

POP

HC-UFTM/EBSERH

FLUXOS E PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO URODINÂMICO NA UNIDADE DE AMBULATÓRIO

Versão: 3 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIS ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DE DIVISÃO DA ENFERMAGEM

ANA CLAUDIA DE MORAES FAQUIM

CHEFE DA UNIDADE DE AMBULATÓRIO

HÉLIDA ROSA SILVA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Irlene Aparecida Nogueira, Unidade de Ambulatório

Renata Beraldo Silveira, Unidade de Ambulatório

FORMATÇÃO INTERNA

Michely Fernandes de Paula Rodrigues Santana, Unidade de Ambulatório

ANÁLISE

Hélida Rosa Silva, Unidade de Ambulatório

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem

Data da emissão: 8/4/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UAMB.019

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Normatizar as rotinas administrativas e assistenciais relacionadas ao Estudo Urodinâmico no Serviço de Exames Ambulatoriais da Unidade Ambulatório (UAMB) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

Padronizar o fluxo do encaminhamento de pacientes, atendendo às normas pactuadas entre o HC-UFTM e Secretaria de Saúde (SMS) de Uberaba.

2. INFORMAÇÕES GERAIS

O Estudo Urodinâmico é definido como um conjunto de testes utilizados para acessar e quantificar parâmetros relacionados ao trato urinário inferior. Continua sendo o único método capaz de diagnosticar objetivamente as disfunções do trato urinário inferior (1). O Estudo Urodinâmico é indicado para os casos:

- ✓ Todos os tipos de incontinência urinária;
- ✓ Distúrbios miccionais em pacientes com doenças neurológicas (exemplo: Esclerose Múltipla, Doença de Parkinson, pós-acidente vascular);
- ✓ Traumatismo medular (paraplégicos, tetraplégicos);
- ✓ Retenção urinária no homem (hiperplasia de próstata);
- ✓ Infecções urinárias de repetição;
- ✓ Bexiga hiperativa;
- ✓ Urgência miccional;
- ✓ Alterações de sensibilidade;
- ✓ Disfunção urinárias após cirurgias abdominais ou vaginais;
- ✓ Alteração de contratilidade;
- ✓ Resíduo miccional elevado;
- ✓ Distúrbios miccionais em geral.

Para a realização do exame de forma apropriada, é essencial que o urodynamicista tenha um treinamento adequado e, principalmente, conhecimento sobre a fisiologia e fisiopatologia dos distúrbios miccionais que o tornem apto a buscar as informações relevantes ao diagnóstico urodinâmico de cada paciente (2).

O local de exame deve proporcionar privacidade e higiene, sem interferências externas (som, por exemplo). Os aparelhos de urodinâmica mantêm sua confiabilidade por meio de verificações de calibragem periódicas, com sistemas fornecidos pelos fabricantes (3). No Serviço de Exames Ambulatoriais da UAMB a sala de Estudo Urodinâmico está localizada no 3º andar do Ambulatório Maria da Glória (AMG).

O Estudo Urodinâmico é dividido em 3 etapas: Fluxometria livre, Cistometria e Estudo Miccional (Fluxo x Pressão). O uso da padronização de condutas e do preparo antes do procedimento de Estudo Urodinâmico tem a finalidade de minimizar as complicações, assim como agilizar o seu tratamento.

2.1 Orientações sobre a realização da fluxometria

- Fluxometria é a determinação não invasiva das características da micção.
- A medida com o registro do fluxo urinário é feita por aparelho que mede o peso do líquido coletado em função do tempo.

- O paciente deve urinar na posição habitual, geralmente os homens urinam em pé e as mulheres sentadas. Deve-se urinar quando estiver com vontade habitual. Está bem documentado que o volume urinado influencia diretamente o fluxo máximo e o padrão de curva, sendo que se situe entre 150 e 500 ml. Volumes inferiores a 150 ml não são representativos (4) e volumes superiores a 500 ml, por hiperdistenderem a bexiga prejudicam a contração do detrusor (5). Entretanto, mesmo micções com volumes inferiores a 150 ml podem trazer informações importantes (principalmente em pacientes obstruídos) e não devem ser descartadas (6).
- Não é recomendável estabelecer uma rotina de ingestão de uma quantidade fixa de líquidos antes do exame (por exemplo, seis copos de água), pois a capacidade vesical é muito variável, principalmente em idosos. O importante é que quando o paciente estiver com vontade de urinar, o aparelho esteja disponível para tal.
- Para evitar artefatos durante o exame, os pacientes devem ser orientados a não apertar a glândula, não urinar diretamente no orifício do funil e evitar esforço abdominal.
- Apesar de todos estes cuidados, alguns pacientes não conseguem relaxar suficientemente e não urinam. Em seguida, urinam bem no banheiro, demonstrando que o problema está relacionado às condições do ambiente.
- A medida do resíduo pós-miccional poderá ser feita através de ultrassonografia ou cateterismo vesical logo após a micção (7).

2.2 Orientações sobre a realização da cistometria

- Cistometria consiste na determinação da pressão detrusora durante o enchimento vesical.
- É realizada registrando-se as pressões intravesical e intra-abdominal, que permitem o cálculo da pressão do detrusor ($P_{det} = P_{ves} - P_{abd}$). A pressão vesical é aferida através de cateter vesical e a pressão abdominal através de cateter retal ou vaginal.
- A cistometria avalia a capacidade vesical, a complacência, a sensibilidade e a estabilidade do detrusor. Alguns testes realizados durante a cistometria refletem também a atuação dos mecanismos esfinterianos.
- O posicionamento do paciente deverá atender às suas condições funcionais e permitir a melhor forma de reproduzir a sintomatologia por ele referida. Pacientes que apresentam incontinência urinária apenas na posição ortostática deverão ser submetidos aos testes de esforços nessa posição. Da mesma forma, pacientes que relatam suas melhores micções na posição sentada deverão ser submetidos ao estudo miccional nessa mesma posição. A mudança de posição no decorrer do exame é muitas vezes necessária para que se otimize a obtenção de dados urodinâmicos nas diferentes fases do exame.
- O “zeramento” dos transdutores de pressão deve ser feito cuidadosamente antes de cada exame. A International Continence Society (ICS) recomenda que os cateteres sejam zerados em relação à pressão atmosférica tendo como referência a margem superior da sínfise púbica.
- A ICS recomenda ainda que se utilizem cateteres preenchidos por líquido para a determinação das pressões vesical e abdominal. A aferição da pressão vesical simultaneamente ao enchimento vesical é idealmente realizada através de cateter duplo lúmen, porém, podem ser usados 2 cateteres mais finos que interferem menos no estudo miccional. Recomenda-se cateter com calibre inferior a 10F (8). A pressão abdominal deve ser mensurada através de cateter retal com balão preenchido com 10 a 20% de sua capacidade. Os cateteres retais têm tamanhos variados, entre 5F e 10F, podem ser do tipo balonado ou feitos artesanalmente através da fixação de um “dedo de luva” à extremidade de um cateter uretral (9).

- Para o enchimento vesical é utilizado solução salina à temperatura ambiente. A velocidade de infusão é classificada pela ICS como lenta (abaixo de 10 ml/min), média (entre 10-100 ml/min) e rápida (acima de 100 ml/min). Enchimentos muito rápidos podem gerar respostas cistométricas artefatuais como contração detrusora involuntárias, alterações na complacência ou baixas capacidades cistométricas. Crianças, pacientes com bexiga neurogênica ou irradiação pélvica, anúricos ou portadores de bexiga anatomicamente reduzida devem ser submetidos a cistometria com infusão lenta. Em adultos normais, taxas de 50 a 70 ml/min são recomendadas (10).
- No início do exame é solicitado ao paciente que realize algumas manobras que aumentem a pressão vesical e abdominal (comumente a tosse), com a finalidade de verificar se está havendo transmissão adequada das alterações pressóricas. Cateteres dobrados, mal posicionados ou com restos de gel anestésico em sua luz são causas frequentes de registro inadequados (8).
- Durante a cistometria é fundamental que o examinador acompanhe as reações e sensações do paciente e se certifique de que seus sintomas sejam reproduzidos. Portanto deve-se realizar periodicamente a checagem dos registros pressóricos solicitando que o paciente tussa ou eleve a pressão abdominal.

2.3 Orientações sobre a realização do estudo miccional

- Estudo miccional: é a modalidade urodinâmica que avalia o esvaziamento vesical.
- Representa o melhor método para analisar qualitativamente a micção propriamente dita, utilizando para isso a aferição simultânea das pressões abdominal, vesical (e a resultante pressão detrusora) e do fluxo urinário.
- Esta etapa do estudo urodinâmico é realizada após o enchimento vesical. O paciente deve realizar a micção na capacidade cistométrica máxima e na posição em que habitualmente executa a micção (sentada ou ortostática). Por definição, o estudo miccional deve ser feito durante a micção voluntária do paciente.
- Caso estejam sendo utilizados dois cateteres uretrais, o cateter de enchimento deve ser retirado imediatamente antes do início do estudo miccional, com o intuito de minimizar o efeito obstrutivos das sondas.
- Além disso, o fluxo urinário obtido nessa fase deve ser sempre comparado ao fluxo urinário obtido na fluxometria livre. Espera-se que os padrões das curvas sejam semelhantes. Inúmeros fatores, como a inibição do paciente, o desconforto das sondas uretral e retal, podem provocar dificuldade de esvaziamento vesical.

2.4 Orientações sobre a realização da antibioticoprofilaxia

- Por apresentar algumas etapas invasivas do trato urinário inferior, o estudo urodinâmico não está isento de complicações. A disúria e a hematúria autolimitadas figuram entre essas alterações. Contudo, sem dúvida, a consequência mais temida ainda é a infecção do trato urinário (ITU).
- Os estudos que avaliam o surgimento de bacteriúria sintomática pós-urodinâmica são controversos. Como consequência, a recomendação atual é individualizar o uso da profilaxia, levando em consideração benefícios potenciais versus aspectos financeiros/efeitos colaterais fármacos induzidos pela droga (11).

- Mesmo em situações de risco potencial de infecção do trato urinário como imunossupressão, diabetes mellitus, refluxo vesicoureteral, bexiga neurogênica, disfunção valvar cardíaca, portadores de marcapasso e transplantados, a evidência científica para instituição de profilaxia é baixa (12).
- Apesar de o uso preventivo de antibiótico reduzir as taxas de bacteriúria, nenhum estudo foi ainda capaz de demonstrar, de forma consistente, redução nas taxas de ITU, disúria e hematúria após o exame urodinâmico (11,12).
- Também não há um esquema posológico padronizado para essa profilaxia (11,12). Porém o exame sempre deverá ser evitado na vigência de infecção urinária clínica (13-15).

2.5 Orientações sobre a disreflexia autonômica

- Pacientes com lesões medulares acima de T6 representam um grupo de pacientes que merece atenção especial durante a realização da avaliação urodinâmica devido à possibilidade de desenvolverem disreflexia autonômica.
- A disreflexia autonômica é caracterizada por uma síndrome aguda, potencialmente letal, devido à possibilidade de ocorrer hemorragia intracraniana. Isso é devido à inervação do leito esplâncnico em pacientes com lesão acima de T6. Em indivíduos normais, qualquer elevação da pressão arterial, em virtude de estimulação visceral produz vasoconstrição compensada por vasodilatação do leito esplâncnico, o que não ocorre nesse grupo de pacientes (16).
- Os principais sinais e sintomas são: elevação da pressão sanguínea, ansiedade, náuseas, mal-estar, piloereção, cefaleia, congestão nasal, vermelhidão no tronco e rosto e bradicardia.
- A disreflexia autonômica é mais frequente nas lesões cervicais que torácicas, mais nas lesões completas que incompletas, em presença de elevadas pressões detrusoras e nos casos de dissinergia detrusor-esfincteriana (17).
- Teoricamente, qualquer estímulo visceral ou cutâneo, principalmente a distensão vesical e retal, pode desencadear a disreflexia. Por isso, a equipe que realiza o exame deve estar preparada para reconhecer e atuar prontamente na vigência desse agravo. A elevação da pressão arterial sistólica igual ou superior a 150 mmHg já caracteriza disreflexia autonômica nesse grupo de pacientes.

2.6 Protocolo de atendimento de disreflexia autonômica (18)

- Reduzir a pressão arterial com medidas posturais, colocando o paciente sentado ou levantando a cabeça do mesmo quando deitado.
- Medir periodicamente a pressão arterial. Administrar nifedipina 10mg via oral. O tratamento pode ser repetido até obter a dose de 40 mg. Diazepam endovenoso para tratamento dos espasmos associados ou da crise convulsiva.
- Administrar lidocaína gel 2% (20 ml) via retal e via uretral para bloquear o estímulo aferente.
- Em caso de dor e cefaleia: não utilizar ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios, dar preferência para analgésicos como paracetamol ou dipirona e considerar a utilização de opioides (morfina).
- Transferir o paciente para uma unidade de emergência mais próxima.
- Remover a causa.

- Verificar se a bexiga está distendida. Caso esteja cateterizada, verificar se os cateteres estão obstruídos ou dobrados para resolver o problema com o esvaziamento vesical. Caso a bexiga não esteja cateterizada, realizar o cateterismo vesical imediatamente e certificar-se do bom fluxo no esvaziamento vesical.
- Se a bexiga não estiver distendida e a drenagem estiver bem estabelecida, verificar a suspeita de infecção ou, no caso de múltiplas cateterizações, administrar antibióticos.
- Verificar se ocorre impactação fecal no reto, utilizando lidocaína gel através do exame digital endorretal. Caso haja impactação, proceder com a remoção manual do bolo fecal. Caso o reto esteja vazio, considerar a obstipação intestinal mais alta como uma causa e providenciar o tratamento adequado.
- Avaliar a pele do paciente à procura de lesões por pressão (escaras) ou abscessos (foco infeccioso). Avaliar a existência de outros possíveis estímulos – unhas encravadas ou trombose venosa profunda- e providenciar tratamento adequado.

2.7 Orientações gerais ao paciente

- O paciente deve ser orientado a comparecer uma hora antes do exame com a bexiga cheia; caso esteja com a bexiga vazia, começar a tomar água imediatamente.
- Trazer o último exame de urina. Caso não tenha recebido essa recomendação, não há problema.
- Caso apresente sintomas como dor ou ardência para urinar e não possuir o exame de urina, o procedimento é suspenso e reagendado.
- Não é necessário estar em jejum, podendo alimentar-se normalmente.
- Realizar tricotomia, ou seja, raspar os pelos da região genital no dia anterior ao exame.
- Mulheres, se estiverem menstruadas, devem remarcar o exame.
- O laudo fica pronto na hora, o paciente deverá aguardar o médico entregar.
- O médico da urodinâmica não irá comentar o resultado do exame.
- Após o procedimento o paciente deverá agendar o retorno no ambulatório de urologia, no 2º andar do AMG, com o urologista que o acompanha.

3. MATERIAL PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO

- Equipamento de Urodinâmica;
- Cateter uretral 10F;
- Cateter retal 14F;
- Antidepressivo;
- Anestésico em gel;
- Analgésico de uso oral;
- Soro fisiológico 0.9% 500 ml ou 1000 ml;
- Seringa 10 ml;
- Equipo simples;
- Bandeja de cateterismo vesical estéril;
- Aparelho de pressão;
- Luva estéril e procedimento;
- Esparadrapo ou fita adesiva.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Atendimento aos usuários internados no HC-UFTM

- Os pacientes do complexo hospitalar serão atendidos no Serviço de Exames Ambulatoriais para Estudo Urodinâmico, mediante solicitação do médico urologista/ginecologista ou do médico residente em urologia/ginecologia.
- ✓ Os pedidos para a realização dos procedimentos deverão ser registrados no sistema de informações eletrônicas do paciente, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).
- ✓ A responsabilidade em relação ao agendamento dos procedimentos em pacientes internados no HC-UFTM será da equipe médica/assistencial/administrativa da clínica responsável por ele.

4.2 Atendimento aos usuários ambulatoriais

- Os exames para a realização de Estudo Urodinâmico serão agendados por ordem de apresentação da solicitação do exame assinado e carimbado pelo médico solicitante.
- O recepcionista deverá verificar no sistema AGHU o fluxo de consultas do paciente para a comprovação de acompanhamento na especialidade solicitante. Caso não haja o acompanhamento, o recepcionista deverá solicitar que o paciente providencie, junto ao médico solicitante, a justificativa para a realização do procedimento:
 - ✓ Atualizar e completar o cadastro do paciente no AGHU, se necessário;
 - ✓ Após a verificação do cadastro a marcação do procedimento será inserida na agenda manual do Estudo Urodinâmico;
 - ✓ O agendamento para a realização da Estudo Urodinâmico será efetuado pelo recepcionista do Serviço, conforme disponibilidade de agenda do médico responsável pelo procedimento.
- Ao agendar o exame o recepcionista anotará na agenda do médico que irá realizar o procedimento: o nome completo do paciente, o número do registro geral do paciente no HC-UFTM, telefone de contato e/ou para recado, a indicação do exame e o nome do médico solicitante.
- Após o agendamento, o enfermeiro do setor realizará as orientações gerais para a realização do exame (Anexo I).
- A data e horário da realização do procedimento deverão ser anotados na folha de orientações gerais entregue ao paciente.
- O recepcionista do setor deverá entrar em contato com o paciente, via telefone, 48 (quarenta e oito horas) antes da data prevista para a realização do procedimento para confirmar a presença.
 - ✓ Caso o paciente não possa comparecer na data agendada o recepcionista fará o reagendamento para outra data que atenda a necessidade do paciente. Serão aceitos apenas 2 (duas) remarcações. Caso o paciente não consiga se adequar a uma das datas remarcadas, voltará para o final da agenda do Serviço.
 - ✓ No caso de não confirmação por parte do paciente agendado, o recepcionista deverá chamar o paciente que estiver agendado para o próximo dia e adiantar a realização do exame.
 - ✓ Os pacientes que não comparecerem ou não justificarem a ausência com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência serão retirados da agenda do Serviço.

4.3 Disponibilização da agenda para marcação dos procedimentos

4.3.1 Agendas dos médicos que realizam o Estudo Urodinâmico

- Quarta feira/ matutino:
- ✓ 2 (duas) vaga da agenda para realização de Estudo Urodinâmico (Ginecologia);
- Sexta feira/matutino:
- ✓ 2 (duas) vagas da agenda para realização de Estudo Urodinâmico (Urologia).

4.3.2 Entrega dos resultados de exames

O resultado do exame de Estudo Urodinâmico será entregue pelo médico logo após a realização do procedimento.

4.4 Gestão da agenda do serviço

- A gestão da agenda do serviço será de responsabilidade da equipe assistencial e do recepcionista do serviço com a supervisão da equipe médica. A agenda do Estudo Urodinâmico da Ginecologia será responsabilidade do enfermeiro da Ginecologia juntamente com a equipe médica do local.
- ✓ A antecipação de atendimentos de pacientes inseridos na agenda só será realizada, mediante solicitação da equipe médica do Serviço, sem quaisquer outras possibilidades.
- ✓ No caso de antecipação, deverá ser registrado em campo próprio da agenda, a data da autorização e o nome do profissional solicitante, para justificava perante os órgãos competentes.
- Os procedimentos serão agendados com, no máximo, um mês de antecedência, com a finalidade de evitar grande fluxo de remarcação em caso de imprevistos, tais como: aparelhos em manutenção, afastamentos de profissionais médicos, dentre outros.
- O recepcionista do serviço deverá fazer os agendamentos dos procedimentos toda semana com uma margem de segurança de 15 (quinze) dias de pacientes marcados. Exemplo: a agenda já está completa do dia 1º ao dia 15, então, na semana de 1 a 7, serão agendados os pacientes para os dias 16 a 21 e assim sucessivamente, obedecendo a listagem da agenda.
- Após a realização do procedimento o recepcionista deverá anotar na agenda manual o status “Demanda Atendida”. Para os pacientes que não comparecerem no dia agendado deverá ser anotado o status “Não Compareceu”.

5. REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen J, Fowler CJ, Gerstenberg T, et al. Sixth report on the Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. Procedures related to neurophysiological investigations: electrocmyography, nerve conduction studies, reflex latencies, evoked potentials and sensory testing. The Interneteional Continence Society. Br J Urol 1987 Apr; 59(4): 300-4.
2. Collins CW, Winters JC. AUA/SUFU adult urodynamics guideline: a clinical review. Urol Clin North Am 2014 Aug; 41(3): 353-62, vii.
3. Mundy AR, Stephenson TP, Wein AJ. Urodynamics principles, practice and application. Second Edition ed. New York: Churchill Livingstone; 1994.

4. Froemming C. Fluxometria. In: D' Ancona CAL, Netto JrNR (editors). Aplicações Clínicas da Urodinâmica. Campinas SP: TSP; 1995. P. 63-67.
5. Marshall VR, Ryal RL, Austin ML, Sinclair GR. The use of urinary flow rates obtained from voided volumes less than 150 ml in the assessment of voiding ability. Br J Urol. 1983; 55:28-33.
6. Reynard JM, Yang Q, Donovan JL et al. The ICS-BPH Study. Uroflowmetry, lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. Br J Urol. 1998; 82:619-623.
7. Schafer W, Abrams P, Liao L et al. Good urodynamic practices. Neurourol. Urodyn. 2002; 21:261-274.
8. D'Ancona CAL, Rocha FET. Manual de urodinâmica. 1 ed. São Paulo: Planmark, 2007.
9. Thiel M, Soares E. Atlas de urodinâmica – Práticas clínicas de consultório para urologistas e ginecologistas. 1 ed. Rio de Janeiro: Doc Content, 2015.
10. Rios LAS et al. Atlas de urodinâmica. 1 ed. Rio de Janeiro: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia, 2015.
11. Foon R, Toozs-Hobson P, Latthe P. Prophylactic antibiotics to reduce the risk of urinary tract infections after urodynamic studies. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 10:CD008224.
12. Latthe PM, Foon R, Toozs-Hobson P. Prophylactic antibiotics in urodynamics: a systematic review of effectiveness and safety. Neurourol Urodyn. 2008 27:167-173.
13. Josef AC, Albo M. Urodynamics: The incidence of urinary tract infection and autonomic dysreflexia in a challenging population. Urol Nurs. 2004. 24(5):390-3.
14. Darouiche RO, Smith MS, Markowski J. Antibiotic prophylaxis for urodynamic testing in patients with spinal cord injury: A preliminar study. J Hosp Infec. 1994, 28:57-61.
15. Kartal DE, Yenilmez A, Abdurrahman K, Merik H, Kale M, Usler G. Effectiveness of ciprofloxacin prophylaxis in prevention bacteriuria caused by urodynamic study: a blind, randomized study of 192 patients. Urol, 2006. 67:1149-1153.
16. Rees J, MacDonagh R, Abrams P. Trauma raquimedular. In: Aplicações Clínicas da Urodinâmica. 3ª Edição. D'Ancona CAL, Netto Jr NR. Editora Ateneu,2001. P.211-226.
17. Giannantoni A, Stasi SM, Scivoletto G, Mollo A, Sillecchia A, Fuo U, Vespasiani G. Spinal Cord 1998. 36:756-60.
18. Management of Autonomic Dysreflexia, The Queen Elizabeth National Spinal Injuries Unit, South Glasgow Universities Hospitals NHS Trust, Southern General Hospital.
19. EBSEH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Regulamento da Unidade de Ambulatório. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/painel/gas/denf/uamb/REL.UAMB.001UnidadedeAmbulatrioverso3.pdf> - Acesso em 11/7/2023.
20. Saúde Bem-estar <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/urologia/estudo-urodinamico> - Acesso em 08/01/2026



6. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| Versão | Data | Descrição da ação/atualização |
|--------|------------|--|
| 1 | 6/7/2020 | Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP) |
| 2 | 28/12/2023 | Revisão e atualização |
| 3 | 8/4/2026 | Revisão e inserção em novo modelo |

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

| |
|---|
| <p>Elaboração da versão atual – data: 9/1/2026 Irlene Aparecida Nogueira e Renata Beraldo Silveira, enfermeiras da Unidade de Ambulatório (UAMB)</p> <p>Formatação interna – data: 9/1/2026 Michely Fernandes de Paula Rodrigues Santana, assistente administrativo da UAMB</p> <p>Análise – data: 21/1/2026 Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB</p> <p>Aprovação – data: 6/3/2026 Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da Divisão de Enfermagem (DENF)</p> <p>Validação técnica – data: 18/3/2026 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 8/4/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p> |
| <p>Elaboração da versão 2 – data: 28/12/2023 Marcela Veneci Nunez Aguilera; Renata Beraldo Silveira; Rosana de Oliveira Santos Guimarães; Daniel Pinheiro Ferreira; Wanderson Pereira de Andrade</p> <p>Validação Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB Fabiano Bichuette Custódio, chefe da Unidade de Sistema Urinário Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da DENF substituta</p> |
| <p>Elaboração da versão 1 – data: 6/7/2020 Maria Catarina Cândido Árabe; Ângela Maria Rezende; Daniel Pinheiro Ferreira</p> <p>Validação Hélida Rosa Silva, chefe da UAMB Vilmar Paiva Marques, chefe da Unidade de Cabeça e Transplante</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Ivone Helena Rocha, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado</p> |

8. ANEXO I - orientações gerais para a realização do exame

URODINÂMICA/SERVIÇO DE EXAMES AMBULATORIAIS

DATA DO EXAME: ___/___/___ HORÁRIO: _____.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

- O paciente deverá chegar com uma hora de antecedência
- A paciente sexo feminino não poderá estar menstruada
- Ambos os sexos deverão realizar tricotomia (depilação completa) das partes genitais
- Não urinar antes do exame
- Antes do exame começar a tomar água, para estar com a bexiga cheia na hora do exame
- Trazer uma troca de roupa
- Na impossibilidade de realizar o exame comunicar no setor.
- Dúvidas: entre contato: 33185573