

AUTOR : Nome :

nome: **Anissa**

Data da defesa : 01 de Julho de 2021

Título da tese: Quais são os obstáculos ao desenvolvimento da contraceção masculina? Uma revisão da literatura médica e das ciências sociais.

Tese - Medicina - Lille " 2021 " Quadro de

classificação: DES do medicamento

+ especialidade: Medicina Geral e Familiar

Palavras-chave : contraceção, contraceção,
andrógenos, progestinas, controlo de o
espermatogénese

Resumo : Introdução: Desde a revolução contraceptiva na década de 1960, a gama de contraceptivos femininos tem continuado a expandir-se. Os métodos contraceptivos masculinos, por outro lado, continuam limitados aos métodos antigos: retirada e preservativos, aos quais se acrescenta um método de esterilização: vasectomia. Como pode tal assimetria entre o fornecimento de contraceptivos femininos e masculinos ser explicada em 2021?

Objectivos: O objectivo deste trabalho é identificar e analisar, através de uma revisão da literatura, os obstáculos ao desenvolvimento da contraceção masculina (MC).

Método: Foi realizada uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados das ciências médicas e sociais. Após a inclusão e leitura dos artigos, foi elaborada uma lista de barreiras potenciais e comparada com os dados da investigação.

Resultados: 21 artigos de revisão, 214 ensaios clínicos e estudos de aceitabilidade e 38 artigos sociológicos foram incluídos e analisados. As principais barreiras potenciais identificadas foram eficácia, efeitos secundários, reversibilidade, aceitabilidade, falta de investimento na investigação, história da contraceção e representações sociais tradicionais com base no género.

Conclusão: Mais de 50 anos de investigação provaram que a CM eficaz e reversível sem efeitos secundários graves é possível. Tanto homens como mulheres estão dispostos a utilizar uma CM. O desenvolvimento da CM parece ser dificultado pela falta de investimento por parte da indústria farmacêutica e das representações sociais tradicionais de género.

Composição do Júri :

Presidente : Professora Sophie CATTEAU-JONARD

Avaliadores: Professor Arnaud VILLERS, Doutor Geoffroy ROBIN, Doutora Clara LEROY

Directora de tese: Doutor Roger MIEUSSET

Contraceção térmica masculina

Rock et al. 1965 (205)	137 H	Efeitos na espermatogénese	<p><u>Série 1</u>: medição da temperatura escrotal à temperatura ambiente em diferentes posições n=36 <u>Série 2</u>: medição da temperatura escrotal em euspermia H=21 vs H com oligo n=37 ou com varicocele n=8 <u>Série 3</u>: medição da temperatura escrotal durante o banho 38°C a 43°C durante 2h n=8</p> <p><u>Série 4</u>: medição da temperatura escrotal ao usar roupa interior isolante 6-14 wks n=7 <u>Série 5</u>: medição da temperatura escrotal 20 H com oligo tratado por banhos escrotal entre 43 e 45°C durante 30 min a 1 hora durante 6 dias consecutivos</p>	<p>Diferença na temperatura rectal/escrotal na posição supina à temperatura ambiente = em média 2,38°C</p> <p>↓ concentração spz a partir de S3 de roupa interior isolante. Entre S5 e S9 ↓ 5 a 25 M/mL. Reversibilidade após 3 a 12 semanas após a paragem do método.</p>
French et al. 1973 (206)	5 H	Supressão da espermatogénese	<p>↑ temp° escrotal à temp° corporal pdt 30 min/d ou 15 min/d pelos próprios H durante 5 dias</p>	<p>↓ concentração spz a partir de 7d após ↑ temp° em 3/5 H 1 falhando em induzir uma ↑ de temp° escrotal; 1 em que ↑ de T° era mantido durante 15 minutos.</p> <p>Nbr spz: 3 a 10 M/mL entre S7 e S13.</p>
Mieusset et al. 1985 (207)	14 H	Supressão de espermatogénese	<p>↑ temperatura testicular de 1,5 a 2°C utilizando o H como uma fonte de calor com uma correia de atrelado segurando os testículos durante o 15 horas do dia, mais de 12 meses</p>	<p>Mobilidade: 21-34% entre 7-13 semanas e 1-3 M/mL spz móvel a desta vez.</p> <p>Nenhum efeito secundário relatado durante o período de estudo. Reversibilidade total após 6-8 meses após a interrupção do método.</p>
Mieusset et al. 1987	19 H	Reversibilidade de efeitos sobre	<p>↑ temperatura de 1,5 a 2°C testicular por meio de de uma roupa de baixo específica usada</p>	<p>Concentração Spz 5 a 18 M/mL M4 e M24 de exposição vs 89 M/mL na linha de base. Mobilidade 18 a 36% em M4 e M24 de</p>

(208)

espermatogênese

durante 15 horas durante o dia durante 6 a 24 meses e depois de parar o método.

exposição vs 67% na linha de base
↑ nbr morpho anomalias: inicialmente <30% e depois aproximadamente 50% a M10. Principalmente: alongamento da cabeça, curvatura do flagelo. Persistência de anomalias morfológicas em nbr > inicialmente até 14 a 18 meses depois de parar o método, mas sem o csq sobre a fertilidade

Mieusset et al. 1987 (209)	19 H	Supressão da espermatogénesese	↑ temperatura testicular de 1,5 a 2°C: <u>Técnica 1</u> n=13 Roupa interior específica com orifício no centro permitindo a passagem do pênis e pele escrotal vazia. <u>Técnica 2</u> n=6 Roupa interior específica semelhante mas com buraco reforçado com anel. Usada para 15 horas de dia durante 6 a 24 meses	2ª técnica mais eficiente em termos de ↓ nbr de spz e sua mobilidade: 0,6 M/mL de spz em média em M12 e 7,5% de celulares com técnica 2 vs 6,7 M/mL de spz e 29% de mobilidade com técnica 1
Shafik 1991 (210)	28 H	Supressão da espermatogénesese Eficácia contraceptiva Reversibilidade	↑ temperatura testicular de 1,5 a 2°C. Grp I: fixação do canto dos testículos em posição suprascrotal n=15. Grp II: fixação de testículos em posição suprascrotal com uma correia n=13. Durante 12 meses	Azoo n=11 grp I e n=8 grp II, oligo <10M/mL n= 9 Regresso da concentração normal de spz em 28 H no prazo de 6 meses após a paragem. ↓ motilidade com 8 a 18% de spz motil no final da ttt, reversível em 9 meses em todo o H. ↑ morpho anomalias reversíveis em 6 meses em toda a gravidez de H. ↓ T. 0. Gravidez em todos os parceiros que desejem ter filhos após a paragem do ttt (n=19).
Shafik 1992 (211)	14 casais	Eficácia contraceptiva	↑ temperatura testicular de 1,5 a 2°C, segurando os testículos em posição suprascrotal por uma bracelete de poliéster, usada durante um período de 12 meses dia e noite.	0 gravidezes ocorreram. Azoo de longa duração observado em todo o H. Tempo para atingir o azoo: 120 a 160 dias (avg 139,6 dias).
Mieusset et al. 1994 (212)	9 casais	Eficácia contraceptiva	↑ temp. testicular 1,5 a 2°C pela <u>técnica 1</u> : roupa interior específica com orifício no centro permitindo a passagem de haste e pele escrotal vazia, n=3 ou <u>técnica 2</u> : roupa interior específica comparável mas com orifício reforçado com borracha macia ou anel de borracha só segurado com correias. n=6	Melhor inibição da espermatogénesese com a técnica 2. 0 gravidezes em 117 ciclos de exposição, ou seja, 100% de eficiência para a técnica 2. Concentração de spz móvel <1M/mL em 86,4% das amostras sem nunca exceder 1,6 M/mL. Sem efeito secundário atrasado. Regresso aos valores iniciais 12 a 18 meses após a paragem técnica. 1 gravidez ocorreu técnica 1 (H tinha deixado de usar roupa de baixo em 7 semanas). O tempo médio de exposição a esta técnica como método contraceptivo para os 3 casais = 13,3 meses. Concentração média de spz móvel = 1,86 M/ml.
Moeloek 1995 (213)	10 H	Supressão da espermatogénesese	↑ testicular temp° 1.5 para 2°C por contínuo vestindo de a bracelete de poliéster durante 6 meses	Oligo <20M/mL n=10H. Oligo <10M/mL n=3H. Oligo <5M/mL n=1H. ↓ de % de formulários normais 18,8 vs 57,85 na linha de base.

Wang et al. 1997 (214)	21 H	Supressão da espermatogénese	↑ temp° testicular moderada por <u>Grp I</u> : cabide de poliéster (uma camada) ou <u>Grp II</u> : cabide de poliéster de dupla camada (1 camada de poliéster + 1 camada de poliéster impregnado de alumínio) ou <u>Grp III</u> : cabide de dupla camada de poliéster. Pdt 52 semanas	Cabide não usado durante uma média de 0,74 horas. ↑ de 0,8 a 1°C de temperatura escrotal enquanto se usa a bracelete Não alteração significativa dos parâmetros de esperma
---------------------------	------	------------------------------	---	---

Zhu e al. 2010 (215)	12 H	Efeitos na espermatogénese	Análises proteómicas em biópsias testiculares em diferentes momentos (S2 e S9) após ↑ temp° testicular por banhos quentes de 43°C para 30 min por dia, todos os dias durante 6 dias consecutivos.	Diferentes expressões proteicas antes e 2 semanas após o tratamento. 2 semanas após o tratamento térmico: ↓ expressão de algumas proteínas envolvidas na proliferação e sobrevivência celular. ↑ expressão de algumas proteínas envolvidos na apoptose de células germinativas e mecanismos antiproliferativos. O HNRNPH1 parece desempenhar um papel fundamental. Expressão correlacionada com espermatogénese (diminuiu 2 semanas após o tratamento e aumenta novamente 9 semanas mais tarde).
Ahmad et al. 2012 (216)	5 H	Efeitos na espermatogénese	↑ temp° de 1,5 a 2°C testicular e epididymal por vestindo roupa interior específica usada durante 15 horas durante o dia, durante 120 dias consecutivos	↑ significativo DFI (índice de fragmentação de ADN) e HDS (alta capacidade de coloração de ADN) de D20. ↑ DFI de aproximadamente 200%. HDS 13,0 ± 1,1 D45 vs 5,9 ± 0,3 na linha de base.
Rao e al. 2015 (217)	20 H	Efeitos na espermatogénese e glândulas sexuais acessórias	↑ temp° testicular: <u>grp 1</u> = banhos quentes a 43°C pdt 30 min 1/d durante 10 dias consecutivos ou <u>grp 2</u> = banhos quentes a 43°C pdt 30 min 1/d cada 3 dias (10 banhos no total).	↓ concentração spz e total spz nbr em 2 grp. ↓ + grp 2 significativo (15,5% dos valores iniciais em S8 vs 28,8%grp 1). Oligo severo (< 5M/ml) n= 4H/grp. ↓ mobilidade progressiva em 2 grp. ↓ Teste HOS (teste de inchaço hipoosmótico) em 2 grp. ↓ ensaio significativo da actividade total de acrosina em 2 grp. Sem alteração dos parâmetros bioquímicos do sémen. Avaliação do stress oxidativo: ↑ significativo em 2 grp de malondialdeído
Zhang et al. 2018 (218)	30 H	Efeitos na espermatogénese e nas glândulas e hormonas sexuais acessórias sexual	↑ temp° do escroto com um dispositivo de aquecimento eléctrico a 43°C durante aproximadamente 30-40 min 1/d, 2 dias sucessivos por semana, durante 3 meses.	↓ nbr de spz, motilidade e nbr spz de forma normal. ↓ de integridade significativa do ADN, ↓, até 1 mês após ttt. ↑ MIF e DFI. ↓ significant T e ↑ FSH e LH. ↑ taxa de anomalias cromossómicas para os cromossomas 13, 18, 21, X, e Y (13,7 vezes superior).
Abdelhamid et al. 2019 (219)	5 H	Efeitos na espermatogénese	↑ temperatura de 1,5 a 2°C, usando uma roupa interior específica durante 15 horas durante o dia durante 120 dias consecutivos. n=5 Controlo: sémen de 27 sujeitos saudáveis.	Nbr spz de forma normal dividido por 5 durante o período de exposição. ↑ MAI (índice de anomalias múltiplas) em D20, regresso aos valores normais em D193.

Abdelhamid
et al. 2019
(220)

5 H

Efeitos na
espermatogênese

↑ temperatura de 1,5 a 2°C, usando roupa interior específica durante 15 horas durante o dia, resultando num aumento da temperatura durante 120 dias consecutivos
n=5. Análise FISH em 234038 spz

↑ x2 número de aneuploidies em D45 pós-exposição.
Efeito reversível em D180 pós-exposição.

**Artigos sobre a aceitabilidade da
CM**

Gough 1979 (230)	151 H	Aceitabilidade teórica de um pílula contraceptiva masculina	Questionários	Na pergunta "Estaria preparado para usar uma pílula contraceptiva masculina se ela estivesse disponível", 55,6% sim, 18,5% provavelmente sim, 18,5% provavelmente não, 7,3% não.
Ringheim 1995 (231)	154 H	Aceitabilidade Prática de ET como CHM	Injecções E IM 1/semana Grupo de foco + questionários	Motivações forparticiparnoestudo : precisa de mudança contracepção=36%, encorajado por partner=23%. Para maioria H, o parceiro tinha tido problemas no passado com a contracepção. H exprime o desejo de partilhar a responsabilidade pela contracepção de modo a não já não vêem o seu parceiro sofrer os efeitos dos 2os. H australianos também põem em causa os papéis tradicionais do género enquanto do que asiático + "conservador" H. H relatar efeitos secundários tais como: acne, aumento de peso ou ↑ massa muscular, mas também uma sensação de bem-estar, uma sensação de ser + viril e ↑ libido. Os efeitos secundários mais sentidos como negativos = irritabilidade.
Glasier et al. 2000 (232)	1894 F : Escócia 450, China 900, África do Sul 544	Aceitabilidade de uma teoria CHM	Questionários	84% concordam com uma maior partilha da responsabilidade contraceptiva. As diferenças culturais: 29% em Hong Kong pensam que a pílula para H inútil ou não uma boa ideia contra 13% em Xangai, 7% em Cidade do Cabo, 6% para Edimburgo. >30% (excepto Hong Kong) CHM pronto a usar, se disponível, e 43 78% (excepto Xangai) utilizá-lo-iam no futuro. >50% (excepto Hong Kong) pense que o seu parceiros utilizaria CHM. Modalidades de administração: para comprimido em ½ casos em Edimburgo, ½ para injecções mensais em vez disso. Razões pelas quais F pensa que CHM não é uma boa ideia sem confiança no seu parceiro e/ou medo de efeitos em segunda mão (F

Martin et al. 2000 (233)	1829 H : 436 em Escócia, 493 em África Sul e 450 na China	Aceitabilidade teoria da CHM	Questionários	chinês). Pílula vista como a forma mais conveniente por H em Edimburgo e 16% de H preto na Cidade do Cabo e 34% de H chinês pensavam que eram que o CHM iria alterar a sua sexualidade ou masculinidade. 44% de CHM em 83% de habitantes de White Cape Town prontos a usar a pílula contraceptiva masculino. Forma injectável menos aceitável com 32% dispostos a utilizá-lo em Edimburgo e Hong Kong e 62% dos Hs brancos na Cidade do Cabo. Sobre a necessidade de fazer espermogramas, os chineses e escoceses H tendia a achar isto menos aceitável do que o H da Cidade do Cabo, O mesmo se aplica ao período de tempo para a eficácia.
-----------------------------	---	--	---------------	---

Weston al. (234)	et 148 H	Aceitabilidade teórica da CHM	Questionários distribuídos a Hs cujo parceiro tinha dado à luz recentemente	118 questionários utilizáveis. 75,4% estavam talvez, provavelmente ou definitivamente dispostos a tentar CHM. Preferiram (por ordem): comprimido diário, injeção trimestral ou 2/ano. A injeção semanal foi a última escolha (embora = a única forma comprovada de ser eficaz).
Weston al. (235)	et 76 H	Aceitabilidade teórica da CHM	Questionários distribuídos a imigrantes australianos cujos parceiros tinham dado à luz recentemente, em comparação com dados de um estudo anterior de homens nascidos na Austrália (234)	13,6% 'provavelmente' ou 'definitivamente' dispostos a tentar CHM vs. 47,5% dos homens nascidos na Austrália, mas 52,7% dos homens imigrantes responderam 'talvez'. Entre as modalidades de administração preferidas (por ordem): injeção 2/ano, comprimido diário, injeção 4/ano.
Heinemann et al. 2005 (236)	9342 H em 9 países, 4 continentes	Aceitabilidade teórica da CM	Questionários	A decisão contraceptiva é geralmente tomada por ambos os parceiros. 55,1% gostaria de utilizar o novo MC contra 20,7% não. Factores correlacionados com melhor aceitabilidade: elevado nível de educação, desejo de vasectomia, uso actual de contracepção. Métodos preferidos de administração: oral, aplicação diária de gel, injeção mensal, implante anual.
Heinemann et al. 2005 (237)	9342 H	Determinantes da aceitabilidade teórica da MC	Questionários	<u>Factores positivos que influenciam a decisão de utilizar CM:</u> eficácia, rapidez de acção e reversibilidade, poucos efeitos secundários, melhoria da virilidade e da sexualidade, melhoria da força muscular, facilidade de utilização, não dependência da FC. <u>Factores negativos que influenciam a decisão de utilizar a CM:</u> atitude negativa em relação à CM, medo de hormonas sexuais, medo de drogas, rejeição de acompanhamento médico regular, ideia de que a contracepção é uma responsabilidade feminina, medo de impacto sobre a sexualidade, oposição religiosa.
Marcell et al. 2005 (238)	30 H e mulheres	Aceitabilidade teórica CHM	Entrevistas semi-estruturadas	67% M e 67% F tiveram uma impressão positiva de CHM. Inversão de papéis na responsabilidade contraceptiva recebida positivamente pela maioria dos Fs e vista como "surpreendente" ou não natural por Hs. Muitos Fs entrevistados mencionaram que a maioria dos Hs não estavam habituados ao acompanhamento médico regular ao contrário deles e apontaram a falta de serviços ou programas de prevenção para os Hs. 85% dos Fs confiariam o seu parceiro a tomar CHM.

Merigiola et al. 2006 (239)	20 H	Aceitabilidade prática da UT+NETE combinação	UT + NETE -Cada 6 semanas - A cada 8 semanas - A cada 12 semanas Durante 48 semanas	92% M pensam que M e F devem partilhar a responsabilidade pela contracepção. 38% prontos a assumir total responsabilidade. 75% pronto a experimentar o novo método CM e 74% dizem também parceiro. 66% pronto a usar UT+NETE, se disponível. 32% pensam que a principal desvantagem das injecções é a falta de protecção contra as DSTs. 12 semanas para ser eficaz e considerado inaceitável por 39% dos homens. 64% consideram 18 semanas para voltar ao normal aceitável. 62% dispostos a pagar 10 a 20 euros/mês, 32% 10 euros, 6% <10 euros.
Zhang et al. 2006 (240)	308 H	Aceitabilidade prática da UT	Injecções UT 500 mg IM 1/mês Questionários, entrevistas e grupo focal.	Razões para participar no estudo: partilhar a responsabilidade pela contracepção 41,2%, fazer algo de bom pelo meu país 36,7%, ajudar a resolver o problema da sobrepopulação 41,6%. H e F mencionam a forma como outros Hs os vêem, CM seria mal visto por outros Hs face às normas de género culturalmente aceites. > 1/2 dos inquiridos não notaram chgmt durante a ttt. 40,3% perceberam inconvenientes durante o tratamento, 72,3% dos quais estavam relacionados com as injecções mensais, que também foram consideradas frequentes, e 21,7% ao facto de terem de vir regularmente à clínica.
Amory et al. 2007 (241)	38 H	Aceitabilidade prática do DMPA +Gel T	T-gel 100 mg/d + DMPA 300 mg injecção cada 3 meses +/- acycline 300 µg/kg cada 2 semanas durante as primeiras 12 semanas 24 semanas	50% satisfeitos com o método, 45% gostariam de o utilizar se disponível contra 42% não. 40% preferem este método ao que utilizam actualmente vs. 42% não o utilizam. Os sujeitos mais velhos têm uma opinião mais favorável do que os mais jovens. Os sujeitos cujo parceiro usa DIU tendem a preferir menos o método (satisfeitos com o DIU). 74% acham o gel fácil de administrar, 55% secam rapidamente, 81% acham a sua pele "pegajosa"
vSolomon et al. 2007 (242)	24 casais	Aceitabilidade prática da UT+MPA	Injecção UT+MPA Entrevistas semi-estruturadas	Motivações para participar no estudo: 8/24 H por curiosidade, 6/24 H por necessidade. Por F, as razões foram a partilha de riscos e a responsabilidade. A maioria H notou ↑ apetite, ganho de peso durante o ttt e ↑ libido. Alguns Fs relataram + elevado nível de stress e raiva do seu parceiro durante a ttt.

Eberhardt et al. (243)	100 H e 110 mulheres	Aceitabilidade teórica de uma pílula contraceptiva masculina	Questionários	F teve uma atitude mais positiva do que H sobre a pílula contraceptiva masculina. F tinha menos confiança no H para usar uma pílula contraceptiva do que no próprio H. H num casal estável tinha uma atitude mais favorável do que aqueles com parceiros ocasionais.
------------------------	----------------------	--	---------------	--

Andador 2011 (244)	54 H e 134 mulheres	Teórico aceitabilidade de um contraceptivo masculino pílula	Questionários + entrevistas semi- estruturadas	49,5% estão dispostos a usar a pílula contraceptiva masculina, 19,2% não, 31,3%, talvez. O mesmo para M e F. Nenhum efeito da idade, duração de relação ou nível de educação sobre a aceitabilidade. Os comentários mais frequentes (53%) diziam respeito a segunda mão efeitos e riscos a longo prazo. 52% F e 17% M mencionaram o risco de esquecer de tomar um comprimido diário. Alguns (M e F) mencionaram a possibilidade de ter mais controlo sobre o planeamento e partilha familiar responsabilidade pela contracepção. 37% dos M inquiridos seriam preferem a pílula contraceptiva masculina à retirada ou preservativos. Alguns M expressou observações sobre a masculinidade.
Roth et al. 2014 (245)	79 H	Prático aceitabilidade do T- gel + Gel Nestorone como CHM	T gel 10g + -Placebo gel -Nes 8 -Nes 12 20 a 24 semanas	58% satisfeitos com o método e 53% recomendá-lo-iam se disponível. 1/3 de voluntários usariam como 1º método contraceptivo se disponível. Homens africanos menos susceptíveis de utilizar o método do que os caucasianos e Asiáticos. 34% acham o método melhor do que o que utilizam actualmente vs. 35% que não o fazem.

Amouroux et al. 2018 (246)	"Novos pais" M cujo F estava na maternidade e para dar à luz (potenciais utentes)	Aceitabilidade teórica da WCL	Questionários em 6 hospitais em Marselha + lista de correio electrónico da Universidade de Aix- Marselha (Novos fornecedores).	<p><u>Conhecimento sobre MC</u>: O mesmo em 2 populações sobre retirada e preservativos (99 e 98%). Sobre o tema da vasectomia e "novos" métodos de contraceção, NP foram mais informados do que NF (88 vs 48 e 26 vs 10%).</p> <p><u>"Estaria disposto a usar um método CM como forma primária de contraceção?"</u> Sim 58,4% NF vs 70,1% MNP e 73,9% FNP.</p> <p><u>Principais motivações</u>: partilhar a responsabilidade contraceptiva e evitar os efeitos secundários da CF.</p> <p>Entre 53 NPF que responderam "não", a falta de confiança no parceiro foi a principal razão em 28,3% para H, sentindo-se demasiado restritiva em 21,6 e 31% e medo de efeitos secundários em 14,4 e 31%. Elevada categoria sócio-profissional ou científica ou elevado nível de educação estaticamente associado a maior aceitabilidade, bem como atcd de efeitos secundários com FC</p> <p>Religião estatisticamente + associada com resposta "não". 43,2 %NF e 92% NP querem mais informações sobre CM e 54,2 e 84,6 querem mais escolha de CM.</p> <p><u>Relativamente ao CMT</u>: 29,2% NF disposto a tentar, principais vantagens: natural=52%, não-hormonal=36,2% sem efeitos secundários=38,2% // principais desvantagens: duração de utilização demasiado longa=55,9%, desgaste diário=43,1%, medo de desconforto =38,8%</p> <p><u>Atitudes dos prescritores</u>: 33,7% NP nunca oferecem CM</p>
----------------------------	---	-------------------------------	--	---

Vera Cruz e al. (247)	412 H 2019	Aceitabilidade teoria dos comprimidos contraceptivo masculino	vinhetas de utilização uma pílula contraceptiva masculina	Questionários com apresentar diferentes cenários	durante as consultas, >1/2 não f e rm de outros métodos para além dos preservativos. 82,2% interessados em participar no curso de CM. NP + Mais preocupação com a masculinidade dos seus pacientes do que os próprios pacientes (32,3 vs 13,5) 11% nunca experimentaria o contraceptivo masculino pílula contraceptiva, geralmente sujeitos mais velhos com níveis de educação mais baixos ou praticando a religião. Por 11% dependeria de preços e efeitos secundários. Para 25% dependeria de efeitos secundários. Para 46% dependeria do contexto e dos efeitos secundários.
Cartwright e al. (248)	80 H 2020 398 F	Aceitabilidade CM teórica	Análise qualitativa de dados de grupo de foco		Cerca de 2/3 M e 3/4 F têm um parecer favorável sobre o desenvolvimento de CM. Razões para um parecer favorável: partilha de riscos e responsabilidade contraceção, evitar gravidezes fora do casamento, melhorar a oferta CM, envolver-se mais e capacitar H em planeamento familiar. Razões para uma opinião desfavorável: H não aceitaria e preservativo já é suficiente, teme um impacto negativo na sexualidade e na fertilidade, padrão CF social, falta de confiança dos Fs no seu parceiro. Formas de CM desejadas: injectável ou gel local Sentimentos imediatos após a leitura da descrição RISUG® =
Lacasse d al. (249)	151 H um 2020	Aceitabilidade teórico RISUG® em dependendo do estereótipos de género	Questionário online		Estes são: "eficácia", "dor", "inovação". Factores associados a quem experimentam RISUG® = sexualidade activa. As normas de género aderiram ao H negativamente associado para experimentar o RISUG® : -dar uma imagem de uma pessoa heterossexual, + svt associada a percepção do "impacto negativo na sexualidade" e das "desvantagens". -pense que H deve ter + potência do que F, + svt associado a

Nguyen et al. (250)	et 57 H	Aceitabilidade prática da UFAD	DMAU 4 cápsulas/d durante 28 dias 30 min antes de uma refeição rica em gordura n=39 Placebo n=18	sentiu "impacto negado na sexualidade 28% teve dificuldade em encontrar uma refeição rica em gordura. 54% dispostos a utilizar o método. 77% recomendaria o método. H disposto a utilizar CHM + svt em casal ou com nível de ensino superior.
Saxand al. 2021 (251)	162 H	Aceitabilidade CHM teórico	Questionário	45% pronto a usar CHM, 23,5% não e talvez 30,9%. Modalidade administração preferido = formulário Principal preocupações sobre a utilização de CHM = eficácia e risco de efeitos 2.

Apêndice 3: Potenciais barreiras sociais, económicas e culturais identificadas na sociologia

Referências	Temas e subtemas identificados
Artigos que lidam com o tema do MC	
Oudshoorn et al. 1999 <i>Contraceção masculina e disputas de género</i> (252)	Representação cultural: contraceção = mulher <ul style="list-style-type: none"> - estereótipos de género - exclusão dos homens História da contraceção <ul style="list-style-type: none"> - Os movimentos feministas e a revolução contraceptiva Ausência da indústria farmacêutica
Oudshoorn 1999 <i>Sobre Masculinidades, Tecnologias, e Dor: O Teste de Contraceptivos Masculinos na Clínica e nos Meios de Comunicação Social.</i> (253)	Estereótipos de género na imprensa
Oudshoorn 2004 <i>"Astronautas no Mundo do Esperma": A Renegociação das Identidades Masculinas nos Discursos sobre Contraceptivos Masculinos.</i> (254)	Representação cultural: contraceção = mulher História da contraceção <ul style="list-style-type: none"> - feminização - exclusão de homens
Castro-Vázquez et al. 2007 <i>Heterossexuais Japoneses do sexo masculino Negociando a Contraceção. Homens e Masculinidades.</i> Out (255)	Estereótipos de género <ul style="list-style-type: none"> - masculinidade
Kalampalikis et al. 2007 <i>Medicalised male contraception: psychosocial issues and imaginary fears.</i> (256)	Representação cultural: contraceção = mulher Estereótipos de género <ul style="list-style-type: none"> - Virilidade/sexualidade/fertilidade

Desjeux 2009

História e situação actual das representações e práticas contraceptivas masculinas
(257)

Representação cultural: contracepção = mulher

Estereótipos de género

- virilidade/fertilida

de História da

contracepção

- história da

investigação Falta de

recursos

- ausência da indústria farmacêutica

- fundos públicos

Desjeux 2010 <i>História da contracepção masculina [A experiência da Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Contracepção Masculina (1979-1986)]</i> (258)	História da contracepção <ul style="list-style-type: none"> - Movimentos feministas - exclusão dos homens Falta de meios <ul style="list-style-type: none"> - fundos públicos
Desjeux 2013 <i>A contracepção masculina" hoje em dia. Uma realidade plural.</i> (259)	Representação cultural: contracepção = mulher Estereótipos de género <ul style="list-style-type: none"> - virilidade/fertilidade A ocultação masculina no planeamento familiar
Desjeux 2013 <i>Contracepção por parte dos homens. O surgimento de uma "consciência masculina".</i> (260)	Representação cultural: contracepção = mulher Estereótipos de género <ul style="list-style-type: none"> - sexualidade/fertilidade
Shih et al. 2013 <i>Ele é um verdadeiro homem: Um Estudo Qualitativo do Contexto Social das Decisões de Vasectomia de Casais entre uma População Racialmente Diversa.</i> (261)	Estereótipos de género <ul style="list-style-type: none"> - virilidade/fertilidade
Welzer-Lang 2013 <i>Contracepção masculina, ARDECOM e grupos de homens, premissas da evolução das relações de género</i> (262)	História da contracepção <ul style="list-style-type: none"> - movimentos de mulheres Representações tradicionais com base no género (por médicos)
Dismore L et al. 2016 <i>Construções sociais da pílula contraceptiva masculina: Quando é que vamos quebrar o círculo vicioso?</i>	Falta de recursos <ul style="list-style-type: none"> - ausência de estereótipos de género na indústria farmacêutica - masculinidade
Wilson 2018 <i>"Coloque-o no seu sapato, ele vai fazer-lhe coxear: Respostas online de homens britânicos a uma pílula masculina</i> (264)	Representação cultural: contracepção = mulher Homens excluídos do planeamento familiar Falta de recursos ausência da indústria farmacêutica
Campo-Engelstein et al. 2019 <i>Onde está a pílula para o "Homem Reprodutor? A Content Analysis of Contemporary US Newspaper Articles</i> (265)	Representação cultural: contracepção = mulher
Schmidhauser et al. 2021 <i>"Contracepção masculina: sente-se masculino?"</i> (266)	História da contracepção <ul style="list-style-type: none"> - feminização Representação cultural: contracepção = mulher Exclusão dos homens do planeamento familiar Estereótipos de género

- masculinidade

Artigos que lidam com homens em saúde reprodutiva ou planeamento familiar

Chabot M. 1985 <i>Os homens estão apenas de passagem</i> (267)	História da contraceção - exclusão dos homens Estereótipos de género - masculinidade
Gardey 2006 <i>A ciência e a construção de identidades com base no género.</i> (268)	Estereótipos de género
Ventola 2016 <i>O género da contraceção: representações e práticas dos prescritores em França e Inglaterra</i> (269)	Feminização da contraceção Medicação da contraceção Representação cultural: contraceção = mulher (por médicos) Estereótipos de género: sexualidade.
Andro et al. 2009 <i>Controlo da natalidade e saúde sexual: onde estão os homens?</i>	Homens excluídos do planeamento familiar Estereótipos de género : - masculinidade
Stratonovitch 2009 <i>Género e medicina</i> (271)	Estereótipos de género - papéis tradicionais M/F
Ventola 2014 <i>Prescrição de contraceptivos: o papel da instituição médica na construção de categorias com base no género.</i> (272)	História da contraceção - medicalização - feminização - exclusão de homens Representação cultural: contraceção = mulher Estereótipos de género - Papéis M/F tradicionais - virilidade/sexualidade
Le Guen et al. 2015 <i>Práticas contraceptivas masculinas em França: provas do envolvimento masculino no planeamento familiar</i> (273)	História da contraceção - feminização - medicalização Representação cultural: contraceção = mulher Estereótipo de género - sexualidade
Casey et al. 2016 <i>Planeamento Familiar e Saúde Pré-concepcional entre os Homens em Meados de 30 anos: Desenvolver indicadores e descrever a necessidade</i> (274)	Homens excluídos do planeamento familiar

Roux et al. 2017

Dos especialistas à lógica dos leigos: prescritores de contraceptivos em França. (275)

Medicalização da contracepção

Representação cultural: contracepção = mulheres (por médicos)

História da contracepção

Wilson et al. 2018. <i>Marginalização dos homens em textos de planeamento familiar: Uma análise dos manuais de formação</i> (276)	Estereótipos de género (por médicos). - masculinidade Representação cultural: contracepção = mulher
Chernick et al. 2019 <i>Uma Avaliação Qualitativa para Compreender as Barreiras e os Permissores que Afetam o Uso de Contraceptivos entre os Pacientes do Departamento de Emergência Masculina Adolescentes.</i> (277)	Homens excluídos do planeamento familiar Representação cultural: contracepção = mulheres
Artigos sobre a história da contracepção	
De Guibert-Lantoine 1998. <i>Contracepção em França: uma avaliação após 30 anos de liberalização.</i> (278)	Feminização da contracepção Medicação da contracepção
Bajos et al. 2001 <i>Aborto na idade da razão</i> (279)	Feminização da contracepção Medicalização da contracepção Estereótipos de género (por médicos)
Bajos et al. 2004. <i>Contracepção, alavanca real ou simbólica da dominação masculina</i> (280)	Estereótipos de género - papel tradicional M/F História da contracepção - feminização
Bajos et al. 2005 <i>Contracepção e aborto.</i> (281)	História da contracepção - Medicalização da contracepção
Jacquemart A. 2006 <i>Quando o activismo confunde a identidade de género</i> (282)	História da contracepção - Movimentos feministas - exclusão de homens
Jaspard et al. 2017 <i>Revolução sexual ou revolução de género? Desde os anos 60 até aos anos 2010.</i> (283)	História da contracepção - exclusão de homens
Guen et al. 2017 <i>Cinquenta anos de contracepção legal em França: difusão, medicalização, feminização.</i> (2)	História da contracepção - medicalização - feminização - exclusão de homens

Asselin et al. 2019 <i>Contraceção, aborto: panorama actual</i> (284)	História da contraceção - feminização Representação cultural: contraceção = mulher
Artigos que lidam com homens e paternidade	
Castelain-Meunier 2001 <i>Paternidade, masculinidade e identidade</i> (285)	Estereótipos de género - masculinidade - Papéis M/F tradicionais
Devreux 2004 <i>A resistência humana à mudança social: o surgimento de um problema</i> (286)	Estereótipos de género - papéis tradicionais M/F
Devreux 2005 <i>Homens na família</i> (287)	Estereótipos de género -papéis tradicionais M/F
Blais 2018. <i>Reinventando a paternidade</i> (288)	Exclusão dos homens no planeamento familiar