



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 1 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
CONCEITOS.....	4
HISTÓRIA CLÍNICA	4
EXAME FÍSICO	5
AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR	6
TRATAMENTO	7
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	8
MONITORAMENTO	8
CONFLITOS DE INTERESSE.....	9
REFERÊNCIAS.....	9
SIGLAS	10
ANEXO	11
HISTÓRICO DE REVISÃO	12

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 2 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária de esforço (IUE) é definida como a perda involuntária de urina desencadeada por algum esforço físico que gere aumento da pressão abdominal e conseqüentemente da bexiga.

No homem, é usualmente iatrogênica e se manifesta após algum tratamento invasivo ou radioterapia da próstata. Portanto, sua ocorrência é acompanhada de muita insatisfação e afeta negativamente a qualidade de vida.

A estimativa é que menos de 10% dos pacientes submetidos a prostatectomia radical, radioterapia, cirurgias para hiperplasia prostática benigna ou estenose de uretra terão IUE.

OBJETIVOS

O objetivo desse protocolo é normatizar a conduta propedêutica e terapêutica para tratamento da IUE no adulto do sexo masculino no Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh), baseado nas melhores evidências científicas.

Essa normatização favorecerá protocolos de pesquisa, verificação dos critérios de cura e de melhora obtida com o tratamento clínico ou cirúrgico.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Homens com idade superior a 18 anos que foram submetidos a tratamento invasivo ou radioterapia da próstata com queixa de perda involuntária de urina aos esforços.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Homens com outros tipos de incontinência urinária (IU).
- Mulheres.
- Crianças.
- Portadores de bexiga neurogênica.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 3 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as ações de sua equipe durante o atendimento ambulatorial e no estudo urodinâmico, assim como processos de montagem higienização e capacitação da equipe para realização dos exames. - Registrar em prontuário as atividades realizadas. - Participar do atendimento multidisciplinar e de confecção de protocolos.
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar todo o material/equipamento para atendimento. - Auxiliar o médico durante o estudo urodinâmico. - Preparar e administrar as medicações orientadas pela equipe médica. - Registrar as atividades realizadas em impresso próprio.
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento das pacientes encaminhados. - Orientação e preceptoria dos residentes. - Discussão dos casos e determinação de condutas. - Prescrever e orientar administração de medicamentos. - Realizar o estudo urodinâmico. - Indicar o tratamento clínico e cirúrgico. - Coordenar projetos de pesquisa. - Registrar em prontuário as atividades realizadas.
LABORATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> - Coletar material para exames (urina e rotina pré-operatória) e encaminhá-lo de imediato para processamento. - Notificar resultados positivos (cultura – tipo e crescimento) assim que disponíveis.
FISIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - Participar do atendimento multidisciplinar. - Realizar o tratamento clínico conservador, ou seja, fisioterapia do Assoalho Pélvico. - Participar da confecção de protocolos.
GESTORES DE ÁREA	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a previsão e controle de materiais de consumo médico-hospitalar e bens permanentes para abordagem da IU. - Garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação das medidas cabíveis diante de não-conformidades. - Garantir infraestrutura adequada e a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados. - Providenciar aquisição de suprimentos.
DIRETORIA GERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir infraestrutura adequada e a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados. - Providenciar aquisição de suprimentos.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 4 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

CONCEITOS

A IU pode ser dividida em incontinência de esforço, urge-incontinência, incontinência mista, incontinência por transbordamento e incontinência funcional. As opções de tratamento são fisioterapia do assoalho pélvico, treinamento vesical, medidas comportamentais, medicamentos, dispositivos anti-incontinência e cirurgias.

Os fatores etiológicos são vários e algumas vezes mais de um fator coexiste dificultando o diagnóstico e tratamento.

Recomenda-se que a abordagem terapêutica inicial deva ser a menos invasiva, multidisciplinar e iniciada precocemente quanto do surgimento da IUE. Na falha das primeiras linhas de tratamento, cirurgias como implante de sling masculino ou esfíncter artificial são indicadas.

Não há na literatura um consenso sobre a classificação da gravidade da IUE masculina e nem quanto aos critérios de cura. Em relação a gravidade, o uso de mais de 5 absorventes masculinos ou Pad test maior que 400 g em 24h são considerados graves pela maioria dos autores. A escala de MSIGS também pode ser usada. Nela o grau 0 é ausência de incontinência objetiva, os graus 1 ou 2 incontinência leve/moderada, os graus 3 ou 4 incontinência grave/muito grave. Quanto à cura, os principais estudos utilizam conceitos até um Pad diário.

Este protocolo considera cura objetiva como ausência de queixa de IUE, o não uso de pad e teste de esforço negativo (MSIGS 0). Cura subjetiva é a IUE que não incomoda o paciente, muitas vezes não comentada durante a consulta, que o faz usar no máximo um pad diário sem saturar e com perda de poucas gotas no teste de esforço (MSIGS 1). A satisfação do paciente é mensurada através de um questionamento direto ou questionário validado. Além disso, deve-se questionar se o paciente indicaria o tratamento realizado a um familiar ou amigo próximo.

Evento adverso é qualquer consequência indesejada para a saúde do paciente decorrente de métodos diagnósticos ou terapêuticos.

O conceito de pad é o de um absorvente apropriado para o sexo masculino.

HISTÓRIA CLÍNICA

A anamnese e o exame físico são o primeiro passo no diagnóstico da IUE. A queixa de perda urinária consequente ao aumento da pressão abdominal (tosse, riso, espirro, atividade física, levantar peso, etc.) e a observação da incontinência imediatamente após uma manobra de esforço são os principais sintomas e sinais da IUE.

Através da história determinamos qual é a etiologia da IUE nos homens. As principais causas são:

- Prostatectomia radical.
- Radioterapia pélvica.
- Cirurgia para hiperplasia prostática.
- Cirurgia uretral.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 5 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

O uso de questionários validados é fortemente recomendado na abordagem da IUE, principalmente no contexto acadêmico.

A investigação de doenças sistêmicas que interferem na função urinária é importante para melhor abordagem terapêutica da paciente. As principais doenças são:

- Diabetes mellitus: aumenta a frequência urinária e com a gravidade acomete a inervação vesical.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica: a tosse aumenta a pressão intra-abdominal contribuindo para a incontinência de esforço.
- Doenças neurológicas que interferem na inervação do trato urinário: Parkinson, Esclerose Múltipla, tumores cerebrais, acidente vascular encefálico, anomalias da coluna vertebral, traumatismo raqui-medular.

O uso de medicamentos que afetam o trato urinário deve ser anotado.

Tabela 1: Medicamentos com efeito sobre o trato urinário

MEDICAMENTO	EFEITO NO TRATO URINÁRIO
Sedativos, álcool	Confusão, incontinência secundária
Bloqueadores de canais de cálcio e anticolinérgicos (anti-histamínicos, antidepressivos, antipsicóticos, opiáceos)	Diminuição da contratilidade do detrusor
Alfa agonistas	Aumentam a resistência uretral
Alfa bloqueadores	Diminuem fechamento uretral
Inibidores da conversão da angiotensina	Tosse crônica e podem predispor a IUE

EXAME FÍSICO

No **exame físico geral** ressalta-se a medida de peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), pois o sobrepeso é fator de risco para IUE.

A **avaliação neurológica** concentra-se principalmente na integridade da inervação lombossacra através dos testes de sensibilidade dos grandes lábios (L1-L2) e reflexos cutâneo-sacrais (reflexos bulbocavernoso e anal). A avaliação do tônus anal (S2-S3) é representativa apesar de subjetiva. A função cognitiva e a marcha também devem ser avaliadas. Quando essa abordagem primária mostra alterações é necessário avaliação neurológica especializada.

A **palpação abdominal** tem por objetivo procurar cicatrizes de cirurgias anteriores, hérnias abdominais, sinais de deficiência no metabolismo do colágeno (estrias), bexiga distendida e massas supra-púbicas.

No **exame genital** são procurados sinais de dermatite urêmica, cicatrizes cirúrgicas ou de dispositivos contra incontinência e presença de alguma anormalidade anatômica.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 6 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

O **teste de esforço** deve ser realizado em ortostatismo, com a bexiga confortavelmente repleta e será considerado positivo na visualização da perda de urina concomitante a manobras de esforço como tossir ou manobra de Valsalva. Em 2016 foi proposta uma escala nomeada “Male Stress Incontinence Grading Scale (MSIGS)” que propõe de forma não invasiva, eficiente e custo efetiva graduar a intensidade da IUE. O anexo 1 contém a classificação de MSIGS.

O **toque retal** é útil na avaliação do tônus do esfíncter anal e da impactação fezes na ampola retal.

AValiação Complementar

- **Exame de urina rotina e cultura de urina:** na presença de sintomas irritativos e urge-incontinência é necessário afastar infecção urinária.
- **Volume urinário residual:** a avaliação clínica do volume urinário residual é indicada nos pacientes com IU e sintomas de retenção urinária ou de perda de urina por transbordamento. A medida pode ser realizada por cateterismo vesical de alívio ou por ultrassonografia pélvica pós-miccional. A hiperdistensão vesical pode causar IU por transbordamento, um diagnóstico diferencial importante da IUE.
- **Diário miccional:** é o registro diário da atividade vesical. O paciente registra o número de vezes e o horário de cada micção, o volume urinado, os episódios de perda de urina com ou sem urgência, além do tipo de líquido ingerido, sua quantidade e horário. Solicitamos o diário de 24 a 72 horas. É útil como dado objetivo suplementar da história clínica do paciente. Mas sua maior utilidade é no controle pós-tratamento clínico ou cirúrgico, através de registros objetivos.
- **Teste do absorvente (Pad test):** consiste na avaliação objetiva da quantidade de perda de urina durante determinado período. Contudo não faz diagnóstico dos diferentes tipos de incontinência urinária. É muito útil no controle pós tratamento. Há teste padronizados com 1 ou 2 horas (mas com menor reprodutibilidade) e com 24 horas (apresenta melhor correlação com os sintomas de incontinência e maior reprodutibilidade).
- **Estudo urodinâmico:** é um exame que permite avaliar a função e disfunção do trato urinário inferior. Seu principal objetivo é reproduzir os sintomas do paciente sob condições controladas pelo examinador; contudo, se o sintoma não for reproduzido, esse dado não significa falha no exame ou que ele não exista. Não deve ser utilizada de rotina, restrita a casos selecionados com indicação cirúrgica.
- A **uretrrocistoscopia** permite uma avaliação anatômica interna da bexiga e uretra e será indicada nos casos de suspeita de estenose uretra, do colo vesical ou alterações na parede vesical.
- **Exames radiológicos:** são exames para avaliação do trato urinário superior e inferior com intuito de diagnosticar ou excluir outras causas ou complicações secundárias a incontinência. São eles: tomografia computadorizada, ultrassonografia, ureterocistografia, ressonância magnética.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 7 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

TRATAMENTO

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

De maneira geral, o tratamento conservador da IUE masculina pode ser resumido em: mudança no estilo de vida e fisioterapia.

- Mudança no estilo de vida: são encorajadas medidas que promovam a melhora qualidade de vida e a saúde em geral, como: dieta equilibrada, atividade física, redução da obesidade e interrupção do tabagismo. Estes dois últimos estão associados a redução da pressão abdominal em repouso e da tosse como mecanismo da IUE.
- O tratamento de comorbidades descompensadas e ajuste de medicação não tem comprovação na literatura médica no controle da IUE, mas deve ser encorajado.
- Alguns produtos anti-incontinência (absorventes e coletores de urina) não são considerados como tratamento e sim como suporte naqueles casos em que o paciente continua incontinente por não falta, falha ou incapacidade de se submeter ao tratamento.
- O uso de cateteres vesicais permanentes não é aconselhado como tratamento definitivo, sendo apenas uma opção paliativa para casos selecionados. Eles estão associados a um risco de complicações uretrais e maior infecção do trato urinário.
- Clamps penianos reduzem, mas não eliminam completamente a IUE e tem alto risco de complicações importantes, como úlceras, estenose, isquemia e até gangrena da genitália.
- A fisioterapia, com treinamento e reabilitação dos músculos do assoalho pélvico, é a principal terapia conservadora e primeira linha de tratamento da IUE. Ela pode ser ofertada no pré-operatório para uma recuperação precoce. Uma vez instalada a IUE, ela deve ser prontamente indicada. A associação com outras técnicas como eletroestimulação, biofeedback, pilates entre outras não mostrou superioridade a técnica convencional isolada e deverão ser utilizadas em casos selecionados.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Como a IUE masculina resulta basicamente da perda dos mecanismos esfínterianos e sabendo que a uretra tem grande quantidade de receptores alfa-adrenérgicos, a ativação desses receptores resulta na contração uretral e aumento da resistência esfínteriana.

A droga mais utilizada é a duloxetina (inibidor da recaptção da serotonina e norepinefrina), utilizada no tratamento de depressão que mostrou diminuição dos episódios de perda urinária na dose de 40 a 60 mg/dia. É um tratamento alternativo e seu uso contínuo é limitado pelos efeitos colaterais como náuseas, cefaleia, sonolência. Kotecha et al realizaram uma revisão sistemática que demonstrou benefício para redução do tempo até o reestabelecimento da continência e para IUE persistente, com taxa média de cura de 58% (25-89%) e melhora do pad test 1h de 68% (53-90%). Entretanto houve um alto índice de descontinuidade e heterogeneidade entre os estudos. Mais publicações são aguardadas.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 8 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

TRATAMENTO CIRÚRGICO

As opções cirúrgicas para tratamento da IUE são:

- Agentes de preenchimento.
- Sling ajustável.
- Sling não ajustável.
- Esfíncter artificial.

Os agentes de preenchimento atuam promovendo a compressão uretral na região do esfíncter lesado. Tem bons resultados apenas no curto prazo e são utilizados apenas em casos de perdas leves e pacientes sem condições clínicas para demais tratamentos.

Os slings são indicados para os casos leve ou moderados de IUE, apesar dessa classificação ser ainda obscura. Sua eficácia é comparável com os esfíncteres nos casos leves e moderados, com cura subjetiva até 84% e alto grau de satisfação. O perfil de segurança e tolerabilidade é considerado muito bom. Pacientes submetidos a radioterapia apresentam piores resultados.

Os não ajustáveis comprimem ou reposicionam o bulbo uretral. Sua tensão é regulada durante a cirurgia, assim não permitem ajustes. Os ajustáveis atuam comprimindo a uretra e apresentam mecanismos que possibilitam um aumento da sua ação no pós-operatório.

Apenas um estudo comparou ajustáveis e não ajustáveis. Os resultados foram favoráveis aos ajustáveis, mas a amostra era pequena.

Os esfíncteres artificiais são o tratamento padrão para incontinências graves ou muito graves. Há muito tempo no mercado, apresentam dados robustos na literatura. A taxa de cura é a mais alta nesse grupo de paciente. Entretanto apresentam alta taxa de revisão em 10 anos e não devem ser utilizados em pacientes sem destreza manual ou em risco de redução da capacidade cognitiva pois é necessária a ativação da bomba para seu funcionamento.

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Cura ou satisfação do paciente com o resultado após 5 anos de acompanhamento.
- Desejo do paciente.
- Intratabilidade.

MONITORAMENTO

- Controle pós-terapêutico de pelo menos 5 anos através de consulta com exame clínico dirigido.
- Exames laboratoriais e de imagem, se devidamente indicados, serão utilizados em casos com suspeita de eventos adversos secundários ao tratamento proposto.
- Os critérios de cura e satisfação poderão aferidos apenas através do exame clínico ou com ajuda de questionários validados.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 9 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

- Os critérios objetivos de cura poderão ser aferidos através de teste de esforço, Pad test. O estudo urodinâmico poderá ser usado em casos selecionados.
- Esses critérios serão avaliados a médio e longo prazo (5 anos). A taxa de cura objetiva, subjetiva, satisfação e de eventos adversos servem como indicadores das atividades do Serviço.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

SMITH, W. J. et al. Surgical Management of Male Stress Incontinence: Techniques, Indications, and Pearls for Success. *Research and Reports in Urology*, v. Volume 15, p. 217–232, jun. 2023.

CAO C, ZHANG C, SRISKANDARAJAH C, XU T, GOTTO G, SUTCLIFFE S, YANG L. Trends and Racial Disparities in the Prevalence of Urinary Incontinence Among Men in the USA, 2001-2020. *Eur Urol Focus*. 2022 Nov;8(6):1758-1767. doi: 10.1016/j.euf.2022.04.015. Epub 2022 May 11. PMID: 35562253.

TUBARO A, ARTIBANI W, BARTRAN C, DELANCEY J, KHULLAR V, VIERHOUT M *ET AL*. Imaging and other Investigations. In: Abrams A, Cardozo L, Khoury S, Wein A. *Incontinence; 4nd International Consultation on Incontinence*. 4^d ed. Plymouth: Health Publ; 2009. Cap 7-B. p 541-630.

J.N. CORNU (CHAIR), M. GACCI, H. HASHIM, T.R.W. HERRMANN, S. MALDE, C. NETSCH, M. RIEKEN, V. SAKALIS, M. TUTOLO *ET AL*. *EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)*, 2023.

GUACHETÁ BOMBA, P. L. et al. Effectiveness of surgical management with an adjustable sling *versus* an artificial urinary sphincter in patients with severe urinary postprostatectomy incontinence: a systematic review and network meta-analysis. *Therapeutic Advances in Urology*, v. 11, p. 175628721987558, jan. 2019.

LANGFORD, B. T.; JOHNSON, B. E.; MOREY, A. A narrative review of the role of the Male Stress Incontinence Grading Scale in the surgical management of male stress urinary incontinence. *Translational Andrology and Urology*, v. 12, n. 5, p. 926–931, maio 2023.

RAHNAMA'I, M. S. et al. Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in Surgery*, v. 8, p. 647656, 9 abr. 2021.

HUNTER, K. F.; BHARMAL, A.; MOORE, K. N. Long-term bladder drainage: Suprapubic catheter versus other methods: A scoping review. *Neurourology and Urodynamics*, v. 32, n. 7, p. 944–951, set. 2013.

ANDERSON, C. A. et al. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20 jan. 2015.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 10 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

CARDOZO, L.; ROVNER, E.; WAGG, A.; WEIN, A.; ABRAMS, P. Incontinence. 7ª Edição, 2023.

KOTECHA, P.; SAHAI, A.; MALDE, S. Use of Duloxetine for Postprostatectomy Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review. *European Urology Focus*, v. 7, n. 3, p. 618–628, maio 2021.

TOIA, B. et al. Bulking for stress urinary incontinence in men: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*, v. 38, n. 7, p. 1804–1811, set. 2019.

ABRAMS, P. et al. Outcomes of a Noninferiority Randomised Controlled Trial of Surgery for Men with Urodynamic Stress Incontinence After Prostate Surgery (MASTER). *European Urology*, v. 79, n. 6, p. 812–823, jun. 2021.

BOCHOVE-OVERGAAUW, D. M.; SCHRIER, B. PH. An Adjustable Sling for the Treatment of All Degrees of Male Stress Urinary Incontinence: Retrospective Evaluation of Efficacy and Complications After a Minimal Followup of 14 Months. *Journal of Urology*, v. 185, n. 4, p. 1363–1368, abr. 2011.

GRABBERT, M. et al. Extended follow-up of the AdVance XP male sling in the treatment of male urinary stress incontinence after 48 months: Results of a prospective and multicenter study. *Neurourology and Urodynamics*, v. 38, n. 7, p. 1973–1978, set. 2019.

LIMA, J. P. C.; POMPEO, A. C. L.; BEZERRA, C. A. Argus T® versus Advance® Sling for postprostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. *International braz j urol*, v. 42, n. 3, p. 531–539, jun. 2016.

KRETSCHMER, A.; NITTI, V. Surgical Treatment of Male Postprostatectomy Incontinence: Current Concepts. *European Urology Focus*, v. 3, n. 4–5, p. 364–376, out. 2017.

LÉON, P. et al. Long-term functional outcomes after artificial urinary sphincter implantation in men with stress urinary incontinence: Artificial urinary sphincter in men. *BJU International*, v. 115, n. 6, p. 951–957, jun. 2015.

GIAMMÒ, A. et al. A Novel Artificial Urinary Sphincter (VICTO®) for the Management of Postprostatectomy Urinary Incontinence: Description of the Surgical Technique and Preliminary Results from a Multicenter Series. *Urologia Internationalis*, v. 105, n. 5–6, p. 414–420, 2021.

SIGLAS

IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
MSIGS	MALE STRESS INCONTINENCE GRADE SCALE – ESCALA DE INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO MASCULINA

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 11 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

ANEXO

Classificação de MSIGS (MALE STRESS INCONTINENCE GRADE SCALE)

MSIGS	DEFINIÇÃO	RESULTADO ENCONTRADO
0	IU NÃO DEMONSTRADA NO EXAME FÍSICO	
1	PERDE POUCAS GOTAS TARDIAMENTE	
2	PERDE POUCAS GOTAS PRECOCEMENTE, SEM JATO	
3	PERDE POUCAS GOTAS PRECOCEMENTE, E EM JATO TARDIAMENTE	
4	PERDE EM JATO PRECOCEMENTE	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 12 de 12	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 24/06/2025	Próxima revisão: 24/06/2027
		VERSÃO: 01	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	03/06/2025	Elaboração do documento.

Elaboração/Revisão	Leonardo Nogueira Mendes, Carlos Magno Silva Paiva - médicos - Urologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Paulo Viegas Martins - médico - Urologia
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico