



Contraceção

E se fosse ele a tomar a pílula?



Este mês foi conhecido um novo avanço nos anticoncepcionais femininos, com um implante que dura até 16 anos e pode ser ligado e desligado por *wireless*. Mas, afinal, por que não ouvimos falar de pílulas para eles? Barreiras médicas ou tabus sociais?

Mariana Correia Pinto

Estávamos em 2012 e, sem saber as repercussões do pedido, Bill Gates lançava um desafio que havia de significar mais um avanço na optimização dos anticoncepcionais femininos. Numa visita às instalações do Massachusetts Institute of Technology (MIT), Gates perguntou ao reputado engenheiro Robert S. Langer se era possível desenvolver um método anticoncepcional que a mulher pudesse ligar e desligar quando quisesse e durante vários anos. Este mês, a *startup* MicroCHIPS revelou que a investigação está no bom caminho: em 2018 deverá chegar ao mercado um *chip* de 20x20x7 milímetros que pode permanecer no corpo da mulher durante 16 anos e ser ligado e desligado através de um sistema *wireless*.

Se foi possível chegar a uma superoptimização dos anticoncepcionais femininos – com avanços como este, patrocinado pelo MIT e pela Fundação Bill & Melinda, e

uma lista significativa de outras possibilidades no mercado – por que razão não há qualquer evolução nos anticoncepcionais masculinos? Há, de facto, barreiras médicas que impedem esse passo ou apenas tabus sociais?

“Penso que poderá ter a ver um pouco com tudo. Mas, e começando na parte mais objectiva, há mesmo barreiras médicas que são mais difíceis de passar do que no caso da contraceção feminina”, responde Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia. A explicação científica pode ser complexa para um leigo na matéria. Nuno Tomada, urologista no Hospital de São João e docente na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sugere uma imagem que ajuda a perceber o desequilíbrio da balança entre homens e mulheres nesta matéria: “São milhões de espermatozoides produzidos continuamente *versus* um óvulo maturado [por mês].” A “produção de espermatozoides é constante no homem e não há um *terminis* como existe na mulher, que a partir de certa idade termina a produção de óvulos, por conseguinte a frenagem teria de ser constante também”, desenvolve Arnaldo Figueiredo, acrescentando

que o “grande desafio” que os investigadores enfrentam é o de “obter uma forma química que garanta a esterilidade no homem preservando simultaneamente a sua função sexual”.

Estudos abandonados

A pílula masculina não é uma matéria ignorada pela ciência. Em 1920 foram publicadas as primeiras evidências de que a espermatogénese (processo de produção dos espermatozoides) podia ser controlada através da manipulação da hipófise em ratos e pouco tempo depois demonstrou-se que a administração exógena de testosterona era eficaz na supressão da espermatogénese em humanos. No fim de 2013, um estudo australiano testou em ratos uma fórmula não-hormonal de travar a ejaculação (sem impedir o orgasmo), tendo o homem aquilo que seria uma ejaculação seca. O método mostrou-se reversível e, quando deixava de ser utilizado, os espermatozoides voltavam a ser funcionais em três dias. Mas apesar da mediação da investigação em jornais de todo o mundo, e da promessa de chegar ao mercado na próxima década, o estudo ficou-se por modelos animais.

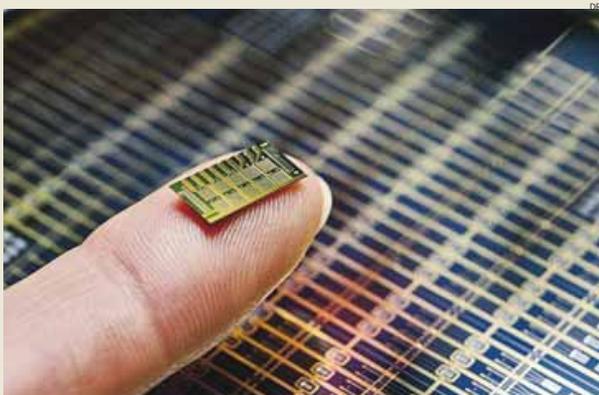
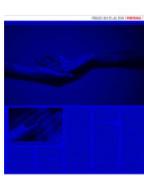
Os esforços da ciência têm caído quase sempre no mesmo ponto: “Eficácia e segurança”, resume Teresa Bombas, presidente da Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPDC). É uma questão de complexidade, mas também de mercado: “Chegámos a uma fase em que a contraceção feminina é superoptimizada, com elevada eficácia e baixos riscos. Não sei se nesta fase uma viragem faz algum sentido”, sugere a especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Em 2011, numa entrevista ao PÚBLICO, era às farmacêuticas que o “pai da pílula”, Carl Djerassi, apontava o dedo: “Do lado da ciência, sabemos exactamente como fazer uma pílula masculina. Mas não há nenhuma empresa farmacêutica no mundo a trabalhar na pílula masculina”, afirmou.

As farmacêuticas Bayer, Wyeth e Organon já apostaram recursos nesta área, mas os programas foram todos descontinuados entre 2005 e 2008. Na última década, toda a indústria foi abandonando o investimento neste campo, deixando-o a cargo de organizações não-governamentais ou entidades públicas. Emily Dorman e David Bishai apontavam para esse facto no artigo *Demand for Male Contra-*

ception, publicado em 2012: “Talvez o maior desafio no que diz respeito ao desenvolvimento de um contraceptivo masculino seja a incerteza sobre se o retorno do mercado justificaria os investimentos necessários para resolver os obstáculos no desenvolvimento de produtos.” De facto, “a questão dos custos pode colocar-se”, concorda a presidente da SPDC: “Estamos a falar de empresas que suportam investigação. Será que estão apostadas em desenvolver um contraceptivo cujo percurso de chegar ao mercado custa milhões, quando nós temos um mundo de contraceção feminina tão optimizado, que chega ao mercado com um preço acessível?...”

Mulheres ao comando

Há claramente uma desigualdade de género no que a anticoncepcionais diz respeito. Uma lista extensa de possibilidades no caso feminino – pílula, DIU, adesivo, anel vaginal, implante, hormonas injectáveis, espermicidas, entre outros – faz frente a apenas duas opções masculinas – preservativo e vasectomia. Mas passar para o homem a responsabilidade da contraceção é também controverso e o aspecto da “confiabilidade” deve ser chamado à lide,



Homens têm o preservativo e vasectomia como método anticoncepcional. A ciência investe num novo implante para as mulheres

aponta Arnaldo Figueiredo: “Uma gravidez indesejada deverá sempre ser mais penalizadora para a mulher. Assim, a responsabilização de uma toma de qualquer fármaco seria muito mais premente no caso da mulher do que no caso do homem.” “Deixar na mão dos homens esse controlo” é um comportamento que Nuno Tomada também não prevê. Mas, ao contrário do que as farmacêuticas parecem crer, os homens estariam interessados em outros

métodos além do preservativo e da vasectomia, muito pouco popular em Portugal. Um estudo de 2012 – realizado com 1843 homens de três continentes – revelou que a maioria (entre 44 e 83%) estaria disposta a tomar uma pílula.

Actualmente, os estudos de potenciais produtos anticoncepcionais masculinos incluem métodos não-hormonais e opções hormonais. No primeiro caso, “os tratamentos estão virados para reduzir o número

de espermatozoides ou para tornar o espermatozóiido disfuncional”, esclarece Nuno Tomada, acrescentando que a evolução neste caso tem sido complexa e não tem passado de modelos animais “porque é difícil isolar proteínas ou enzimas só específicas do espermatozóiido”. Os métodos hormonais têm conseguido chegar a “fases mais avançadas”, mas não o suficiente para chegar ao mercado. “[Os tratamentos testados] alteram o equilíbrio hormonal masculino e não é fácil repô-lo. Os efeitos adversos são um espelho disso.”

A redução do volume testicular, uma eventual redução da libido, alterações da *performance* sexual, alterações metabólicas e aumento de peso são alguns dos efeitos secundários mais frequentes e mais temidos. O homem está menos disponível do que a mulher para suportar possíveis efeitos negativos, acredita o urologista do Hospital de São João: “A mulher tem conseguido aceitar esses efeitos colaterais uma vez que tem o ónus da gravidez, mas o homem não tem esse ónus.” Além disso, aponta Arnaldo Figueiredo, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, qualquer manipulação que se faça na mulher significa “antecipar algo que

mais tarde ou mais cedo acontece de forma inevitável”. “No homem, a perspectiva de um término da sua capacidade fértil não existe. É um aspecto emocionalmente mais difícil de aceitar porque não é antecipar nada, é fazer algo que de outra forma não aconteceria.”

Além da contraceção

A difícil batalha que uma potencial pílula masculina teria de travar com os anticoncepcionais femininos tem também a ver com o facto de a contraceção hormonal ter trazido às mulheres “imensas vantagens em termos de qualidade de vida, que vão muito além da contraceção”, recorda Teresa Bombas. Por exemplo: “Controlo do ciclo, diminuição das dores menstruais, do volume do fluxo, da periodicidade das menstruações, controlo do acne”. A pílula feminina, sintetizada em 1951, leva mais de seis décadas de avanço e, apesar dos efeitos secundários que continuam a existir, o balanço da sua utilização é “manifestamente positivo”, admite Arnaldo Figueiredo.

Fazer o contraponto para potenciais efeitos colaterais positivos num futura pílula masculina é, para já, precoce: “É impossível prever”, responde o urologista. “A testosterona

ocupa um lugar central em muitos aspectos do homem; e não é só na parte sexual, é na parte cognitiva, da saúde óssea e outras, mas também tem aspectos negativos, designadamente em termos cardiovasculares. Seria necessário um tempo de acompanhamento dessas manipulações de décadas para conseguir aferir de uma forma clara as vantagens e as desvantagens de manipulações a esse nível.”

O Male Contraception Information Project tem apelado a uma investigação crescente na área e vem dando a conhecer alguns dos métodos mais desenvolvidos. A evolução da ciência é “desejável”, diz Teresa Bombas: “Se houver mais alternativas, vamos diminuir o risco de uma gravidez não-planeada e do recurso ao aborto.” Mas uma solução segura, eficaz e reversível deverá estar longe de acontecer: “Não se prevê que haja nada nos próximos anos”, refere Arnaldo Figueiredo. E Nuno Tomada conclui: “Admito que haja alguém a investir mais neste campo nos próximos anos, mas por razões culturais, biológicas e por razões de responsabilização, a via que me parece mais fácil continuará a ser a da contraceção feminina.”



E se fosse ele a tomar a pílula contraceptiva?

Porque não ouvimos falar de pílulas para eles? Barreiras médicas ou tabus sociais **p16/17**

