



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhatã.mg.gov.br

**PROTOCOLO MUNICIPAL PARA INSERÇÃO,
ACOMPANHAMENTO, REVISÃO E RETIRADA DO IMPLANTE
CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL
(IMPLANON NXT®)**

PROTOCOLO Nº 01/2026

Versão: 01

Data de elaboração: 10/08/2026

Data de revisão prevista: 10/08/2028

1. APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo Municipal tem por finalidade padronizar e orientar a assistência prestada na Rede Municipal de Saúde de Gurinhatã/MG relacionada ao planejamento familiar e reprodutivo, especificamente quanto à avaliação, elegibilidade, inserção, acompanhamento, revisão, retirada e eventual substituição do implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel (Implanon NXT®).

O protocolo tem como finalidade promover assistência segura, humanizada, ética, baseada em evidências científicas e compatível com a legislação profissional vigente, assegurando às usuárias acesso à informação, aconselhamento e aos métodos contraceptivos disponíveis, respeitados os critérios clínicos de elegibilidade, a autonomia da pessoa e os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

A atuação dos profissionais deverá observar as normas do Ministério da Saúde, os critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde – OMS, a legislação sanitária e profissional vigente, as recomendações do fabricante e as normas do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen.

2. JUSTIFICATIVA

O planejamento familiar e reprodutivo constitui componente essencial da atenção integral à saúde, garantindo às pessoas o direito à informação e ao acesso aos meios e métodos de concepção e contracepção disponíveis.

Os implantes contraceptivos subdérmicos constituem método contraceptivo reversível de longa duração, apresentando elevada eficácia contraceptiva e independência da adesão diária da usuária.

A disponibilização organizada do método na Atenção Primária à Saúde contribui para ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, reduzir gestações não planejadas e fortalecer a autonomia das usuárias nas decisões relacionadas à vida sexual e reprodutiva.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhatã.mg.gov.br

3. OBJETIVO GERAL

Padronizar a assistência relacionada ao implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel na Rede Municipal de Saúde de Gurinhatã/MG, estabelecendo critérios para avaliação, elegibilidade, inserção, acompanhamento, revisão, retirada e substituição do método.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos deste protocolo:

- I** – garantir atendimento seguro, humanizado e baseado em evidências científicas;
- II** – assegurar acesso qualificado às informações sobre métodos contraceptivos;
- III** – respeitar a autonomia da usuária na escolha do método;
- IV** – estabelecer fluxo municipal para inserção e retirada do implante;
- V** – definir critérios de elegibilidade e situações que demandem avaliação ou encaminhamento;
- VI** – padronizar o registro das informações assistenciais;
- VII** – assegurar a rastreabilidade do implante utilizado;
- VIII** – estabelecer medidas para prevenção e manejo inicial de intercorrências;
- IX** – garantir encaminhamento oportuno para serviços de referência quando necessário;
- X** – assegurar que os procedimentos sejam realizados por profissionais devidamente capacitados.

5. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se às unidades da Atenção Primária à Saúde do Município de Gurinhatã/MG e aos profissionais envolvidos na assistência de planejamento familiar e reprodutivo.

A inserção, revisão e retirada do implante subdérmico por enfermeiro deverão ser realizadas exclusivamente por profissional que atenda aos requisitos de capacitação estabelecidos pela regulamentação profissional vigente.

Nos termos da Resolução Cofen nº 802/2026, o enfermeiro deverá possuir capacitação presencial em inserção, revisão e retirada do implante subdérmico, com carga horária mínima de 16 (dezesesseis) horas, sendo, no mínimo, 12 (doze) horas teóricas e teórico-práticas e 4 (quatro) horas práticas, incluindo pelo menos 3 (três) inserções supervisionadas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

6. PÚBLICO-ALVO

O método poderá ser ofertado às pessoas em idade reprodutiva que desejem utilizar o implante contraceptivo subdérmico, desde que, após aconselhamento e avaliação individualizada, estejam clinicamente elegíveis para utilização do método.

A idade, isoladamente, não deverá constituir critério de exclusão ou de indicação do método.

A assistência deverá observar os princípios de universalidade, integralidade, equidade, autonomia, confidencialidade e respeito à decisão da usuária.

Adolescentes deverão ser atendidos de acordo com a legislação vigente, as normas de proteção integral, os princípios éticos profissionais, a capacidade de compreensão e decisão da pessoa atendida e os fluxos institucionais estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

7. PRINCÍPIOS DA ASSISTÊNCIA

A assistência deverá observar:

- I** – respeito à autonomia da usuária;
- II** – direito à informação clara, adequada e acessível;
- III** – liberdade de escolha do método;
- IV** – ausência de coerção ou imposição do método;
- V** – confidencialidade e sigilo profissional;
- VI** – atendimento sem discriminação;
- VII** – avaliação individualizada;
- VIII** – consentimento livre e informado;
- IX** – registro adequado no prontuário;
- X** – oferta de métodos alternativos quando o implante não for elegível ou não for escolhido pela usuária.

8. ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO

Antes da inserção do implante, a usuária deverá receber informações sobre:

- I** – mecanismo de ação e características do método;
- II** – eficácia contraceptiva;
- III** – duração da proteção contraceptiva conforme recomendações vigentes e informações do fabricante;
- IV** – alterações possíveis do padrão de sangramento;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

V – possíveis efeitos adversos;

VI – benefícios e limitações;

VII – possibilidade de retirada a qualquer momento, mediante avaliação e procedimento adequado;

VIII – retorno da fertilidade após a retirada;

IX – ausência de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis – IST;

X – necessidade de utilização de preservativo para prevenção de IST, quando indicado;

XI – métodos contraceptivos alternativos disponíveis;

XII – sinais e sintomas que demandem avaliação pela equipe de saúde.

A escolha do método deverá ocorrer de forma compartilhada, respeitando a decisão da usuária.

9. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A elegibilidade para utilização do implante deverá ser determinada mediante avaliação individualizada, considerando:

I – história clínica;

II – antecedentes pessoais e familiares relevantes;

III – antecedentes ginecológicos e obstétricos;

IV – padrão menstrual e histórico de sangramento;

V – uso de medicamentos;

VI – condições clínicas atuais;

VII – possibilidade de gravidez;

VIII – presença de condições que possam interferir na segurança ou eficácia do método;

IX – critérios médicos de elegibilidade vigentes;

X – informações constantes da bula e recomendações atualizadas do fabricante.

A avaliação deverá utilizar como referência os Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use – MEC, 6ª edição, da Organização Mundial da Saúde, ou sua versão posteriormente atualizada, observando-se as categorias de elegibilidade aplicáveis ao implante subdérmico. A OMS classifica as condições clínicas em quatro categorias, sendo as categorias 1 e 2, em regra, compatíveis com o uso do método, enquanto as categorias 3 e 4 indicam que o método geralmente não deve ser utilizado.

Parágrafo único. O protocolo não substitui a avaliação clínica individualizada. Na presença de condição clínica cuja classificação ou conduta não esteja clara, o profissional deverá consultar a referência técnica vigente e, quando necessário, realizar encaminhamento para avaliação médica ou serviço de referência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhatã.mg.gov.br

10. SITUAÇÕES QUE EXIGEM AVALIAÇÃO CLÍNICA OU ENCAMINHAMENTO

Deverá ser realizada avaliação clínica específica e, quando necessário, encaminhamento, nas situações em que houver:

- I** – suspeita ou confirmação de gravidez;
- II** – sangramento vaginal sem causa esclarecida;
- III** – histórico ou presença de câncer de mama ou outra condição oncológica relevante;
- IV** – doença hepática grave ou condição hepatobiliar relevante;
- V** – uso de medicamentos potencialmente capazes de reduzir a eficácia do método;
- VI** – condição clínica classificada como categoria 3 ou 4 pelo MEC vigente;
- VII** – suspeita de inserção prévia inadequada;
- VIII** – implante não palpável;
- IX** – suspeita de migração ou localização inadequada;
- X** – infecção ou complicação no local de inserção;
- XI** – intercorrência durante a retirada;
- XII** – qualquer situação em que o profissional responsável considere necessária avaliação especializada.

11. AVALIAÇÃO PRÉ-PROCEDIMENTO

Antes da inserção, deverá ser realizada consulta de enfermagem e/ou avaliação médica, conforme o fluxo assistencial definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Deverão ser avaliados, conforme pertinência clínica:

- I** – identificação da usuária;
- II** – queixa principal e objetivo da consulta;
- III** – história clínica;
- IV** – antecedentes obstétricos e ginecológicos;
- V** – data da última menstruação, quando aplicável;
- VI** – possibilidade de gravidez;
- VII** – métodos contraceptivos utilizados anteriormente;
- VIII** – medicamentos em uso;
- IX** – alergias e hipersensibilidades;
- X** – condições clínicas relevantes;
- XI** – avaliação da elegibilidade;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

XII – aconselhamento contraceptivo;

XIII – manifestação de vontade da usuária;

XIV – assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado.

12. EXAMES COMPLEMENTARES

A realização de exames complementares deverá ser determinada de acordo com a avaliação clínica e as recomendações técnicas vigentes.

Não deverão ser solicitados exames de forma indiscriminada quando não houver indicação clínica.

A necessidade de exames deverá considerar a possibilidade de gravidez e outras condições que possam modificar a elegibilidade ou a segurança do método.

13. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

A inserção, revisão e retirada do implante subdérmico deverão ser precedidas de aconselhamento adequado sobre o método, seus benefícios, riscos, possíveis efeitos adversos, alternativas disponíveis e possibilidade de retirada.

Após receber as informações necessárias, a usuária deverá manifestar sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado, conforme modelo constante do Anexo I deste protocolo.

A obrigatoriedade do Termo de Consentimento Livre e Informado e o registro da consulta em prontuário encontram respaldo na regulamentação atual do Cofen.

14. INSERÇÃO DO IMPLANTE

A inserção deverá ser realizada por profissional devidamente capacitado, em ambiente de saúde adequado, observando-se:

I – identificação correta da usuária;

II – confirmação da elegibilidade;

III – confirmação do consentimento;

IV – conferência da integridade e validade do produto;

V – conferência do lote;

VI – higienização e preparo do ambiente;

VII – preparo dos materiais necessários;

VIII – técnica asséptica;

IX – técnica de inserção recomendada pelo fabricante e pelas normas técnicas vigentes;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

X – verificação da localização do implante após a inserção;

XI – registro completo do procedimento.

O procedimento deverá seguir as orientações técnicas atualizadas do fabricante e os Procedimentos Operacionais Padrão – POPs adotados pela Secretaria Municipal de Saúde.

15. REGISTRO DO PROCEDIMENTO

Após a inserção, deverão ser registrados no prontuário, no mínimo:

I – data e horário do procedimento;

II – profissional responsável;

III – método utilizado;

IV – fabricante;

V – nome comercial;

VI – lote;

VII – validade;

VIII – local de inserção;

IX – avaliação da localização do implante;

X – intercorrências, quando existentes;

XI – orientações fornecidas;

XII – data ou período recomendado para acompanhamento;

XIII – termo de consentimento;

XIV – demais informações relevantes.

O registro deverá permitir a rastreabilidade do produto e do procedimento.

16. ORIENTAÇÕES APÓS A INSERÇÃO

Após o procedimento, a usuária deverá receber orientação verbal e, sempre que possível, escrita, sobre:

I – cuidados com o local de inserção;

II – sinais esperados no período imediatamente posterior ao procedimento;

III – sinais de alerta;

IV – sinais de infecção;

V – necessidade de retorno em caso de dor intensa, alterações importantes ou outras intercorrências;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019
E-mail: saude@gurinhatã.mg.gov.br

- VI** – possibilidade de alteração do padrão menstrual;
- VII** – ausência de proteção contra IST;
- VIII** – necessidade de preservativo quando indicado;
- IX** – importância de procurar a unidade de saúde caso não consiga identificar o implante ou suspeite de alteração de sua localização.

17. ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento deverá ocorrer conforme necessidade clínica e fluxo estabelecido pela Atenção Primária.

A usuária deverá ser orientada a procurar a unidade de saúde sempre que apresentar:

- I** – efeitos adversos que causem preocupação;
- II** – sangramento persistente ou intenso;
- III** – dor importante;
- IV** – sinais de infecção;
- V** – alteração ou impossibilidade de palpação do implante;
- VI** – suspeita de gravidez;
- VII** – necessidade de retirada ou troca do método;
- VIII** – qualquer outra condição relacionada ao método.

18. REVISÃO DO IMPLANTE

A revisão deverá compreender avaliação do local de inserção e confirmação da presença do implante, quando clinicamente indicada.

O profissional deverá investigar alterações, queixas ou intercorrências relacionadas ao método.

Quando houver suspeita de localização inadequada ou impossibilidade de palpação, o caso deverá ser encaminhado conforme o fluxo municipal para investigação e/ou serviço de referência.

19. RETIRADA DO IMPLANTE

A retirada poderá ocorrer:

- I** – por solicitação da usuária;
- II** – ao final do período de utilização recomendado;
- III** – por ocorrência de condição clínica que indique a retirada;
- IV** – por desejo de mudança de método;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

V – por efeitos adversos ou outras razões clínicas;

VI – por necessidade médica ou conforme indicação técnica.

A retirada deverá ser realizada por profissional devidamente capacitado, observando a técnica recomendada pelo fabricante e o POP municipal.

Antes da retirada deverão ser realizados:

I – identificação da usuária;

II – avaliação clínica;

III – confirmação da presença e localização do implante;

IV – aconselhamento sobre contracepção;

V – verificação do interesse em iniciar ou utilizar outro método;

VI – obtenção do consentimento;

VII – registro do procedimento.

20. RETIRADA DE IMPLANTE NÃO PALPÁVEL

Implante não palpável não deverá ser submetido a tentativas indiscriminadas de retirada.

Nessa situação, a usuária deverá ser encaminhada para avaliação e localização adequada do implante, conforme disponibilidade da Rede de Atenção à Saúde e protocolo técnico vigente.

Caso seja necessária retirada especializada, o procedimento deverá ser realizado por profissional e serviço habilitados para a situação.

21. SUBSTITUIÇÃO DO IMPLANTE

A substituição poderá ser realizada quando houver indicação e quando a usuária desejar a continuidade do método, desde que permaneça elegível para sua utilização.

A substituição deverá observar:

I – avaliação da elegibilidade;

II – aconselhamento;

III – consentimento;

IV – retirada adequada do implante anterior;

V – inserção do novo implante, quando indicada;

VI – registro dos dados dos dois dispositivos;

VII – orientação à usuária.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019
E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

22. INTERCORRÊNCIAS E SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Durante ou após a inserção ou retirada, diante de intercorrências que ultrapassem a capacidade de resolução da unidade ou do profissional, deverá ser realizado encaminhamento imediato ou oportuno, conforme gravidade.

São exemplos de situações que demandam avaliação:

- I** – sangramento significativo;
- II** – sinais de infecção;
- III** – reação alérgica;
- IV** – alteração neurológica ou vascular;
- V** – dor intensa ou persistente;
- VI** – suspeita de lesão de estruturas adjacentes;
- VII** – implante não localizado;
- VIII** – dificuldade ou impossibilidade de retirada;
- IX** – suspeita de gravidez;
- X** – outras intercorrências clínicas relevantes.

Toda intercorrência deverá ser registrada no prontuário.

23. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

Compete ao enfermeiro, no âmbito deste protocolo e observada a regulamentação profissional vigente:

- I** – realizar consulta de enfermagem em planejamento familiar e reprodutivo;
- II** – realizar ações educativas e de aconselhamento;
- III** – avaliar a elegibilidade para os métodos contraceptivos dentro de sua competência profissional;
- IV** – participar da escolha e implementação do método;
- V** – realizar inserção, revisão e retirada do implante subdérmico, desde que devidamente capacitado;
- VI** – realizar registros assistenciais;
- VII** – identificar intercorrências;
- VIII** – realizar encaminhamentos quando necessários;
- IX** – acompanhar a usuária na Atenção Primária;
- X** – manter atualização técnica e científica.

A Resolução Cofen nº 690/2022, com a atualização promovida pela Resolução nº 802/2026, prevê a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo,



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

incluindo procedimentos relativos aos métodos contraceptivos conforme protocolos assistenciais.

24. COMPETÊNCIAS DO MÉDICO

Compete ao médico:

- I** – realizar avaliação clínica quando indicada;
- II** – avaliar condições clínicas que demandem diagnóstico ou acompanhamento médico;
- III** – realizar diagnóstico e tratamento de intercorrências;
- IV** – realizar inserção ou retirada quando pertinente à sua atuação;
- V** – realizar encaminhamentos para serviços especializados;
- VI** – participar da elaboração, revisão e atualização deste protocolo;
- VII** – prestar assistência nos casos que ultrapassem a capacidade de resolução da Atenção Primária.

25. COMPETÊNCIAS DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Compete à Coordenação da Atenção Primária:

- I** – organizar o fluxo municipal;
- II** – garantir a disponibilidade dos insumos necessários;
- III** – acompanhar a capacitação dos profissionais;
- IV** – garantir a atualização dos POPs;
- V** – acompanhar os registros e indicadores;
- VI** – promover educação permanente;
- VII** – avaliar a execução do protocolo;
- VIII** – propor sua revisão sempre que houver alteração normativa ou científica relevante.

26. COMPETÊNCIAS DA FARMÁCIA/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Compete à Assistência Farmacêutica Municipal, conforme organização da Secretaria Municipal de Saúde:

- I** – realizar o recebimento e armazenamento adequado dos implantes;
- II** – garantir controle de estoque;
- III** – manter registro de lote e validade;
- IV** – observar as condições de armazenamento estabelecidas pelo fabricante;
- V** – promover a rastreabilidade dos produtos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

VI – comunicar eventuais perdas, avarias ou irregularidades.

27. CONTROLE E RASTREABILIDADE

A Secretaria Municipal de Saúde deverá manter mecanismos de controle que permitam identificar:

- I** – quantidade de implantes recebidos;
- II** – lote e validade;
- III** – unidade de saúde de destino;
- IV** – profissional responsável pela utilização;
- V** – usuária na qual o produto foi utilizado;
- VI** – data de inserção;
- VII** – data de retirada, quando realizada.

28. REGISTRO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os procedimentos realizados deverão ser registrados no prontuário da usuária e nos sistemas oficiais de informação adotados pelo Município e pelo SUS, conforme códigos, campos e orientações vigentes.

A ausência de registro adequado deverá ser considerada falha assistencial e administrativa, devendo ser corrigida sempre que identificada.

29. INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde poderá acompanhar, no mínimo:

- I** – número de usuárias avaliadas;
- II** – número de implantes inseridos;
- III** – número de implantes retirados;
- IV** – número de substituições realizadas;
- V** – número de intercorrências;
- VI** – número de encaminhamentos;
- VII** – percentual de profissionais capacitados;
- VIII** – percentual de procedimentos com registro completo;
- IX** – controle de perdas e vencimentos de produtos;
- X** – satisfação das usuárias, quando houver instrumento municipal de avaliação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

30. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Os profissionais envolvidos deverão participar de ações de educação permanente e atualização técnica sempre que houver:

- I** – alteração da legislação;
- II** – atualização dos critérios de elegibilidade;
- III** – alteração das recomendações do fabricante;
- IV** – revisão dos POPs;
- V** – identificação de intercorrências ou não conformidades;
- VI** – necessidade de atualização das práticas assistenciais.

31. SEGURANÇA DA USUÁRIA

A assistência deverá priorizar a segurança da usuária em todas as etapas do processo, incluindo identificação correta, avaliação da elegibilidade, consentimento, utilização de materiais adequados, técnica segura, registro, rastreabilidade e acompanhamento.

Nenhuma usuária deverá ser submetida ao procedimento sem avaliação adequada e sem o consentimento exigido pela regulamentação vigente.

32. REVISÃO DO PROTOCOLO

Este protocolo deverá ser revisado:

- I** – ordinariamente, a cada 02 (dois) anos; ou
- II** – extraordinariamente, sempre que houver alteração relevante na legislação, regulamentação profissional, recomendações do Ministério da Saúde, critérios da OMS, recomendações do fabricante ou evidências científicas que justifiquem sua atualização.

33. DISPOSIÇÕES FINAIS

Os casos não previstos neste protocolo deverão ser avaliados pela equipe responsável, observando-se a legislação vigente, as normas técnicas do Ministério da Saúde, as regulamentações profissionais, os critérios médicos de elegibilidade vigentes e as orientações do fabricante.

Este protocolo não substitui a avaliação clínica individualizada nem autoriza a realização de procedimentos por profissionais que não atendam aos requisitos legais e de capacitação profissional.

O presente documento deverá ser utilizado em conjunto com os respectivos Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, formulários, termos de consentimento e fluxos de referência e contrarreferência da Secretaria Municipal de Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019

E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

34. COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Enfermeira Responsável Técnica do PSF Urbano Dona Francisca Toscano Cardoso:
KENYA RIBEIRO MATEUS

Coordenadora da Atenção Primária à Saúde:
TAINARA AMÉLIA DE MORAIS MIGUEL

Enfermeira Responsável Técnica do PSF Rural Divino Gonçalves Pereira:
RENATA BORGES BARBOSA

Enfermeira Responsável Técnica da UBS Rural Orlandino Bento de Oliveira:
TAISA ESPEDITA BORGES

Médico da Estratégia Saúde da Família:
LUIZ FERNANDO DE ALMEIDA LEÃO FERREIRA

Médico da Estratégia Saúde da Família:
LUIS GUSTAVO PRADO FRANCO

Médica da Estratégia Saúde da Família:
CIBELLE CRISTINA PAMPLONA LEAL

Farmacêutica:
KATIUSCIA RODRIGUÊS COSTA

Ginecologista e Obstetra:
JOÃO CARLOS BIZINOTTO LEAL

Representante da Gestão Municipal:
RÉGIA APARECIDA ESTER FERREIRA FREITAS

35. APROVAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Gurinhatã/MG

RÉGIA APARECIDA ESTER FERREIRA FREITAS

Diretora - Departamento Municipal de Saúde

Decreto Nº 009/2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019
E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL
(IMPLANON NXT®)

Eu, _____, CPF nº _____,
declaro que recebi informações claras e suficientes sobre o implante contraceptivo
subdérmico de etonogestrel.

Fui informada sobre:

- características e finalidade do método;
- benefícios e eficácia;
- possíveis alterações do padrão menstrual;
- possíveis efeitos adversos;
- riscos e limitações;
- possibilidade de retirada do implante;
- alternativas contraceptivas disponíveis;
- necessidade de acompanhamento;
- ausência de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis;
- necessidade de utilização de preservativo para prevenção de IST, quando indicado.

Tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas.

Declaro que minha escolha pelo método foi realizada de forma livre, consciente e voluntária, sem qualquer tipo de coerção.

Autorizo a realização do procedimento de inserção/revisão/retirada, conforme assinalado:

- () Inserção
() Revisão
() Retirada
() Substituição

Declaro, ainda, que fui orientada sobre a possibilidade de procurar a equipe de saúde diante de qualquer intercorrência ou dúvida relacionada ao método.

Gurinhata/MG, ____ de _____ de ____.

Assinatura da usuária

Nome: _____

Assinatura do profissional

Nome: _____

COREN/CRM: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019
E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

ANEXO II – CHECKLIST PRÉ-INSERÇÃO

Identificação da usuária: _____

Data: ____ / ____ / ____

- ☐ Identificação confirmada
- ☐ Consulta realizada
- ☐ História clínica avaliada
- ☐ Antecedentes ginecológicos avaliados
- ☐ Antecedentes obstétricos avaliados
- ☐ Medicamentos em uso avaliados
- ☐ Alergias avaliadas
- ☐ Possibilidade de gravidez avaliada
- ☐ Elegibilidade avaliada conforme referência vigente
- ☐ Usuária recebeu aconselhamento
- ☐ Alternativas contraceptivas apresentadas
- ☐ Termo de Consentimento assinado
- ☐ Produto conferido
- ☐ Lote registrado
- ☐ Validade conferida
- ☐ Procedimento realizado
- ☐ Localização do implante verificada
- ☐ Orientações pós-procedimento fornecidas
- ☐ Procedimento registrado no prontuário

Profissional responsável: _____

COREN: _____



Prefeitura de
Gurinhata
UMA GESTÃO PARA TODOS

Secretaria Municipal de
Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE "GUSTAVO LUIZ BORGES"

Avenida Getúlio Vargas, nº 925 – Centro – Telefone (34)3264-1019
E-mail: saude@gurinhata.mg.gov.br

ANEXO III – REGISTRO DE INSERÇÃO/RETIRADA

Nome da usuária: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Cartão SUS: _____

Data da inserção: ____/____/____

Data da retirada: ____/____/____

Procedimento:

- ☐ Inserção
- ☐ Retirada
- ☐ Revisão
- ☐ Substituição

Produto: Implanon NXT®

Fabricante: _____

Lote: _____

Validade: ____/____/____

Profissional responsável: _____

COREN/CRM: _____

Local da inserção: _____

Intercorrências: _____

Orientações fornecidas:

Encaminhamento: _____

Assinatura do profissional: