anestésico. Não infiltrar sobre o implante.
- Aguardar de 2 a 3 minutos para o pleno efeito anestésico antes de proceder à incisão.

Incisão Cutânea

- Com bisturi (lâmina nº 11 ou 15), realizar uma incisão longitudinal de 2 mm de comprimento, paralela ao eixo do implante, sobre a extremidade distal marcada.
- A incisão deve ser superficial, atingindo apenas a derme, sem aprofundar excessivamente para não lesar o implante ou estruturas subjacentes.
- Confirmar a visualização ou palpação da extremidade do implante logo abaixo da incisão. Incisões maiores do que o necessário aumentam o risco de cicatriz e hematoma.

Dissecção e Extração do Implante

- Com a pinça hemostática curva (Kelly), introduzir delicadamente a extremidade fechada pela incisão, avançando em direção à extremidade distal do implante, paralelamente ao seu eixo.
- Ao alcançar a extremidade do implante, abrir levemente a pinça para dissecção romba do tecido subcutâneo ao redor do bastonete.
- Posicionar a pinça envolvendo firmemente a extremidade distal do implante e realizar tração suave e contínua em direção à incisão.
- Caso o implante não se exteriorize espontaneamente, auxílio com uma segunda pinça ou pressão digital delicada sobre a pele pode facilitar o deslizamento.
- Em implantes com maior aderência, pode ser necessária dissecção cuidadosa do tecido ao redor antes de exteriorizar o bastonete. Em casos de fibrose extensa com resistência importante mesmo após dissecção adequada, suspender o procedimento e encaminhar para serviço com suporte cirúrgico.
- Após a exteriorização da extremidade do implante pela incisão, segurar firmemente com a pinça e retirar o bastonete em sua totalidade com tração contínua e controlada.

Confirmação da Retirada Completa

- Confirmar visualmente a integridade do implante: o bastonete deve medir aproximadamente 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro.
- Se o implante se romper durante a retirada, identificar e remover todos os fragmentos. Caso não seja possível localizar algum fragmento, proceder à ultrassonografia para localização antes de encerrar o procedimento.
- Solicitar que a usuária palpe o local de inserção para confirmar a ausência do implante.

Hemostasia, Curativo e Compressão

- Realizar compressão local com gaze estéril por alguns minutos para hemostasia.
- Suturas geralmente não são necessárias em incisões de 2 mm; se necessário, utilizar micropore em steri-strip ou ponto simples com fio absorvível 4-0.
- Aplicar curativo oclusivo com micropore ou similar sobre o ponto de incisão.
- Aplicar bandagem compressiva (atadura) ao redor do braço. Orientar a manter a compressão por 24 horas.
- Descartar os materiais perfurocortantes imediatamente em recipiente apropriado. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos.

Orientações Pós-Procedimento à Usuária

- Manter o curativo e a bandagem compressiva por 24 horas; não molhar o local nesse período.
- Após 24 horas, retirar a bandagem e manter apenas o curativo até a cicatrização completa.

- Retornar imediatamente à unidade de saúde em caso de sangramento ativo, edema progressivo, sinais de infecção ou dor intensa.
- O efeito contraceptivo cessa imediatamente após a retirada. A fertilidade retorna rapidamente. Oferecer aconselhamento sobre métodos contraceptivos disponíveis no SUS.

9. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER

O acesso ao planejamento reprodutivo é um direito fundamental da mulher, assegurado pela Constituição Federal e por diversas normas infraconstitucionais. O reconhecimento e a efetivação desse direito constituem eixo central da oferta do implante subdérmico no SUS e devem orientar toda a prática assistencial dos profissionais envolvidos.

9.1 Fundamentos Constitucionais e Legais

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 226, §7º, estabelece que o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Esse dispositivo consagra a autonomia reprodutiva como direito fundamental, diretamente vinculado à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/1988).

A Lei nº 9.263/1996 regulamenta o planejamento familiar no âmbito do SUS e determina, em seu art. 9º, que os serviços de saúde deverão oferecer todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e não contraindicados, de forma gratuita, a mulheres e homens em idade fértil, com prioridade para as populações mais vulneráveis. O art. 10, §5º, do mesmo diploma tipifica como crime a realização de qualquer forma de coerção ou indução da mulher quanto ao uso de métodos anticoncepcionais.

A Lei nº 14.443/2022 ampliou o acesso à saúde reprodutiva, reforçou o princípio da liberdade contraceptiva e facilitou o acesso à esterilização voluntária. A Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, assegura o direito à saúde como direito social e estabelece a integralidade, a equidade e a universalidade como princípios norteadores.

9.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos no Plano Internacional

No plano internacional, o Brasil é signatário de instrumentos que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) definiu saúde reprodutiva como estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relativas ao sistema reprodutivo, seus processos e funções, e reconheceu o direito de homens e mulheres de decidir livre e responsavelmente o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, e de ter acesso às informações e aos meios necessários para tanto (parágrafo 7.2).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) reafirmou esses direitos e reconheceu explicitamente que os direitos reprodutivos incluem o direito de decidir de forma livre e responsável sobre o número, o espaçamento e o momento de ter filhos, e o direito ao acesso às informações e aos meios necessários. A Organização Mundial da Saúde reconhece os direitos sexuais e reprodutivos como componentes essenciais dos direitos humanos e como condição para a saúde integral das mulheres.

9.3 Autonomia, Livre Escolha e Vedação à Coerção

A decisão quanto ao método contraceptivo a ser utilizado é da exclusiva competência da usuária, tomada de forma informada, a partir de orientação qualificada e do acesso a todas as opções disponíveis no SUS. O profissional de saúde tem o dever de oferecer informação completa, acessível e imparcial sobre todos os métodos disponíveis, respeitar a escolha da mulher sem julgamentos, e jamais condicionar, postergar ou negar o acesso ao método escolhido por razões não clínicas.

A imposição de qualquer método contraceptivo, bem como a negativa de acesso a métodos legalmente disponíveis sem base clínica justificada, constitui violação de direito fundamental, podendo configurar infração ética e administrativa, além de crime, nos termos do art. 10, §5º, da Lei nº 9.263/1996.

Essa vedação à coerção aplica-se igualmente à retirada do implante: a mulher tem o direito de solicitar a retirada a qualquer momento, sem necessidade de período mínimo de uso e sem necessidade de justificativa, e o profissional não pode negar ou postergar o procedimento sem base clínica documentada.

9.4 Populações em Situação de Maior Vulnerabilidade

A garantia dos direitos reprodutivos exige atenção redobrada às barreiras estruturais enfrentadas por populações em situação de maior vulnerabilidade. Mulheres negras, indígenas, com deficiência, adolescentes, pessoas em situação de rua, mulheres com transtornos mentais e mulheres privadas de liberdade enfrentam obstáculos históricos e sistêmicos no acesso à saúde reprodutiva.

A oferta do implante subdérmico deve ser pautada pelo princípio da equidade, assegurando que essas populações tenham acesso efetivo ao método, sem discriminação, sem barreiras administrativas desnecessárias e com comunicação adaptada às suas necessidades.

Ressalta-se que a priorização das populações vulneráveis descrita na Seção 4 deste protocolo não configura restrição ao acesso de outras mulheres, mas reflete a necessidade de superar iniquidades históricas no acesso à saúde reprodutiva. A Nota Técnica Conjunta nº 51/2026 recomenda que o método esteja disponível de forma universal a todas as mulheres que atendam aos critérios clínicos de elegibilidade.

9.5 Referências Normativas e Bibliográficas

- Constituição Federal de 1988, art. 1º, III e art. 226, §7º.
- Lei nº 9.263/1996 — Planejamento Familiar.
- Lei nº 14.443/2022 — Liberdade Reprodutiva e Esterilização Voluntária.
- Lei nº 8.080/1990 — Lei Orgânica da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM). 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília: MS, 2011.
- Nota Técnica Conjunta nº 51/2026-CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAFB/DAF/SCTIE/MS.
- Nações Unidas. Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). Cairo, 1994.
- Nações Unidas. Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Beijing, 1995.
- Organização Mundial da Saúde. Sexual and reproductive health and rights. Genebra: OMS, 2014.
- Organização Mundial da Saúde. Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Métodos Anticoncepcionais. 5ª ed. Genebra: OMS, 2015.

10. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM NO CONTEXTO REPRODUTIVO

A violência contra a mulher é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como problema de saúde pública de grande magnitude, com impacto direto sobre a saúde sexual e reprodutiva. O profissional de saúde que atua no planejamento reprodutivo ocupa posição privilegiada para a identificação e o encaminhamento adequado de mulheres em situação de violência, devendo incorporar essa perspectiva em toda consulta de aconselhamento contraceptivo.

10.1 Definição e Tipologia da Violência

A Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), em seu art. 7º, define as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher:

- Violência física: qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da mulher.
- Violência psicológica: qualquer conduta que cause dano emocional ou diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou que vise a degradá-la, a controlar seus atos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
- Violência sexual: qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar de qualquer modo a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo; ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição.
- Violência patrimonial: qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos.
- Violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

10.2 Violência Reprodutiva e Coerção Contraceptiva

A violência reprodutiva é uma forma específica de violência de gênero que atinge diretamente a autonomia reprodutiva das mulheres. Compreende:

- Gravidez forçada: impedimento ao acesso a métodos contraceptivos com o fim de provocar gravidez não desejada.
- Aborto forçado: imposição de interrupção da gravidez contra a vontade da mulher.
- Esterilização não consentida: realização de procedimento esterilizador sem o consentimento livre, informado e documentado da mulher.
- Negação ao acesso a métodos contraceptivos: impedimento, por parte de parceiro, familiar ou profissional de saúde, ao uso de métodos anticoncepcionais legalmente disponíveis.

A coerção contraceptiva praticada por profissional de saúde — que inclui impedir, postergar ou condicionar o acesso da mulher a métodos contraceptivos sem base clínica justificada — constitui crime, nos termos do art. 10, §5º, da Lei nº 9.263/1996, e violação ética sujeita a penalidades nos respectivos conselhos profissionais.

10.3 Indicadores de Violência na Consulta de Planejamento Reprodutivo

- Histórico de gravidezes repetidas e indesejadas ou abortamentos de repetição.

- Relato de uso inconsistente ou impossibilidade de uso de métodos contraceptivos por imposição do parceiro.
- Presença de acompanhante que responde pelas perguntas, não permite que a mulher fique sozinha com o profissional ou demonstra comportamento controlador.
- Lesões físicas incompatíveis com a explicação fornecida.
- Sintomas de ansiedade, depressão, baixa autoestima ou sinais de isolamento social.
- Histórico de infecções sexualmente transmissíveis de repetição ou diagnóstico de HIV em contexto de vulnerabilidade.
- Relato de relação sexual não consentida, mesmo dentro do casamento ou da união estável.

10.4 Abordagem Empática e Não Revitimizante

- Garantir privacidade e confidencialidade no atendimento, preferencialmente em consulta individual, sem a presença de acompanhantes.
- Utilizar linguagem acessível, sem jargões técnicos, e demonstrar escuta ativa e acolhimento, sem julgamentos ou questionamentos que impliquem culpabilização da vítima.
- Não pressionar a mulher a relatar a violência ou a tomar decisões imediatas sobre denúncia ou rompimento do relacionamento.
- Registrar em prontuário as informações referidas pela usuária, com linguagem objetiva e não interpretativa, preservando o relato original.
- Informar à mulher sobre seus direitos, os serviços disponíveis no município e os canais de denúncia, respeitando o seu tempo e a sua decisão.

10.5 Notificação Compulsória

A notificação de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde é compulsória e obrigatória, nos termos da Lei nº 10.778/2003 e da Portaria MS nº 1.271/2014. A notificação deve ser realizada por meio da Ficha de Notificação Individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), independentemente do consentimento da vítima, não configurando quebra de sigilo profissional, pois tem finalidade epidemiológica e de vigilância em saúde.

O cumprimento da obrigação de notificar é responsabilidade ética e legal do profissional de saúde que identificar ou suspeitar de violência, devendo ser registrado em prontuário.

10.6 Atenção à Vítima de Violência Sexual

A Lei nº 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte) determina que os hospitais integrantes da rede do SUS ofereçam às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, incluindo:

- Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).
- Profilaxia da infecção pelo HIV (PEP — Profilaxia Pós-Exposição).
- Contracepção de emergência.
- Coleta de vestígios, quando solicitada.
- Acompanhamento psicológico e social.

A anticoncepção de emergência deve ser oferecida à mulher vítima de violência sexual em até 72 horas após o evento, conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (3ª ed., 2012).

10.7 Fluxo Municipal de Encaminhamento

- Realizar o acolhimento imediato, com escuta ativa e garantia de privacidade.
- Preencher a Ficha de Notificação do SINAN e registrar o atendimento em prontuário.
- Informar a mulher sobre os serviços disponíveis no município: CREAS, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Serviço de Referência para Violência Sexual da rede hospitalar, Centro de Referência da Mulher (quando disponível) e Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher).
- Realizar o encaminhamento formal, com documento de referência contendo as informações clínicas pertinentes, respeitando o sigilo e a privacidade da usuária.
- Registrar em prontuário todas as condutas adotadas e o encaminhamento realizado.

10.8 Referências Normativas e Bibliográficas

- Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), art. 7º.
- Lei nº 10.778/2003 — Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher.
- Lei nº 12.845/2013 — Atendimento Obrigatório e Integral de Vítimas de Violência Sexual.
- Lei nº 9.263/1996, art. 10, §5º — Proibição de Coerção Contraceptiva.
- Portaria MS nº 1.271/2014 — Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. 3ª ed. Brasília: MS, 2012.
- Organização Mundial da Saúde. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Genebra: OMS, 2013.
- KRUG, E.G. et al. (Org.). World Report on Violence and Health. Genebra: OMS, 2002.
- GARCIA-MORENO, C. et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Genebra: OMS, 2005.

11. REGISTROS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO — SIGTAP, CID E CIAP

A Nota Técnica Conjunta nº 51/2026, item 2.5.3, torna obrigatório o registro adequado da inserção, revisão e retirada dos métodos contraceptivos em prontuário e nos sistemas de informação do SUS, com utilização dos códigos correspondentes SIGTAP, CID e CIAP.

11.1 Registros do Enfermeiro — Inserção e Remoção

O enfermeiro, no âmbito do planejamento reprodutivo, é competente para realizar tanto a inserção quanto a remoção do dispositivo subdérmico, conforme respaldo legal na Lei Federal nº 7.498/1986 e Resolução COFEN nº 802/2026, desde que possua capacitação técnica comprovada.

Procedimento	CIAP-2	SIGTAP
Inserção	W14 — Contracepção/Outros	03.01.04.017-6 — Inserção do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel
Remoção	W14 — Contracepção/Outros	03.01.04.018-4 — Retirada do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel

O enfermeiro está habilitado a realizar a remoção do implante subdérmico quando o dispositivo estiver palpável, corretamente posicionado e acessível à técnica convencional de remoção, e desde que não haja condições clínicas ou técnicas que contraindiquem o procedimento. Nos casos em que a remoção não puder ser realizada pelo enfermeiro, é dever ético e legal do profissional abster-se do procedimento e providenciar, de forma imediata e documentada, o encaminhamento da paciente para avaliação e condução médica especializada. O encaminhamento deve ser registrado em prontuário com descrição detalhada da situação clínica, justificativa técnica, destino do encaminhamento e registro de que a paciente foi orientada sobre os próximos passos.

11.2 Registros do Médico — Inserção e Remoção

Procedimento	CID-10	SIGTAP
Inserção	Z30.8 — Outros procedimentos anticoncepcionais especificados	03.01.04.017-6 — Inserção do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel
Remoção	Z30.4 — Vigilância de uso de drogas anticoncepcionais	03.01.04.018-4 — Retirada do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel

11.3 Padronização da Evolução em Prontuário

Independentemente da categoria profissional, a evolução registrada em prontuário deve conter obrigatoriamente:

- Confirmação de ausência de gestação, por meio do registro da Data da Última Menstruação (DUM).
- Identificação do dispositivo, com registro do número do lote e da validade do implante utilizado.
- Descrição da técnica empregada: sítio de inserção ou remoção, lateralidade, uso de antissepsia e anestesia local, e confirmação da correta execução do procedimento.

- Registro de intercorrências, caso existam, e das condutas adotadas, incluindo justificativa clínica e ética para encaminhamento.
- Orientações pós-procedimento, incluindo recomendações sobre manutenção e troca do curativo, restrições de atividade no membro e sinais de alerta que demandam retorno imediato.

12. CAPACITAÇÃO E HABILITAÇÃO PROFISSIONAL

12.1 Fundamentação

A capacitação de médicos(as) e enfermeiros(as) para inserção, seguimento e retirada do implante subdérmico liberador de etonogestrel 68 mg constitui requisito técnico, ético e institucional obrigatório para a oferta segura e qualificada desse método contraceptivo no âmbito do SUS Municipal de Poços de Caldas. A Resolução COFEN nº 802/2026, que atualiza o Anexo da Resolução COFEN nº 690/2022, normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo e estabelece os requisitos mínimos de capacitação para inserção, revisão e retirada do implante subdérmico, exigindo curso presencial com carga horária mínima de 16 (dezesesseis) horas, com componente teórico, prático em simulador anatômico e prático supervisionado em serviço, com no mínimo 3 (três) inserções supervisionadas durante consulta de Enfermagem.

12.2 Objetivo

Capacitar médicos(as) e enfermeiros(as) da rede municipal de saúde de Poços de Caldas para atuação segura, ética e tecnicamente padronizada na indicação, aconselhamento, inserção, seguimento, manejo de intercorrências e retirada do implante subdérmico, bem como no reconhecimento e abordagem de situações de violência contra a mulher no contexto reprodutivo e no registro adequado nos sistemas de informação do SUS.

12.3 Público-Alvo

Poderão ser capacitados médicos(as) de quaisquer especialidades vinculados(as) à rede SUS municipal, e enfermeiros(as), em conformidade com a Resolução COFEN nº 802/2026, com prioridade para os seguintes profissionais:

- Médicos(as) e enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde e equipes de Estratégia Saúde da Família).
- Médicos(as) e enfermeiros(as) do CEAE — serviço de referência municipal para os casos que exigirem manejo especializado (Item 8.2) ou que não puderem ser resolvidos na Atenção Primária à Saúde.

12.4 Modalidade

A capacitação deverá ocorrer de forma presencial, estruturada em três etapas complementares e sequenciais:

Etapas 1 — Módulo teórico

Base legal, política pública, farmacologia, critérios de elegibilidade, aconselhamento, técnica de inserção e retirada, intercorrências, seguimento, registros nos sistemas do SUS, direitos sexuais e reprodutivos e violência contra a mulher, conforme conteúdo programático descrito na Seção 12.6.

Etapas 2 — Prática em simulador anatômico

Treinamento técnico em braço simulador, com uso de aplicador de treinamento, pinça Kelly, bisturi e materiais de técnica estéril, abrangendo inserção subdérmica e retirada padronizada, com avaliação de desempenho por checklist estruturado.

Etapas 3 — Prática supervisionada em serviço

Observação e realização de procedimentos reais sob supervisão direta de profissional preceptor(a) habilitado(a), com avaliação formal de competência técnica ao final do ciclo supervisionado. Esta etapa é

obrigatória para os(as) enfermeiros(as) e exige a realização de no mínimo 3 (três) inserções supervisionadas durante consulta de Enfermagem nos serviços de saúde, conforme a Resolução COFEN nº 802/2026, Anexo, item III.3.a. Caso o(a) preceptor(a) constate que o(a) profissional não adquiriu a habilidade necessária ao final das inserções mínimas, o número de inserções supervisionadas deverá ser ampliado até a efetiva consolidação da competência.

12.5 Carga Horária Mínima

Categoria	Carga Horária Mínima	Distribuição
Médico(a)	6 horas	3 horas de formação teórica + 3 horas de prática em simulador e/ou prática supervisionada em serviço.
Enfermeiro(a)	16 horas	Mínimo 12 horas teóricas e teórico-práticas + 4 horas práticas, com no mínimo 3 inserções supervisionadas durante consulta de Enfermagem nos serviços de saúde (Res. COFEN nº 802/2026, Anexo, item III.3.a).

O município de Poços de Caldas poderá, mediante decisão técnica fundamentada da Secretaria Municipal de Saúde, ampliar a carga horária mínima sempre que o volume assistencial local demandar maior número de procedimentos supervisionados para a consolidação da competência prática do profissional.

12.6 Conteúdo Programático Mínimo

Módulo 1 — Política Pública, Legislação e Ética

- Marco legal do planejamento familiar: Constituição Federal de 1988, art. 226, §7º; Lei nº 9.263/1996; Lei nº 14.443/2022.
- Incorporação do implante no SUS: Portarias SECTICS/MS nº 47 e 48/2025; Nota Técnica Conjunta nº 51/2026.
- Habilitação do enfermeiro: Resolução COFEN nº 802/2026; Lei Federal nº 7.498/1986.
- PNAISM, Rede Alyne e Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
- Ética profissional, autonomia da usuária, livre escolha e vedação à coerção.

Módulo 2 — Direitos Sexuais e Reprodutivos

- Fundamentos internacionais: Cairo/1994, Beijing/1995, OMS.
- Direito à saúde reprodutiva na ordem jurídica brasileira: Lei nº 8.080/1990, PNAISM.
- Autonomia reprodutiva e proibição de coerção contraceptiva (Lei nº 9.263/1996, art. 10, §5º).
- Equidade e acesso a populações vulneráveis.

Módulo 3 — Violência contra a Mulher

- Tipologia da violência: Lei nº 11.340/2006, art. 7º.
- Violência reprodutiva e coerção contraceptiva.
- Indicadores de violência na consulta reprodutiva.
- Abordagem empática e não revitimizante.
- Notificação compulsória: Lei nº 10.778/2003; Portaria MS nº 1.271/2014; SINAN.
- Atenção à vítima de violência sexual: Lei nº 12.845/2013.

- Fluxo municipal de encaminhamento.

Módulo 4 — Farmacologia e Critérios de Elegibilidade

- Etonogestrel: farmacocinética, mecanismo contraceptivo, eficácia e duração.
- Critérios de elegibilidade da OMS (categorias 1 a 4).
- Contraindicações e interações medicamentosas relevantes.

Módulo 5 — Aconselhamento Contraceptivo Qualificado

- Comunicação eficaz e linguagem acessível.
- Comparativo de métodos disponíveis no SUS.
- Grupos específicos: adolescentes, mulheres com HIV, usuárias de substâncias psicoativas, mulheres com transtornos mentais, situação de rua.
- Preenchimento e orientação sobre o TCLE.

Módulo 6 — Técnica de Inserção e Retirada

- Anatomia aplicada; antisepsia e técnica estéril.
- Anestesia local com lidocaína 2% sem vasoconstritor.
- Técnica de inserção conforme a Seção 6 deste protocolo.
- Técnica de retirada conforme a Seção 8 deste protocolo.
- Complicações: reconhecimento e conduta. Implante não palpável: localização por imagem e encaminhamento.

Módulo 7 — Seguimento Clínico e Manejo de Intercorrências

- Padrões de sangramento e conduta conforme a Seção 7 deste protocolo.
- Retornos clínicos e situações que exigem reavaliação ou retirada antecipada.

Módulo 8 — Registros nos Sistemas de Informação do SUS

- Prontuário eletrônico (PEC/e-SUS): campos obrigatórios conforme NT 51/2026, item 2.5.3.
- Códigos SIGTAP, CID-10 e CIAP-2 conforme Seção 11 deste protocolo.

12.7 Avaliação de Competência e Certificação

- Avaliação teórica ao final do módulo teórico, com critério mínimo de aprovação definido pelo organizador do curso.
- Avaliação prática em simulador por checklist estruturado de desempenho técnico.
- Avaliação prática supervisionada em serviço, com checklist de competência aplicado pelo(a) preceptor(a). O(a) profissional somente será considerado(a) apto(a) com o ateste formal de competência técnica satisfatória.
- Emissão de certificado de conclusão ao final das três etapas, que constituirá o documento de habilitação institucional para prática autônoma no SUS Municipal de Poços de Caldas.

12.8 Educação Permanente e Atualização

A habilitação inicial não dispensa processo contínuo de educação permanente, conforme preconizado pela Resolução COFEN nº 802/2026, Anexo, item III.3.b, e pela Resolução COFEN nº 736/2024. A SMS de Poços de Caldas deverá promover atualizações periódicas com periodicidade mínima bianual ou sempre

que ocorrer revisão dos protocolos assistenciais, assegurar a capacitação de profissionais recém-admitidos(as) antes da prática autônoma, monitorar os registros SIGTAP como instrumento de avaliação de qualidade e manter registro atualizado dos(as) profissionais habilitados(as) e de seus certificados.

13. FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA

Este protocolo está fundamentado no seguinte conjunto normativo:

- Constituição Federal de 1988, art. 226, §7º — planejamento familiar como direito fundamental.
- Lei nº 9.263/1996 — regulamenta o planejamento familiar no âmbito do SUS.
- Lei nº 14.443/2022 — amplia o acesso à saúde reprodutiva e à liberdade contraceptiva.
- Lei nº 8.080/1990 — Lei Orgânica da Saúde.
- Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) — tipifica e define as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher.
- Lei nº 10.778/2003 — estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde.
- Lei nº 12.845/2013 — dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual.
- Nota Técnica Conjunta nº 51/2026-CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAFB/DAF/SCTIE/MS — programação, distribuição, qualificação profissional e registros nos sistemas de informação do SUS relativos ao implante subdérmico de etonogestrel.
- Nota Técnica Conjunta nº 419/2025-DGCI/DESCO/SAPS/MS — diretrizes clínicas, operacionais e de direitos humanos para a oferta do implante subdérmico no SUS.
- Portaria SECTICS/MS nº 47/2025 — incorpora o implante subdérmico de etonogestrel ao SUS para mulheres de 18 a 49 anos.
- Portaria SECTICS/MS nº 48/2025 — incorpora o implante subdérmico de etonogestrel ao SUS para adolescentes de 14 a 17 anos.
- Portaria MS nº 1.271/2014 — define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.
- Resolução COFEN nº 802/2026 — normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo, habilitando-o à realização dos procedimentos de inserção e retirada do implante subdérmico.
- Resolução COFEN nº 736/2024 — dispõe sobre o Processo de Enfermagem como metodologia científica obrigatória para a prática profissional do enfermeiro.
- Lei Federal nº 7.498/1986 — Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.
- Resolução SES-MG nº 3.184, de 20 de março de 2012 — institui o SIGAF/SES-MG como sistema centralizador dos dados de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS Estadual, base normativa para o registro de retirada do implante nas farmácias do SUS (Item 5.2).
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM).
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2021.
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Ministério da Saúde, 2011).
- Manual para Inserção do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel 68 mg — Ministério da Saúde.
- Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Métodos Anticoncepcionais — OMS, 5ª ed., 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. 3ª ed. Brasília: MS, 2012.
- Implanon NXT®, bula e documentação técnica do fabricante, 2019.

14. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO — INSERÇÃO DO IMPLANTE CONTRACEPTIVO

Orientações ao(à) Profissional de Saúde

Apresente este documento à usuária em linguagem acessível. Esclareça todas as dúvidas antes da assinatura. O TCLE deve ser assinado antes da realização do procedimento e anexado ao prontuário eletrônico da paciente.

Informações para a Usuária

O implante contraceptivo é um pequeno tubo de plástico, de cerca de 4 centímetros de comprimento por 2 milímetros de largura, contendo o hormônio etonogestrel, colocado debaixo da pele do braço não dominante por um médico ou enfermeiro treinado. Sua ação é contínua por 3 anos. Funciona principalmente de dois modos: impede a ovulação e espessa o muco do colo do útero, dificultando a passagem dos espermatozoides. Tem uma eficácia superior a 99%.

Vantagens

- Método prático e de longa duração (3 anos).
- Evita ter que tomar a pílula todos os dias.
- Não interfere com a relação sexual nem com a amamentação.
- Melhora as cólicas menstruais.
- Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.
- Não diminui a massa óssea (osteoporose).

Desvantagens

- Irregularidades da menstruação: na maioria dos casos, há sangramento irregular, podendo haver aumento do fluxo menstrual ou ausência de menstruação. Estas alterações são mais comuns no primeiro ano e não têm consequências negativas para a saúde da mulher. De cada 100 mulheres, 15 terão sangramento mais frequente.
- Podem ocorrer alterações da pele, dores de cabeça, enjoos, aumento da sensibilidade mamária e variações do humor.
- Podem aparecer cistos benignos nos ovários, que geralmente não necessitam de tratamento.

Técnica para a Inserção do Implante

O implante pode ser colocado até 5 dias após o início da menstruação. Nas puérperas, pode ser colocado imediatamente após o parto a depender do desejo da mulher. É colocado na parte interna do braço, debaixo da pele. É necessária anestesia local. Pode ocorrer alguma dor, algum inchaço ou hematoma pequeno no local da colocação, que passa rapidamente. É removido 3 anos após a sua inserção, ou antes, se desejar. Para a remoção, também é preciso ser aplicada anestesia.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que concordo com a colocação do IMPLANTE conforme me foi explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo tirado todas as minhas dúvidas sobre o assunto. Assim, autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome da Usuária: _____

Documento RG ou CPF: _____

Assinatura da Usuária: _____

Em caso de incapacidade, assina este documento o representante legal da paciente:

Local: _____, ____/____/____

Nome do Representante Legal: _____

Assinatura: _____

Profissional de Saúde Responsável: _____

Categoria/CRM ou COREN: _____ Assinatura: _____

Unidade de Saúde: _____

15. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO — RETIRADA DO IMPLANTE CONTRACEPTIVO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, assine este documento.

Informações sobre a Retirada

A retirada do implante subdérmico é um procedimento simples, realizado com anestesia local, por incisão mínima de aproximadamente 2 mm no local de inserção original. O procedimento dura poucos minutos. Após a retirada, a proteção contraceptiva é imediatamente encerrada; portanto, caso não deseje uma gestação, um novo método contraceptivo deve ser iniciado imediatamente.

A retirada pode ser realizada a qualquer momento, por solicitação da usuária ou por indicação clínica, sem necessidade de período mínimo de uso. Nenhum profissional pode negar ou postergar a retirada sem base clínica justificada.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que concordo com a RETIRADA DO IMPLANTE conforme me foi explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo tirado todas as minhas dúvidas sobre o assunto. Fui informada de que, após a retirada, o efeito contraceptivo cessa imediatamente, e que caso não deseje engravidar, devo iniciar outro método contraceptivo. Assim, autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome da Usuária: _____

Documento RG ou CPF: _____

Assinatura da Usuária: _____

Em caso de incapacidade, assina este documento o representante legal da paciente:

Local: _____, ____/____/____

Nome do Representante Legal: _____

Assinatura: _____

Profissional de Saúde Responsável: _____

Categoria/CRM ou COREN: _____ Assinatura: _____

Unidade de Saúde: _____

ASSINATURAS

José Gabriel Pontes Baeta da Costa

Secretário Municipal de Saúde

JOSE GABRIEL
PONTES BAETA DA
COSTA:08810963695

Assinado de forma digital por
JOSE GABRIEL PONTES BAETA
DA COSTA:08810963695
Dados: 2026.09.16 17:14:45
+03'00"

Alisson Barbosa da Silva

Diretor do Departamento de Atenção à Saúde

Ângela Ferreira da Silva

Gerente da Policlínica Sul

Camila Paula Rodrigues

Coordenadora da Divisão do Núcleo de Especialidades

Lucimara Siqueira Costa Papi

Gerente do Centro Estadual de Atenção Especializada à Saúde da Mulher e da Criança (CEAE)

ANEXO I — FICHA DE CONTROLE SIGAF

Campo	Preenchimento
Nome	
Raça	
Sexo	
Cidade de Nascimento	
CPF	
Identidade (RG)	
Data de Nascimento	
CNS	
Nome da Mãe	
Nome do Pai	
Profissão	
E-mail	
Possui Responsável — Sim () Não ()	
Nome do Responsável	
Endereço	
Bairro	
Cidade	
CEP	
Telefone	
Está grávida — Sim () Não ()	
É hipertenso(a) — Sim () Não ()	
É diabético(a) — Sim () Não ()	
Possui tuberculose — Sim () Não ()	
Possui hanseníase — Sim () Não ()	
Colesterol alto — Sim () Não ()	
Tem dificuldade para cicatrizar feridas — Sim () Não ()	

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____

Data do Preenchimento: ____/____/____

OBS.: É obrigatório o preenchimento do CPF e do CNS.