

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 1 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
CONCEITOS.....	4
HISTÓRIA CLÍNICA	5
Sedativos, álcool	6
EXAME FÍSICO	6
AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR	6
TRATAMENTO	7
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	9
MONITORAMENTO	9
CONFLITOS DE INTERESSE.....	10
REFERÊNCIAS.....	10
ANEXO	12
SIGLAS	12
HISTÓRICO DE REVISÃO	13

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 2 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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 vesical. No homem ela usualmente é 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, cirurgia 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 Incontinência Urinária de Esforço 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 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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. - Participar da 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.
Fisioterapeuta	<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.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 4 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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. - Providenciar aquisição de suprimentos. - Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.
Diretoria Geral	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir infraestrutura adequada. - Providenciar aquisição de suprimentos. - Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.

CONCEITOS

A IU pode ser dividida em incontinência de esforço, urge-incontinência, incontinência mista, incontinência por transbordamento e incontinência funcional. Há opções de tratamento com 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 o 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. O conceito de *pad* é o de um absorvente apropriado para o sexo masculino. O *pad test* (ou teste do absorvente) é um método não invasivo utilizado para diagnosticar e quantificar a perda de urina nesses pacientes, através da pesagem de absorventes após um período padrão, auxiliando no tratamento.

A escala de MSIGS (Anexo) 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 a 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

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 5 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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.

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.

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 raquimedular.

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

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 6 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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 anti-colinérgicos (anti-histamínicos, antidepressivos, anti-psicóticos, 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 lombosacra 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.

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

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 7 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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 **uretroscopia** 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.

TRATAMENTO

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

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

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 8 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

As opções cirúrgicas para tratamento da IUE são:

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

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 9 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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/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 e/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.

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.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 10 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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.
- CARDOZO, L.; ROVNER, E.; WAGG, A.; WEIN, A.; ABRAMS, P. *Incontinence*. 7^a 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.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 11 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.395 - PÁGINA 12 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

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	

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 13 de 13	
Título do Documento:	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	Emissão: 07/04/2026	Próxima revisão: 07/04/2028
		VERSÃO: 02	

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
02	21/03/2026	Sem alterações.

Elaboração/Revisão	Leonardo Nogueira Mendes e Carlos Magno Silva Paiva, médicos - Urologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco, médica – Clínica Médica e René Coulaud Santos da Costa Cruz, médico – chefe da Divisão Médica
Responsável Técnico	Paulo César Martins Viegas, médico - Urologista
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico