



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Gestão do Cuidado Integral  
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 419/2025-DGCI/DESCO/SAPS/MS

**1. ASSUNTO**

1.1. Disponibilização do Implante Subdérmico Contraceptivo liberador de etonogestrel 68mg às mulheres de 14 a 49 anos, com oferta prioritária na Atenção Primária à Saúde, bem como a legalidade, segurança jurídica e respaldo técnico da atuação de médicos(as) e enfermeiros(as) devidamente habilitados(as) na inserção e retirada de LARCs - do Dispositivo Intrauterino (DIU) e do Implante Subdérmico Contraceptivo.

**2. ANÁLISE**

**2.1. PAPEL ESTRATÉGICO E ATRIBUIÇÕES DA APS NO CUIDADO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

2.1.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central no acompanhamento integral da população, constituindo-se como a porta de entrada preferencial e o espaço de vínculo contínuo ao longo do curso de vida. No campo da saúde da mulher, destaca-se pela capacidade de articular ações de promoção, prevenção e cuidado, abrangendo desde a adolescência, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva, até os diferentes períodos da vida adulta.

2.1.2. A APS favorece o planejamento reprodutivo, o aconselhamento qualificado e o acompanhamento longitudinal, fortalecendo a autonomia das usuárias e a tomada de decisões conscientes sobre seus projetos de vida. Ao alinhar-se às necessidades do território e às singularidades de cada fase, a APS reafirma sua potência como ordenadora do cuidado e espaço estratégico para a oferta de métodos contraceptivos, entre eles o Dispositivo Intrauterino e o Implante Contraceptivo Subdérmico de Etonogestrel, este último recém inserido como parte das estratégias de cuidado integral em saúde sexual e reprodutiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.3. O planejamento familiar e reprodutivo faz parte da assistência integral à saúde e deve ser oferecido para todas as pessoas no país, sendo direito assegurado pela Lei Federal do Planejamento Familiar (Lei Nº. 9263, de 1996), atualizada pela Lei nº 14.443 de 2022, e reafirmado por meio dos compromissos internacionais do Brasil para a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

2.1.4. Considerando a legislação atual, devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de escolha. São métodos de contracepção fornecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro: preservativo externo e interno; contraceptivo oral combinado; pílula oral de progestagênio; injetáveis hormonais mensal e trimestral; laqueadura tubária bilateral; vasectomia; DIU de cobre T380A e o Implante Contraceptivo Subdérmico liberador de etonogestrel 68mg. A incorporação do implante se deu por meio da [Portaria SECTICS/MS Nº. 47](#), de 8 de julho de 2025, e [Portaria SECTICS/MS Nº. 48](#), de 8 de julho de 2025, abrangendo adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, de 14 a 49 anos.

2.1.5. O Implante Subdérmico Contraceptivo e o Dispositivo Intrauterino (DIU) fazem parte dos LARC (Long Acting Reversible Contraceptives), ou seja, métodos contraceptivos reversíveis de longa ação, são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como seguros, eficazes e de grande impacto na redução de gestações não planejadas e da mortalidade materna. Os LARC estão associados com taxas de falha muito inferiores em comparação a outros métodos: o uso da pílula contraceptiva apresenta taxa de falha em uso típico de até 9%, e o preservativo externo, de 18%; enquanto o DIU de cobre tem taxa de falha anual de 0,2%, e o Implante Contraceptivo Subdérmico possui taxa ainda menor: de 0,05% por ano, sendo assim mais eficaz que a laqueadura (falha de 0,3 a 1%), método definitivo (ACOG, 2015; WINNER et al, 2012, TRUSSELL, 2004). Os LARC também são métodos que possuem continuidade similar em diferentes classes sociais e grupos étnico-raciais (PARKS et al, 2016; ACOG, 2015; WINNER et al, 2012; TRUSSELL, 2004; PEIPERT et al, 2011).

2.1.6. A principal vantagem dos LARC relatada nas evidências científicas está na autonomia da pessoa para o uso correto do método, portanto, com grande taxa de continuidade principalmente entre adolescentes de 15 a 19 anos (CURTIS et al, 2017; BAHAMONDES et al, 2014). Logo, para além da sua eficácia como método, eles se tornaram insumos importantes para a construção de políticas públicas de planejamento familiar e reprodutivo em diversos países do mundo. Ao integrar o Implante Subdérmico Contraceptivo de etonogestrel nas estratégias de planejamento reprodutivo, é possível oferecer uma escolha abrangente e contribuir significativamente para a promoção da saúde reprodutiva e a concretização de decisões informadas.

2.1.7. As práticas de planejamento reprodutivo se inserem em um contexto de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos. O Ministério da Saúde, em consonância com deliberações de organismos internacionais, explicita que o planejamento deve estar vinculado ao direito de as pessoas decidirem, de forma livre e informada, se querem ou não ter filhos, quantos e em que momento de suas vidas, além de poder exercer sua sexualidade e reprodução livres de discriminação, imposição ou violência. Nesse sentido, o acesso à saúde sexual e a saúde reprodutiva é um direito, sendo dever do estado ofertá-lo. Para isso, reitera-se dentro às competências de profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) devidamente qualificados(as) para o cuidado em saúde sexual e saúde reprodutiva, a inserção e retirada do Dispositivo Intrauterino (DIU) e do Implante Subdérmico Contraceptivo, considerando a relevância destes métodos contraceptivos para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como a ampliação do acesso à contracepção de longa ação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.8. Além disso, o planejamento familiar e reprodutivo desempenha um papel crucial na promoção da saúde materna e neonatal, assim como na garantia da autonomia das mulheres em decidir sobre se, quando e quantos filhos gostariam de ter. Além de contribuir para o bem-estar individual, o planejamento familiar impacta positivamente na sociedade como um todo, influenciando indicadores socioeconômicos e de saúde. Ao oferecer às pessoas o controle sobre sua fertilidade, é possível reduzir taxas de gestações não intencionais, diminuir a morbimortalidade materna e promover o desenvolvimento sustentável. Assim, os métodos contraceptivos eficazes desempenham um papel fundamental.

2.1.9. Neste contexto, a oferta do Implante Contraceptivo Subdérmico de etonogestrel no âmbito do SUS ocorrerá prioritariamente na APS, em especial pelas equipes de Saúde da Família e demais equipes que atuam nesse nível de atenção, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Por sua função de porta de entrada preferencial do sistema e de ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS possibilita o acesso oportuno e territorializado, favorecendo o acolhimento, a escuta qualificada e o aconselhamento em planejamento reprodutivo. A inserção desse método contraceptivo nesse nível reforça a centralidade da APS na coordenação do cuidado e na promoção da integralidade, assegurando acompanhamento longitudinal das usuárias e articulação com as demais ações de saúde sexual e reprodutiva.

2.1.10. Cabe aqui ressaltar a potencialidade da enfermagem como categoria profissional nos diversos níveis de atenção e, especialmente, na APS por sua atuação longitudinal e capilarizada nos territórios. Quando se verifica a distribuição de profissionais de ensino superior, enfermeiros e enfermeiras que são autorizados e respaldados a práticas clínicas avançadas, nota-se que a proporção é de cerca de 46 enfermeiros a cada 10 mil habitantes (Cofen, 2025), superando a média internacional de cerca de 16 enfermeiros a cada 10 mil habitantes (OMS, 2020), sendo esta proporção considerada internacionalmente como indicador de qualidade da atenção à saúde (OMS, 2020).

2.1.11. Desta forma, entende-se que as práticas de enfermagem regulamentadas por sua respectiva autarquia profissional são benéficas à garantia do direito à saúde e à dignidade, uma vez que a presença massiva desses profissionais, sobretudo no âmbito do SUS, favorece a oferta de ações e serviços de saúde para prevenção de agravos, promoção da saúde, execução de cuidados e reabilitação das pessoas. A partir do ordenamento jurídico brasileiro, é necessário destacar que profissionais com graduação tanto em medicina como em enfermagem, desde que devidamente habilitados – na perspectiva da educação permanente e da formação complementar –, possuem respaldo legal para atuar na oferta, inserção e retirada do Dispositivo Intrauterino e do Implante Subdérmico Contraceptivo. Acrescenta-se o rigor dos critérios para habilitação à inserção do Dispositivo Intrauterino por enfermeiros(as) e a regulamentação da atuação no que toca ao Implante Subdérmico Contraceptivo, disponível na Resolução COFEN nº 690/2022. Tais procedimentos são práticas de enfermagem legítimas, adequadas à formação profissional e à habilitação e benéficas à segurança do acesso à saúde, da segurança do paciente e da dignidade humana.

2.1.12. Assim, entende-se que reafirmar a legalidade, segurança jurídica e o respaldo técnico

da atuação de médicos(as) e enfermeiros(as) devidamente qualificados(as) na inserção e retirada de LARCs com base em dispositivos e normativas de cada uma das categorias profissionais assegura o disposto na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas da Saúde, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e em outras legislações, normativas e dispositivos sanitários elaborados para assegurar o usufruto do direito à saúde pela população (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011). Dessa forma, a incorporação do implante contribui para ampliar o acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes, em consonância com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

## 2.2. TECNOLOGIA

2.2.1. O Implante Subdérmino liberador de etonogestrel consiste em um pequeno bastão de plástico (etileno vinil acetato), com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro que contém 68 mg da substância etonogestrel. O etonogestrel é um progestagênio (hormônio) sintético. O implante libera uma pequena quantidade de etonogestrel continuamente na corrente sanguínea e sua ação impede a ovulação, além de alterar a secreção do colo do útero, dificultando a entrada de espermatozoides no útero, e pode permanecer no corpo da mulher (inserido abaixo da pele do braço) por um período de até três anos conforme recomendações atuais constantes na bula.

2.2.2. A eficácia do implante de etonogestrel não depende da adesão da paciente. Tanto a inserção quanto a retirada do dispositivo são procedimentos ambulatoriais, e devem ser realizados por profissionais de saúde treinados. Não são necessários exames para realização da inserção ou retirada do implante subdérmino, salvo em casos excepcionais, quando há inserção profunda ou deslocamento do método, evento raro segundo bibliografia científica (WALI et al, 2021).

2.2.3. O implante pode ser utilizado como anticoncepção imediata pós-evento obstétrico (AIPEO), incluindo parto, já que não interfere na amamentação ou crescimento do recém-nascido (PHILIPS et al, 2016; AVERBACH, et al, 2019). Após a remoção do implante, não há atraso no retorno à fertilidade. Além disso, o implante não tem impacto na fertilidade a longo prazo (GLASIER, 2002, SIVIN et al., 2002).

2.2.4. Entre os principais efeitos secundários positivos do método estão a redução de cólicas e de fluxo menstruais. Os principais efeitos negativos relatados por usuárias envolvem sangramento irregular e prolongado, dor na região abdominal, tontura e dores de cabeça (ALI et al., 2016). Como a maioria dos métodos contraceptivos hormonais, o implante de etonogestrel causa alterações menstruais; entretanto, é descrito que estas mudanças não desviam tanto dos padrões que existem em outros contraceptivos, tais como a medroxiprogesterona trimestral de depósito (HUBACHER, et al, 2009).

2.2.5. A maior parte das usuárias ficarão satisfeitas com as mudanças, já que a maioria das usuárias apresentam menos episódios de sangramento com este contraceptivo. De uma forma geral, 80% das usuárias do implante vão evoluir, em até 12 meses após a inserção, com redução do número de episódios sangramentos, ou seja, vão sangrar uma vez por mês ou menos, podendo inclusive não apresentar sangramento durante o uso deste método. Já 20% das usuárias apresentam sangramentos frequentes, ou seja, mais de uma vez por mês, ou prolongados (com duração de 14 dias por mês ou mais) (MANSOUR et al, 2008; MANSOUR et al, 2019).

2.2.6. O Implante Subdérmino Contraceptivo liberador de etonogestrel oferece alta eficácia, com índice geral de Pearl entre 0 a 1,4 (ocorrência de 5 gestações a cada 10.000 usuárias do método em um ano); boa tolerabilidade de efeitos colaterais sendo mais comum o relato de sangramento irregular, cefaleia, tontura, ganho de peso e acne; ausência de efeitos negativos na densidade óssea ou no aumento do risco de câncer de mama, câncer de ovário, infarto ou acidente vascular cerebral (AVC) (MORAY, 2021).

## 2.3. CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

2.3.1. A gravidez durante a adolescência, definida como aquela que ocorre entre 10 e 19 anos, é um fenômeno complexo e multifacetado, mais prevalente entre adolescentes com menor nível educacional ou em situação econômica desfavorável, expondo tanto a gestante quanto o conceito a consequências nas esferas social, econômica e de saúde.

2.3.2. A ocorrência de gravidez na adolescência ultrapassa a dimensão biomédica e as diversas barreiras de acesso à educação sexual. Trata-se de um fenômeno que expressa a sobreposição de violências estruturais, como a cultura do estupro, a pedofilia e a misoginia, presentes na sociedade. Embora a gestação nesse período da vida seja considerada de risco, seus efeitos vão além do campo da saúde, estando frequentemente relacionados à exclusão social e ao agravamento da vulnerabilidade econômica (BRASIL, 2025).

2.3.3. Além do aumento dos custos em saúde, a gravidez na adolescência associa-se à redução da expectativa de vida das meninas, maior exposição ao desemprego, dificuldades para garantir o bem-estar dos filhos, desconhecimento de direitos, fragilidade no empoderamento social, dependência financeira de familiares ou parceiros, menor escolarização em comparação aos pares, além de vivências de violência psicológica e sexual (ALBUQUERQUE et al, 2017; WILLIAMSON, 2013).

2.3.4. Adicionalmente, outras situações devem ser consideradas, como o estigma relacionado à entrega do recém-nascido a instituições ou abrigos, a possibilidade de rejeição por parte da família ou a expulsão da adolescente e do bebê do convívio familiar, a ausência de apoio familiar, o agravamento das condições de pobreza ou ainda situações de risco — como migração ou transição para a situação de rua, entre outros. (BRASIL, 2022).

2.3.5. O Relatório de Situação da População Mundial do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) aponta que o custo de oportunidade associado à gravidez não intencional na adolescência, mensurado pela perda de renda anual ao longo da vida da mãe, varia de 1% do PIB na China a 30% em Uganda. Já estimativas do Banco Mundial indicam que, no Brasil, o adiamento da gestação para após os 20 anos poderia representar ganhos de produtividade superiores a 3,5 bilhões de dólares (WILLIAMSON, 2013).

2.3.6. No mesmo sentido, dados das Secretarias Nacionais de Assistência Social, de Renda da Cidadania e de Promoção do Desenvolvimento Humano revelam que, em 2019, aproximadamente 66% das gestações na adolescência foram indesejadas, frequentemente associadas a desinformação, ausência de redes de apoio familiar ou comunitário e outras situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2019).

2.3.7. Estudos indicam que mães adolescentes, enfrentam maiores riscos de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas em comparação com mulheres entre 20 e 24 anos (OMS, 2022). Os bebês nascidos de mães adolescentes têm uma probabilidade aumentada de nascerem com baixo peso e prematuridade, além de apresentarem condições neonatais graves (BRASIL 2023).

2.3.8. A abordagem de adolescentes que desejam receber orientações contraceptivas deve ser pautada na promoção da autonomia, respeito à privacidade, sigilo e confidencialidade, além da garantia de atendimento integral e seguro. A autonomia do adolescente deve sempre ser estimulada e respeitada, compreendendo-se a essência deste princípio bioético enquanto passível de exercício a partir da oferta adequada de informações cientificamente embasadas e com fundamentação técnica pelos organismos de saúde, com vistas à promoção do autocuidado (DE OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023)

2.3.9. Deve-se assegurar o atendimento de adolescentes nos serviços de saúde, mesmo quando desacompanhados por seus responsáveis legais ou acompanhados por pessoa de sua escolha. Ter um acompanhante nos atendimentos de saúde é um direito, contudo não constitui uma obrigatoriedade, primando-se pelo direito à privacidade e sigilo, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021; BRASIL, 2022).

2.3.10. O sigilo e a confidencialidade permanecem obrigatórios no caso de informações compartilhadas pelas(os) adolescentes durante o atendimento, exceto em situações de risco à vida ou à integridade física ou psicológica da(o) adolescente e/ou de terceiros, quando a quebra do sigilo se faz necessária para a sua proteção. Neste caso, profissionais de saúde devem saber em quais situações a quebra do sigilo é justificada e sobre os procedimentos éticos e legais para a sua realização (BRASIL, 2021).

2.3.11. Durante a escolha do método contraceptivo: a (o) profissional de saúde deve ofertar todos os métodos disponíveis no SUS, com adequada educação em saúde acerca de seu mecanismo de ação, tempo de duração, forma correta do uso, eventos adversos possíveis, sinais de alarme e decisão pela cessação do uso a qualquer tempo. Deve-se ainda, respeitar a escolha do método contraceptivo pela adolescente, desde que clinicamente adequado conforme os parâmetros técnicos vigentes e as evidências científicas atualizadas, e garantir o acesso ao método escolhido de forma gratuita e sem barreiras de acesso.

2.3.12. A prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, quando realizada em conformidade com os critérios clínicos de elegibilidade, não configura ato ilícito. Em caso de dúvida sobre gestação, deve-se ofertar Teste Rápido de Gravidez. Ressalta-se a importância de incluir os adolescentes e jovens do gênero masculino na responsabilização pelo uso do preservativo como método contraceptivo e para a prevenção das Infecções de Transmissão Sexual (IST) (BRASIL, 2015; DE OLIVEIRA, 2027; BRASIL, 2023; BRASIL, 2024).

## 2.4. ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DA MEDICAÇÃO

2.4.1. O implante deverá ser armazenado na farmácia das unidades de saúde, em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C) e protegido da luz e umidade. O implante pode ser inserido até a data-limite do prazo de validade, que consta na embalagem do produto.

2.4.2. A dispensação deve ocorrer mediante apresentação da prescrição emitida em prontuário eletrônico ou em receituário físico, impressa em duas vias. Uma das vias deve ficar retida na farmácia. Somente profissionais da unidade habilitados para inserção do método poderão retirar o insumo. É importante ressaltar que deve ser realizado controle rigoroso entre a dispensação e a inserção dos implantes, que deve ocorrer obrigatoriamente na própria unidade, não sendo permitida a liberação do insumo para inserção em outro serviço de saúde ou por profissional que não faça parte do corpo clínico.

2.4.3. Desta maneira, o número de dispensações deverá ser o mesmo que o de inserções registradas na unidade, salvo quando ocorrer perda por necessidade de descarte de algum dispositivo durante o procedimento (por exemplo, por contaminação ou quebra). Neste caso, a necessidade de descarte do dispositivo deve ser informada à farmácia e apresentado o dispositivo que não foi utilizado para descarte correto. No caso de quebra por defeito do insumo, a fabricante deverá ser notificada, de acordo com as normas da assistência farmacêutica.

## 2.5. REGISTRO DO PROCEDIMENTO

2.5.1. Após finalizar o procedimento, o profissional deve registrar no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) o braço escolhido para a inserção, os dados de lote e validade do implante inserido, e entregar à usuária o cartão contendo a data da inserção, data limite prevista da remoção do implante, número do lote, e o braço da inserção, assinado e carimbado pelo(a) profissional que realizou o procedimento.

2.5.2. Para mais, é indispensável salientar, dentre as obrigatoriedades de todo profissional que execute os procedimentos de inserção, revisão e retirada de DIU e de Implante Subdérmico Contraceptivo, o devido registro em prontuário de saúde da cidadã, o que, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, deve ocorrer sobretudo por meio do sistema e-SUS APS, o qual dispõe de campo de preenchimento do plano de cuidados com o registro do código SIGTAP, que para o DIU é o 03.01.04.014-1 e para o Implante Subdérmico Contraceptivo é o 03.01.04.017-6. Da mesma maneira, o registro do procedimento de retirada também deve ser registrado, este pelo código SIGTAP 03.01.04.015-0 nos casos de DIU, e pelo código SIGTAP 03.01.04.018-4 nos casos de implante. Deve haver também o registro adequado do CID: Z300 (aconselhamento geral sobre contracepção), Z308 (outro procedimento anticoncepcional), Z309 (procedimento anticoncepcional não especificado) e/ou CIAP W14 (Contracepção/outras). Na ausência de sistema informatizado implementado, os registros clínicos e técnicos devem ser realizados em instrumento padronizado pelo estado e/ou município. Deve-se assegurar a devida documentação dos procedimentos, seja qual for sua natureza, pela relevância de garantir respaldo técnico profissional, segurança do paciente e viabilidade do monitoramento das ações e serviços de saúde, com vistas à produção, acompanhamento e avaliação de indicadores, objetivos e metas em saúde - essenciais para o aprimoramento dos programas e políticas.

Código de Registro SIGTAP		
MÉTODO	INSERÇÃO	RETIRADA
Dispositivo Intrauterino	03.01.04.014-1	03.01.04.015-0
Implante Subdérmico Contraceptivo	03.01.04.017-6	03.01.04.018-4

## 2.6. ORGANIZAÇÃO

2.6.1. A inserção e a remoção do implante de etonogestrel são considerados procedimentos simples, que levam poucos minutos, embora necessite de local próprio e profissional devidamente qualificado e habilitado, seja da categoria de enfermagem (Parecer do Conselho Federal de Enfermagem Nº. 277/2017) ou de medicina.

2.6.2. A organização da iniciativa pedagógica está sendo compartilhada entre o Ministério da Saúde, os gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; Escolas de Saúde Pública; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Universidades Públicas Estaduais ou Federais

cujos programas de Residência Multiprofissional em Enfermagem ou Residência Médica em Medicina de Família ou Ginecologia e Obstetrícia.

Cada ente federativo, autarquia ou entidade de classe envolvida terá, como for pertinente para seu escopo de atuação, as atribuições de:

- **Ministério da Saúde**

- a) Adquirir e distribuir o implante contraceptivo por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e Departamento de Logística em Saúde (DLOG), em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; Nota informativa conjunta com DAF (0051212801) sobre distribuição.
- b) Orientar as diretrizes das iniciativas pedagógicas para qualificação de médicos(as) e enfermeiros(as) no manejo do implante contraceptivo liberador de etonogestrel; Manual para inserção e retirada do implante está em vias de publicação.
- c) Apoiar estados, Distrito Federal e municípios na organização, execução das iniciativas pedagógicas e implementação da oferta organizada;
- d) Auxiliar os estados, Distrito Federal e municípios com a contratação de enfermeiras(os) para atuar no processo formativo e supervisão prática;
- e) Monitorar a oferta do implante por meio dos dados constantes nos sistemas de registro de informações do SUS, em especial o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS).

- **Gestores Estaduais e do Distrito Federal**

- a) Mapear e articular instituições formadoras com o objetivo de apoiar e subsidiar o processo formativo;
- b) Construir proposta pedagógica para execução das atividades pedagógicas, colaborando para um planejamento adequado à realidade de cada macrorregião de saúde e de cada município;
- c) Apresentar a proposta pedagógica aos gestores municipais, a fim de que esteja ciente sobre o desenvolvimento do projeto e atue favoravelmente, quando necessário. Recomenda-se apresentar a proposta, também, ao controle social (conselhos estaduais, municipais, locais de saúde);
- d) Assegurar reserva de carga horária aos(as) profissionais qualificadores e em qualificação, viabilizando a execução dos objetivos e o alcance de metas, sem prejuízo à remuneração;
- e) Receber, armazenar e disponibilizar os kits de treinamento (compostos por simulador de braço anatômico, placebos do implante, pinça Kelly curva, pinça Kelly reta, bisturi retrátil e insertor montável), para utilização na continuidade das atividades formativas dos profissionais de saúde da APS e, posteriormente, garantir sua destinação aos entes municipais, de modo a assegurar a continuidade das ações de capacitação nos territórios;
- f) Apoiar os municípios no processo formativo e na implementação da oferta organizada;
- g) Realizar o monitoramento estadual do acesso ao método, no âmbito da governança tripartite, contribuindo com os aspectos relacionados ao seu território;
- h) Manter diálogo contínuo com as instâncias interfederativas às quais responde no âmbito da gestão tripartite da política de saúde;
- i) Receber o quantitativo de implantes subdérmicos de etonogestrel e proceder à distribuição aos municípios contemplados em cada fase de implementação, conforme as quantidades previamente estabelecidas.

- **Gestores municipais**

- a) Colaborar com ferramentas de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, contribuindo com a adesão da comunidade à estratégia para oferta de cuidados e, consequentemente, provimento adequado de voluntárias para atendimento às normativas;
- b) Assegurar o suporte diagnóstico, garantindo que esteja disponível, quando necessário. Isto inclui testagem rápida de gravidez, testagem rápida de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e outros exames que forem considerados necessários e pertinentes.
- c) Colaborar com o monitoramento da oferta do método, no âmbito da governança tripartite, contribuindo com os aspectos relacionados ao seu território;
- d) Assegurar ferramentas de registro da gestão local, visando à continuidade das

iniciativas de educação permanente dos profissionais de saúde.

- e) Assegurar reserva de carga horária aos(as) profissionais qualificadores e em qualificação, viabilizando a execução dos objetivos e o alcance de metas, sem prejuízo à remuneração;
- f) Fornecer local para realização das atividades de qualificação;
- g) Organizar e garantir materiais e insumos necessários para as atividades de prática supervisionada;
- h) Estruturar, em conjunto com a gestão estadual quando necessário, a mobilidade de profissionais multiplicadores(as) ou dos(as) cursistas no território, de acordo com o método aplicado pelo território na proposta pedagógica, permitindo, se necessário, o deslocamento para a execução de suas atividades.

- **Universidades Públicas Estaduais e Federais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Escolas de Saúde Pública e instituições credenciadas à oferta de programas de residência médica e/ou de enfermagem**
  - a) Desenvolver proposta pedagógica para execução da etapa formativa de enfermeiras(os), contemplando o disposto na Resolução COFEN Nº690/200, que normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo, e o Parecer COFEN Nº 277/2017, que preveja etapa teórica e prática supervisionada aos enfermeiros;
  - b) Certificar os profissionais da enfermagem após a conclusão, atestando a aptidão para o exercício das atividades previstas;
  - c) Assegurar reserva de carga horária aos(as) profissionais qualificadores e em qualificação, viabilizando a execução dos objetivos e o alcance de metas, sem prejuízo à remuneração;
  - d) Fornecer local para realização das atividades de qualificação;
  - e) Organizar e garantir materiais e insumos necessários para as atividades práticas;
  - f) Estruturar, em conjunto com a gestão estadual quando necessário, a mobilidade de profissionais multiplicadores(as) ou dos(as) cursistas no território, de acordo com o método aplicado pelo território na proposta pedagógica, permitindo, se necessário, o deslocamento para a execução de suas atividades.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) comprehende que a ampliação da oferta contraceptiva por meio do implante subdérmico deverá ocorrer de forma articulada às estratégias de qualificação profissional, contemplando formação teórica e prática supervisionada para recomendação, inserção, acompanhamento e retirada do método, assegurando seguimento adequado nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2. Recomenda-se, ainda, que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ao instituírem a prática da inserção de DIU e de Implante Subdérmico Contraceptivo por enfermeiros(as), observem os critérios estabelecidos pelo COFEN, e por médicos(as), observem os critérios estabelecidos no CFM, assegurem a qualificação dos(as) profissionais envolvidos(as), elaborem normativas ou protocolos assistenciais que garantam o respaldo técnico, ético e jurídico das ações, conforme os princípios da legalidade, segurança do paciente e qualidade da atenção. Da mesma maneira, recomenda-se a adequação, orientação, educação permanente e incentivo ao registro de toda e qualquer prática profissional em todos os níveis de atenção à saúde, com vistas ao monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, que servem ao aprimoramento e qualificação da política de saúde e ao fortalecimento do SUS.

3.3. Neste contexto, a SAPS/MS estrutura um processo integrado de formação técnica para a inserção e retirada do Implante Subdérmico de etonogestrel, aliado a mecanismos de governança que garantem a qualificação, a padronização e a sustentabilidade dessa ação no âmbito do SUS. Esse processo envolve a realização de oficinas de formação, com intuito de disseminar práticas qualificadas e promover a ampliação gradual do número de profissionais habilitados nos territórios e oferecer apoio técnico às gestões estaduais e municipais na organização da implementação local. De forma complementar, serão implementadas estratégias contínuas de monitoramento e avaliação, de modo a fortalecer a estruturação dos serviços e ampliar, de maneira equânime e segura, o acesso das mulheres a essa tecnologia contraceptiva.

### REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ana Paula dos Santos et al. Prevalência da gravidez de repetição rápida e fatores associados em adolescentes de Caruaru, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 17, p. 347-354, 2017.

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.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. Increasing access to contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. Committee Opinion, v. 642, p. 1-4, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Committee Opinion No. 539. Obstet Gynecol, v. 120, n. 983, p. 8, 2012.

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.=

BAHAMONDES, Luis et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel-and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. Human reproduction, v. 30, n. 11, p. 2527-2538, 2015.

BAHAMONDES, Luis et al. Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. Human Reproduction, v. 29, n. 10, p. 2163-2170, 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf).

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. - 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p.: il. - (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 978-85-334-1834-9. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 82 p.: il. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 978-85-334-0781-7. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)

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. Lei Nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre os planos de assistência integral à saúde do adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 612.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Cidadania; Ministério dos Direitos Humanos. Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRASIL. Boletim Epidemiológico: Mortalidade materna por aborto no Brasil, 2010 a 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE/DAENT/SVS). Volume 53, N.º 47, Dez. 2022.

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: <[@download/file](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-2-2022.pdf)>. Acesso em 11 de ago. 2025.

BRASIL. Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde - Número Especial, Mar. 2023. Ministério da Saúde. Boletim da Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. 2023.

BRASIL. Ministério das Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) 2025. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf>. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico]. Brasília, 2015. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando\\_adolescentes\\_saude\\_sexual\\_reprodutiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf)>. Acesso em 11 de ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Gestão do Cuidado Integral Coordenação-Geral de Integração de Redes de Atenção à Saúde Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Nota Técnica nº 4/2023: Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência [Internet]. Brasília, DF. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/publicacoes/semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Gestão do Cuidado Integral Coordenação-Geral de Integração de Redes de Atenção à Saúde Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Nota Técnica Nº. 2/2024: Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência - "Prevenção da Gravidez na adolescência, promovendo a saúde e garantindo direitos" [Internet]. Brasília, DF. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2025.

CALHEIROS, Patrícia Vieira; DE MORAES, Darlyn Pedreira Galvão. Ações de saúde para evitar gravidez na adolescência Health actions to avoid pregnancy in adolescence. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 2, p. 7502-7512, 2022.

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.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 06 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 690, de 11 de fevereiro de 2022. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 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

CURTIS, Kathryn M.; PEIPERT, Jeffrey F. Long-acting reversible contraception. New England Journal of Medicine, v. 376, n. 5, p. 461-468, 2017.

DARROCH, Jacqueline E. et al. Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute, 2017, Disponível em: <[www.guttmacher.org/factsheet/adding-it-up-contraceptionmnh-2017](https://www.guttmacher.org/factsheet/adding-it-up-contraceptionmnh-2017)>. Acesso em: 11 nov. 2024.

DE OLIVEIRA, REGINA HERZOG. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2017.

ELIAS, B.; HAILEMARIAM, Tesfahun. Implants contraceptive utilization and factors associated among married women in the reproductive age group (18-49 year) in Southern Ethiopia. Journal of Women's Health Care, v. 4, n. 7, p. 281, 2015.

FEBRASGO. Contracepção reversível de longa ação. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo 2022. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ1-2022-Contracepcao.pdf>>. Acesso em:

11 ago. 2025.

FEBRASGO. Anticoncepção para adolescentes. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, nº. 9/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, 2017. Disponível em: <[https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15ANTICONCEPCAO\\_PARA\\_ADOLESCENTES.pdf](https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2025.

FEI, Y. Frances et al. Considerations in adolescent use of the etonogestrel subdermal implant: a cohort study. *Frontiers in reproductive health*, v. 3, p. 780902, 2021.

FOSTER, Diana Greene et al. Cost savings from the provision of specific methods of contraception in a publicly funded program. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 3, p. 446-451, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Especial sobre Pesquisa Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, volume 30, suplemento 1, 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/cadernos-de-saude-publica-lancaespecial-sobre-pesquisa-nascer-no-brasil>>. 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.

MACHADO, B. R. et al. *Contracepção reversível de longa ação*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO [Internet], v. 3, n. 1, 2016.

MORAY, Kusum V et al. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. *Reproductive health* , vol. 18, 1 4. 6 Jan. 2021, doi:10.1186/s12978-020-01054-y

O'NEIL-CALLAHAN, Micaela et al. Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obstetrics & Gynecology*, v. 122, n. 5, p. 1083-1091, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization, 2020.

PARKS, Caitlin; PEIPERT, Jeffrey F. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 214, n. 6, p. 681-688, 2016.

PEIPERT, Jeffrey F. et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics & Gynecology*, v. 117, n. 5, p. 1105-1113, 2011.

SECURA, Gina M. et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *New England Journal of Medicine*, v. 371, n. 14, p. 1316-1323, 2014.

TOCCE, Kristina M.; SHEEDER, Jeanelle L.; TEAL, Stephanie B. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 206, n. 6, p. 481. e1-481. e7, 2012.

TRUSSELL, James. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, v. 70, n. 2, p. 89-96, 2004.

WALI, Anuj et al. Contraceptive implant migration to the lung. *BJR| case reports*, v. 7, n. 4, p. 20200216, 2021.

WILLIAMSON, N. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Relatório Situação da População Mundial. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2013.

WINNER, Brooke et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*, v. 366, n. 21, p. 1998-2007, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy. 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>>. Acesso em 10 mar 25.

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.



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Seabra Souza Pereira, Coordenador(a)-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres**, em 11/11/2025, às 20:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](https://www.legis.br/legis/dec/10543); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](https://www.legis.br/legis/dec/900).



Documento assinado eletronicamente por **Olivia Lucena de Medeiros, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 12/11/2025, às 08:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cláudia Cardozo Chaves, Coordenador(a)-Geral de Saúde da Família e Comunidade**, em 12/11/2025, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eudes Barroso Vieira, Diretor(a) do Departamento Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária**, em 12/11/2025, às 10:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0051682338** e o código CRC **3E29381C**.

**Referência:** Processo nº 25000.194434/2025-59

SEI nº 0051682338

Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres - CGESMU  
Esplanada dos Ministérios, Bloco O - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70052-900  
Site - saude.gov.br