SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETONOGESTREL

CGESMU/DGCI/SAPS/MS
2026

AULA 3 - IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETONOGESTREL

Objetivos

O que é?

Como funciona?

Critérios de Elegibilidade

Vantagens e desvantagens

Interações medicamentosas

Técnica de inserção

Técnica de retirada

Manejo das Intercorrências

Família Oliveira — Retomada dos casos clínicos

Onde paramos na Aula 2?



Camila, 14 anos

Camila quer o implante.



Nara, 29 anos

Perguntou sobre o implante durante a amamentação.

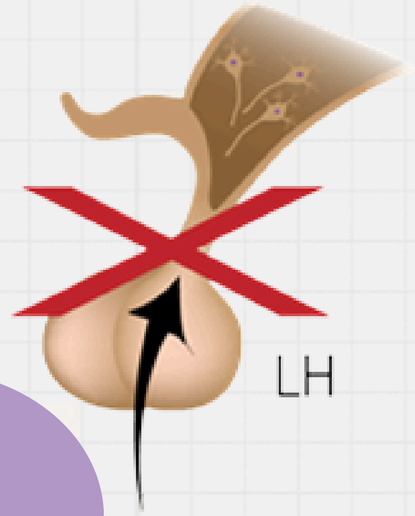
É um implante contraceptivo subdérmico, contendo 68 mg de *Etonogestrel*, liberado continuamente por até três anos após inserção.



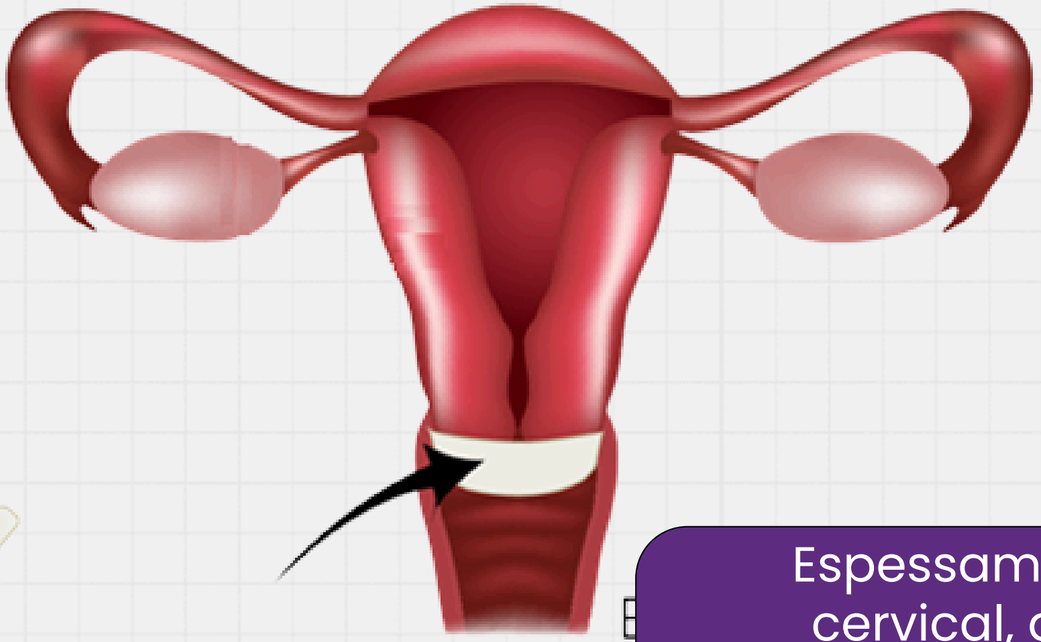
- O etonogestrel é um progestagênio sintético (derivado da progesterona);
- O implante contraceptivo é um pequeno bastão de plástico, com estrutura radiopaca que inibe a ovulação, espessa o muco cervical e mantém esse estado de forma contínua e sem pico de estrogênio.

Mecanismo de supressão da ovulação

Inibe o pico de LH, mantendo os níveis estáveis de LH, FSH e estradiol



Inibe a Ovulação



Espessamento do muco cervical, dificultando a deslocamento do espermetazoide

Concentrações máximas atingidas logo após a inserção (1º a 13º dia)

472–1.279 pg/mL

Ao final do 1º ANO

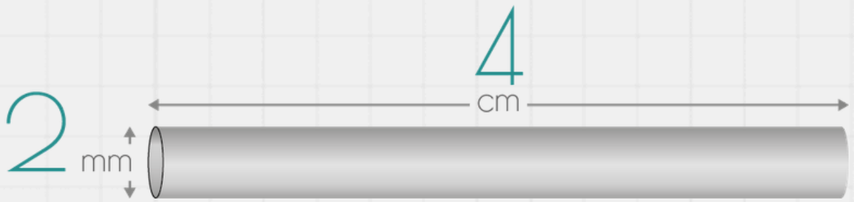
~200 pg/mL

Ao final do 3º ANO

~156 pg/mL

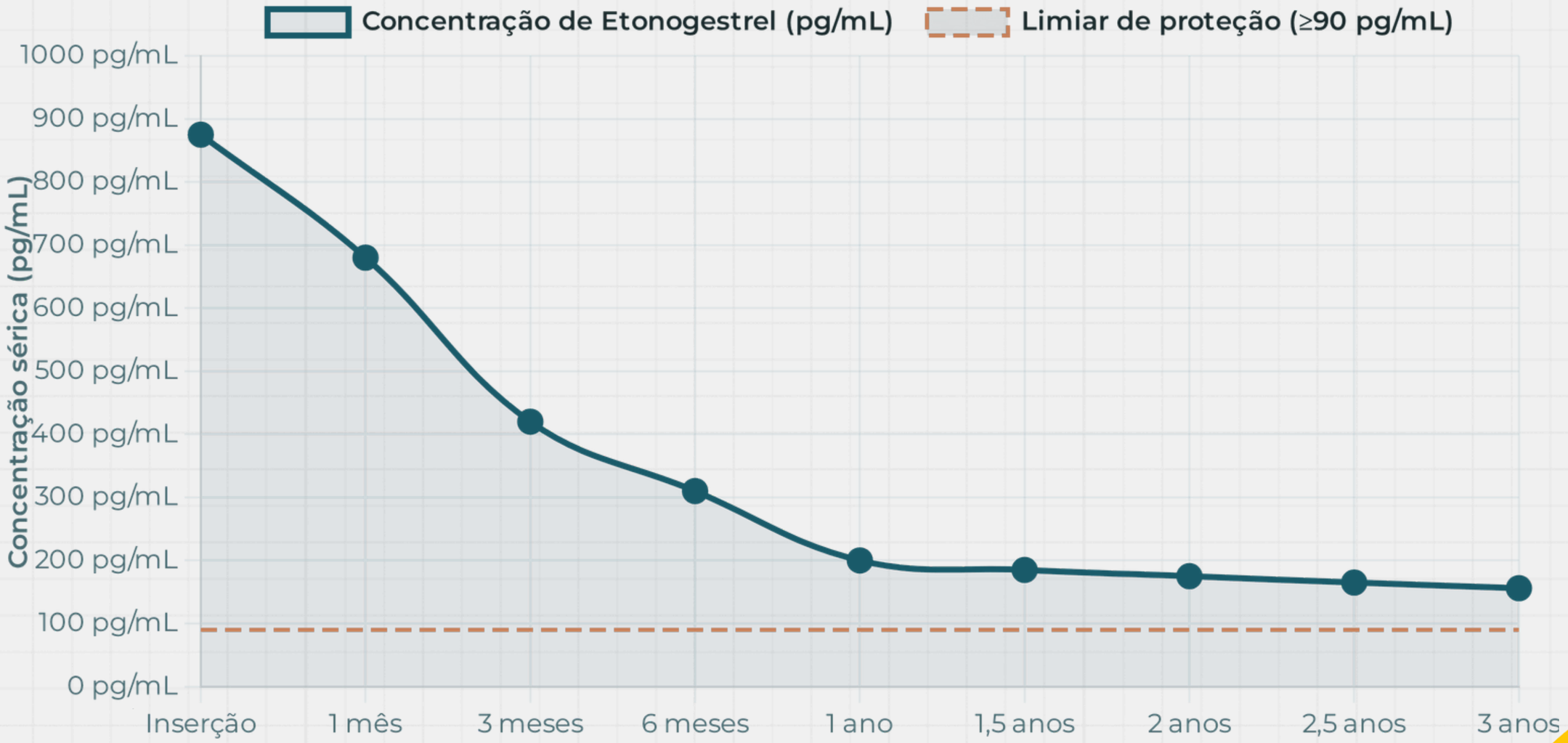
LIMIAR DE PROTEÇÃO

≥ 90 pg/mL





Estrutura radiopaca (visível em radiografia e ultrassom)



Fonte: IMPLANON, Bula profissional, 2025.

Vantagens

Não contém estrogênio, seguro para quem tem contraindicação e para uso na amamentação.

Ação anticoncepcional não depende de seguir um regime diário, semanal ou mensal.

Ação anticoncepcional reversível, com o retorno rápido ao ciclo menstrual após a retirada do implante.

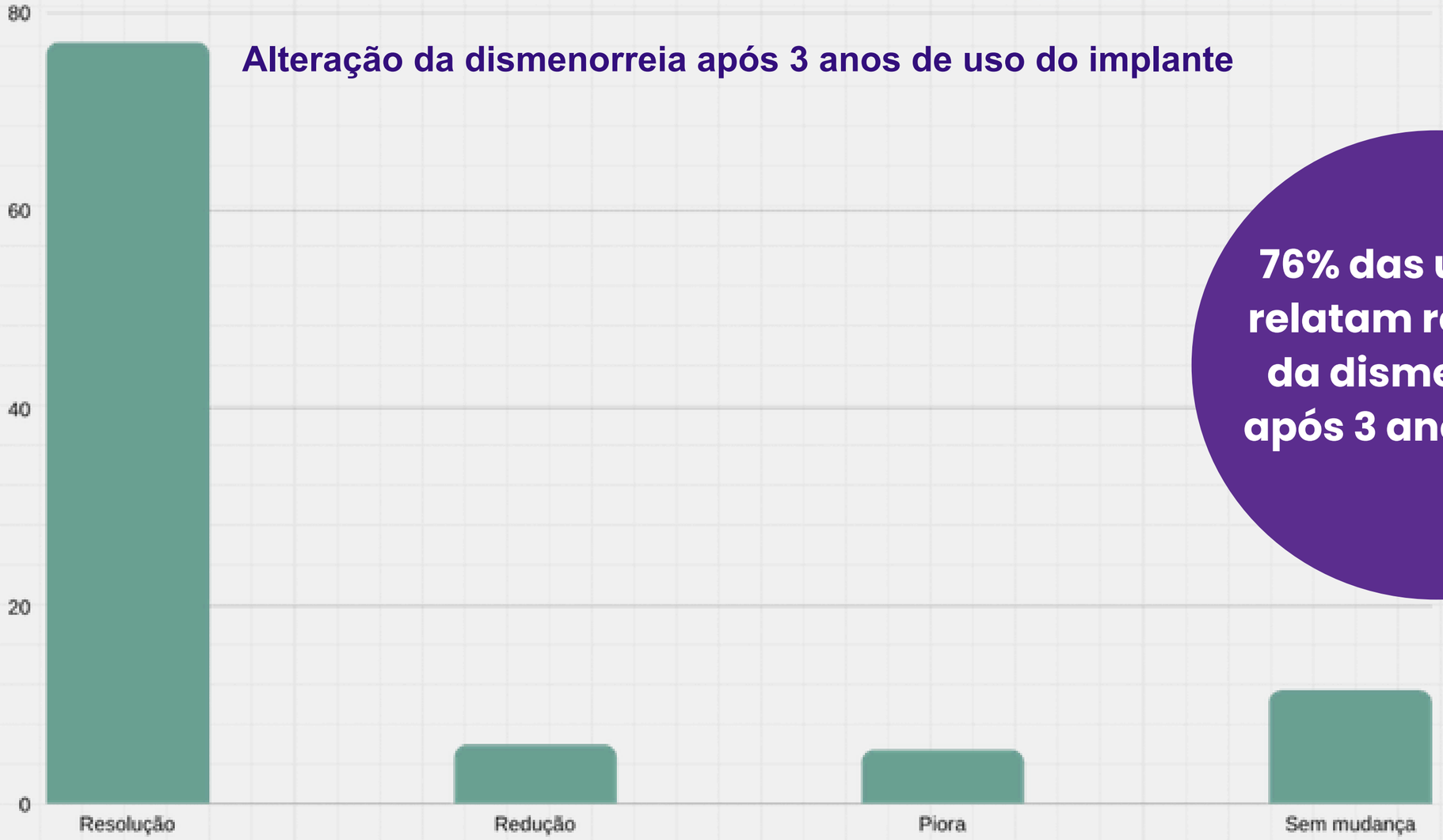


Alta Eficácia → >99% (comparável à laqueadura tubária)

Adequado para Adolescentes (não interfere na massa óssea e desenvolvimento)

Outros Benefícios

Alteração da dismenorreia após 3 anos de uso do implante



76% das usuárias relatam resolução da dismenorreia após 3 anos de uso

Fonte: Mansour D et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008;13(Suppl1):13-28.

Desvantagens

Alterações no Padrão de Sangramento	○ Amenorreia, sangramento irregular ou prolongado; ○ Não indica falha — é efeito esperado do método.
Necessidade de Profissional Treinado	○ A inserção e retirada requerem capacitação; ○ A usuária não pode iniciar ou interromper de forma autônoma.
Não Protege Contra ISTs	○ Recomenda-se dupla proteção com preservativo interno ou externo.
Interações Medicamentosas	○ Indutores enzimáticos (Rifampicina, anticonvulsivantes) podem reduzir a eficácia; ○ Avaliar histórico antes da inserção.

O aconselhamento prévio sobre alterações de sangramento é o principal fator de adesão ao método.
Informe antes de inserir.

Critérios de Elegibilidade

1 **Sem restrição** Pode usar	**2** **Benefícios > riscos** Geralmente pode usar	**3** **Riscos > benefícios** Geralmente não usar	**4** **Risco inaceitável** NÃO usar

A Roda de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS é uma ferramenta de consulta rápida.

COMO USAR NA PRÁTICA:

- Identifique a condição clínica da usuária;
- Localize a condição na roda e verifique a categoria para o método desejado;
- Registre a decisão compartilhada no prontuário.

Acesse a Roda de Elegibilidade Online

Versão digital interativa da OMS, disponível gratuitamente para consulta durante a prática clínica.

apps.who.int/iris/handle/10665/172915

OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 5ª ed., 2015.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

1

Sem restrições

O método é seguro para uso

Paridade	Idade
Pode ser inserido em qualquer mulher, independentemente de ter tido filhos.	○ Adolescentes a mulheres na perimenopausa. ○ A eficácia não varia com a faixa etária.



Podemos então concluir que o método é seguro e eficaz para a Camila

OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

1

Sem restrições

O método é seguro para uso

IMC ≥ 30 (Obesidade)

A eficácia é mantida nos 3 anos de uso mesmo em pessoas com obesidade.

CONDUTA NA PRÁTICA CLÍNICA

- Não contraindicar o implante por IMC elevado
- Informar a usuária que o implante é igualmente eficaz independentemente do peso
- Registrar o IMC no prontuário (PEC) como parte da avaliação de elegibilidade

OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

2

Benefícios superam os riscos

O método é seguro para uso

Hipertensão

Pode ser inserido mesmo em pessoas com níveis elevados de pressão arterial (pressão sistólica ≥ 160 ou pressão diastólica ≥ 100 mm Hg).

Passado de eventos tromboembólicos

Passado de AVC, IAM, Embolia Pulmonar e Trombose Venosa Profunda.

Categoria 3 se o evento tromboembólico ocorrer após o início do uso do Implanon. Avaliar continuidade!

OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

2

Benefícios superam os riscos

O método é seguro para uso

Diabetes

Pode ser inserido mesmo em insulinodependentes e com doença associada a nefropatia, retinopatia, neuropatia.

Passado de enxaqueca

Pode ser inserido mesmo em pessoas com relato prévio de enxaqueca com aura.

Categoria 3 se começar a cursar com enxaqueca com aura após a inserção do Implanon.

Avaliar continuidade!

OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

3

Riscos superam os benefícios

Geralmente não usar e se for escolhido ter cautela

Conduta

- **Avaliar individualmente**
- **Discutir riscos com a usuária**
- **Informar sobre os outros métodos disponíveis e adequados**

OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

3

Exemplos

- Adenoma Hepatocelular;
- Adenocarcinoma hepatocelular;
- Cirrose hepática severa.

Sangramento vaginal não diagnosticado

Câncer de mama sem evidências de doença ativa por 5 anos

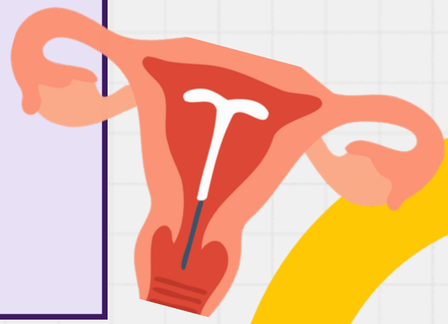
Embolia Pulmonar/Trombose venosa profunda AGUDA

Distúrbios hepáticos

Investigar

Alternativa: **DIU de Cobre**

- **Categoria 1 para essas condições**
- **Não hormonal, alta eficácia, sem interações medicamentosas**



OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Critérios de Elegibilidade

CATEGORIA

4

Risco Inaceitável à Saúde

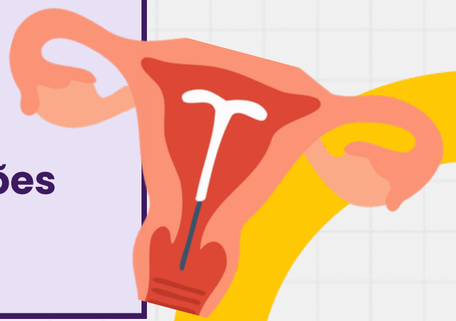
- O método **NÃO** deve ser usado.
- Os riscos superam qualquer benefício contraceptivo.
- Oferecer método alternativo adequado.

Gestação

Câncer de Mama ATUAL

Alternativa: DIU de Cobre

- **Categoria 1 para essas condições**
- **Não hormonal, alta eficácia, sem interações medicamentosas**

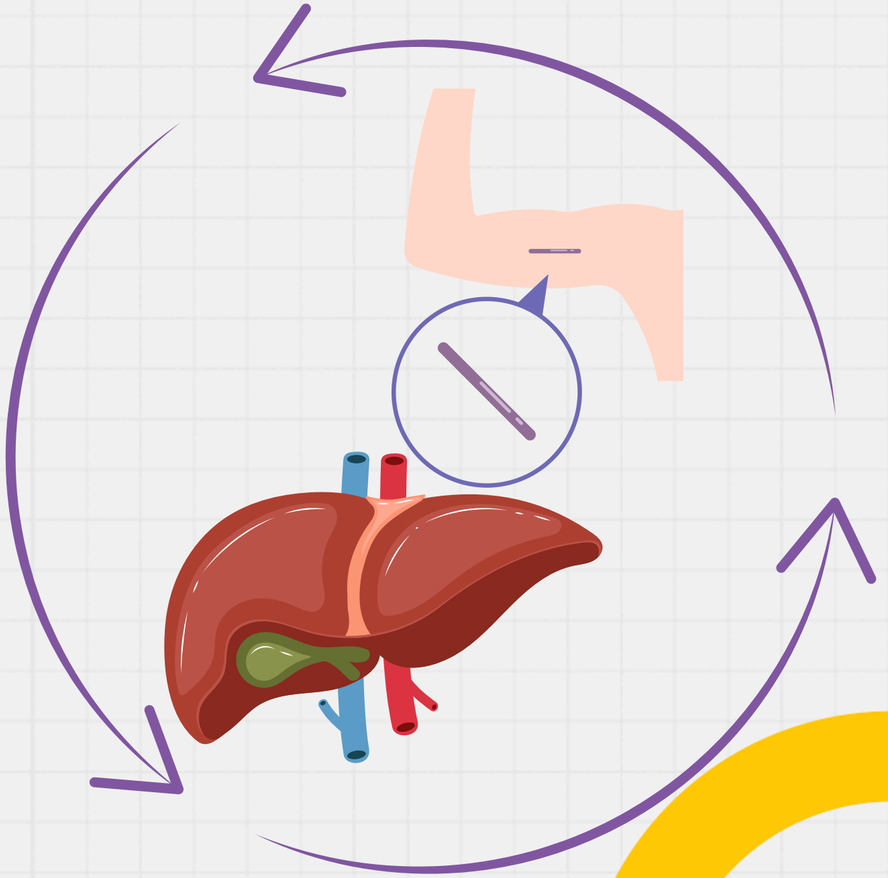


OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, 6ª ed., 2025.

Interações Medicamentosas

Como ocorre a interação?

- O Etonogestrel é metabolizado pelo fígado, através da **Enzima CYP3A4** → enzima hepática e intestinal importante para o metabolismo, por agir oxidando medicamentos, toxinas e alimentos para facilitar sua eliminação, sendo crucial em interações medicamentosas, pois pode ser inibido (aumentando toxicidade) ou induzido (diminuindo eficácia) por várias substâncias.



Interações Medicamentosas

Como ocorre a interação?

Medicamentos ou produtos naturais indutores Enzimáticos



A atividade de enzimas hepáticas, fazendo com que o corpo elimine os hormônios mais rapidamente

- Redução do nível do Etonogestrel
- Possível perda de supressão ovulatória



Uso temporário? → Indicar método adicional não hormonal durante o período do uso + 28 dias após interromper o uso

Uso permanente? → Avaliar a indicação de outro método





IMPLANON, Bula profissional, 2025.

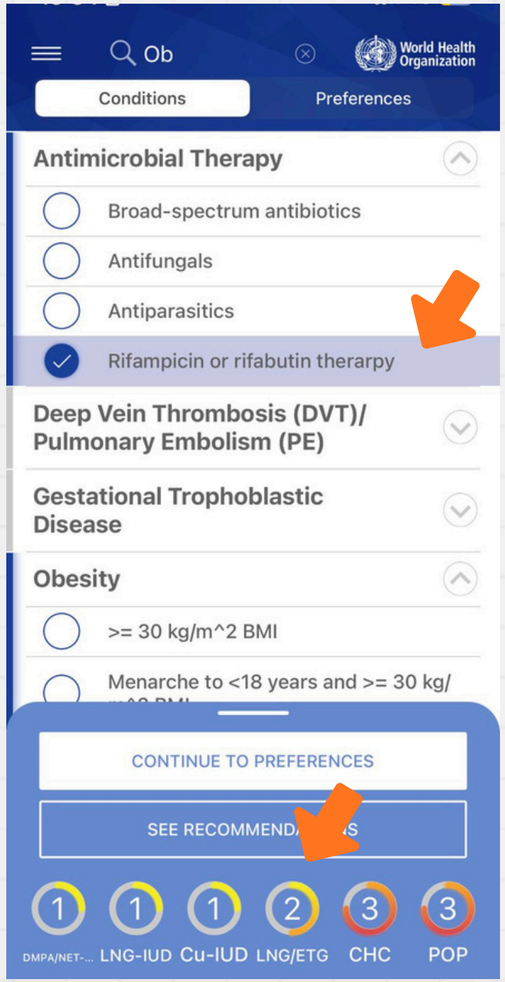
Interações Medicamentosas

Medicamentos que podem reduzir a eficácia do Etonogestrel

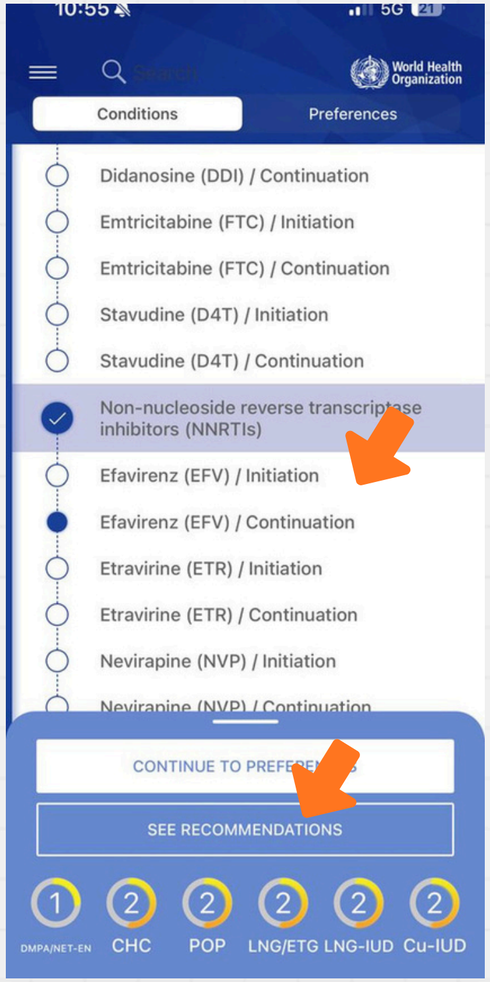
- Rifampicina
- Rifambutina
- Fenitoína / Fenobarbital
- Griseofulvina
- Carbamazepina
- Oxicarbamazepina
- Efavirenz (ARV)
- Barbitúricos
- Topiramato
- Erva-de-São-João

- Mulheres que estiverem usando esses medicamentos devem saber que a eficácia do Implante Contraceptivo pode ser reduzida.
- Se decidirem continuar com o implante, **é importante usar um método anticoncepcional não hormonal enquanto estiverem tomando esses medicamentos e por 28 dias depois de parar o tratamento.**

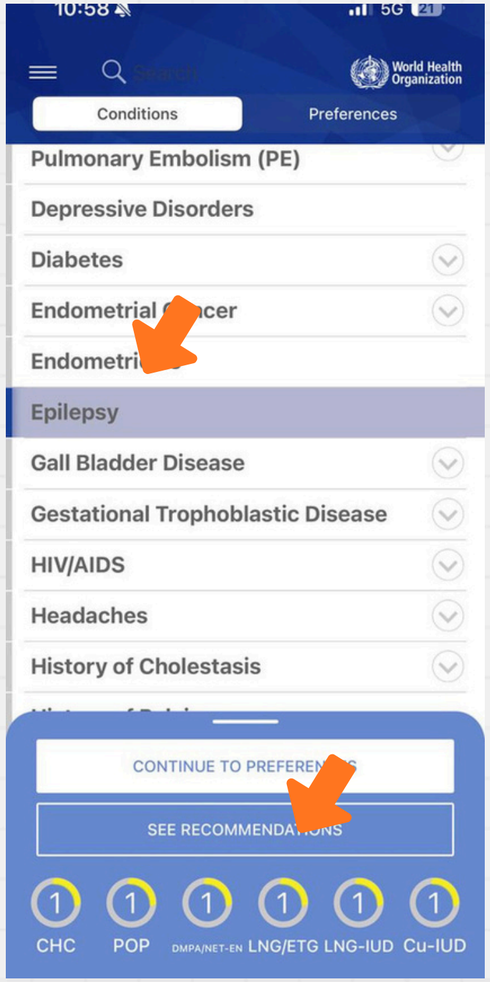
IMPLANON, Bula profissional, 2025.



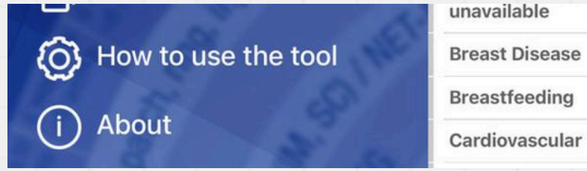
Categoria 2 para uso de Rifampicina associado



Categoria 2 para uso de Efarivenz associado



Categoria 1 para Epilepsia e tratamento associado



Acesse o QR CODE para baixar o aplicativo da OMS - **critérios de elegibilidade médica da OMS para o uso de contraceptivos.**

IMPLANON, Bula profissional, 2025.

Cuidados de Armazenamento

Proteger da Umidade

Proteger da Luz

Não Refrigerar

Evitar calor excessivo

15°C – 30°C
Temperatura ideal

VALIDADE, ABERTURA E DESCARTE

- Verificar a validade antes de usar
- Inserir imediatamente após a abertura
- Descarte correto (perfuro-cortante) ----->



Quando iniciar o método?

O implante subdérmico pode ser inserido a qualquer momento em adolescentes e mulheres entre 14 a 49 anos, desde que haja razoável certeza de que **NÃO** há gravidez em curso



A solicitação de ultrassonografia transvaginal, citologia de colo uterino e qualquer outro exame complementar **NÃO** deve condicionar ou atrasar o acesso ao método contraceptivo

Quando não houver certeza razoável de ausência de gravidez, recomenda-se a realização do teste rápido de gravidez (teste imunológico de gravidez urinário)

Quando iniciar o método?



Usuárias que utilizam outro método contraceptivo podem inserir o implante, sem necessidade de aguardar o próximo ciclo.

- Pílula Combinada
- Pílula de Progestogênio
- Injetável Mensal ou Injetável Trimestral
- DIU de Cobre ou SIU-LNG

O período pós-evento obstétrico constitui momento oportuno para oferta do implante contraceptivo.

- Pós-parto (amamentando ou não)
- Pós aborto

Usuárias que utilizam métodos de barreira podem receber o método desde que haja certeza razoável de NÃO gravidez (em caso de dúvidas realizar TRG) e devem manter o método de barreira por até 07 dias após a inserção do implante.

Fonte: OMS, Critérios Médicos de Elegibilidade, 5ª ed., 2025.

Inserção do Implante

- **Reforçar a garantia de um atendimento acolhedor, sigiloso e confidencial**

- **Orientar sobre o método**
  - Tempo de duração;
  - Importância do uso associado a preservativos para evitar IST's;
  - Efeitos esperados e adversos.

- **Elucidar as dúvidas**

- **Ofertar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Disponível no Manual para inserção do implante subdérmico liberador de etonogestrel 68mg**
  - 02 vias (uma para a unidade de saúde e a segunda com a usuária;
  - A assinatura do adolescente é suficiente (não há a obrigatoriedade da autorização verbal ou escrita dos responsáveis).

- **Separar o material necessário para a inserção**

Inserção do Implante

Materiais necessários para a inserção

- Luvas de Procedimento
- Antisséptico
- Gaze Estéril
- Seringa 3ml
- Agulha 40×12mm ou 25x7mm
- Agulha 13×4,5mm
- Lidocaína 1 ou 2% (sem vasoconstritor)
- Esparadrapo
- Atadura

Inserção

- Explicar novamente à pessoa o procedimento a ser realizado;
- Verificar a validade do implante;
- Retirar o invólucro externo (caixa);
- Conferir a integridade do invólucro interno;
- Separar bula e cartão do paciente para posterior preenchimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;

Identificação do local de inserção

Identificar o local de inserção na face medial do braço (preferencialmente o não dominante);





Medir 8 a 10 cm a partir do epicôndilo medial do úmero, e 3 a 5 cm **abaixo** do sulco entre os músculos bíceps e tríceps;

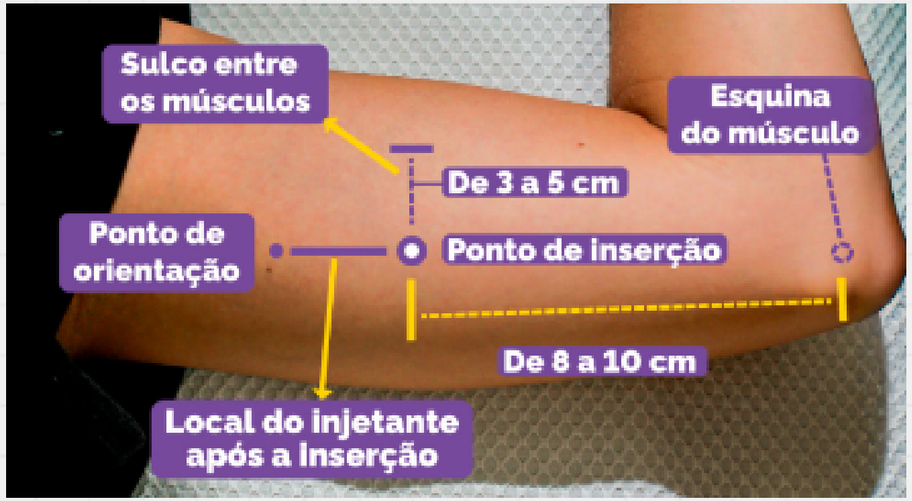


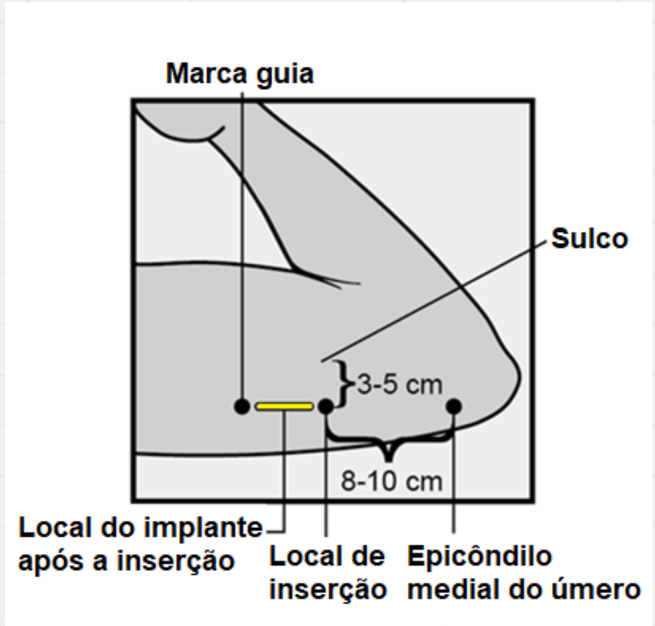


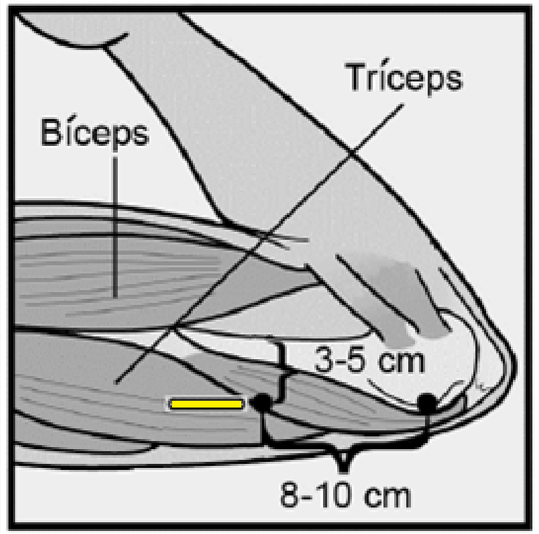
Se não for possível estabelecer a distância de 3 a 5 cm (por exemplo, em paciente com braços finos), o implante deve ser inserido o mais posterior e distante possível do sulco;

Identificação do local de inserção

Identificar o local de inserção na face medial do braço (preferencialmente o não dominante);







Identificação do local de inserção

- Limpe o local de inserção com um antisséptico;

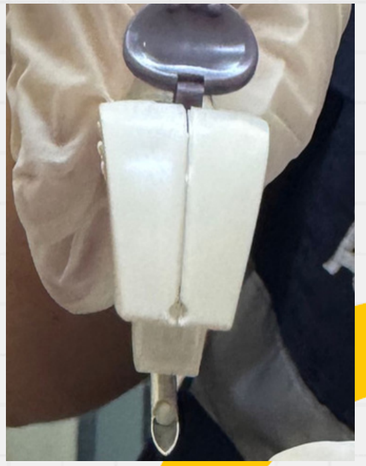


- Aplicar anestesia local utilizando com 2mL de lidocaína 1% ou 2% (sem vasoconstritor) abaixo da pele e ao longo do trajeto de inserção, por uma extensão de 4 cm;



- Retirar o aplicador do blíster, mantendo a agulha e o implante estéreis;
- Retirar a proteção da agulha, segurando na lateral do aplicador;
- Verifique a presença do implante contraceptivo dentro da agulha do aplicador;

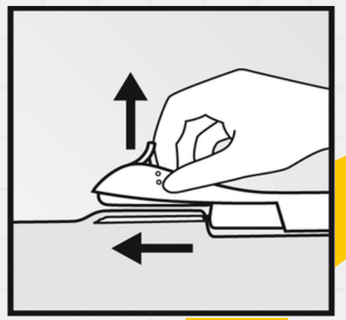




Inserção

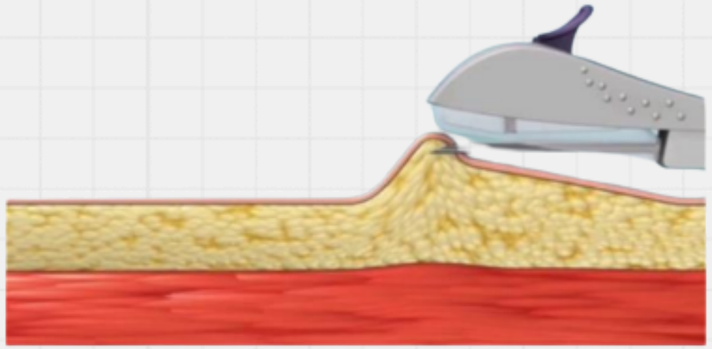
- Esticar a pele em direção ao cotovelo e inserir o implante de maneira subdérmica, logo abaixo da pele;
- Perfurar a pele com a ponta da agulha em um **ângulo ligeiramente inferior a 30º**, inserindo apenas o bisel da agulha sob a pele (caso a agulha seja introduzida além do bisel, puxe-a para trás);
- Abaixar o aplicador para posição paralela à superfície da pele;

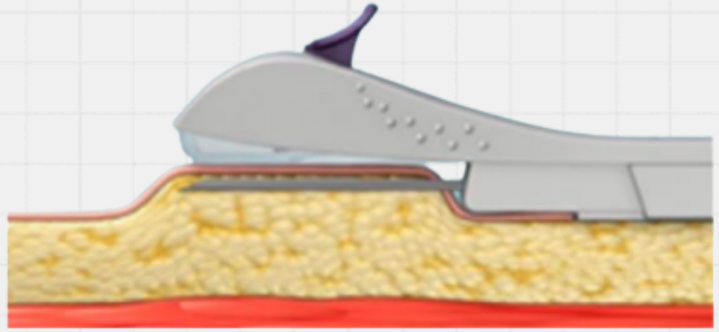


Inserção

- Tracionar a pele e empurrar a agulha cuidadosamente até que esteja completamente subdérmica;
- Ainda que sinta resistência, não exercer força excessiva;
- Caso a ponta da agulha perfure a pele, o aplicador deve ser puxado para trás e recolocado na posição subdérmica correta;





Inserção

- Puxar a alavanca roxa somente após a inserção total da agulha, sem mover a agulha ou o aplicador;
- Confirmar a presença do implante no braço por palpação imediatamente após a inserção (solicite que a pessoa também realize a palpação, protegendo o orifício de entrada);
- Ao palpar ambas as extremidades do implante, deve ser possível confirmar a presença do bastão de 4 cm;
- Realizar o curativo no local utilizando uma gaze estéril com um curativo compressivo, a fim de minimizar hematomas;







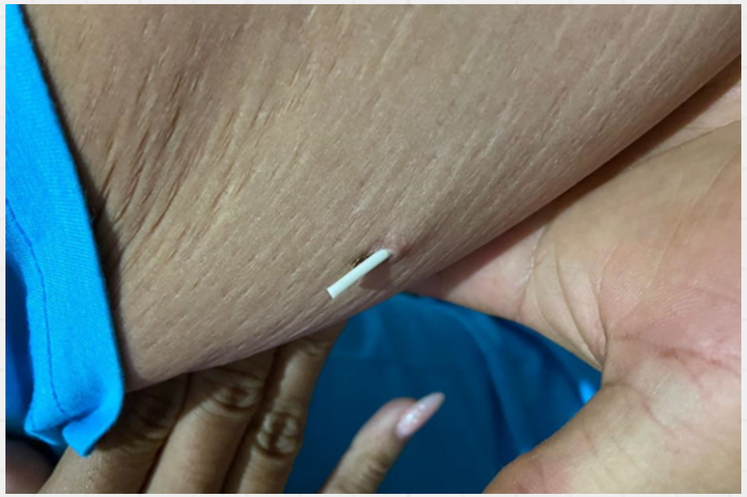
Inserção

Observações:

- Durante todo o procedimento de inserção, o profissional deve conseguir ver a agulha logo abaixo da pele;

- Se a agulha não tiver sido totalmente inserida ou se o aplicador for movimentado quando a alavanca roxa for acionada, uma parte do implante pode ficar exteriorizada, caso isso aconteça, não empurre o implante, remova e descarte esse implante.





Após a inserção

- O profissional deve entregar à usuária o cartão, assinado e carimbado, contendo:

Data da Inserção

Data prevista para a remoção

Número do lote

Identificação do braço

- A etiqueta do dispositivo, com o número do lote, deve ser colada no termo assinado pela paciente e arquivada na unidade de saúde.





Cronograma de Cuidados

- [x] Orientar que o curativo pode ser substituído por outro curativo menor após 24 horas
- [x] Continuar com o curativo por 3 a 5 dias (não precisa ser compressivo)
- [x] Evite atividades traumáticas ou com peso no membro durante 24 horas
- [x] Manter o curativo seco (para o banho, proteger o local)
- [x] Informar que hematomas locais costumam ter resolução espontânea em 7 a 14 dias, podendo ser usada compressa fria no local para alívio.
- [x] Orientar prática sexual protegida durante os 7 (sete) dias após a inserção



- [x] Entregar o cartão, a bula e o TCLE
- [x] Retornar com 30 dias

Após a Inserção

- Após finalizar o procedimento, o profissional deve registrar o procedimento no Prontuário
  - Descrever avaliação clínica, queixas e o procedimento (sempre registrar o braço onde o implante foi inserido);
  - Registrar os dados de lote e validade do implante inserido;
  - Detalhar as orientações e condutas.

REGISTRO
=
RESPALDO e MONITORAMENTO

REGISTROS

CID

- **Z300 - aconselhamento geral sobre contracepção**
- **Z308 - outro procedimento anticoncepcional**
- **Z309 - procedimento anticoncepcional não especificado**

CIAP 2

- **W14 - Contracepção/outros**

SIGTAP

- **03.01.04.017-6 - inserção do implante subdérmico contraceptivo liberador de etonogestrel**
- **03.01.04.018-4 – retirada do implante subdérmico liberador de etonogestrel.**

Condução Clínica

Avaliação de Adaptação do método	○ Sangramento? ○ Pus? ○ Haste íntegra? ○ Queixas?
Manejo de efeitos indesejados	○ Cefaleia ○ Acne ○ Mastalgia

O cuidado integral e longitudinal é fundamental para promover a adesão e prevenir a retirada precoce do implante.

- Realização de testes para ISTs
- Adequação do exame citológico (25 a 64 anos)
- Adequação do rastreio de neoplasias de mama
- Acompanhamento de comorbidades previamente diagnosticadas
- Avaliação de vulnerabilidades e acesso ao programa Dignidade Mentrual

Manejo de Intercorrências

Dor no Local	○ Rara após o período pós-inserção; ○ Avaliar: hematoma, fibrose, inserção incorreta; ○ Palpar o implante — verificar posição e integridade; ○ Se implante não palpável: solicitar exame de imagem; ○ Analgesia leve se necessário (encaminhar se persistir).
Infecção no Local	○ Rara — incidência < 1%; ○ Avaliar sinais flogísticos (calor, rubor, edema, secreção); ○ Antibioticoterapia oral se infecção superficial; ○ Retirada do implante se infecção grave ou abscesso; ○ Encaminhar para Atenção Especializada se necessário.

Manejo de Intercorrências

Gravidez em uso do dispositivo

- O implante deve ser retirado quanto antes por profissional habilitado;
- Importante que a usuária seja tranquilizada e orientada que o etonogestrel **NÃO** é uma medicação teratogênica, ou seja, não causa malformações no feto caso ocorra gravidez inadvertida durante o uso do método.

Fratura do implante

- Pode haver mudança do padrão de liberação hormonal, e do sangramento;
- Discutir manutenção ou retirada do implante com a usuária;
- Possivelmente não há redução de eficácia.

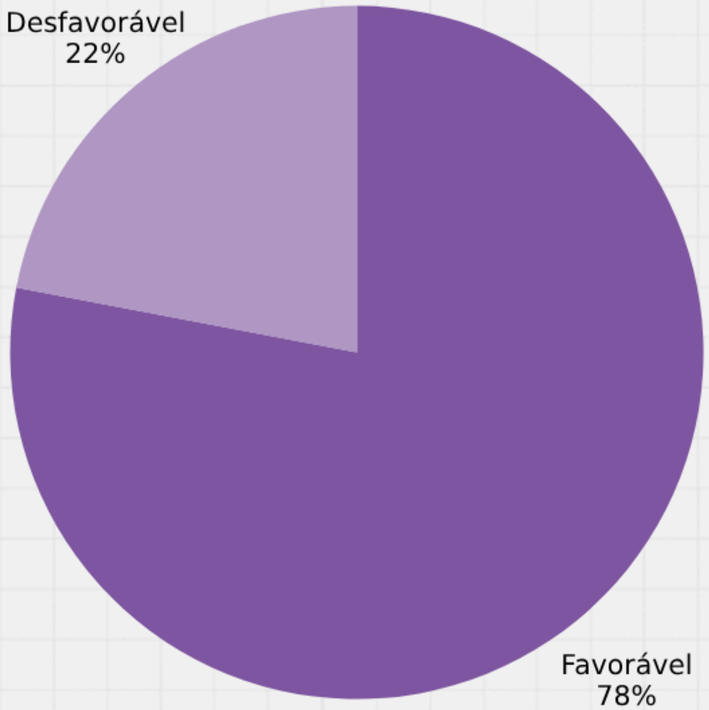
Manejo de Intercorrências

Situações Favoráveis

- Amenorréia
- Sangramento infrequente
- Normal

Sangramento Desfavorável

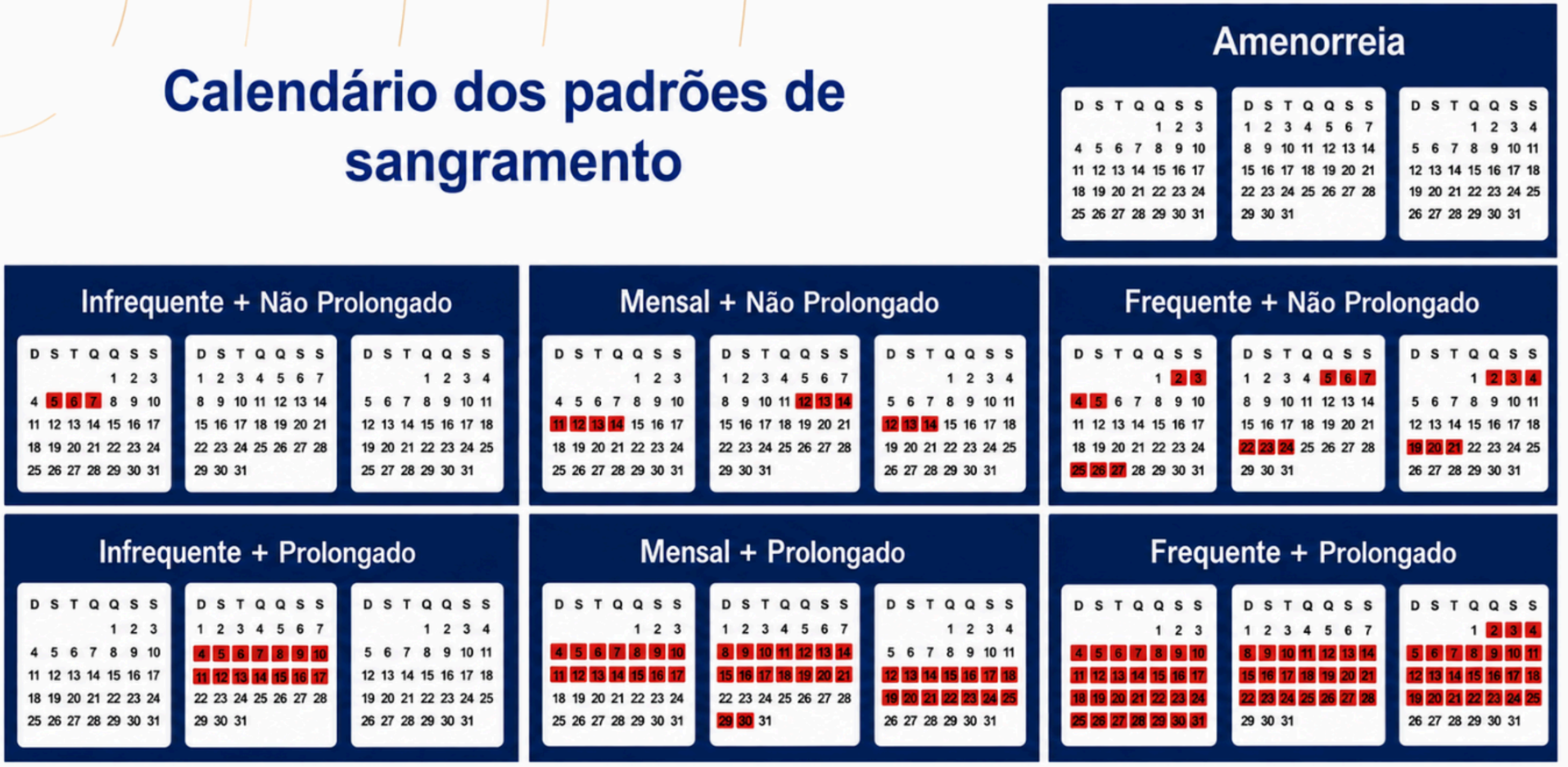
- Prolongado
- Frequente



O padrão de sangramento observado nos primeiros meses tende a se manter ao longo do uso do método.

Nos casos em que o padrão é desfavorável nos 3 primeiros meses, existe mais de 50% de chance de que melhore ao longo dos dois primeiros anos.

Calendário dos padrões de sangramento



HC FMRP-USP RIBEIRÃO PRETO DUCA+

Atualização Médica em Contracepção:
Dos conceitos às condutas

Mansour D, Fraser IS, Edelman A, Vieira CS, et al. Contraception. 2019;100(4):264-268. Goldthwaite LM, Creinin MD. Contraception. 2019;100(2):128-13

Manejo de Intercorrências

Sangramento Irregular

POR QUE OCORRE O SANGRAMENTO? Não é totalmente esclarecido.

- O etonogestrel causa atrofia endometrial progressiva — o endométrio fica fino e friável, com vasos superficiais expostos;
- Há angiogênese com vasos de parede fina e frágil, propensos a sangramento espontâneo;
- O padrão tende a melhorar após 3 a 6 meses de uso → orientar a usuária sobre essa expectativa.



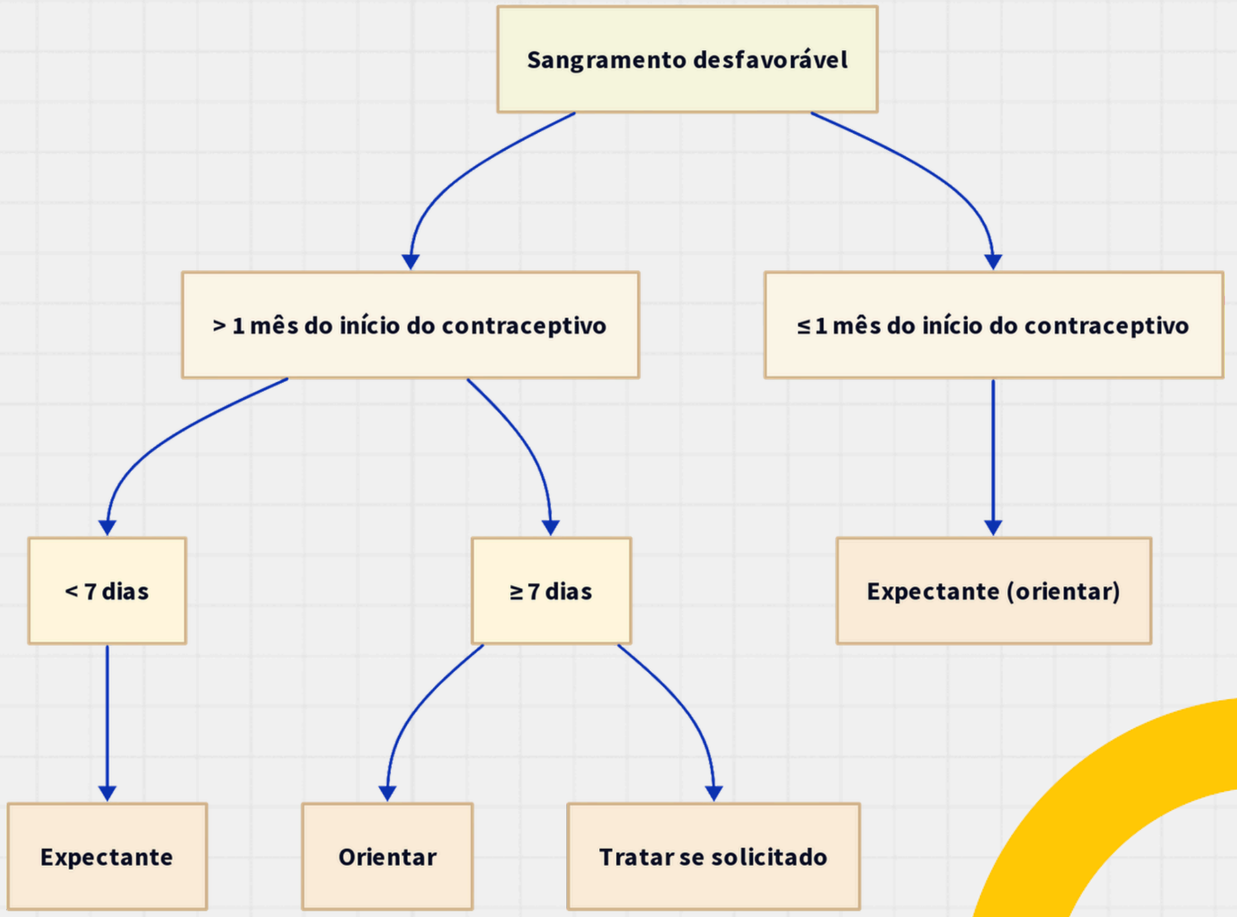
Antes de iniciar qualquer tratamento:

- **Descartar outras causas**
  - ISTs;
  - Gravidez ectópica;
  - Pólipo endometrial.

Manejo de Sangramentos

Sangramento Desfavorável

- 22% das usuárias pedem retirada;
- Descartar outras causas: IST, gravidez, pólipo;
- Orientar: **pode acontecer e não indica falha do método;**
- Oferecer tratamento medicamentoso;
- Respeitar **decisão da usuária sobre manter ou retirar.**



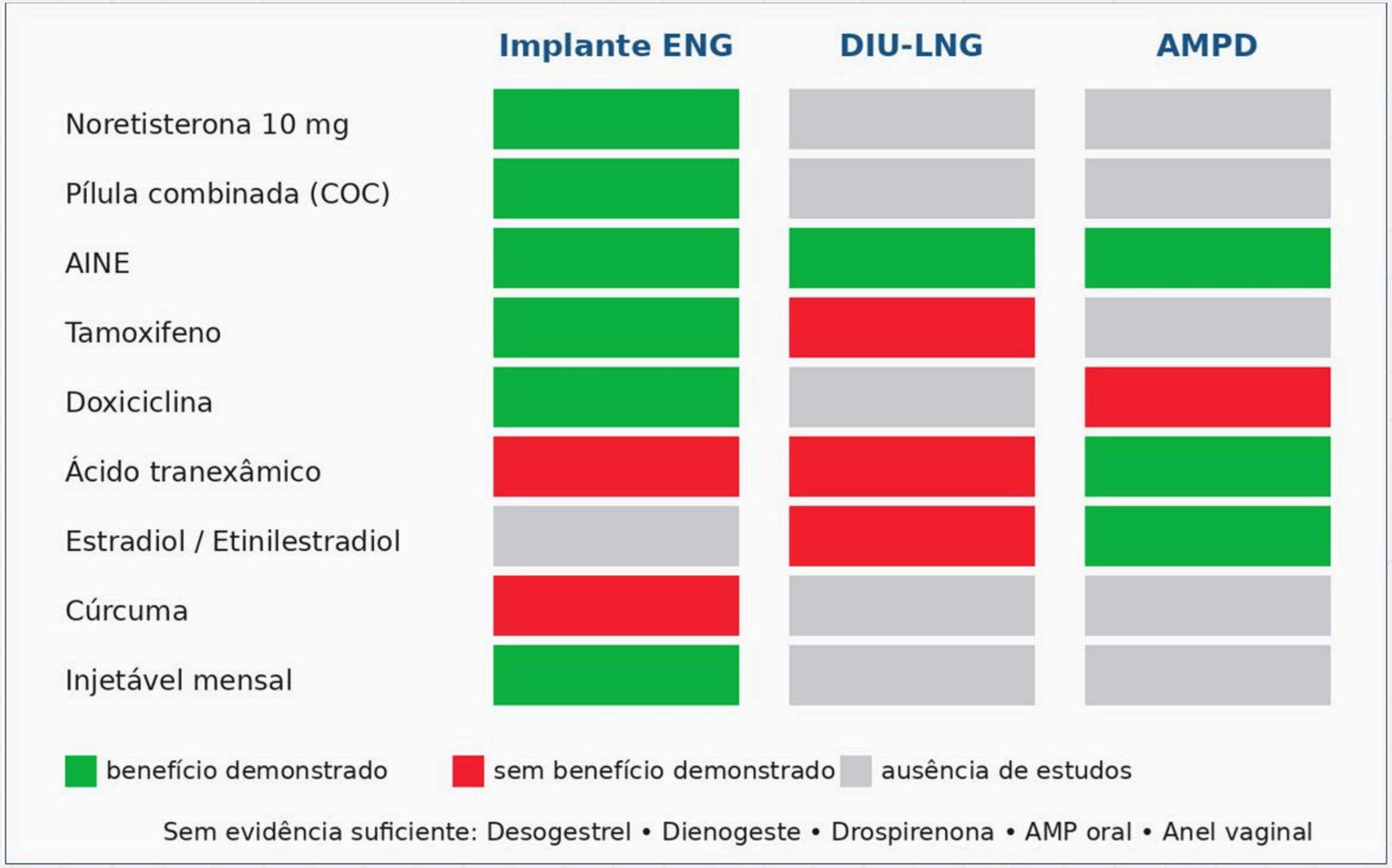
Manejo do Sangramento Desfavorável

Droga	Dose	Posologia
Pílula combinada (Etinilestradiol 30 mcg + 150 mcg de levonorgestrel)	30 + 150 mcg	1 cpo por dia, por 14 ou 28 dias - dependendo da parada do sangramento
Doxicilina	100 mg	1 cpo, de 12/12h por 5 ou 10 dias (apenas um estudo)
Ibuprofeno 600 mg	600 mg	12/12h por 5 dias
Injetável mensal (Mesigyna® - Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg ou **Cyclofemina®** 25 mg de medroxiprogesterona + 5mg de cipionato de estradiol)	50mg+ 5mg 25 mg + 5 mg	1 ampola IM, dose única.

Obs. 1: Deve-se usar uma terapêutica de cada vez, avaliando a usuária após cada prescrição

Obs. 2: Outras medicações não padronizadas no SUS, como o Noretisterona 10mg também são alternativas seguras e recomendadas para o manejo do sangramento desfavorável.

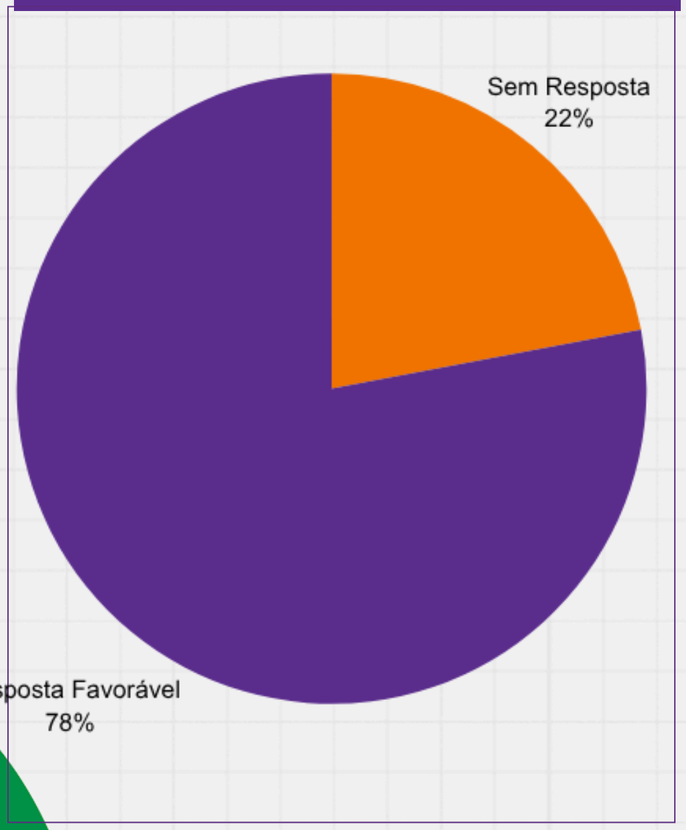
Manejo do Sangramento Desfavorável



- Edelman A et al. Am J Obstet Gynecol. 2023 Apr 26:S0002-9378(23)00265-X;

Manejo do Sangramento Desfavorável

Resposta ao Tratamento



1ª CAUSA DE RETIRADA

- O sangramento irregular é a principal causa de descontinuação do implante;
- Fundamental a orientação às usuárias sobre as alternativas de condução e respeitar a decisão caso ela deseje retirar.

22% → não apresentaram melhora e solicitaram retirada do método

Três Pilares da Condução Clínica:
ACOLHER, INVESTIGAR E DECISÃO EM CONJUNTO

ACOLHIMENTO

- Validar a queixa da usuária — não minimizar o impacto do sangramento irregular na vida cotidiana;
- Reforçar que a **eficácia contraceptiva não é afetada** pelas alterações de sangramento;

INVESTIGAÇÃO

- Anamnese dirigida;
- Descartar gravidez;
- Descartar IST;
- Palpar o implante;
- Exame especular (se necessário);

DECISÃO EM CONJUNTO

- Apresentar as opções de forma clara e sem pressionar nada:
  - **Tratar**
  - **Aguardar**
  - **Retirar**
- Se a usuária optar pela retirada: respeitar a decisão - **autonomia**
- Aproveitar para oferecer outro método contraceptivo no momento da retirada

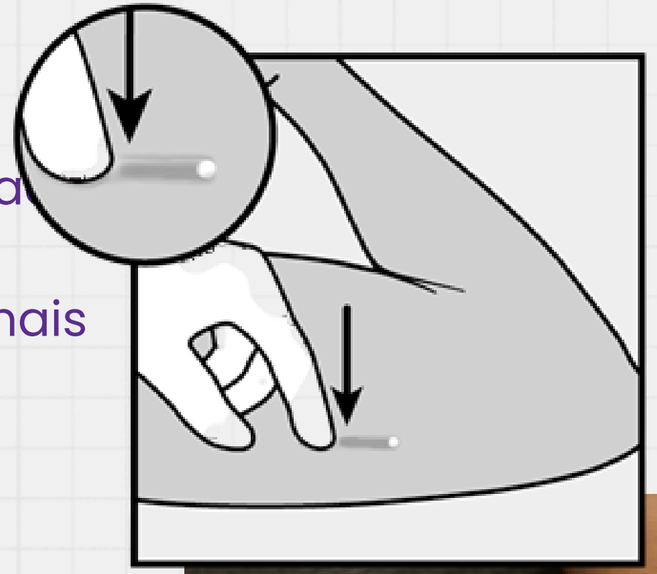
Retirada do Implante

Materiais necessários para a retirada:

- Luvas de procedimento ou estéreis
- Antisséptico (clorexidina alcoólica 0,5%, álcool 70% ou iodopovidona tópico 10%)
- Gaze estéril;
- Seringa de 3ml;
- Agulha para aspiração 40x12mm;
- Agulha para injeção 13x4.5mm;
- Lidocaína 1% ou 2%, sem vasoconstritor;
- Pinça Halstead (Mosquito) ou Pinça Kelly
- Lâmina de bisturi N.º 15 ou 11 (preferencialmente)
- Esparadrapo

O uso de material de sutura, como porta-agulha e fio de nylon 4.0, é opcional e indicado apenas quando houver necessidade de fechamento do ponto de inserção após a remoção do implante.

Retirada do Implante



- O implante deve ser localizado por palpação e ter sua extremidade proximal (em direção ao ombro) comprimida para que uma saliência fique visível na pele, indicando a extremidade distal (mais próxima ao cotovelo);

- Lavar as mãos;

- Limpar a extremidade distal identificada e realizar antissepsia local;

- Realizar anestesia com 0,5 a 1 ml de lidocaína 1% ou 2% (sem vasoconstritor) no local escolhido para fazer a incisão;

- Certificar-se de injetar o anestésico abaixo do implante, de modo a mantê-lo próximo à superfície da pele;



Retirada do Implante

- Empurrar a extremidade proximal do implante para estabilizá-lo e realizar uma incisão longitudinal de 2 mm em direção ao cotovelo, a partir da ponta distal do implante, tendo cuidado para não seccionar sua ponta;

- Empurrar suavemente o implante em direção à incisão até que a extremidade seja visível;

- Segure o implante com uma pinça (Halstead ou Kelly) e proceda à sua remoção;







Retirada do Implante

- Realizar um curativo estéril para fechamento de ferida, e aplicar uma gaze estéril com uma faixa compressiva para minimizar a formação de equimose;
- Orientar a usuária que ela poderá remover a faixa em 4 a 6 horas e o curativo de fechamento de ferida após 3 a 5 dias;

Dificuldade na Retirada

- Não utrapassar 30min
- Retorno em 4-6 semanas para tentar nova retirada
- Encaminhamento a especialista

Troca do Implante

- O novo implante pode ser inserido no mesmo braço e, frequentemente, através da mesma incisão por onde o implante anterior foi retirado;

- **Caso a mesma incisão seja usada para inserir um novo implante:**
  - Anestesiar o local da inserção com 2 mL de lidocaína (1%), aplicada logo abaixo da pele, iniciando no local da incisão de retirada ao longo do trajeto de inserção;
  - Durante a substituição, a inserção completa da agulha também é muito importante;
  - Fechar a incisão com um curativo, de modo a aproximar as bordas da incisão;
  - Aplicar curativo com gaze estéril para evitar lesões;
  - Manter o curativo no local por pelo menos 24 horas para permitir a cicatrização da incisão da retirada;

- Quando o local de inserção anterior não for apropriado, é possível realizar a inserção do novo implante no braço contralateral, respeitando as mesmas técnicas de inserção utilizadas inicialmente.

Família Oliveira

Dois Casos
Uma Mesma Decisão



Camila 14 anos

"Pode inserir o implante?"

SIM



Nara 29 anos

"Pode inserir o implante com 6 semanas de pós-parto e amamentação exclusiva?"

SIM

Nara e Camila têm histórias diferentes, mas o mesmo direito: receber cuidado qualificado, sem julgamento, com sigilo garantido e autonomia respeitada.

Principais Dúvidas

É um método seguro?

SIM

Mais de 99% de eficácia, comparável à laqueadura, mas totalmente reversível.

Pode ser usado durante a amamentação?

SIM

Pode ser utilizado por pessoas que amamentam e não interfere na produção nem na qualidade do leite humano.

Interfere na fertilidade?

NÃO

A ovulação volta em 1 a 3 semanas após a retirada, e a fertilidade é restaurada completamente.

Interfere na massa óssea e crescimento?

NÃO

Não há impactos negativos na densidade óssea ou no crescimento de adolescentes

Principais Dúvidas

Pode ser retirado a qualquer momento?

SIM

A retirada é rápida, segura e reversível.

Existe possibilidade de deslocamento?

SIM

Existe a possibilidade no caso de inserções profundas e se ganho de peso importante

O implante é abortivo?

NÃO

Ele não interfere na implantação do embrião.
Atua antes, impedindo a ovulação e a fecundação.

Principais Dúvidas

Diminui a libido?

NÃO

Não há estudos que apontem influência negativa na libido com o uso do implante

Aumenta o peso?

NÃO

Incidência similar ao encontrado em mulheres que estão usando outros métodos contraceptivos hormonais e não hormonais.

Desenvolve acne?

TALVEZ

Cerca de 11% das usuárias podem relatar acne.
Manejo: Espironolactona 50mg a 100mg ao dia, por 3 a 6 meses.

REFERÊNCIAS

AHMAN, E.; SHAH, I. H. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 115, n. 2, p. 121-126, 2011. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.05.027. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.027. Acesso em: 11 nov. 2024.

ALI, Moazzam et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. Human Reproduction, v. 31, n. 11, p. 2491-2498, 2016.

ANDRADE, Maíra Cristina Ribeiro et al. Norethisterone for Prolonged Uterine Bleeding Associated with Etonogestrel Implant (IMPLANET): A Randomized Controlled Trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2025.

AVERBACH, Sarah et al. The effect of immediate postpartum levonorgestrel contraceptive implant use on breastfeeding and infant growth: a randomized controlled trial. Contraception, v. 99, n. 2, p. 87-93, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Lei Nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, Página 13563.

BRASIL. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Anticoncepção para adolescentes: orientações e recomendações. São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta Nº. 2/2022 Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde dos Adolescentes e Jovens. Atualização das recomendações aos profissionais de saúde para o atendimento de adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2022. Disponível em: . Acesso em 11 de ago. 2025.

BELSEY, Elizabeth M.; D'ARCANGUES, Catherine. The analysis of vaginal bleeding patterns induced by fertility regulating methods. Contraception, v. 34, n. 3, p. 253-260, 1986. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer nº 277, de 06 de dezembro de 2017. Solicitação de orientação sobre inserção de implante subdérmico. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-no-277-2017-cofen-ctasc/). Acesso em: 11 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-2024/. Acesso em: 11 nov. 2024.

DARROCH, J. E.; SULLY, E.; BIDDLECOM, A. Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health. New York: Guttmacher Institute, 2017. Disponível em: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017. Acesso em: 11 nov. 2024.

DIEDRICH, J. T.; KLEIN, D. A.; PEIPERT, J. F. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 216, n. 4, p. 364.e1–364.e12, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Mortalidade Materna e Acesso ao Planejamento Reprodutivo. Rio de Janeiro, 24 jul. 2024. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre?mortalidade-materna-e-acesso-ao-planejamento-reprodutivo/. Acesso em: 11 nov. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Especial sobre Pesquisa Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, volume 30, suplemento 1, 2014. Disponível em: . Acesso em: 26 dez 2024. GLASIER, Anna. Implantable contraceptives for women: effectiveness, discontinuation rates, return of fertility, and outcome of pregnancies. Contraception, v. 65, n. 1, p. 29-37, 2002.

GUAZZELLI, C. A. et al. Manejo do sangramento irregular com os contraceptivos reversíveis de longa ação. In: FEBRASGO. Sangramento irregular com os LARCs. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2022. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 2; Comissão Nacional de Anticoncepção).

HARVEY, Caroline; SEIB, Charrlotte; LUCKE, Jayne. Continuation rates and reasons for removal among Implanon® users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. Contraception, v. 80, n. 6, p. 527-532, 2009.

Implanon NXT®: Etonogestrel - Uso subdérmico. Farmacêutico responsável: Cristina Matushima. Fabricado por N.V. Organon, Oss, Holanda; Importado por Schering Plough Indústria Farmacêutica Ltda. São Paulo, SP, 2019. Bula do medicamento. factors. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, v. 19, n. 1, p. 15-21, 2014.

MORNAR, S.; CHAN, L.-N.; MISTRETTA, S.; NEUSTADT, A.; MARTINS, S.; GILLIAM, M. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 207, n. 2, p. 110.e1–110.e6, 2012. DOI:10.1016/j.ajog.2012.05.002.

MORRELL, Kathleen M.; CREMERS, Serge; WESTHOFF, Carolyn L.; DAVIS, Anne R. Relationship between etonogestrel level and BMI in women using the contraceptive implant for more than 1 year. Contraception, v. 93, n. 3, p. 263–265, mar. 2016. DOI: 10.1016/j.contraception.2015.11.005.

TRUSSELL J. (2011). Contraceptive failure in the United States. Contraception, 83(5), 397–404. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.02 WALI, Anuj et al. Contraceptive implant migration to the lung. BJR| case reports, v. 7, n. 4, p. 20200216, 2021. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidelines Review Committee, Sexual and Reproductive Health and Research (SRH).2014

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Practice Bulletin Number 2017;186. Disponível em: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices.

XU, Hanna; WADE, Jennifer A.; PEIPERT, Jeffrey F.; ZHAO, Qiuhong; MADDEN, Tessa; SECURA, Gina M. Contraceptive failure rates of etonogestrel subdermal implants in overweight and obese women. Obstetrics & Gynecology, v. 120, n. 1, p. 21–26, jul. 2012. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318259565a.

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

OBRIGADO (A)!