

# IMPLANON®

(etonogestrel R)

## PROTOCOLO MUNICIPAL PARA A IMPLANTAÇÃO DE PRODUTO NA APS

### 1. INDICAÇÕES

- Mulheres em idade reprodutiva que desejam contraceção de longa duração.
- Indicado para quem não pode ou não deseja métodos com estrogênio.



### 3. EFICÁCIA

- Mais de 99% de eficácia.
- Duração de até 3 anos.
- Rápido retorno à fertilidade após a remoção.



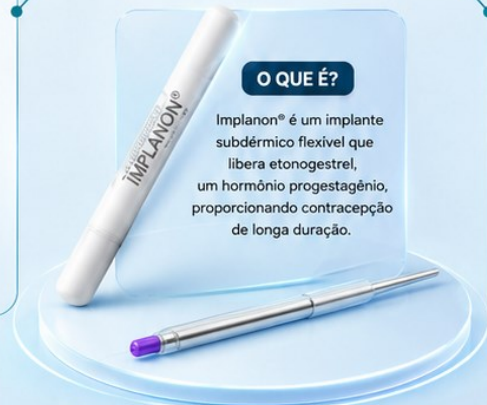
### 2. MECANISMO DE AÇÃO

- Inibe a ovulação.
- Altera o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides.
- Modifica o endométrio, reduzindo a chance de implantação.



### O QUE É?

Implanon® é um implante subdérmico flexível que libera etonogestrel, um hormônio progestagênio, proporcionando contraceção de longa duração.



### 4. INSERÇÃO

- Procedimento simples realizado na APS.
- Anestesia local.
- Inserido na face interna do braço não dominante.
- Dura em média 5 a 10 minutos.



### 5. POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS

- Alterações no padrão menstrual.
- Cefaleia.
- Acne.
- Sensibilidade mamária.
- Alterações de humor.
- Raros: ganho de peso.



### 6. REMOÇÃO

- Procedimento simples realizado por profissional capacitado.
- Feito com pequena incisão.
- Imediato retorno da fertilidade.



### ACOMPANHAMENTO NA APS

Acompanhamento periódico para avaliação de tolerância, efeitos adversos e orientação contínua.



ESCOLHA CONSCIENTE. SAÚDE. AUTONOMIA. FUTURO.



PREFEITURA DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO



SAÚDE  
ITARIRI



**PROTOCOLO MUNICIPAL  
PARA IMPLANTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL  
(IMPLANON®)**

Planejamento Reprodutivo e Contracepção de Longa Duração (LARC)

Versão 1.0

2026

**Itariri – SP**

Elaboração

**Departamento Municipal de Saúde de Itariri**

**Coordenação da Atenção Primária à Saúde**

**Coordenação de Saúde da Mulher**

**Estratégia Saúde da Família**

---

Finalidade

**Padronizar os critérios de indicação, inserção, acompanhamento, retirada e monitoramento do implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Itariri-SP.**

Revisão Programada

**Janeiro de 2027**

---

FICHA CATALOGRÁFICA INSTITUCIONAL

**ITARIRI (SP). Departamento Municipal de Saúde.**

Protocolo Municipal para Implantação e Utilização do Implante Subdérmico de

Etonogestrel (Implanon®).

**Itariri-SP: Departamento Municipal de Saúde, 2026.**

---

**XX páginas.**

**1. Planejamento Reprodutivo.**

**2. Saúde da Mulher.**

**3. Atenção Primária à Saúde.**

**4. Contracepção.**

**5. Implanon®.**

**CDD: 613.94**



## SUMÁRIO

ITEM	DESCRIÇÃO	PÁGINA
1	Apresentação	01
2	Objetivos	02
3	Fundamentação Legal	03
4	Definições	04
5	Público-Alvo e Critérios de Elegibilidade	05
6	Contraindicações	07
7	Profissionais Habilitados	08
8	Aconselhamento e Consentimento	09
9	Critérios para Exclusão de Gravidez	10
10	Momentos de Inserção	11
11	Técnica de Inserção	12
12	Cuidados Pós-Procedimento	14
13	Manejo dos Efeitos Adversos	15
14	Acompanhamento Clínico	17
15	Retirada do Implante	18
16	Registro em Sistemas Oficiais	19
17	Indicadores de Monitoramento	20
18	Responsabilidades Institucionais	21
19	Fluxograma Municipal	22
20	Anexos	

## APRESENTAÇÃO

O planejamento reprodutivo constitui direito fundamental garantido pela Constituição Federal, pela Lei nº 9.263/1996 e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a homens e mulheres o direito à livre decisão sobre sua reprodução.

Entre os métodos contraceptivos disponíveis, os Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (*Long Acting Reversible Contraception – LARC*) destacam-se por apresentarem elevada eficácia, longa duração, segurança e independência do uso diário pela usuária.

O Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) é um método contraceptivo hormonal reversível, com eficácia superior a 99%, duração de até três anos e rápida recuperação da fertilidade após sua retirada.

A implantação deste protocolo visa ampliar o acesso ao método para populações prioritárias e em situação de vulnerabilidade, fortalecendo as políticas públicas de planejamento reprodutivo e contribuindo para a redução das gestações não planejadas no Município de Itariri.

## OBJETIVOS



# PROTOCOLO MUNICIPAL IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ITARIRI/SP



## 1. OBJETIVOS

### 1.1 Objetivo Geral

Instituir o protocolo municipal para oferta, inserção, acompanhamento e retirada do implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Município de Itariri.

### 1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Ampliar o acesso aos métodos contraceptivos de longa duração.
- ✓ Reduzir gestações não planejadas.
- ✓ Reduzir a recorrência de gravidez na adolescência.
- ✓ Promover equidade em saúde.
- ✓ Fortalecer o planejamento reprodutivo.
- ✓ Garantir autonomia reprodutiva.



## 2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Este protocolo fundamenta-se em:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 8.080/1990;
- Lei nº 9.263/1996;
- Diretrizes do Ministério da Saúde;
- Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS;
- Manual de Planejamento Reprodutivo do Ministério da Saúde;
- Resolução COFEN nº 690/2022;
- Resolução COFEN nº 802/2026;
- Recomendações FEBRASGO;
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes.



DIREITOS REPRODUTIVOS  
SAÚDE E AUTONOMIA



PLANEJAMENTO  
REPRODUTIVO:  
ESCOLHA E LIBERDADE



CUIDAR DE VOCÊ  
É CUIDAR DO FUTURO

### 1.1 Objetivo Geral

Instituir o protocolo municipal para oferta, inserção, acompanhamento e retirada do implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Município de Itariri.

### 1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Ampliar o acesso aos métodos contraceptivos de longa duração.
- ✓ Reduzir gestações não planejadas.
- ✓ Reduzir a recorrência de gravidez na adolescência.
- ✓ Promover equidade em saúde.
- ✓ Fortalecer o planejamento reprodutivo.
- ✓ Garantir autonomia reprodutiva.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Este protocolo fundamenta-se em:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 8.080/1990;
- Lei nº 9.263/1996;
- Diretrizes do Ministério da Saúde;
- Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS;
- Manual de Planejamento Reprodutivo do Ministério da Saúde;

- Resolução COFEN nº 690/2022;
- Resolução COFEN nº 802/2026;
- Recomendações FEBRASGO;
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes.

### 3. DEFINIÇÕES

#### Implante Subdérmico de Etonogestrel

**(Implanon®):** Método contraceptivo hormonal reversível de longa duração (LARC), com eficácia superior a 99% e duração de até 3 anos.

**LARC:** Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, altamente eficazes e independentes do uso diário.

#### Planejamento

**Reprodutivo:** Conjunto de ações que garantem o direito de decidir livremente sobre a reprodução e a contracepção.

#### Aconselhamento

**Contraceptivo:** Orientação realizada por profissional de saúde sobre benefícios, riscos, limitações e alternativas contraceptivas.

**Dupla Proteção:** Uso simultâneo do implante e do preservativo para prevenção da gravidez e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

**Inserção e Retirada:** Procedimentos realizados por profissional habilitado para colocação ou remoção do implante.

**Crítérios para Exclusão de Gravidez:** Condições clínicas que permitem afirmar, com segurança razoável, que a usuária não está grávida no momento da inserção.

**Evento Adverso:** Qualquer efeito indesejado relacionado ao uso do implante, incluindo alterações menstruais, cefaleia, acne, mastalgia ou ganho de peso.

**IMPLANON®**  
(etonogestrel R)  
PROTOCOLO MUNICIPAL PARA A IMPLANTAÇÃO DE PRODUTO NA APS

**4. POPULAÇÃO PRIORITÁRIA**

Poderão ser contempladas usuárias entre 14 e 49 anos que apresentem vulnerabilidade social, clínica ou reprodutiva.

**VULNERABILIDADE SOCIAL**

- Situação de rua.
- Acolhimento institucional.
- Medida socioeducativa.
- Trabalhadoras do sexo.
- Violência sexual.
- Violência doméstica.

**VULNERABILIDADE CLÍNICA**

- HIV/AIDS.
- Sífilis.
- Hepatites virais.
- Transtornos mentais graves.
- Deficiência intelectual grave.

**VULNERABILIDADE REPRODUTIVA**

- Adolescente com gestação anterior.
- Multiparidade (≥3 gestações).
- Histórico de gravidez não planejada.
- Baixa adesão a métodos convencionais.
- Contraindicação ao uso de estrogênio.

**5. MECANISMO DE AÇÃO**

O etonogestrel atua por:

- Supressão da ovulação.
- Espessamento do muco cervical.
- Alteração do endométrio.

**6. EFICÁCIA**

MÉTODO	TAXA DE FALHA
Implante Etonogestrel	<0,1%
DIU Hormonal	<0,2%
DIU Cobre	0,8%
Pílula	7%
Preservativo Masculino	13%

EFICÁCIA SUPERIOR A 99%

**7. CONTRAINDICAÇÕES**

CATEGORIA 4 OMS

- Gravidez confirmada.
- Suspeita de gravidez.
- Câncer de mama atual.
- Sangramento uterino inexplicado.
- Doença hepática grave.
- Tumores hepáticos.
- Cirrose descompensada.
- Hipersensibilidade ao produto.

Em caso de dúvidas, avaliar conforme Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS.

ESCOLHA. INFORMAÇÃO. AUTONOMIA.

SAÚDE COM EQUIDADE  
CUIDAR HOJE PARA TRANSFORMAR O AMANHÃ.



#### 4. PÚBLICO-ALVO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

O Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) **deverá ser ofertado** prioritariamente a mulheres, homens trans e pessoas não binárias com útero, em idade fértil (14 a 49 anos), **que** apresentem vulnerabilidade social, clínica ou reprodutiva, **observando os princípios** da equidade e da integralidade **do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

##### 4.1 Critérios de Prioridade

**4.1.1 Vulnerabilidade Social** - São consideradas prioritárias as pessoas que se encontrem em uma ou mais das seguintes situações:

- Situação de rua;
- Acolhimento institucional;
- Cumprimento de medida socioeducativa;
- Trabalhadoras(es) do sexo;
- Histórico ou situação atual de violência sexual;
- Histórico ou situação atual de violência doméstica e familiar.

**4.1.2 Vulnerabilidade Clínica** - Incluem-se como prioritárias:

- Pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- Pessoas com sífilis ou outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Pessoas com hepatites virais crônicas;
- Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes;
- Pessoas com deficiência intelectual ou condição que comprometa significativamente a autonomia reprodutiva.

**4.1.3 Vulnerabilidade Reprodutiva** - São consideradas situações prioritárias:

- Adolescente com histórico de gestação anterior;
- Multiparidade (três ou mais gestações prévias);
- Histórico de gravidez não planejada;
- Dificuldade de adesão aos métodos contraceptivos de uso diário;
- Contraindicação ao uso de métodos contendo estrogênio;
- Desejo expresso de utilização de método contraceptivo reversível de longa duração (LARC).

**4.2 Critérios Gerais de Elegibilidade** - Para utilização do implante subdérmico deverão ser observados os seguintes critérios:

- Ausência de contraindicações clínicas previstas neste protocolo;
- Ausência de gravidez confirmada ou suspeita;
- Consentimento livre e esclarecido da usuária;
- Compreensão das orientações relativas ao método;
- Disponibilidade para acompanhamento na Atenção Primária à Saúde quando necessário.

A elegibilidade **deverá ser definida mediante** avaliação **clínica individualizada realizada** por profissional habilitado, **respeitando a autonomia da usuária e os princípios éticos** do planejamento reprodutivo.

#### 5. MECANISMO DE AÇÃO - O etonogestrel atua por:

- Supressão da ovulação.
- Espessamento do muco cervical.
- Alteração do endométrio

## 6. EFICÁCIA - Eficácia superior a 99%.

Método	Taxa de Falha
<b>IMPLANON</b>	<b>&lt;0,1%</b>
<b>DIU Hormonal</b>	<b>&lt;0,2%</b>
<b>DIU Cobre</b>	<b>0,8%</b>
<b>Pílula</b>	<b>7%</b>
<b>Preservativo Masculino</b>	<b>13%</b>

## 7. CONTRAINDICAÇÕES

- Categoria 4 OMS
- Gravidez confirmada.
- Suspeita de gravidez.
- Câncer de mama atual.
- Sangramento uterino inexplicado.
- Doença hepática grave.
- Tumores hepáticos.
- Cirrose descompensada.
- Hipersensibilidade ao produto.

## 8. PROFISSIONAIS HABILITADOS

- Médico
- Responsável por:
- Avaliação clínica.
- Inserção.
- Retirada.
- Manejo de complicações.
- Enfermeiro
- Poderá realizar:
- Avaliação inicial.
- Aconselhamento.
- Inserção.
- Retirada.
- Desde que possua:
- Capacitação mínima de 16 horas.
- Certificação reconhecida.
- Três inserções supervisionadas documentadas.

## 9. ACONSELHAMENTO

Antes da inserção deverão ser abordados:

- Eficácia.
- Duração de 3 anos.
- Reversibilidade.
- Possibilidade de retirada a qualquer momento.
- Alterações menstruais.
- Necessidade de preservativo para prevenção de IST.

### IMPLANON® (etonogestrel R)

PROTÓCOLO MUNICIPAL PARA A IMPLANTAÇÃO DE PRODUTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### 5. MECANISMO DE AÇÃO

O etonogestrel atua por:

- 1 SUPRESSÃO DA OVULAÇÃO.**  
Inibe a liberação do óvulo dos ovários.
- 2 ESPESSAMENTO DO MUCO CERVICAL.**  
Dificulta a passagem dos espermatozoides.
- 3 ALTERAÇÃO DO ENDOMETRIO.**  
Torna o endométrio menos adequado para a implantação.

**AÇÃO CONTÍNUA, REVERSÍVEL E DE LONGA DURAÇÃO.**  
Proteção por até 3 anos.

#### 6. EFICÁCIA

MÉTODO	TAXA DE FALHA
Implante Etonogestrel	<b>&lt;0,1%</b>
DIU Hormonal	<b>&lt;0,2%</b>
DIU Cobre	<b>0,8%</b>
Pílula	<b>7%</b>
Preservativo Masculino	<b>13%</b>

**EFICÁCIA SUPERIOR A 99%**

Equipe sua vida com proteção, liberdade e segurança.

#### 7. CONTRAINDICAÇÕES

**CATEGORIA 4 OMS**

- ✗ Gravidez confirmada.
- ✗ Suspeita de gravidez.
- ✗ Câncer de mama atual.
- ✗ Sangramento uterino inexplicado.
- ✗ Doença hepática grave.
- ✗ Tumores hepáticos.
- ✗ Cirrose descompensada.
- ✗ Hipersensibilidade ao produto.

Em caso de dúvidas, avaliar conforme Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS.

#### 8. PROFISSIONAIS HABILITADOS

##### MÉDICO

Responsável por:

- ✓ Avaliação clínica.
- ✓ Inserção.
- ✓ Retirada.
- ✓ Manejo de complicações.

##### ENFERMEIRO

Poderá realizar:

- ✓ Avaliação inicial.
- ✓ Aconselhamento.
- ✓ Inserção.
- ✓ Retirada.

**DESDE QUE POSSUA:**

- Capacitação mínima de 16 horas.
- Certificação reconhecida.
- Três inserções supervisionadas documentadas.

CUIDAR HOJE PARA TRANSFORMAR O AMANHÃ.

- Possíveis efeitos adversos.

## 10. TERMO DE CONSENTIMENTO



### IMPLANON® (etonogestrel R)

### PROTOKOLO MUNICIPAL PARA A IMPLANTAÇÃO DE PRODUTO NA APS



**10. TERMO DE CONSENTIMENTO**

Deverá ser realizado aconselhamento contraceptivo individualizado, contemplando:

- Benefícios;
- Limitações;
- Possíveis efeitos adversos;
- Ausência de proteção contra IST;
- Necessidade de dupla proteção.

A inserção somente ocorrerá após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**11. CONFIRMAÇÃO DE AUSÊNCIA DE GRAVIDEZ**

Pode ser utilizada a Lista de Verificação de Gravidez da OMS

- Quando houver dúvida:
- Teste rápido de gravidez.
- Beta-HCG sérico.

**12. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DE GRAVIDEZ**

A inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) poderá ser realizada quando houver certeza razoável de ausência de gravidez, sem necessidade obrigatória de teste laboratorial em todos os casos.

Considera-se excluída a possibilidade de gravidez quando a usuária apresentar pelo menos uma das seguintes condições:

- Menstruação iniciada há até 7 dias;
- Ausência de relação sexual desprotegida desde a última menstruação;
- Até 7 dias após aborto espontâneo ou provocado;
- Até 4 semanas após o parto;
- Aleitamento materno exclusivo ou predominante, amenorreia e menos de 6 meses pós-parto;
- Uso correto e contínuo de método contraceptivo eficaz.

Na ausência desses critérios, ou havendo dúvida clínica, deverá ser realizado teste rápido de gravidez ou Beta-HCG antes da inserção. A avaliação utilizada para exclusão de gravidez deverá ser registrada em prontuário e na ficha de inserção do implante.



**DIREITOS REPRODUTIVOS SAÚDE E AUTONOMIA** | **PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: ESCOLHA E LIBERDADE** | **ACOLHIMENTO, RESPEITO E INFORMIÇÃO** | **CUIDAR DE VOCÊ É CUIDAR DO FUTURO**

Deverá ser realizado aconselhamento contraceptivo individualizado, contemplando:

- Benefícios;
- Limitações;
- Possíveis efeitos adversos;
- Ausência de proteção contra IST;
- Necessidade de dupla proteção.

A inserção somente ocorrerá após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 11. CONFIRMAÇÃO DE AUSÊNCIA DE GRAVIDEZ

Pode ser utilizada a Lista de Verificação de Gravidez da OMS

- Quando houver dúvida:
- Teste rápido de gravidez.
- Beta-HCG sérico.

## 12. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DE GRAVIDEZ

A inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) poderá ser realizada quando houver certeza razoável de ausência de gravidez, sem necessidade obrigatória de teste laboratorial em todos

os casos. **Considera-se excluída a possibilidade de gravidez quando a usuária** apresentar pelo menos uma das seguintes condições:\

- Menstruação iniciada há até 7 dias;
- Ausência de relação sexual desprotegida desde a última menstruação;
- Até 7 dias após aborto espontâneo ou provocado;
- Até 4 semanas após o parto;
- Aleitamento materno exclusivo ou predominante, amenorreia e menos de 6 meses pós-parto;
- Uso correto e contínuo de método contraceptivo eficaz.

**Na ausência desses critérios, ou havendo dúvida clínica, deverá ser realizado teste rápido de gravidez ou Beta-HCG antes da inserção. A avaliação utilizada para exclusão de gravidez deverá ser registrada em prontuário e na ficha de inserção do implante.**

### 13. MOMENTOS DE INSERÇÃO

- **Ciclo Menstrual** - 1º ao 5º dia do ciclo.
- **Pós-parto**
- **Não Lactante** - Até 21 dias.
- **Lactante** - A partir da 4ª semana pós-parto.
- **Pós-aborto** - Imediatamente ou até 7 dias.
- **Troca de Método** - Sem necessidade de intervalo.



(etonogestrel R)



### PROTOCOLO MUNICIPAL PARA A IMPLANTAÇÃO DE PRODUTO NA APS



**13. MOMENTOS DE INSERÇÃO**

- Ciclo Menstrual**  
1º ao 5º dia do ciclo.
- Pós-parto**
  - Não Lactante - Até 21 dias.
  - Lactante - A partir da 4ª semana pós-parto.
- Pós-aborto**  
Imediatamente ou até 7 dias.
- Troca de Método**  
Sem necessidade de intervalo.

**14. TÉCNICA DE INSERÇÃO**

LOCAL	MATERIAL	PROCEDIMENTO
Face interna do braço não dominante.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implante</li><li>• Campo estéril</li><li>• Clorexidina alcoólica</li><li>• Lidocaína 2%</li><li>• Seringa</li><li>• Agulha</li><li>• Curativo compressivo</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Antissepsia.</li><li>2 Anestesia local.</li><li>3 Inserção subdérmica.</li><li>4 Palpação do implante.</li><li>5 Curativo.</li><li>6 Orientações.</li></ol>

**15. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO**

- Manter curativo por 24 horas.
- Evitar trauma local.
- Procurar UBS em caso de:
  - Dor intensa.
  - Vermelhidão.
  - Secreção.
  - Febre.



**16. MANEJO DOS EFEITOS ADVERSOS**

FREQUENTES	MENOS FREQUENTES	SANGRAMENTO IRREGULAR
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sangramento irregular.</li><li>• Amenorreia.</li><li>• Cefaleia.</li><li>• Acne.</li><li>• Mastalgia.</li><li>• Alterações de humor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ganho ponderal.</li><li>• Cistos ovarianos funcionais.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Após exclusão de:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Gravidez.</li><li>◦ IST.</li><li>◦ Patologia ginecológica.</li></ul></li><li>• Poderá ser utilizado:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Ibuprofeno - 400 a 600 mg VO 8/8h por 5 a 7 dias.</li><li>◦ Ácido Tranexâmico - 500 mg VO 8/8h por 5 a 7 dias.</li><li>◦ Anticoncepcional Combinado - 1 a 3 ciclos - Quando não houver contra-indicação ao estrogênio.</li></ul></li></ul>

**17. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO**

PRIMEIRO RETORNO - 7 A 30 DIAS

**AVALIAR**

- ✓ Local da inserção.
- ✓ Cicatrização.
- ✓ Efeitos adversos.
- ✓ Adaptação ao método.

Acompanhamento anual ou sempre que necessário.

**18. RETIRADA DO IMPLANTE**

A retirada deverá ser garantida:

- A pedido da usuária.
- Ao término de 3 anos.
- Gravidez.
- Efeito adverso intolerável.
- Indicação clínica.





## 14. TÉCNICA DE INSERÇÃO

### Local

- Face interna do braço não dominante.

### Material

#### Implante

- Campo estéril.
- Clorexidina alcoólica.
- Lidocaína 2%.
- Seringa.
- Agulha.
- Curativo compressivo.

#### Procedimento

- Antissepsia.
- Anestesia local.
- Inserção subdérmica.
- Palpação do implante.
- Curativo.
- Orientações.

## 15. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

- Manter curativo por 24 horas.
- Evitar trauma local.
- Procurar UBS em caso de:
  - Dor intensa.
  - Vermelhidão.
  - Secreção.
  - Febre.

## 16. MANEJO DOS EFEITOS ADVERSOS

### Frequentes

- Sangramento irregular.
- Amenorreia.
- Cefaleia.
- Acne.
- Mastalgia.
- Alterações de humor.

### Menos Frequentes

- Ganho ponderal.
- Cistos ovarianos funcionais.

### Sangramento irregular

- Após exclusão de:



- Gravidez.
- IST.
- Patologia ginecológica.
- **Poderá ser utilizado:**
  - Ibuprofeno - 400 a 600 mg VO 8/8h por 5 a 7 dias.
  - Ácido Tranexâmico - 500 mg VO 8/8h por 5 a 7 dias.
  - Anticoncepcional Combinado - 1 a 3 ciclos - Quando não houver contraindicação ao estrogênio.

---

## 17. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

### Primeiro Retorno - 7 a 30 dias - Avaliar

- Local da inserção.
- Cicatrização.
- Efeitos adversos.
- Adaptação ao método.

---

## 18. RETIRADA DO IMPLANTE

A retirada deverá ser garantida:

- A pedido da usuária.
- Ao término de 3 anos.
- Gravidez.
- Efeito adverso intolerável.
- Indicação clínica.

---

## 19. REGISTRO EM SISTEMAS OFICIAIS

### CID-10

- Z30.0 – Aconselhamento contraceptivo.
- Z30.8 – Outros procedimentos anticoncepcionais.

### CIAP-2

- W14 – Contraceção.

### SIGTAP

- 03.01.04.017-6 – Inserção do implante subdérmico liberador de etonogestrel.
- 03.01.04.018-4 – Retirada do implante subdérmico liberador de etonogestrel.

---

## 16. INDICADORES DE MONITORAMENTO

### Monitoramento trimestral pela Coordenação da APS:

- Número de implantes inseridos;
- Número de implantes retirados;
- Taxa de continuidade em 12 meses;
- Taxa de gravidez durante o uso do método;
- Número de adolescentes contempladas;
- Número de usuárias em situação de vulnerabilidade;
- Eventos adversos registrados. \



## 17. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Departamento Municipal de Saúde

**Compete ao Departamento Municipal de Saúde:**


- Garantir aquisição e distribuição dos implantes;
- Capacitar profissionais;
- Garantir insumos necessários;
- Monitorar indicadores;
- Garantir acesso à retirada;
- Promover educação permanente.

## 18. FLUXOGRAMA MUNICIPAL






ANEXOS (MODELOS) - ANEXO I



**PREFEITURA DE ITARIRI**  
O NOVO TEMPO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®)**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**SAÚDE ITARIRI**

**IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ UBS/ESF de Referência: \_\_\_\_\_

**ESCLARECIMENTOS**

Declaro que recebi orientações sobre o Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®), método contraceptivo hormonal reversível de longa duração, com eficácia superior a 99% e duração de até 3 (três) anos.

Fui informada de que:

<input type="checkbox"/> O implante é inserido sob a pele do braço por profissional habilitado.	<input type="checkbox"/> Podem ocorrer alterações do padrão menstrual, incluindo sangramento irregular, aumento ou redução do fluxo menstrual ou ausência de menstruação.
<input type="checkbox"/> O método tem duração contraceptiva de até 3 anos.	<input type="checkbox"/> Outros efeitos adversos podem ocorrer, como cefaleia, acne, mastalgia, alterações de humor ou ganho de peso.
<input type="checkbox"/> A fertilidade retorna após a retirada do implante.	<input type="checkbox"/> Tenho direito de solicitar a retirada do implante a qualquer momento.
<input type="checkbox"/> O implante não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), incluindo HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/> Fui informada sobre outros métodos contraceptivos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).
<input type="checkbox"/> Recomenda-se o uso de preservativos para prevenção de IST.	<input type="checkbox"/> Tive oportunidade de fazer perguntas e obtive respostas satisfatórias.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Após receber informações claras e suficientes sobre o método contraceptivo, seus benefícios, possíveis riscos, efeitos adversos e alternativas disponíveis, declaro que:

Compreendi as informações recebidas.  
 Estou ciente dos benefícios e limitações do método.  
 Concordo voluntariamente com a inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®).  
 Autorizo a realização do procedimento por profissional habilitado do Departamento Municipal de Saúde de Itariri.

**DADOS DO PROCEDIMENTO**

Data da Inserção: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Braço utilizado:  
 Direito     Esquerdo  
Lote do Implante: \_\_\_\_\_  
Data Prevista para Retirada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ASSINATURAS**

**Usuária**  
Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Profissional Responsável**  
Nome: \_\_\_\_\_  
Categoria Profissional: \_\_\_\_\_  
Registro Profissional: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 18 ANOS**



Nome do Responsável Legal: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Declaro ter recebido orientações sobre o procedimento, estando ciente de seus benefícios, riscos e alternativas, concordando com sua realização.

**Assinatura do Responsável:** \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## ANEXO II - Ficha de Inserção do Implante

 <b>FICHA DE INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®)</b> 		
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE		
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA</b> Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos CPF: _____ Cartão SUS: _____ Telefone: _____ Endereço: _____ UBS/ESF de Referência: _____ Prontuário nº: _____	<b>2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE</b> <input type="checkbox"/> Adolescente com gestação anterior <input type="checkbox"/> Sífilis ou outra IST <input type="checkbox"/> Multiparidade (≥ 3 gestações) <input type="checkbox"/> Transtorno mental grave <input type="checkbox"/> Situação de vulnerabilidade social <input type="checkbox"/> Contraindicação ao estrogênio <input type="checkbox"/> Situação de rua <input type="checkbox"/> Baixa adesão a métodos contraceptivos <input type="checkbox"/> Violência sexual/doméstica <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> HIV/AIDS	
<b>3. EXCLUSÃO DE GRAVIDEZ</b> Data da Última Menstruação (DUM): ____/____/____ Critério utilizado para exclusão de gravidez: <input type="checkbox"/> Menstruação iniciada há até 7 dias <input type="checkbox"/> Sem relação sexual desprotegida desde a última menstruação <input type="checkbox"/> Até 7 dias pós-aborto <input type="checkbox"/> Até 4 semanas pós-parto <input type="checkbox"/> Aleitamento materno exclusivo + amenorreia + < 6 meses pós-parto <input type="checkbox"/> Uso correto de método contraceptivo eficaz <input type="checkbox"/> Teste rápido de gravidez negativo <input type="checkbox"/> Beta-HCG negativo Data do Teste (se realizado): ____/____/____ Resultado: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	<b>4. CONTRAINDICAÇÕES</b> A usuária apresenta alguma das condições abaixo? <input type="checkbox"/> Gravidez confirmada ou suspeita <input type="checkbox"/> Câncer de mama atual ou suspeito <input type="checkbox"/> Sangramento uterino sem investigação <input type="checkbox"/> Doença hepática grave <input type="checkbox"/> Tumor hepático <input type="checkbox"/> Cirrose descompensada <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade ao etonogestrel <input type="checkbox"/> Nenhuma contraindicação identificada	
<b>6. DADOS DO PROCEDIMENTO</b> Data da Inserção: ____/____/____ Horário: ____ : ____ Braço utilizado: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo Lote do Implante: _____ Validade: ____/____/____ Data prevista para retirada: ____/____/____ Anestésico utilizado: <input type="checkbox"/> Lidocaína 2% <input type="checkbox"/> Outro: _____ Quantidade: _____ Intercorrências durante o procedimento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	<b>5. ACONSELHAMENTO REALIZADO</b> Foi orientada quanto a: <input type="checkbox"/> Eficácia superior a 99% <input type="checkbox"/> Possíveis efeitos adversos <input type="checkbox"/> Duração de até 3 anos <input type="checkbox"/> Ausência de proteção contra IST <input type="checkbox"/> Possibilidade de retirada a qualquer momento <input type="checkbox"/> Necessidade de uso de preservativos <input type="checkbox"/> Retorno da fertilidade após retirada <input type="checkbox"/> Métodos contraceptivos alternativos <input type="checkbox"/> Possíveis alterações menstruais <input type="checkbox"/> Assinatura do TCLE realizada	
<b>7. AVALIAÇÃO PÓS-PROCEDIMENTO</b> Implante palpável após inserção? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Curativo realizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Orientações pós-procedimento fornecidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cartão da usuária entregue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>8. REGISTRO EM SISTEMA</b> CID-10: <input type="checkbox"/> Z30.0 <input type="checkbox"/> Z30.8 CIAP-2: <input type="checkbox"/> W14 SIGTAP: <input type="checkbox"/> 03.01.04.017-6 – Inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel Registro realizado no e-SUS PEC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>9. ASSINATURAS</b>		
<b>USUÁRIA</b> Nome: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____	<b>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL</b> Nome: _____ Categoria Profissional: _____ Registro Profissional: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____	<b>RETORNO PROGRAMADO</b> Data agendada: ____/____/____ Horário: ____ : ____ Unidade: _____
<b>OBSERVAÇÕES:</b> • Entregar cópia do Cartão da Usuária. • Arquivar esta ficha em prontuário.		<b>Departamento Municipal de Saúde de Itariri – SP</b> Protocolo Municipal para Implantação e Utilização do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) – Versão 1.0 – 2026



**ANEXO III - Ficha de Retirada do Implante**

<b>ANEXO III</b>		
<b>FICHA DE RETIRADA DO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®)</b>		
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE		
 PREFEITURA DE <b>ITARIRI</b> O NOVO TEMPO		
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA</b>	<b>2. DADOS DO IMPLANTE</b>	
Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos CPF: _____ Cartão SUS: _____ Telefone: _____ Endereço: _____ UBS/ESF de Referência: _____ Prontuário nº: _____	Data da Inserção: ____/____/____ Braço em que foi inserido: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo Lote do Implante: _____ Validade: ____/____/____ Data prevista para retirada: ____/____/____ Tempo de uso: ____ anos ____ meses ____ dias	
<b>3. MOTIVO DA RETIRADA</b>		
<input type="checkbox"/> Término do prazo de validade (até 3 anos) <input type="checkbox"/> Ganho de peso <input type="checkbox"/> Mastalgia <input type="checkbox"/> Desejo de engravidar <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Acne / alterações de pele <input type="checkbox"/> Troca por outro método contraceptivo <input type="checkbox"/> Sangramento irregular persistente <input type="checkbox"/> Alterações de humor <input type="checkbox"/> Queixa ou complicação local		
<b>4. AVALIAÇÃO PRÉ-PROCEDIMENTO</b>	<b>5. DADOS DO PROCEDIMENTO</b>	
Implante palpável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sinais de infecção local? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alteração da pele ou cicatriz? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Distância da extremidade proximal do implante até o epicôndilo medial (aprox.): ____ cm Outras observações: _____	Data da Retirada: ____/____/____ Horário: ____:____ Braço: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo Anestésico utilizado: <input type="checkbox"/> Lidocaína 2% Quantidade: _____ mL <input type="checkbox"/> Outro: _____ Técnica utilizada: <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Guiada por palpação <input type="checkbox"/> Outra: _____ Intercorrências durante o procedimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ Implante íntegro após a retirada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>6. AVALIAÇÃO PÓS-PROCEDIMENTO</b>	<b>7. ESCOLHA DO NOVO MÉTODO CONTRACEPTIVO</b>	
Sangramento durante o procedimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Hematoma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Sinais de infecção após procedimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Orientações pós-procedimento fornecidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cartão da usuária atualizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não deseja método no momento <input type="checkbox"/> Preservativo masculino <input type="checkbox"/> Preservativo feminino <input type="checkbox"/> Anticoncepcional hormonal combinado (ACO) <input type="checkbox"/> Anticoncepcional hormonal só com progestagênio <input type="checkbox"/> DIU de cobre <input type="checkbox"/> DIU hormonal (levonorgestrel) <input type="checkbox"/> Injetável mensal <input type="checkbox"/> Injetável trimestral <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>8. ORIENTAÇÕES PÓS-RETIRADA</b>	<b>9. REGISTRO EM SISTEMA</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter curativo por 24 horas.</li><li>• Evitar molhar o local nas primeiras 24 horas.</li><li>• Evitar esforços com o braço nas primeiras 24 horas.</li><li>• Observar sinais de infecção: vermelhidão, dor intensa, secreção ou febre.</li><li>• Procurar unidade de saúde se apresentar qualquer intercorrência.</li><li>• A fertilidade retorna rapidamente após a retirada do implante.</li><li>• Usar método contraceptivo imediatamente, se desejar evitar gravidez.</li></ul>	CID-10: <input type="checkbox"/> Z30.46 <input type="checkbox"/> Z30.49 <input type="checkbox"/> Outro: _____ CIAP-2: <input type="checkbox"/> W14 SIGTAP: <input type="checkbox"/> 03.01.04.018-4 – Retirada do Implante Subdérmico de Etonogestrel Registro realizado no e-SUS PEC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>10. ASSINATURAS</b>		
<b>USUÁRIA</b> Nome: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____	<b>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL</b> Nome: _____ Categoria Profissional: _____ Registro Profissional: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____	<b>TESTEMUNHA (opcional)</b> Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____
 <b>OBSERVAÇÕES:</b> • Entregar cópia do Cartão da Usuária atualizado. • Arquivar esta ficha em prontuário.	Departamento Municipal de Saúde de Itariri – SP Protocolo Municipal para Utilização do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) Versão 1,0 – 2026	



### ANEXO IV - Cartão da Usuária

FRENTE

VERSO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP**  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## CARTÃO DA USUÁRIA

### IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®)

**MÉTODO CONTRACEPTIVO HORMONAL REVERSÍVEL DE LONGA DURAÇÃO – EFICÁCIA SUPERIOR A 99%**

**DADOS DA USUÁRIA**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
UBS/ESF de Referência: \_\_\_\_\_

Verifique periodicamente a presença do implante através do toque leve no braço.

**DADOS DO IMPLANTE**

Data da Inserção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Braço utilizado: ( ) Direito ( ) Esquerdo  
Lote do Implante: \_\_\_\_\_  
Validade do Implante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data prevista para retirada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O implante tem duração de até 3 (três) anos. Após essa data, procure a unidade de saúde para avaliação e retirada.

**PROTEÇÃO**

O IMPLANON® NÃO PROTEGE CONTRA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST), INCLUINDO HIV/AIDS.

USE PRESERVATIVOS MASCULINOS OU FEMININOS. DUPLA PROTEÇÃO: PREVINE GRAVIDEZ E IST.

**EM CASO DE DÚVIDAS OU QUALQUER ALTERAÇÃO, PROCURE SUA UNIDADE DE SAÚDE.**

**SOBRE O IMPLANTE**

- Método contraceptivo hormonal de longa duração (até 3 anos).
- Muito eficaz, mas não protege contra IST.
- A fertilidade retorna rapidamente após a retirada.
- Pode causar alterações no padrão menstrual (sangramento irregular, ausência de menstruação ou aumento do fluxo).
- Outros possíveis efeitos: cefaleia, acne, mastalgia, alterações de humor, ganho de peso, entre outros.
- Você pode solicitar a retirada do implante a qualquer momento.

**PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE SE:**

- Não conseguir sentir o implante.
- Apresentar dor, vermelhidão, inchaço ou secreção no local.
- Suspeitar de gravidez.
- Tiver dúvidas ou desejar retirar o implante.

**ACOMPANHAMENTO**

Recomenda-se retorno na unidade de saúde conforme orientação do profissional. Leve sempre este cartão em suas consultas.

**MEUS RETORNOS**

DATA	MOTIVO DA CONSULTA	PROFISSIONAL	UNIDADE
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			

**LEMBRETES IMPORTANTES**

- ✓ Verifique se consegue sentir o implante no braço.
- ✓ Use preservativos em todas as relações sexuais.
- ✓ Mantenha seus exames e consultas em dia.
- ✓ Em caso de dúvidas, procure sua UBS/ESF.

**UNIDADE DE SAÚDE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_

**ESTE CARTÃO É SEU. CUIDE BEM DELE!** ❤️





**PORTARIA DE APROVAÇÃO (MODELO)**

**PORTARIA DMS Nº \_\_\_\_/2026**

Aprova o Protocolo Municipal para Implantação e Utilização do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no âmbito do Departamento Municipal de Saúde de Itariri-SP.

O Diretor do Departamento Municipal de Saúde de Itariri, no uso de suas atribuições legais,

**RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar o Protocolo Municipal para Implantação e Utilização do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®).

Art. 2º Determinar sua implantação em todas as unidades da Rede Municipal de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Itariri-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

DIRETOR(A) DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE