DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE SANTA LÚCIA

Conforme Legislação Municipal

www.santalucia.sp.gov.br

Quarta-feira, 07 de outubro de 2026 **Ano IV | Edição nº 468** **Página 1 de 18**



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE SANTA LÚCIA

Conforme Legislação Municipal

www.santalucia.sp.gov.br

SUMÁRIO

Poder Executivo 3
Licitações e Contratos 3
Homologação / Adjudicação 3
SECRETARIAS 4
SAÚDE 4

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Santa Lúcia, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, é uma publicação das entidades da Administração Direta e Indireta desse Município, sendo referidas entidades inteiramente responsáveis pelo conteúdo aqui publicado.

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico do Município de Santa Lúcia poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.santalucia.sp.gov.br

Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse: www.imprensaoficialmunicipal.com.br/santa_lucia

As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de Santa Lúcia
CNPJ 45.282.704/0001-32
Rua Coronel Luiz Pinto, 319, Centro
Telefone: (16) 3396-9600
Site: www.santalucia.sp.gov.br

Câmara Municipal de Santa Lúcia
CNPJ 01.628.061/0001-60
Rua Bento de Abreu, nº 460 - Centro
Telefone: (16) 3396-1266
Site: www.camarasantalucia.sp.gov.br

Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICPBrasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020

O Município de Santa Lúcia garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.santalucia.sp.gov.br

PODER EXECUTIVO

Licitações e Contratos

Homologação / Adjudicação

PROCESSO Nº 049/2026
CONCORÊNCIA ELETRÔNICA Nº 004/2026
TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EXECUÇÃO DE OBRA DE ENGENHARIA DESTINADA AO ALARGAMENTO DE TRECHO DA RUA BENEDITO MARTINS E AO RECAPEAMENTO ASFÁLTICO DOS TRECHOS DA AVENIDA PAULO STORANI, RUA RAIMUNDO MARANI E RUA ALFREDO TRENTIM, NO MUNICÍPIO DE SANTA LÚCIA/SP, COMPREENDENDO O FORNECIMENTO DE MATERIAIS, MÃO DE OBRA, EQUIPAMENTOS, FERRAMENTAS, MÁQUINAS, SINALIZAÇÃO VIÁRIA, CONTROLE TECNOLÓGICO E TODOS OS DEMAIS SERVIÇOS NECESSÁRIOS À PERFEITA EXECUÇÃO DO OBJETO, CONFORME PROJETO BÁSICO, MEMORIAL DESCRITIVO, PLANILHA ORÇAMENTÁRIA, CRONOGRAMA FÍSICO- FINANCEIRO E DEMAIS DOCUMENTOS TÉCNICOS INTEGRANTES DESTE PROCESSO.

ANTONIO CARLOS ABUABUD JUNIOR, Prefeito de Santa Lúcia, Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, com fundamento no art. 71, IV, da Lei nº 14.133/2021 **ADJUDICO** o objeto e **HOMOLOGO** o Processo de Licitação em referência, todos os atos praticados pela Pregoeira à licitante **GRACIOLI ENGENHARIA LTDA (50287632000156) com o lote: 1 no valor total de R$ 254.499,70 (Duzentos e cinquenta quatro mil, quatrocentos e noventa e nove mil e setenta centavos).**

Fica o licitante devidamente intimado, para que no prazo de 03 (três) dias úteis assine o respectivo contrato, contados da publicação deste termo.

Santa Lúcia - SP, 06 de outubro de 2026.

ANTONIO CARLOS ABUABUD JUNIOR
Prefeito Municipal

PROCESSO Nº 043/2026
CONCORÊNCIA ELETRÔNICA Nº 005/2026
TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA (S) ESPECIALIZADA (S) PARA EXECUÇÃO DE OBRA DE ENGENHARIA DESTINADA À REFORMA E REQUALIFICAÇÃO DA PRAÇA DA BÍBLIA, SITUADA NO BAIRRO DIMAS CERA OMETTO, NO MUNICÍPIO DE SANTA LÚCIA/SP, COM EXECUÇÃO DE OBRAS CIVIS E IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA.

ANTONIO CARLOS ABUABUD JUNIOR, Prefeito de Santa Lúcia, Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, com fundamento no art. 71, IV, da Lei nº 14.133/2021 **ADJUDICO** o objeto e **HOMOLOGO** o Processo de Licitação em referência, todos os atos praticados pela Pregoeira à licitante **VAMBERTO APARECIDO CHRISTOVAM JUNIOR - EPP (33718580000106) com os lotes: 1 no valor total de R$ 116.998,00 (Cento e dezesseis mil, novecentos noventa e oito reais) e 2 no valor total de 61.510,00 (Sessenta e um mil, quinhentos e dez reais).**

Fica o licitante devidamente intimado, para que no prazo de 03 (três) dias úteis assine o respectivo contrato, contados da publicação deste termo.

Santa Lúcia - SP, 06 de outubro de 2026.

ANTONIO CARLOS ABUABUD JUNIOR
Prefeito Municipal

PROCESSO Nº 006/2026
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 011/2026
TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA O FORNECIMENTO CONTÍNUO E PARCELADO DE ÓLEO DIESEL B S-10, CONFORME A DEMANDA, DESTINADO AO ABASTECIMENTO DA FROTA DE VEÍCULOS, MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LÚCIA/SP, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, INCLUINDO A DISPONIBILIZAÇÃO, EM REGIME DE COMODATO E SEM ÔNUS ADICIONAL PARA A ADMINISTRAÇÃO, DE TANQUE AÉREO, BOMBA MEDIDORA E DEMAIS EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS, CONFORME CONDIÇÕES E ESPECIFICAÇÕES CONSTANTES DO TERMO DE REFERÊNCIA.

ANTONIO CARLOS ABUABUD JUNIOR, Prefeito de Santa Lúcia, Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, com fundamento no art. 71, IV, da Lei nº 14.133/2021 **ADJUDICO** o objeto e **HOMOLOGO** o Processo de Licitação em referência, todos os atos praticados pela Pregoeira à licitante **AGRODIESEL TRR GENERAL SALGADO LTDA (00409382000101) com o lote: 1 no valor total de R$ 831.030,00 (Oitocentos e trinta e um mil, e trinta reais)**. Fica o licitante devidamente intimado, para que no prazo de 03 (três) dias úteis assine o respectivo contrato, contados da publicação deste termo.

Santa Lúcia - SP, 06 de outubro de 2026.

ANTONIO CARLOS ABUABUD JUNIOR
Prefeito Municipal

.....

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Coronel Luiz Pinto, 155 – Centro – CEP 14825-011 – Santa Lúcia/SP
Tel: (16) 3396-9602 | E-mail: saude@santalucia.sp.gov.br

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

IMPLANTAÇÃO, INSERÇÃO E RETIRADA DO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO			
Código: POP-SMS-APS-001	**Versão:** 1.0	**Data de Implantação:** ____/____/2026	**Próxima Revisão:** ____/____/2027
Elaborado por: Dra. Cláudia Mendes do Amaral Dra. Luciana Cava Petitto de Oliveira Enf. Andreza Emília Martins do Sacramento Enf. André Luiz de Oliveira		**Aprovado por:** Secretaria Municipal de Saúde de Santa Lúcia - SP Enf. Érica Rosangela Bril Isidoro Enf. Cyntia Cristina dos Santos Luz	
Unidade Executora Piloto: USF Dr. Geraldo Cassoni **Endereço:** Av. Aurélio Orlandi, nº 217, CEP: 14.827-046, Bairro Jardim Nova Santa Lúcia, Santa Lúcia - SP			

O Implante é um contraceptivo reversível de longa duração (LARC), composto por um pequeno bastão de plástico inserido sob a pele do braço, contendo 68 mg de etonogestrel, com alta eficácia e com duração de até 3 anos. Atua principalmente pela inibição da ovulação e espessamento do muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozóides. Apresenta, como benefícios secundários, a redução das cólicas menstruais, a redução da frequência e do volume do sangramento. Como principais efeitos adversos, possui alterações no padrão de sangramento menstrual, cefaléia, acne, tontura e mastalgia.

1. OBJETIVO

Padronizar os fluxos assistenciais, operacionais, logísticos e assistenciais para acolhimento, triagem, indicação, inserção, acompanhamento e retirada do implante subdérmico de etonogestrel no município de Santa Lúcia - SP, garantindo atendimento qualificado, seguro e contínuo no âmbito do Planejamento Reprodutivo na Atenção Primária à Saúde (APS).

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à USF Dr. Geraldo Cassoni (unidade piloto), estendendo-se às demais equipes da Atenção Primária à Saúde do município de Santa Lúcia - SP, incluindo as ações de matriciamento e descentralização para o Centro de Saúde III (CSIII) a definir data pela Diretoria de Saúde.

3. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA E DIRETRIZES DE EMBASAMENTO

- **Diretriz Local:** *Manual Técnico para Implantação da Oferta do Implante Subdérmico de Etonogestrel na Atenção Primária à Saúde*, elaborado pela Coordenadoria de Regiões de Saúde – DRS-III Araraquara/SP.
- **Ministério da Saúde:** Cadernos de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Manual de Implantação do Implante Subdérmico de Etonogestrel no SUS.
- **Base Acadêmica e Organização Mundial da Saúde (OMS):** *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (OMS, 5ª ed.). Evidências científicas demonstram índice de falha do Implanon® inferior a 0,05% (Índice de Pearl = 0,05), caracterizando alta eficácia contraceptiva, independente da adesão diária do usuário.
- **Normativas do Conselhos Profissionais:** Resoluções do CFM e do Cofen (Normativas sobre a atuação do enfermeiro habilitado e capacitado na consulta de enfermagem, inserção e remoção de implantes contraceptivos subdérmicos).
- **Rede Alyne**

4. RECURSOS HUMANOS E CAPACITAÇÃO DA REDE MUNICIPAL

Categoria/Profissional	Atribuições / Responsabilidades
Equipe Habilitada Inicial **(USF Dr. Geraldo Cassoni)**	Dra. Cláudia Mendes do Amaral (Médica) e Enfª. Andreza Emília Martins do Sacramento (Enfermeira). Profissionais treinadas e capacitadas pelo Ministério da Saúde em intermediação com a DRS-III Araraquara/SP. Responsáveis pela condução das consultas compartilhadas, procedimentos de inserção/retirada e registros clínicos.
Equipe do CSIII **(Médicos e Enfermeiros)**	Participação no processo de matriciamento contínuo junto à equipe da USF Dr. Geraldo Cassoni e suporte da DRS-III. Acompanhamento das consultas compartilhadas para futura autonomia e descentralização do procedimento para atendimento direto no território de abrangência do CSIII, que será definido fluxo pela Diretoria de Saude do Municipio

Categoria/Profissional	Atribuições / Responsabilidades
Suporte e Matriciamento Regional	Equipe técnica e de regulação da DRS-III Araraquara/SP para auxílio em casos de maior complexidade (implantes não palpáveis ou manejo de intercorrências graves).

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E LOGÍSTICA DE INSUMOS

5.1 Agenda e Capacidade de Atendimento

- **Dia e Horário:** A triagem e o procedimento de implantação será disponibilizado conforme agendamento.
- **Capacidade por Sessão:** Agendamento e convocação de **8 (oito) mulheres** que serão dividido por categoria, 4 (quatro) candidatas para triagens e 4 (quatro) candidatas que estejam legível por semana e que tenham passado por triagem prévia, indicação clínica e expressado interesse no método para realizar o implante e que tenha termo de livre esclarecimento assinado.
- **Modalidade de Atendimento:** Consulta compartilhada entre Médica e Enfermeira habilitadas.

5.2 Fluxo Logístico e de Dispensação do Dispositivo

1. **Consulta/Entrevista de Elegibilidade Compartilhada:** A usuária passa pela consulta compartilhada na USF Dr. Geraldo Cassoni, aplicando-se a Ficha Técnica e o Protocolo de Entrevista da DRS-III, em anexo.
2. **Emissão de Prescrição:** Sendo considerada apta, a receita médica e a Ficha de Solicitação são preenchidas e encaminhadas à **Farmácia Municipal de Santa Lúcia**, via malote pela equipe de saúde USF.
3. **Checagem e Envio:** A Farmácia Municipal realiza a checagem dos dados cadastrais e libera o implante subdérmico de etonogestrel, voltando o dispositivo via malote pelo fluxo já definido pela equipe de transporte; a candidata não participará do translado do implante para não correr risco de desvio ou perda de material.
4. **Acondicionamento na Unidade:** O dispositivo é entregue na USF Dr. Geraldo Cassoni é armazenado sob temperatura controlada (15°C a 30°C) e abrigo de luz, sob responsabilidade da equipe, até a data do procedimento.

6. FLUXO ASSISTENCIAL E PASSO A PASSO TÉCNICO

6.1 Pré-Procedimento e Protocolo de Transição/Segurança

Critérios que podem ser usados na UBS para organizar a demanda

1. Público elegível

- Mulheres e pessoas com útero de **14 a 49 anos**.
- Adolescentes de **14 a 17 anos**.
- Mulheres de **18 a 49 anos**.

2. Situações que merecem avaliação e oferta oportuna

- Puérperas, inclusive durante a amamentação, quando clinicamente elegível.
- Mulheres no período pós-abortamento.
- Mulheres que desejam um método contraceptivo reversível de longa duração.
- Mulheres que apresentam dificuldade de adesão a métodos contraceptivos de uso diário ou periódico.
- Mulheres que não desejam utilizar métodos contendo estrogênio, quando o implante for clinicamente adequado.
- Adolescentes que desejam contracepção, após orientação e avaliação adequada.

O método pode ser inserido nas seguintes condições:

- Até o 7º dia do ciclo menstrual;
- Pós-parto imediato (até 4 semanas)
- Pós-abortamento (7 primeiros dias após aborto)
- Durante amamentação;
- Em qualquer momento, desde que haja razoável certeza de ausência de gestação.

Contraindicações Absolutas (Categoria 4)

- Gravidez
- Câncer de mama atual
- Neoplasias sensíveis a hormônios sexuais

Contraindicações Relativas (Categoria 3)

- Sangramento genital não investigado
- Tromboembolismo venoso agudo sem anticoagulação
- AVC ou IAM em vigência do método
- Enxaqueca com aura iniciada durante uso
- Cirrose grave ou tumores hepáticos
- LES com anticorpos antifosfolípides
- Câncer de mama tratado há mais de 5 anos

Etapas da Consulta Inicial

1. Acolhimento.
2. Aconselhamento contraceptivo.
3. Avaliação clínica.
4. Aplicação do checklist (anexo ao documento) para exclusão de gravidez.
5. Realização de teste rápido de gravidez quando indicado.
6. Assinatura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) - anexo ao documento.
7. Agendamento ou inserção imediata.

Protocolo de contracepção de transição: Durante a consulta, a usuária receberá orientações obrigatórias sobre o período de estabilização hormonal. A candidata deve se responsabilizar por

utilizar um método secundário (de barreira ou hormonal) durante 7 (sete) dias após a inserção para afastar qualquer risco de gestação indesejada. A usuária também será detalhadamente orientada sobre possíveis alterações no padrão menstrual (padrão de sangramento irregular, amenorreia ou spotting) e cuidados gerais.

Será realizado o teste rápido de Gravidez antes do procedimento e na entrevista, uma gestação deverá ser descartada.

6.2 Materiais Necessários para Inserção e Retirada

Atividade	Lista de Materiais e Equipamentos Padronizados
Inserção	Kit do Implante estéril; Luvas de procedimento e luvas estéreis; Campo limpo; Clorexidina alcoólica 0,5%; Gaze estéril; Lidocaína 1% (sem vasoconstritor); Seringa de 3 ou 5 mL com agulha para infiltração; Curativo adesivo (Steri-Strip® ou Micropore®); Atadura elástica compressiva; Caixa para descarte de perfurocortantes; Prontuário e Cartão do Implante.
Retirada	Luvas de procedimento e estéreis; Campo limpo; Clorexidina alcoólica 0,5%; Lidocaína 1%; Seringa e agulha; Bisturi com lâmina nº 11; Pinça mosquito (Halsted) ou Kelly delicada; Pinça anatômica; Gaze estéril; Curativo adesivo e atadura compressiva; Descarte de perfurocortantes.

6.3 Técnica de Inserção Subdérmica

1. Higienizar as mãos e confirmar a identificação da usuária.
2. Posicionar a usuária em decúbito dorsal com o braço não dominante flexionado no cotovelo e externamente rotacionado.
3. Delimitar o local de inserção na face interna do braço (8 a 10 cm acima do epicôndilo medial do úmero, evitando o sulco entre o bíceps e o tríceps).
4. Realizar antissepsia com clorexidina alcoólica 0,5% e aguardar secagem.
5. Aplicar anestesia local (1 a 2 mL de Lidocaína 1%) ao longo do trajeto de inserção.
6. Inserir o aplicador do implante sob a pele em ângulo de 20° a 30° até perfurar a epiderme, abaixando em seguida o aplicador para a posição horizontal e avançando a agulha de forma subdérmica até a empunhadura.
7. Destravar o embolo e retirar o aplicador, mantendo o bastão posicionado.
8. **Confirmação por Palpação:** Palpar imediatamente o bastão no local e solicitar que a usuária

também o palpe para confirmação.

9. Aplicar curativo adesivo aproximando as bordas do orifício e realizar curativo compressivo com atadura elástica.

6.4 Cuidados Pós-Procedimento e Orientação de Retorno

- Manter o curativo compressivo por **24 horas** para prevenção de hematomas.
- Manter o curativo adesivo por **3 a 5 dias**.
- Instruir sobre a presença de leve desconforto ou equimose local.
- **Sinais de Alerta para Retorno Imediato:** Dor intensa, eritema acentuado, calor, drenagem de secreção purulenta, febre ou perda da capacidade de palpar o implante. Em qualquer intercorrência, a usuária deverá procurar a USF Dr. Geraldo Cassoni para reavaliação e tomada de conduta conjunta segundo o manual da DRS-III.

7. SISTEMÁTICA DE MATRICIAMENTO E EXPANSÃO PARA O CSIII

Para assegurar a sustentabilidade e descentralização da oferta do Implante Subdérmico de etonogestrel no município de Santa Lúcia - SP:

- **Integração de Equipes:** Os Enfermeiros e Médicos do **CSIII** participarão da rotina de agendamento na USF Dr. Geraldo Cassoni.
- **Educação Permanente e Prática Supervisionada:** As profissionais capacitadas (Dra. Cláudia e Enfª. Andreza) atuarão como preceptoras locais, realizando o matriciamento clínico/prático das equipes do CSIII.
- **Autonomia do Território:** Após a validação técnica das etapas de inserção/retirada, o CSIII assumirá a demanda de seu respectivo território de abrangência, ampliando o acesso da população municipal.

8. REGISTROS OBRIGATÓRIOS E MONITORAMENTO

Todos os atendimentos deverão conter registro em prontuário eletrônico/físico e nos sistemas oficiais do SUS (e-SUS APS / PEC):

- Data do procedimento, braço utilizado, número do lote e validade do implante.
- Data prevista para remoção (3 anos após a inserção).
- Preenchimento e entrega do **Cartão de Acompanhamento da Usuária** (anexo ao documento).
- Preenchimento do *Checklist de Inserção e Retirada* (modelos padrão DRS-III).
- Preenchimento dos seguintes códigos
    - SIGTAP:
        - Inserção: 03.01.04.017-6
        - Retirada: 03.01.04.018-4
    - CID-10:
        - Z30.0
        - Z30.8
        - Z30.9
    - CIAP-2 :

- W14

8.1 Indicadores de Desempenho Municipal

- Número total de implantes inseridos por mês/ano.
- Número total de implantes retirados e seu motivo por mês/ano.
- Taxa de continuidade do método em 12 e 24 meses.
- Taxa de complicações locais (infecção, hematoma, expulsão).
- Cobertura da população elegível.
- Número de profissionais do CSIII matriciados e habilitados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E NORMATIVAS

1. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS-III). *Manual Técnico para Implantação da Oferta do Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon) na Atenção Primária à Saúde*. Araraquara, SP, 2024/2025.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Manual de Implantação do Implante Subdérmico de Etonogestrel no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Parecer Técnico/Normativas vigentes sobre a competência do Enfermeiro na inserção e remoção de DIU e Implantes Contraceptivos Subdérmicos*.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Coronel Luiz Pinto, 155 – Centro – CEP 14825-011 – Santa Lúcia/SP
Tel: (16) 3396-9602 | E-mail: saude@santalucia.sp.gov.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel 68 mg

Nome da paciente:

_____

Nome da(o) responsável legal (sem obrigatoriedade):

_____

Eu, _____(nome), CPF _____, declaro ter recebido informações a respeito de benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos colaterais relacionados ao uso de implante subdérmico contraceptivo liberador de etonogestrel, indicado como método contraceptivo reversível de longa ação.

Compreendo que o implante contraceptivo é um pequeno tubo de plástico, de cerca de 4 centímetros de comprimento por 2 milímetros de largura contendo um progestagênio (hormônio), chamado etonogestrel e é colocado debaixo da pele do braço que você não escreve (braço não dominante). Quem realiza a colocação é um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) treinado(a) e habilitado(a) para tanto.

A ação do implante é contínua por 3 anos e acontece com a liberação do hormônio etonogestrel para o sangue da mulher e funciona principalmente de dois modos: impede a ovulação e espessa o muco do colo do útero, o que dificulta a passagem dos espermatozoides para o útero.
O implante tem eficácia superior a 99%, igual ou superior à eficácia da laqueadura tubária (5 gravidezes em 10.000 mulheres que usam o implante).

Compreendi ainda que as principais vantagens do implante são:
- É um método prático e de longa duração (3 anos).
- Evita ter de tomar a pílula todos os dias.
- Não interfere com a relação sexual.
- Não interfere com a amamentação.
- Melhora as cólicas menstruais.
- Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.
- Não diminui a massa óssea (osteoporose).

Também foram a mim apresentadas as desvantagens desse método:

- Irregularidades da menstruação. Na maioria dos casos, há sangramento irregular, podendo haver aumento do fluxo menstrual ou ausência de menstruação. Essas alterações são mais comuns no primeiro ano, sendo que a cada 100 mulheres, 15 podem ter sangramento mais frequente.
- Podem ocorrer algumas alterações da pele, dores de cabeça, enjoos, aumento da sensibilidade mamária e variações do humor (semelhantes às que ocorrem com outros métodos contraceptivos como a pílula).
- Podem aparecer cistos benignos nos ovários, que geralmente não necessitam de tratamento.

Foi informado a mim também que o implante pode ser colocado até 5 dias após o início da sua menstruação (para garantir que não há gravidez). Nas puérperas (mulheres que tiveram parto recente), pode ser colocado imediatamente após o parto a depender do desejo da mulher.
É eficaz após sete dias da colocação. É colocado na parte interna do braço, debaixo da pele, como se fosse uma injeção. É necessária anestesia no local para inserção do implante. Pode ocorrer alguma dor, algum inchaço ou hematoma pequeno no local da colocação, mas passa rapidamente.

É removido 3 anos após a sua inserção, ou antes, se a seu pedido. Para a remoção do implante, também é preciso ser aplicada a anestesia.
Os termos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo profissional da saúde

_____ (nome do profissional da saúde que prescreve) e sua equipe.

Afirmo ter recebido informação quanto aos efeitos adversos e riscos pelo uso deste produto, sua frequência e gravidade, explicado de maneira que pude entender. Estou ciente que a expulsão ou migração do implante é possível e que pode ser necessária pequena intervenção cirúrgica para a sua retirada, em casos raros.

Declaro, ter recebido orientação da necessidade de acompanhamento após a implantação do dispositivo, inclusive com local e data do retorno.
Recebi informações, inclusive por escrito, de qual lugar devo procurar caso eu tenha alguma complicação.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, depois que tive todas as minhas dúvidas respondidas, declaro satisfação com as informações e que compreendo os benefícios, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de inserção de implante subdérmico contraceptivo liberador de etonogestrel, concordando com as condutas necessárias a realização deste procedimento.

Assim, autorizo o estabelecimento de Saúde USF Dr. Geraldo Cassoni, localizado no endereço, Av. Aurélio Orlandi nº 217, Bairro Jardim Nova Santa Lúcia, Santa Lúcia – SP, CEP: 14827-047 , a inserir o dispositivo e a fazer uso de informações relativas ao meu prontuário, desde que seja assegurado o anonimato.

Local e data: Santa Lúcia, ____/____/_____

_____

Assinatura - Paciente (ou responsável legal)

_____

Assinatura - Profissional de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Luiz Pinto, 155 – Centro – CEP 14825-011 – Santa Lúcia/SP

Tel: (16) 3396-9602 | E-mail: saude@santalucia.sp.gov.br

CHECK-LIST PARA DESCARTAR GESTAÇÃO

NOME:_____

Prontuário:_____

Faça à usuária as perguntas de 1 a 6. Se responder sim a qualquer pergunta, pare e siga as instruções abaixo.

NÃO	CHECK-LIST PARA DESCARTAR GESTAÇÃO	SIM
	Você teve um parto há menos de 6 meses, está amamentando exclusivamente e não teve sangramento mensal desde então?	
	Você se absteve de relações sexuais desde sua última menstruação ou parto?	
	Você teve um parto nas últimas 4 semanas?	
	Sua última menstruação começou nos últimos 7 dias?* (Sua última menstruação começou nos últimos 12 dias?)	
	Você teve um aborto espontâneo ou induzido nos últimos 7 dias?* (Você teve um aborto nos últimos 12 dias?)	
	Você tem usado um método contraceptivo confiável de forma consistente e correta?	

Se a pessoa entrevistada respondeu "não" a todas as perguntas, não é possível descartar uma gravidez. Faça um teste de gravidez e aguarde a próxima menstruação.

Se a pessoa entrevistada respondeu "sim" a pelo menos uma das perguntas, enão apresenta sinais ou sintomas de gravidez, você pode fornecer o método contraceptivo que ela escolheu.

* Se a pessoa entrevistada está planejando a inserção de DIU de cobre, a janela de 7 dias é expandida para 12 dias.

_____, _____ de _____ de _____

_____ Paciente

_____ Enfermeiro/COREN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Luiz Pinto, 155 – Centro – CEP 14825-011 – Santa Lúcia/SP

Tel: (16) 3396-9602 | E-mail: saude@santalucia.sp.gov.br

CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: LARCs

Pront./ID: _____ **DATA:**____/____/____ **UBS:**_____**ACS-**_____

AVALIAÇÃO INICIAL- PRÉ-CONSULTA

Peso:_____kg **Altura:**_____Cm **PA:**_____x_____mmHg **T. axilar:**_____°C **Outro:**_____
Teste de Gravidez: Negativo( ) positivo( ) **Testes Rápido: HIV:** Negativo( ) positivo( ) **SÍFLIS:** Negativo( ) positivo( ) **HEP B.:** Negativo( ) positivo( ) **HEP C.:** Negativo( ) positivo( )

DADOS PESSOAIS/ ENDEREÇO/ CONTATOS

Nome/nome social:_____
Gênero: _____ **Orientação sexual:**_____**Telefone:** _____-_____
Idade:_____ **DN:**____/____/____ **CNS:**_____
Cor: parda( ) preta( ) branca( ) amarela( ) indígena( ) não deseja declarar( ) .
Estado civil: solteira( ) casada ( ) união estável ( ) divorciada( ) viúva( ) outra:_____
Escolaridade: analfabeta( ) ensino fundamental incompleto( ) ensino fundamental completo( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo ( ) pós-graduação ( )
Renda familiar mensal: (R$):_____ **N. pessoas que moram na sua residência**:_____
Profissão/ocupação: _____
Endereço: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS

Doença crônica familiar? não( ) sim( ) qual?_____**Câncer de mama familiar?** não( ) sim( ) quem?_____
Câncer de colo de útero familiar? não( ) sim( ) quem?_____
Doença crônica pessoal? não( ) sim( ) qual?_____ **Miomas uterinos?** não( ) sim( ) tratado?_____
Cistos ovarianos? não( ) sim( ) Tratado?_____
qual?_____
Tratamentos ou cirurgia anteriores?_____
Histórico de IST's? não( ) sim( ) Tratado?_____
Medicamentos em uso? não( ) sim( ) qual?_____ **Alergias** não( ) sim( ) qual?_____

HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE

Tabagismo? não( ) sim( ) cigarros/dia?_____**Alcool?** não( ) sim( ) frequência?_____
Drogras? não( ) sim( ) quais?_____ frequência?_____**Dorme aprox. quantas horas?**_____
Atividade física? não( ) sim( ) qual?_____ **Considera que tem uma alimentação saudável?** não( ) sim( )

INFORMAÇÕES GINECOLÓGICAS

Menarca:_____ **Coitarca:**_____ **DUM:**____/____/____ **Data da última relação sexual:**____/____/_____
Ciclos menstruais: regular( ) irregular( ) **Fluxo:** ausente( ) pequeno( ) moderado( ) intenso( ) **Duração** _____
N. absorventes diários:_____ **TPM?:** não ( ) sim( ) o que sente?_____
Dismenorréia: não ( ) sim( ) Intensidade (0 a 10): _____ **Dispareunia:** não( ) sim( ) _____
Leucorréia: não( ) sim( ): características: _____
Dor em baixo ventre: não( ) sim( ) **Sangramento durante relação sexual recente:** não( ) sim( ) _____
Ano da último papanicolau:_____ **Alteração?** Não ( ) sim( ) _____
USG TV ou pélvica recente?: não( ) sim( ) alterações? _____

INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS

Paridade: G:_____ P: _____ (PN:____ PC:_____ PF:_____) Aborto:_____ **Data do último parto:**____/____/_____.
Alguma complicação na gestação ou parto? não( ) sim( ), _____

CONTRACEPÇÃO

Faz uso de algum método contraceptivo?: Não( ) Sim( ): qual(is)_____
Tempo de uso do método: _____**Satisfação com método atual?** Não( ) Sim( ) por quê?_____
Descrever o uso do método: Correto e consistente( ) incorreto( ) Inconsistente( ) **Gostaria e mudar de método?** Não ( ) Sim – Motivo: _____ **Deseja engravidar?** Não ( ) Sim
Já apresentou reacao no uso de algum anticincepcional? Não( ) Sim( ): qual(is)_____

SEXUALIDADE

Vida sexual ativa? não( ) sim( ) **Parcerias sexuais: ( )**fixo **( )**mais de um parceiro **( )**relação estável **( )**não possui parceiros
Libido adequado? sim( ) não( )_____ **Orgasmo:** sim( ) não ( ) as vezes_____
Nota de 0 a 10 para sua satisfação com a vida sexual:_____ **Apresenta ressecamento vaginal?** Não ( ) Sim ( )
Faz uso de brinquedos sexuais? Não( ) Sim ( )_____ **Usa preservativo nas relações?** Não( ) Sim ( ) as vezes ( )
Sente-se segura e respeitada em sua relação sexual? Não( ) Sim( ) _____

VIOLÊNCIAS

Já sofreu ou sofre algum tipo de violência? Não( ) Sim( ):
Você já se sentiu ameaçada ou com medo de alguém próximo? Não( ) Sim( )
Alguém já te impediu de sair, trabalhar, estudar ou buscar atendimento de saúde? Não( ) Sim( )
Alguém já te humilhou, xingou ou te fez sentir inferior com frequência? Não( ) Sim( )
Alguém já te forçou a manter relação sexual contra sua vontade? Não( ) Sim( )
Você se sente segura ao voltar para casa hoje? Não( ) Sim( )
Já passou por outra situação que acredita ser uma violência? Não( ) Sim( ) _____
Outra _____ **Autor da violência?** Parceiro atual( ) Ex( ) Familiar( ) conhecido ( ) desconhecido ( )_____
Caso esteja passando por violência, aceitaria ajuda hoje? Não( ) Sim( ) _____
Possui alguém de confiança que apoie? Não( ) Sim( ) _____
Já buscou ajuda anteriormente? Não( ) Sim( )_____

ELEGÍVEL AO MÉTODO DE ESCOLHA: SIM( ) NÃO( ), Justificar:_____
QUAL O MÉTODO DE ELEGIBILIDADE?:_____

AVALIAÇÃO GERAL

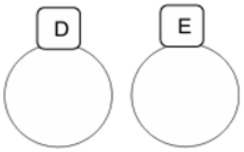
Lúcida e Orientada: Sim( ) Não ( ) _____**Mucosas Normocoradas** Sim( ) Não( ) **3.** Hidratada: Sim( ) Não( )
_____
Alterações na diurese?: ( ) não ( )sim_____ **Alterações na evacuação?:** ( ) não ( )sim_____.
Queixas álgicas: Não( ) Sim( ) _____

AVALIAÇÃO FÍSICA - ABDOME

indolor( ) plano( ) globoso( ) flácido à palpação( ) resistente à palpação( ) Ruídos hidroaéreos presentes( ) presença de dor( )
outra alteração ( ) Qual?_____

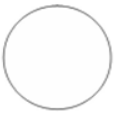
AVALIAÇÃO FÍSICA - MAMAS

Mamas: simétricas( ) assimétricas( ) reconstituídas( ) alterada( )
_____
Mamilos: protusos( ) semi protusos( ) invertidos( ) planos( ) **Expressão mamilar:** não( ) sim( )
Aspecto da secreção _____ **Nódulo:** não( ) sim( ), se sim,



AVALIAÇÃO GENITAL – INSERÇÃO DE DIU

Região vulvar: íntegra ( ) alterada( ) se sim, quais alterações? _____
Períneo: íntegro( ) alterado( ) se sim, quais alterações?_____
Toque bimanual: indolor( ) doloroso( )



AVALIAÇÃO ESPECULAR

Colo do Útero: Pequeno( ) Médio( ) Grande( ) Não Visualizado( ) **Ectopia:** Ausente( ) Pequena( )
Média( ) Extensa( ) **Presença de corrimento vaginal:** Não( ) Sim-fisiológico( ) Sim-menstrual( )
Sim-alterado( )_____
Tipo de DIU: ( ) Cobre ( ) Prata ( ) Hormonal (Mirena) ( ) Hormonal (Kyleena)
Uso de anestesia local (não usar rotineiramente): ( ) Não ( ) Sim,_____
Histerometria: ☐ **Tamanho do FIO na Inserção:** ☐ **Dor na Inserção de 0 a 10:** ☐

AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA PÓS INSERÇÃO DE DIU

Foi necessário avaliação USG após a inserção ?: Sim( ) Não( ) - Motivo_____
Útero: ( ) Anterovertido ( ) Retrovertido ( ) Mediovertido
DIU visualizado: ( ) Sim ( ) Não. **Posicionamento:** ( ) Acima do OI do colo ( ) Abaixo do OI do colo
_____
Sinais de perfuração uterina: ( ) Não ( ) Sim, _____
DIU bem-posicionado na avaliação: ( ) Sim ( ) Não, conduta:_____

INSERÇÃO DO IMPLANTE DE ETONOGESTREL

Elegível ao Implante Contraceptivo: ( ) Sim ( ) Não, conduta:_____
Braço selecionado: ( ) Esquerdo ( ) Direito _____
Já utilizou anestesia local anteriormente: ( ) Não ( ) Sim_____
Teste anestésico realizado: ( ) Não ( ) Sim. Alterações? _____
Anestesia local: ( ) Lidocaína sem vasoconstritor quantidade em ml?_____
Intercorrências durante o procedimento: ( ) Não ( ) Sim, qual? _____
Dor na inserção (0 a 10): _____
Lote e validade: _____
Data prevista para retirada: ____/____/_____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

( ) Prevenção da gravidez adequada
( ) Medo em nível aumentado
( ) Ansiedade aumentada na mulher
( ) Risco de dor em nível aumentado
( ) Sexualidade com padrão adequado
( ) Sexualidade comprometida
( ) Método contracep. Atual comprometido
( )_____
( )_____
( )_____

RESULTADOS ESPERADOS

( ) prevenção da gravidez adequada
( ) medo em nível diminuído
( ) ansiedade diminuída na mulher
( ) risco de gravidez diminuído
( ) risco de dor diminuída
( ) sexualidade com padrão adequado
( ) sexualidade melhorada
( ) método contracep. atual adequado
( )_____
( )_____
( )_____

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

( ) Monitorar adaptação do método
( )Acolher a usuária e suas necessidades
( )Explicar importância dupla proteção
( ) Inserir diu ( ) implante ( )
( )Manter uso do: ACHO( ) ACHI( ) preservativo( ) outro( ) :____
( )Orientar uso correto do M.C( )
( )Ensinar sinais de alarme( )
( )Orientar retorno se sinais de alarme( )
( )Orientar retorno:____/____/____
( )_____
( )_____
_____

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) Prescrever analgésico:
_____
( ) Prescrever PICS_____
( ) Encaminhar para:
_____
( ) Elogiar à mulher_____
( ) Orientar:_____
( ) Incentivar atividade física e de lazer
( ) Aumentar insgesta hídrica:_____litros/dia
( ) Coletar colpocitologia oncótica
( ) Solicitar: USG( ) outro( ) _____
( )_____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ENFERMEIRO/COREN
(Anexar folha de evolução)

REVISADO PELO PROGRAMA AVANÇA MAIS DO COREN-SP EM JANEIRO DE 2026

Cartão de Acompanhamento da Usuária:

