


Paracetamol, autismo e a panaceia presidencial: quando a bravata encontra a evidência (e perde)

Melania Maria Ramos de Amorim ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1047-2514>

¹ Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Integral. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: profmelania.amorim@gmail.com

O episódio mais recente do melodrama anticientífico não surpreende: Donald Trump voltou ao centro do palco ao afirmar que o paracetamol usado na gestação “levaria” ao autismo e, de quebra, acenar com o ácido fólico (leucovorina) como “cura” para o transtorno do espectro do autismo (TEA).^{1,2} A mistura é perfeita para manchetes: um vilão cotidiano, um bode expiatório conveniente — as mães — e a promessa de redenção farmacológica. O que falta é o detalhe que sustenta a prática clínica: evidência robusta, obtida por método adequado e interpretada com senso de proporção.

A peça-chave desse debate é o estudo populacional sueco publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) em 2024, com quase 2,5 milhões de nascimentos e análise entre irmãos biológicos.³ Em modelos convencionais, o uso de paracetamol pareceu associar-se levemente ao transtorno do espectro autista (TEA) e ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Esse “sinal” — associação estatística de pequena magnitude, sem comprovação causal — desapareceu quando os autores compararam irmãos discordantes de exposição. Esse desenho atenua confundimento por genética e ambiente familiar, as razões de risco aproximam-se da nulidade e não há gradiente dose-resposta.³ Em linguagem simples: quando se mede direito, o efeito some.

Não por acaso, as recomendações de órgãos técnicos permaneceram estáveis. A *European Network of Teratology Information Services* (ENTIS) mantém o paracetamol como primeira escolha na gestação quando clinicamente indicado, na menor dose eficaz e pelo menor tempo necessário.⁴ Em 23 de setembro de 2025, a *European*

Medicines Agency (EMA) reafirmou que nada mudou na União Europeia quanto ao uso de paracetamol na gravidez.⁵ No mesmo sentido, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) reiterou que o paracetamol segue como opção mais segura para dor e febre na gravidez, desde que empregado com critério clínico.⁶

Dor e febre na gestação não são detalhes cosméticos; são problemas frequentes que interferem na qualidade de vida e, quando negligenciados, pioram desfechos. Lombalgia e dor pélvica são altamente prevalentes e tendem a intensificar-se no terceiro trimestre; meta-análise recente confirma a magnitude do problema e o impacto funcional que exige abordagem ativa.⁷ A febre materna não tratada também preocupa, sobretudo em quadros infecciosos. O manejo responsável, portanto, é parte do cuidado — não um luxo.^{5,6}

Se o paracetamol fosse banido no impulso das manchetes, restaria às gestantes um cardápio de alternativas mais arriscadas justamente nas fases mais sensíveis do desenvolvimento fetal. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) apresentam riscos conhecidos: a *Food and Drug Administration* (FDA) alerta para oligoâmnio a partir da 20ª semana e para constrição do ducto arterial no fim da gestação.⁸ A dipirona (metamizol) possui histórico regulatório heterogêneo, é formalmente contraindicada no terceiro trimestre por fetotoxicidade e já foi associada a oligoâmnio e constrição do ducto arterial com uso prolongado no final do segundo trimestre; se inevitável nessa janela, recomenda-se uso breve e monitorização ultrassonográfica.^{9,10} Além disso, não é



aprovada nos Estados Unidos da América (EUA) devido ao risco de agranulocitose.¹¹ Nesse cenário comparativo, o paracetamol preserva o lugar de primeira linha: indicado quando há necessidade clínica, na menor dose eficaz e pelo menor tempo possível.⁴⁻⁶

Por que, então, seguimos vendo manchetes que insinuam causalidade entre um analgésico onipresente e desfechos complexos de neurodesenvolvimento? Uma parte importante da resposta é metodológica. Estudos observacionais de exposições ubíquas capturam mais o contexto familiar e de saúde — genética, condições socioeconômicas, comorbidades e práticas de cuidado — do que um efeito farmacológico isolado. Gestantes com enxaqueca, infecções, dor crônica, ansiedade ou depressão usam mais analgésicos; essas mesmas condições, independentemente do medicamento, relacionam-se a desfechos neuropsiquiátricos na prole.³ Sem controle adequado de confundimento, a estatística tende a fabricar miragens.

Há também uma razão cultural e política para a persistência de falsas certezas: a velha retórica da culpa materna. Sempre que o assunto é neurodesenvolvimento, a responsabilidade escorre para a mãe. Essa narrativa desloca o peso da falha para o corpo feminino e perpetua vigilância sobre as escolhas reprodutivas. É um reflexo de estruturas patriarcais que historicamente transformam incerteza estatística em culpa moral: o útero vira o lugar presumido do erro, e a mulher, a suspeita permanente.¹² O processo deseduca, fere e silencia, desviando o olhar dos determinantes reais — genética, ambiente, condições sociais e acaso biológico — para o mito da mãe onipotente e eternamente culpada.¹²

Em saúde pública, esse moralismo não apenas piora desfechos como perpetua desigualdades de gênero. Ao fragilizar a autonomia das mulheres, legitima práticas de violência simbólica e esvazia a clínica de seu compromisso com o cuidado. Reconhecer a autonomia informada das gestantes é, portanto, também um ato feminista — e condição para práticas verdadeiramente emancipatórias.¹² O que a boa clínica precisa cultivar é método e escuta qualificada; o que deve rejeitar é a tentação de converter incerteza em julgamento moral.

Os efeitos sociais dessa retórica se somam a uma economia da desinformação que se mostrou lucrativa. Desde a fraude de Andrew Wakefield, cuja retração oficial em 2010 não conteve a onda antivacinas, associações espúrias com autismo viraram negócio.¹³ O roteiro é

conhecido: cria-se um risco cotidiano e, na sequência, vendem-se “soluções” milagrosas. Multiplicam-se dossiês malfeitos, “protocolos detox”, ozonioterapia e outras terapias sem base científica, com promessas grandiloquentes e resultados modestos ou inexistentes.¹³ A indústria do medo prospera explorando angústias, culpabilizando mães e prometendo atalhos; o custo real recai sobre famílias, serviços de saúde e políticas públicas.¹³

E o ácido fólico, erigido a “cura” de ocasião? Ensaio clínico randomizado de pequeno porte sugerem benefícios em subgrupos muito específicos de crianças autistas, especialmente aquelas com autoanticorpos contra o receptor de folato alfa, com ganhos de linguagem e melhora modesta em escores globais.^{14,15} Ainda assim, amostras reduzidas, curta duração de seguimento, desfechos em parte subjetivos e análises de subgrupos frágeis limitam a interpretação. Lidos com ceticismo — como convém a resultados preliminares — esses achados não sustentam recomendações clínicas generalizadas nem autorizam narrativas de “cura”.^{14,15}

No manejo concreto da dor e da febre durante a gestação, o caminho responsável continua o de sempre: avaliar indicação, dose e tempo. O paracetamol permanece a primeira escolha quando clinicamente indicado; usar a menor dose eficaz pelo menor tempo necessário.⁴⁻⁶ Os AINE devem ser evitados, como anteriormente comentado, a partir de 20 semanas e, sobretudo, no final da gestação, quando o risco de constrição do ducto arterial é maior; se absolutamente indispensáveis em janela intermediária, a decisão precisa ser individualizada e o uso, restrito.⁸ Quanto à dipirona, manter a contraindicação no terceiro trimestre e, se um cenário clínico excepcional impor seu uso no final do segundo trimestre, limitar a duração e monitorizar por ultrassonografia, evitando o risco de oligoâmnio e constrição do ducto arterial.^{9,10} Lembrar, por fim, que o fármaco não é aprovado nos EUA por risco de agranulocitose.¹¹

No fim das contas, a pergunta “paracetamol causa autismo?” foi abordada com um desenho capaz de separar associação de causa, e a resposta, até aqui, é negativa.³ Órgãos regulatórios e sociedades científicas, cujo ofício é pesar riscos e benefícios em saúde pública, mantiveram suas recomendações.⁴⁻⁶ A tentação de decidir *a priori* — pelo palanque, pelo algoritmo ou pelo clique — custa caro em confiança social e em sofrimento de famílias; decidir com método científico dá trabalho, mas devolve previsibilidade ao cuidado e dignidade às pessoas.

Em suma, a boa prática não precisa de heróis, precisa de pesquisas. Ao resistir à culpabilização materna e à sedução de soluções miraculosas, reafirmamos a tríade que sustenta a medicina responsável — método científico, medida e responsabilidade — e garantimos que o cuidado em obstetrícia continue a ser, antes de tudo, uma defesa da autonomia informada. É menos barulhento que um comício, mas infinitamente mais útil para mães e bebês.

Contribuição do autor

A autora realizou a concepção do artigo e declara não haver conflito de interesse.

Referências

1. Mason J, Aboulenein A, Steenhuysen J. Trump links autism to Tylenol and vaccines, claims not backed by science. BusinessLIVE (Reuters). [Internet]. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/trump-expected-link-autism-with-tylenol-experts-say-more-research-needed-2025-09-22/>
2. Devlin H, Sample I. Is Tylenol the same as paracetamol, and should you take it in pregnancy? The Guardian 24 set 2025; [Internet]. [acesso em 2025 Set 24]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2025/sep/23/is-paracetamol-safe-during-pregnancy-and-does-it-have-links-to-autism>
3. Ahlqvist VH, Sjöqvist H, Dalman C, Karlsson H, Stephansson O, Johansson S, *et al.* Acetaminophen Use During Pregnancy and Children's Risk of Autism, ADHD, and Intellectual Disability. JAMA. 2024; 331 (14): 1205-14.
4. European Network of Teratology Information Services (ENTIS). Position statement on acetaminophen (paracetamol) in pregnancy. ENTIS; 3 out 2021. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.entis-org.eu/wp-content/uploads/2021/10/ENTIS-position-statement-on-acetaminophen-3.10.2021.pdf>
5. European Medicines Agency (EMA). Use of paracetamol during pregnancy unchanged in the EU. [Internet]. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/news/use-paracetamol-during-pregnancy-unchanged-eu>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Acetaminophen Use in Pregnancy and Neurodevelopmental Outcomes. Practice Advisory Set 2025. [Internet]. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2025/09/acetaminophen-use-in-pregnancy-and-neurodevelopmental-outcomes>
7. Salari N, Mohammadi A, Hemmati M, Hasheminezhad R, Kani S, Shohaimi S, *et al.* The global prevalence of low back pain in pregnancy: a comprehensive systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023; 23: 830.
8. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) — Drug Safety Communication: avoid use in pregnancy at 20 weeks or later. FDA; 15 Out 2020. [Internet]. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.fda.gov/safety/medical-product-safety-information/nonsteroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-drug-safety-communication-avoid-use-nsaids-pregnancy-20>
9. European Medicines Agency (EMA). Metamizole-containing medicinal products — Article 31 referral. EMA; 14 Dez 2018; atualizado 28 Mar 2019. [Internet]. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/metamizole-containing-medicinal-products>
10. Dathe K, Padberg S, Hultsch S, Meixner K, Beck E, Schaefer C. Fetal adverse effects following NSAID or metamizole exposure in the 2nd and 3rd trimester: Embryotox cohort. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22: 666.
11. National Institutes of Health, NIDDK. LiverTox: Metamizole (Dipyrone). [Atualizado em 10 Ago 2025]. [Internet]. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604194/>

12. Ricard J, Medeiros J. Using misinformation as a political weapon: COVID-19 and Bolsonaro in Brazil. Harvard Kennedy School - Misinformation Review. 2020; 1 (2). [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: https://misinforeview.hks.harvard.edu/wp-content/uploads/2020/04/ricard_misinformation_weapon_brazil_20200417.pdf
13. Eggertson L. Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. CMAJ. 2010; 182 (4): E199–200.
14. Frye RE, Slattery J, Delhey L, Furgerson B, Strickland T, Tippet M, *et al.* Folinic acid improves verbal communication in children with autism and language impairment: randomized double-blind placebo-controlled trial. Mol Psychiatry. 2018; 23 (2): 247–56.
15. Panda PK, Sharawat IK, Pradhan S, Singh A, Sharawat A, Bharguvanshi A, *et al.* Efficacy of oral folinic acid supplementation in children with autism spectrum disorder: randomized double-blind, placebo-controlled trial. Eur J Pediatr. 2024; 183 (11): 4827–35.

Recebido em 30 de Setembro de 2025

Versão final apresentada em 1 de Outubro de 2025

Aprovado em 2 de Outubro de 2025

À convite da Editora Chefe: Lygia Vanderlei

*Nota da autora: Melania Amorim é autista e mãe de autistas, além de médica, cientista e feminista — vivências que motivam a defesa intransigente da neurodiversidade e a crítica à culpabilização materna.