

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 52

Edição XXX

MANEJO DO TRANSTORNO BIPOLAR DURANTE A GESTAÇÃO E O PERÍODO PÓS-PARTO

MARIANA MONT'SERRAT FUSO PRUDENTE¹
FERNANDA MALISZEWSKI KAZANOWSKI²
JOÃO PEDRO DOS SANTOS DUTRA²
ANA LAURA RAYMUNDI MOREIRA³
AMANDA GIORDANI CARDON⁴
ALINE RODRIGUES BRUNATTO⁴
AMANDA KAMINSKI LESSA MAGALHÃES²
LARISSA AFONSO MOIA²
MAURICIO MACHADO RITTER¹
ARTHUR SANTOS GUIDO⁴

¹Discente – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

²Discente – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

³Discente – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

⁴Discente – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Gravidez; Período Pós-Parto.

DOI:

10.59290/6207501204

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2014), em seu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o transtorno bipolar (TB) é uma condição caracterizada pela alternância entre episódios de mania ou hipomania e depressão, com alterações do humor, da energia, da atividade e cujos sintomas não sejam atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

O ciclo gravídico-puerperal constitui um período de particular relevância clínica para mulheres com TB, sobretudo diante da vulnerabilidade à ocorrência de episódios de humor, que se mostra especialmente elevada no período pós-parto (GILDEN *et al.*, 2021). Nesse contexto, o manejo clínico torna-se particularmente desafiador, pois exige a ponderação entre a manutenção da estabilidade psiquiátrica materna e os potenciais riscos associados à exposição fetal e neonatal aos psicofármacos. Assim, compreender o impacto do ciclo gravídico-puerperal sobre o curso clínico do TB, bem como os riscos e benefícios das estratégias terapêuticas disponíveis, é fundamental para orientar decisões individualizadas e promover melhores desfechos maternos, obstétricos e neonatais.

OBJETIVOS

O presente capítulo tem como objetivo analisar o manejo do transtorno bipolar durante a gestação e o período pós-parto, considerando as particularidades do curso clínico da doença ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Busca-se avaliar o risco de recorrência e os fatores associados à desestabilização do humor, com ênfase nas repercussões da manutenção, modificação ou interrupção do tratamento farmaco-

lógico. Além disso, pretende-se discutir os riscos e benefícios das principais estratégias terapêuticas disponíveis, considerando a eficácia na prevenção de recaídas e a segurança materno-fetal. Por fim, objetiva-se analisar os possíveis desfechos maternos, obstétricos e neonatais associados tanto à exposição aos psicofármacos quanto à ausência de tratamento adequado, destacando a importância do planejamento pré-concepcional, da individualização da conduta terapêutica e da prevenção de recorrências no período pós-parto.

MÉTODO

Este capítulo consiste em uma revisão narrativa da literatura sobre o manejo do transtorno bipolar durante a gestação e o período pós-parto. Foram analisados estudos publicados entre 2002 e 2025 nas bases PubMed, Scopus, Embase, *Web of Science*, EBSCO e *Cochrane Library*, utilizando descritores relacionados ao transtorno bipolar, gestação, gravidez, puerpério e pós-parto. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra que abordassem o transtorno bipolar durante o ciclo gravídico-puerperal, incluindo aspectos relacionados ao curso clínico, risco de recorrência, manejo farmacológico e desfechos maternos, obstétricos e neonatais. Foram excluídos estudos duplicados, disponíveis apenas na forma de resumo ou que não abordassem diretamente a temática proposta. Após a aplicação dos critérios de seleção, os estudos elegíveis foram submetidos à leitura integral e análise das informações pertinentes aos objetivos da revisão. Os achados foram sintetizados de forma descritiva e interpretativa, integrando as principais evidências e suas aplicações na prática clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manejo do TB durante a gestação e o período pós-parto constitui um dos principais desafios no acompanhamento psiquiátrico da mulher em idade reprodutiva, uma vez que envolve a necessidade de equilibrar dois conjuntos de riscos potencialmente relevantes: de um lado, os efeitos da exposição fetal aos psicofármacos e, de outro, as consequências maternas, obstétricas e neonatais associadas à manutenção de um transtorno psiquiátrico sem tratamento adequado. Os estudos analisados demonstram que essa decisão não deve ser reduzida a uma oposição entre “tratar” e “não tratar”, mas deve considerar o risco-benefício de cada estratégia de forma individualizada, levando em conta a gravidade do transtorno, o histórico de recorrências, a resposta prévia aos medicamentos, o período gestacional e os riscos específicos relacionados a cada fármaco (BODÉN *et al.*, 2012; FORNARO *et al.*, 2020; CANTILINO; VILAR, 2025).

Nesse sentido, os resultados reforçam a importância do planejamento pré-concepcional como componente central do manejo do TB. A avaliação idealmente realizada antes da concepção permite caracterizar o curso clínico da doença, identificar episódios prévios de maior gravidade, avaliar o risco de recorrência e revisar o esquema farmacológico em uso. Esse período também possibilita discutir antecipadamente os potenciais riscos associados à exposição fetal aos medicamentos e, quando clinicamente possível, realizar ajustes graduais no tratamento antes da gestação, evitando mudanças abruptas após a concepção. A tomada de decisão no período pré-concepcional é particularmente relevante diante da necessidade de conciliar a estabilidade psiquiátrica materna com a redução da exposição a medicamentos de maior potencial teratogênico

(FORNARO *et al.*, 2020; GILDEN *et al.*, 2021).

A relevância dessa abordagem torna-se ainda maior diante da evidência de que a gestação e, principalmente, o período pós-parto não apresentam o mesmo risco de recorrência ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Gilden *et al.* (2021), ao analisarem 919 gestações de mulheres com TB tipo I, observaram uma frequência consideravelmente maior de episódios bipolares após o parto em comparação com o período gestacional, com concentração importante dos episódios nas primeiras quatro semanas do puerpério. Esse resultado reforça que o parto representa um período crítico para a estabilidade do humor e que o planejamento terapêutico não deve se encerrar com o nascimento do bebê. Ao contrário, a preparação para o puerpério deve fazer parte do plano terapêutico elaborado ainda durante a gestação. A maior vulnerabilidade observada no período pós-parto possui implicações clínicas relevantes. As alterações fisiológicas que acompanham o nascimento, associadas à interrupção abrupta das alterações hormonais gestacionais, à privação de sono, às mudanças na rotina e às novas demandas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido, podem representar fatores adicionais de vulnerabilidade para mulheres com TB. Embora esses fatores não expliquem isoladamente a recorrência, sua presença em um período naturalmente associado a maior risco psiquiátrico reforça a necessidade de acompanhamento próximo e de estratégias preventivas. A ocorrência de episódios maníacos, depressivos ou mistos nesse contexto pode comprometer significativamente o funcionamento materno e a capacidade de cuidado, além de aumentar a necessidade de intervenções psiquiátricas intensivas. A psicose pós-parto também merece atenção particular, devido à sua gravidade e à

necessidade de intervenção imediata em situações de risco.

Outro achado relevante diz respeito à recorrência em gestações subsequentes. Gilden *et al.* (2021) observaram que mulheres que haviam apresentado episódio bipolar durante ou após uma gestação apresentavam maior probabilidade de recorrência em eventos reprodutivos posteriores. Esse resultado possui importante implicação para o aconselhamento reprodutivo, pois demonstra que a história psiquiátrica perinatal deve ser considerada como um dos elementos na estratificação do risco de futuras gestações. Dessa forma, o acompanhamento de uma mulher com TB não deve se restringir ao manejo do episódio atual, mas incorporar uma perspectiva longitudinal, na qual o histórico de descompensação durante eventos reprodutivos anteriores contribua para o planejamento das estratégias preventivas futuras.

Dentro desse cenário, a decisão de manter, modificar ou interromper o tratamento farmacológico assume papel central. Embora a preocupação com os possíveis efeitos fetais dos medicamentos seja legítima, os dados disponíveis indicam que a interrupção do tratamento também pode estar associada a consequências clínicas importantes. Assim, a suspensão de um estabilizador de humor não deve ser realizada automaticamente após a confirmação da gestação, especialmente em pacientes com doença grave, recorrente ou previamente controlada com determinado medicamento. A avaliação deve considerar a probabilidade de recaída caso o tratamento seja interrompido e a gravidade das consequências de uma eventual descompensação, comparando-as aos riscos conhecidos da exposição fetal ao medicamento escolhido (FORNARO *et al.*, 2020; CANTILINO; VILAR, 2025).

O lítio exemplifica de forma particularmente clara a complexidade dessa decisão.

Entre os estabilizadores de humor, apresenta elevada eficácia na prevenção de recorrências e possui papel relevante na profilaxia de episódios no período pós-parto. Fornaro *et al.* (2020), em revisão sistemática e metanálise, demonstraram efeito protetor do lítio na prevenção de recaídas no período pós-parto. De forma semelhante, Gilden *et al.* (2021) identificaram menor risco de episódios perinatais entre mulheres que utilizaram profilaxia com lítio. Esses achados são especialmente relevantes porque o período pós-parto concentra uma parcela importante do risco de recorrência e, portanto, a eficácia preventiva do medicamento pode assumir papel determinante na estratégia terapêutica de pacientes selecionadas.

Por outro lado, a utilização do lítio durante a gestação não é isenta de riscos. Fornaro *et al.* (2020) identificaram associação entre a exposição ao lítio e maior risco de malformações congênitas, incluindo malformações cardíacas. Entretanto, a interpretação desses resultados deve considerar também o risco absoluto observado e a eficácia do medicamento na prevenção de episódios graves. Dessa forma, os dados disponíveis não justificam uma abordagem baseada na contraindicação indiscriminada do lítio, mas sustentam a necessidade de avaliação individualizada. Em pacientes com alto risco de recaída, histórico de episódios graves ou resposta terapêutica particularmente favorável ao lítio, a manutenção do medicamento pode representar uma alternativa justificável quando os potenciais benefícios maternos superam os riscos fetais conhecidos (FORNARO *et al.*, 2020).

A comparação entre o risco da exposição ao lítio e o risco de interrupção do tratamento ilustra um princípio importante para o manejo do TB durante a gestação: a ausência de exposição farmacológica não equivale necessariamente à ausência de risco. A descompensação do trans-

torno pode produzir repercussões relevantes sobre a saúde materna e sobre o curso da gestação, especialmente quando resulta em episódios de mania, depressão grave ou estados mistos. Assim, a decisão clínica deve considerar o risco total associado às diferentes estratégias terapêuticas, e não apenas os efeitos adversos potenciais dos medicamentos sobre o feto. A lamotrigina surge nesse contexto como uma alternativa terapêutica relevante, especialmente diante de seu papel no tratamento de determinados perfis de TB e de seu perfil reprodutivo mais favorável em comparação com alguns estabilizadores de humor de maior potencial teratogênico. Da mesma forma, os antipsicóticos atípicos têm adquirido importância no manejo de pacientes gestantes com TB, particularmente quando há necessidade de controle de sintomas maníacos ou manutenção da estabilidade psiquiátrica. Estudos recentes têm avaliado medicamentos como quetiapina, olanzapina e lurasidona, com dados que permitem considerá-los opções possíveis em pacientes selecionadas, embora a escolha deva levar em conta também os potenciais efeitos metabólicos e obstétricos associados aos antipsicóticos (KERNIZAN *et al.*, 2024; CANTILINO; VILAR, 2025). A análise desses medicamentos reforça, portanto, que a avaliação de segurança durante a gestação não deve se limitar à presença ou ausência de mal-formações congênitas. Outros desfechos maternos, obstétricos e neonatais também precisam ser considerados, incluindo alterações metabólicas maternas, crescimento fetal, prematuridade e peso ao nascer. A escolha do tratamento deve, consequentemente, considerar o conjunto dos possíveis efeitos da exposição, bem como a eficácia do medicamento na manutenção da estabilidade psiquiátrica. Essa perspectiva é especialmente importante porque um fármaco com baixo risco teratogênico pode apresentar outros efeitos clínicos relevantes,

enquanto um medicamento associado a determinado risco fetal pode, em circunstâncias específicas, oferecer importante benefício na prevenção de recaídas.

Em contraste com essas opções, o valproato apresenta um perfil de segurança reprodutiva significativamente menos favorável. A exposição durante a gestação está associada a importante risco teratogênico, incluindo malformações congênitas e alterações relacionadas ao neurodesenvolvimento. Por esse motivo, sua utilização deve ser evitada durante a gestação sempre que houver alternativas terapêuticas clinicamente adequadas (CANTILINO; VILAR, 2025). Esse achado reforça novamente a importância da abordagem pré-concepcional, uma vez que a identificação de um medicamento com elevado potencial teratogênico antes da gravidez oferece maior oportunidade para substituição planejada e monitorada do tratamento.

A carbamazepina também apresenta preocupações relacionadas à segurança fetal e deve ser cuidadosamente avaliada quando considerada durante a gestação. Embora o perfil de risco não seja necessariamente equivalente ao observado com o valproato, a disponibilidade de alternativas terapêuticas com maior experiência de uso e perfil reprodutivo mais favorável deve ser considerada na tomada de decisão (CANTILINO; VILAR, 2025). Nesse sentido, o objetivo não deve ser simplesmente reduzir o número de medicamentos utilizados, mas selecionar o tratamento mais apropriado para o perfil clínico da paciente, evitando exposições desnecessárias a fármacos de maior risco.

Os dados referentes aos desfechos obstétricos acrescentam outra dimensão importante à discussão. Bodén *et al.* (2012), em estudo de base populacional, demonstraram que mulheres com TB apresentaram maior risco de desfechos adversos da gestação, incluindo parto prematuro, independentemente de estarem ou não em

tratamento com estabilizadores de humor. Esse resultado é particularmente relevante porque impede uma interpretação simplificada segundo a qual os resultados obstétricos desfavoráveis seriam consequência exclusiva da exposição aos psicofármacos. Ao contrário, os dados sugerem que o próprio TB pode estar associado a maior vulnerabilidade obstétrica. Kernizan *et al.* (2024) também observaram maior frequência de parto prematuro e baixo peso ao nascer entre gestantes com TB que não receberam tratamento farmacológico em comparação com aquelas tratadas com lamotrigina, lurasidona ou outros antipsicóticos atípicos. Esses resultados reforçam a necessidade de considerar a doença não tratada como um componente relevante da avaliação de risco. Entretanto, a interpretação desses achados deve ser cautelosa, uma vez que estudos observacionais estão sujeitos a fatores de confusão e não permitem estabelecer, isoladamente, uma relação causal entre ausência de tratamento e determinado desfecho obstétrico.

A comparação entre gestantes tratadas e não tratadas também evidencia a complexidade da relação entre TB, psicofármacos e desfechos perinatais. Em vez de considerar o tratamento como único determinante dos resultados obstétricos, torna-se mais adequado compreender esses desfechos como resultado da interação entre características da própria doença, condições clínicas e sociais maternas, comportamento de saúde, comorbidades e exposição medicamentosa. Dessa forma, a decisão de não tratar não deve ser automaticamente considerada uma estratégia de redução de risco, pois a instabilidade psiquiátrica também pode produzir consequências para a gestação e para o período neonatal (BODÉN *et al.*, 2012; KERNIZAN *et al.*, 2024).

No âmbito neonatal, Bodén *et al.* (2012) identificaram ainda associação entre TB materno não tratado e maior ocorrência de deter-

minados desfechos, incluindo microcefalia e hipoglicemia neonatal. Esses resultados ampliaram a discussão para além da teratogenicidade e demonstram que a saúde do recém-nascido pode ser influenciada tanto pela exposição aos medicamentos quanto pelas condições clínicas associadas ao transtorno materno. Portanto, a análise dos riscos neonatais deve considerar simultaneamente os potenciais efeitos diretos da exposição intrauterina e os efeitos indiretos relacionados à doença materna e ao curso da gestação.

Outro aspecto identificado nos estudos analisados diz respeito à influência de fatores ambientais sobre o risco de desenvolvimento do TB na prole. Gnielka *et al.* (2024), utilizando dados de uma coorte de nascimento brasileira acompanhada até o início da vida adulta, observaram associação entre o tabagismo materno durante a gestação e maior risco de desenvolvimento de TB nos filhos aos 18 ou 22 anos. O achado é relevante por demonstrar que fatores presentes durante o período intrauterino podem estar associados a manifestações psiquiátricas observadas muitos anos depois. Entretanto, por se tratar de uma associação epidemiológica, seus resultados devem ser interpretados dentro de um modelo multifatorial, no qual fatores genéticos, ambientais e sociais também podem contribuir para o risco observado. Ainda assim, o resultado reforça a importância de estratégias de redução do tabagismo durante o acompanhamento pré-natal de mulheres com TB.

Apesar da importância da manutenção da estabilidade psiquiátrica, os estudos apontam para uma utilização relativamente baixa de estabilizadores de humor durante a gestação. Kernizan *et al.* (2025), em estudo retrospectivo sobre padrões de prescrição, observaram que uma proporção reduzida das gestantes com TB estava utilizando estabilizadores de humor durante diferentes momentos da gestação, en-

quanto a utilização de antidepressivos permanecia frequente. Esse cenário evidencia uma possível discrepância entre as necessidades clínicas das pacientes e as estratégias efetivamente empregadas na prática assistencial.

A presença de antidepressivos em monoterapia merece atenção particular. Embora antidepressivos possam apresentar indicação em situações específicas, sua utilização isolada no TB não constitui estratégia adequada de manutenção da estabilidade do humor, em razão do risco de indução de mania e de outros fenômenos relacionados à desestabilização do curso da doença. Kernizan *et al.* (2025) destacam justamente a persistência dessa estratégia na prática clínica, reforçando a necessidade de maior atenção à adequação diagnóstica e terapêutica durante a gestação. A preocupação com a segurança fetal não deve resultar na substituição de um estabilizador eficaz por uma intervenção que não contemple adequadamente as características do TB. Os resultados analisados também permitem destacar a importância de uma abordagem longitudinal do tratamento. O período gestacional não deve ser considerado de forma isolada, mas como parte de um continuum que inclui o planejamento reprodutivo, a gestação, o parto e o puerpério. A escolha de um medicamento durante a gestação deve levar em consideração não apenas o risco fetal imediato, mas também a possibilidade de manutenção da estabilidade após o parto, quando o risco de recorrência se eleva significativamente. Nesse sentido, a estratégia terapêutica deve ser planejada com antecedência e revisada ao longo do ciclo gravídico-puerperal, conforme as mudanças no perfil de risco materno e fetal.

Essa perspectiva é particularmente relevante diante da elevada vulnerabilidade observada no puerpério. A prevenção de recaídas nesse período deve ser considerada um dos

principais objetivos do planejamento terapêutico, especialmente em mulheres com histórico de episódios perinatais. A elaboração antecipada de um plano para o pós-parto pode incluir a definição da estratégia farmacológica, o estabelecimento de acompanhamento psiquiátrico mais frequente e a adoção de medidas destinadas a reduzir fatores precipitantes, como privação importante de sono. Dessa maneira, o cuidado não termina com o parto, mas deve ser intensificado justamente no período em que o risco de descompensação pode atingir seu maior nível (GILDEN *et al.*, 2021; FORNARO *et al.*, 2020).

Em conjunto, os achados desta análise sustentam a compreensão de que o manejo do TB durante a gestação não deve ser orientado por uma estratégia universal de suspensão dos psicofármacos. A decisão deve resultar de uma avaliação individualizada dos riscos e benefícios, considerando simultaneamente a segurança materno-fetal, a eficácia do tratamento na prevenção de recaídas, a gravidade e o padrão de recorrência da doença e o momento específico do ciclo gravídico-puerperal. O risco associado à exposição medicamentosa precisa ser comparado ao risco associado à própria doença e à sua descompensação, evitando que a preocupação com os efeitos fetais resulte em uma abordagem terapêutica insuficiente.

Nesse contexto, o princípio central que emerge dos estudos é que tratar e não tratar são, igualmente, decisões que envolvem riscos. A ausência de tratamento não deve ser considerada uma alternativa neutra, especialmente em pacientes com TB grave ou com elevado risco de recorrência. Da mesma forma, a manutenção de qualquer psicofármaco durante a gestação não deve ser realizada de maneira automática, devendo ser fundamentada em evidências sobre eficácia e segurança e na avaliação individual das características da paciente. O

equilíbrio entre esses dois polos constitui o elemento central da tomada de decisão clínica. Assim, os resultados reforçam a necessidade de integrar o planejamento pré-concepcional, a avaliação contínua do risco de recorrência, a seleção criteriosa dos medicamentos, o acompanhamento dos desfechos obstétricos e neonatais e a prevenção de episódios no período pós-parto. A estabilidade psiquiátrica materna deve ser compreendida como um componente da saúde materno-fetal, e não como um objetivo secundário diante das preocupações relacionadas à exposição medicamentosa. Uma abordagem individualizada, longitudinal e baseada em risco-benefício permite maior adequação das decisões terapêuticas e pode contribuir para reduzir tanto a exposição fetal desnecessária quanto às consequências potencialmente graves da descompensação do transtorno bipolar durante a gestação e o puerpério.

CONCLUSÃO

O manejo do transtorno bipolar durante a gestação e o período pós-parto exige a ponderação entre os riscos da exposição aos psicofármacos e aqueles decorrentes da própria doença e de sua descompensação. A ausência de tratamento não é isenta de riscos, uma vez que a instabilidade do transtorno pode comprometer

a saúde materna e estar associada a desfechos obstétricos e neonatais adversos. Assim, a decisão de manter, modificar ou interromper o tratamento deve ser individualizada, considerando a gravidade e o curso da doença, o histórico de recorrências, a resposta terapêutica e o perfil de segurança reprodutiva de cada medicamento.

As diferenças de eficácia e segurança entre os psicofármacos reforçam a necessidade de seleção criteriosa do tratamento. Além disso, a maior vulnerabilidade à recorrência no período pós-parto evidencia a importância do planejamento pré-concepcional, do acompanhamento durante todo o ciclo gravídico-puerperal e da definição antecipada da estratégia terapêutica para o puerpério.

Portanto, o manejo do transtorno bipolar no ciclo gravídico-puerperal deve ser longitudinal, individualizado e fundamentado na relação risco-benefício. A estabilidade psiquiátrica materna constitui parte integrante da saúde materno-fetal, e a redução da exposição medicamentosa não deve ser considerada, isoladamente, sinônimo de maior segurança. A integração entre planejamento reprodutivo, prevenção de recorrências e monitoramento materno, obstétrico e neonatal é fundamental para promover melhores desfechos maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787.

BODÉN, R. *et al.* Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ*, v. 345, e7085, 2012. DOI: 10.1136/bmj.e7085.

CANTILINO, A.; VILAR, A. Mood stabilizers, antipsychotics, and electroconvulsive therapy in patients with bipolar disorder during pregnancy and postpartum: a narrative review. *Journal of Psychiatric Practice*, v. 31, n. 4, p. 192-200, 2025. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000868.

FORNARO, M. *et al.* Lithium exposure during pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis of safety and efficacy outcomes. *American Journal of Psychiatry*, v. 177, n. 1, p. 76-92, 2020. DOI: 10.1176/appi.ajp.2019.19030228.

GILDEN, J. *et al.* Bipolar episodes after reproductive events in women with bipolar I disorder: a study of 919 pregnancies. *Journal of Affective Disorders*, v. 295, p. 72-79, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.006.

GNIELKA, V. *et al.* Perinatal risk factors for the onset of bipolar disorder in young adulthood: a 22-year birth cohort. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 46, e20233338, 2024. DOI: 10.47626/1516-4446-2023-3338.

KERNIZAN, N. *et al.* Mood stabilizers for treatment of bipolar disorder in pregnancy and impact on neonatal outcomes. *Bipolar Disorders*, v. 26, n. 8, p. 779-784, 2024. DOI: 10.1111/bdi.13481.

KERNIZAN, N. J. *et al.* Prescribing patterns for the treatment of bipolar disorder in pregnancy: a retrospective cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 5, art. 1638, 2025. DOI: 10.3390/jcm14051638.