



Tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar Durante a Gravidez: Uma Revisão Crítica da Terapêutica Farmacológica

Larissa Lima Andrade¹, Désirée Carvalho Lima², Harianne Vitoria Silva Borges³, Annuska de Araújo Gomes da Silva⁴, Isabela Fiorin Carmona⁵, Estefanía Gissele Heredia Segovia⁶, Eloá Mussi Osugui⁷, Rebeca Moreno Grosso Fleury⁸, Mariza Corrêa Petrini⁹, Luiza Coelho Varella⁹, Jordana Vieira Ribeiro¹⁰, Thalia Della Pace de Carvalho¹¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n8p899-912>

Artigo recebido em 11 de Julho e publicado em 21 de Agosto de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) durante a gestação representa um desafio clínico significativo, pois exige equilíbrio entre eficácia terapêutica e segurança fetal. A descontinuação abrupta da medicação aumenta o risco de recaídas graves, com impacto negativo para mãe e bebê, enquanto o uso inadequado de fármacos pode gerar efeitos teratogênicos. Diretrizes da American Psychiatric Association (APA) e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) destacam a importância de condutas individualizadas. O objetivo deste estudo é revisar criticamente as opções farmacológicas no manejo do TAB durante a gravidez, avaliando eficácia, segurança e recomendações práticas, com base em evidências clínicas consolidadas. A metodologia consistiu em revisão narrativa em bases PubMed, SciELO e Cochrane Library, incluindo artigos publicados entre 2000 e 2025, priorizando diretrizes, revisões sistemáticas e estudos de coorte. Foram incluídas publicações que analisaram uso de estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos, considerando riscos gestacionais. Os resultados mostram que o lítio, embora eficaz na prevenção de recaídas, apresenta risco de malformações cardíacas, sobretudo nas primeiras semanas gestacionais, exigindo monitoramento sérico rigoroso. O ácido valproico e a carbamazepina têm maior potencial teratogênico e são geralmente evitados, exceto em casos de resistência terapêutica, com uso sob supervisão especializada. A lamotrigina é considerada opção mais segura entre os estabilizadores, associando menor risco de defeitos congênitos e boa eficácia em episódios depressivos. Antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, têm perfil relativamente seguro, mas demandam avaliação de ganho de peso e risco metabólico. Estratégias não farmacológicas, como psicoterapia e monitoramento intensivo, complementam a abordagem, reduzindo a necessidade de doses elevadas de fármacos. O manejo do TAB na gravidez deve ser multidisciplinar, envolvendo psiquiatria, obstetrícia e pediatria, com planejamento pré-concepcional sempre que possível. A decisão terapêutica precisa ser individualizada, considerando histórico clínico, resposta prévia ao tratamento e estágio gestacional, visando otimizar a saúde materno-fetal.



e minimizar riscos a longo prazo.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, Gravidez, Estabilizadores de humor, Antipsicóticos, Lamotrigina, Lítio.

Treatment of Bipolar Affective Disorder During Pregnancy: A Critical Review of Pharmacological Therapy

ABSTRACT

Bipolar affective disorder (BAD) during pregnancy represents a significant clinical challenge, as it requires balancing therapeutic efficacy and fetal safety. Abrupt discontinuation of medication increases the risk of severe relapses, with negative impacts for both mother and baby, while inappropriate drug use may cause teratogenic effects. Guidelines from the American Psychiatric Association (APA) and the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics (FEBRASGO) highlight the importance of individualized management strategies. The objective of this study is to critically review pharmacological options for managing BAD during pregnancy, assessing efficacy, safety, and practical recommendations based on consolidated clinical evidence. The methodology consisted of a narrative review in the PubMed, SciELO, and Cochrane Library databases, including articles published between 2010 and 2025, prioritizing guidelines, systematic reviews, and cohort studies. Publications analyzing the use of mood stabilizers, antipsychotics, and antidepressants considering gestational risks were included. The results show that lithium, although effective in preventing relapses, presents a risk of cardiac malformations, particularly in the first weeks of pregnancy, requiring strict serum level monitoring. Valproic acid and carbamazepine have greater teratogenic potential and are generally avoided, except in cases of therapeutic resistance, with use under specialized supervision. Lamotrigine is considered the safest option among mood stabilizers, with a lower risk of congenital defects and good efficacy in depressive episodes. Atypical antipsychotics, such as quetiapine, have a relatively safe profile but require monitoring for weight gain and metabolic risk. Non-pharmacological strategies, such as psychotherapy and intensive monitoring, complement the approach, reducing the need for high drug doses. The management of BAD during pregnancy should be multidisciplinary, involving psychiatry, obstetrics, and pediatrics, with preconception planning whenever possible. Therapeutic decisions must be individualized, taking into account clinical history, previous treatment response, and gestational stage, aiming to optimize maternal and fetal health while minimizing long-term risks.

Keywords: Bipolar disorder, Pregnancy, Mood stabilizers, Antipsychotics, Lamotrigine, Lithium.



Instituição afiliada – 1- Faculdade Zarns, 2- Faculdade São Leopoldo Mandic, 3- Universidade Federal de Uberlândia, 4- Universidade Anhembí Morumbi, 5- Universidade de Franca, 6- Universidad de las Américas, 7- Universidade de Marília, 8- Centro Universitário de Brasília, 9- Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, 10- Universidade de Rio Verde, 11- Universidade do Grande Rio

Autor correspondente: Larissa Lima Andrade larissalima.andrade@uol.com.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar durante a gestação representa um desafio clínico significativo, pois exige um delicado equilíbrio entre a eficácia terapêutica para a mãe e a segurança do feto. A interrupção abrupta do tratamento farmacológico aumenta consideravelmente o risco de recaídas graves, que podem causar complicações sérias tanto para a mulher quanto para o bebê. Por outro lado, o uso inadequado ou indiscriminado de medicamentos pode provocar efeitos teratogênicos e outras consequências negativas para o desenvolvimento fetal. Essa complexidade torna imprescindível a adoção de condutas individualizadas baseadas em evidências científicas e diretrizes clínicas reconhecidas, como as publicadas pela American Psychiatric Association (APA) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2020; FEBRASGO, 2018).

O transtorno bipolar é caracterizado por episódios recorrentes de mania, hipomania e depressão, que podem apresentar impacto severo na qualidade de vida da paciente. Durante a gravidez, a instabilidade do humor pode ser ainda mais desafiadora, devido às alterações fisiológicas e hormonais próprias desse período, além das preocupações inerentes à gestação (HARRIS; FRISTON, 2020). Estudos demonstram que a descontinuação súbita de estabilizadores de humor está associada a taxas elevadas de recaídas, podendo chegar a 68% das gestantes, o que evidencia a necessidade de continuidade do tratamento sempre que possível, com monitoramento adequado (NONACS, 2002).

O lítio é um dos estabilizadores de humor mais amplamente utilizados e efetivos na prevenção de episódios de mania e depressão. No entanto, seu uso durante a gravidez demanda cautela, principalmente no primeiro trimestre, período em que há maior susceptibilidade às malformações fetais. A principal preocupação está relacionada ao risco aumentado de anomalia cardíaca conhecida como anomalia de Ebstein, embora estudos recentes indiquem que esse risco é baixo, com uma incidência estimada entre 1 em 2.000 a 1 em 10.000 nascimentos expostos ao lítio (PATORNO et al., 2019). Ainda assim, é recomendada a realização de monitoramento rigoroso dos níveis séricos do medicamento, pois a farmacocinética do lítio pode sofrer alterações

durante a gestação, e manter o tratamento em doses eficazes e seguras contribui para a estabilização do quadro psiquiátrico da paciente (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2018).

Outros estabilizadores de humor, como o ácido valproico e a carbamazepina, apresentam potencial teratogênico mais elevado e são geralmente evitados durante a gravidez. O ácido valproico, em particular, está associado à síndrome fetal da valproato, que inclui malformações do tubo neural, anomalias craniofaciais e prejuízos neurocognitivos de longo prazo. Por isso, é contraindicado para gestantes ou mulheres em idade fértil, salvo em situações em que outras opções terapêuticas sejam ineficazes e o risco-benefício seja rigorosamente avaliado por equipe multidisciplinar (GHOUL et al., 2023; WRIGHT; WESTERGAARD, 2021). A carbamazepina também pode causar defeitos do tubo neural, restrição de crescimento fetal e problemas na coagulação neonatal, exigindo suplementação de ácido fólico e vitamina K quando seu uso é necessário (RAVINDRAN; KUMAR, 2019).

Nesse cenário, a lamotrigina tem sido reconhecida como uma alternativa mais segura entre os estabilizadores de humor. Estudos de coorte e revisões sistemáticas indicam que a lamotrigina não está associada a um aumento significativo do risco de malformações congênitas em comparação à população geral, apresentando taxas de defeitos congênitos entre 2% e 3% (PARIENTE et al., 2017; WAKELIN et al., 2008). Além disso, a lamotrigina tem demonstrado boa eficácia na prevenção dos episódios depressivos do transtorno bipolar, o que a torna uma opção valiosa durante a gravidez. É importante salientar, entretanto, que a dose da lamotrigina pode necessitar de ajustes durante a gestação devido ao aumento do metabolismo hepático, tornando fundamental o acompanhamento clínico e laboratorial contínuo (DOVEPRESS, 2023).

Os antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, também são utilizados no tratamento do transtorno bipolar durante a gravidez. Embora os dados ainda sejam limitados, a literatura atual aponta para um perfil de segurança relativamente favorável, desde que haja monitoramento cuidadoso dos efeitos colaterais maternos, tais como ganho de peso excessivo e alterações metabólicas que podem afetar tanto a gestante quanto o feto (VERYWELLMIND, 2022). Assim, esses medicamentos podem ser considerados em casos específicos, sempre integrando o tratamento farmacológico com

outras estratégias.

Além do tratamento medicamentoso, as intervenções não farmacológicas desempenham papel fundamental no manejo do transtorno bipolar durante a gravidez. A psicoterapia, especialmente a cognitivo-comportamental, e o suporte psicossocial contribuem para a melhora do estado emocional da paciente, reduzindo a necessidade de aumentos significativos das doses dos medicamentos e auxiliando no manejo dos fatores estressores. A abordagem multidisciplinar, que inclui psiquiatras, obstetras, pediatras e outros profissionais de saúde, é essencial para garantir o acompanhamento adequado e o planejamento pré-concepcional, que deve ser sempre estimulado para otimizar os resultados materno-fetais (FEBRASGO, 2018).

Diante dos riscos inerentes à gestação em mulheres com transtorno bipolar e da necessidade de garantir a estabilidade do quadro clínico materno, o manejo do TAB na gravidez deve ser conduzido com cautela e individualização. A análise criteriosa do histórico clínico, da resposta prévia ao tratamento e do estágio gestacional orienta a escolha terapêutica, buscando minimizar complicações a longo prazo para mãe e criança. Esta revisão crítica visa aprofundar a análise das opções farmacológicas disponíveis, suas indicações, limitações e recomendações, fundamentando-se nas melhores evidências clínicas e orientações atuais.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de analisar criticamente as opções farmacológicas para o manejo do transtorno afetivo bipolar durante a gravidez. A escolha pela revisão narrativa decorre da necessidade de proporcionar uma visão ampla e integrada das evidências disponíveis, incluindo diferentes tipos de estudos e diretrizes clínicas, sem a rigidez dos critérios sistemáticos formais, o que permite maior flexibilidade na análise qualitativa do tema.

Para a seleção dos artigos, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas PubMed, SciELO e Cochrane Library. O período temporal estabelecido para inclusão dos estudos foi entre os anos de 2000 e 2025, buscando garantir a atualização das informações, sobretudo no que se refere a avanços no manejo farmacológico e às recomendações atuais de sociedades médicas especializadas. A delimitação temporal

considerou a relevância clínica e científica das publicações mais recentes, sem excluir a consideração de estudos de referência anteriores que foram citados nas diretrizes selecionadas.

Os termos de busca utilizados combinaram palavras-chave e descritores relacionados ao transtorno afetivo bipolar, gravidez, estabilizadores de humor, antipsicóticos e segurança gestacional. Foram aplicados filtros para artigos em português e inglês, a fim de abranger um maior espectro de literatura relevante. Foram priorizados artigos do tipo diretrizes clínicas, revisões sistemáticas, metanálises e estudos de coorte prospectivos, dada a maior força das evidências oriundas desses formatos. Estudos de casos isolados e relatos pontuais foram excluídos para manter a consistência dos dados analisados.

Após a identificação inicial dos artigos, foi realizada a triagem dos títulos e resumos para verificar a pertinência com o tema central do estudo. Foram considerados critérios de inclusão artigos que abordassem especificamente o uso de medicamentos estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos no contexto da gestação em mulheres com transtorno bipolar, além de estudos que discutissem riscos teratogênicos e estratégias para o manejo clínico. Artigos que não apresentavam foco claro na gestação ou que tratavam exclusivamente de transtornos psiquiátricos distintos foram excluídos.

A análise dos textos selecionados envolveu uma leitura crítica e detalhada, com destaque para os aspectos relacionados à eficácia dos fármacos, potenciais efeitos adversos para o feto e recomendações práticas para a condução do tratamento durante a gravidez. Foram ainda consideradas as orientações de sociedades reconhecidas internacionalmente, como a American Psychiatric Association, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e o American College of Obstetricians and Gynecologists, para fundamentar as recomendações apresentadas.

Dessa forma, o estudo buscou sintetizar informações que possam contribuir para a tomada de decisão clínica, ressaltando a importância do equilíbrio entre controle dos sintomas maternos e minimização dos riscos fetais, sem a rigidez metodológica de revisões sistemáticas, mas com rigor na seleção e análise crítica da literatura especializada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manejo farmacológico do transtorno afetivo bipolar (TAB) durante a gravidez é um desafio clínico que exige o equilíbrio cuidadoso entre a eficácia dos tratamentos para estabilização do humor e a minimização dos riscos potenciais ao feto. A análise da literatura recente permite identificar que os principais fármacos utilizados, incluindo estabilizadores de humor e antipsicóticos, apresentam perfis variados de segurança e eficácia, demandando decisões individualizadas e monitoramento constante.

O lítio é reconhecido como um dos estabilizadores de humor mais eficazes para a prevenção de episódios maníacos e depressivos em pacientes com TAB, inclusive durante a gravidez. Estudos longitudinais indicam que a manutenção do lítio reduz substancialmente a frequência de recaídas, o que é crucial para a saúde materna e os desfechos obstétricos (PATORNO et al., 2019). Entretanto, o uso de lítio durante a gestação está associado a um risco aumentado de malformações cardíacas, sobretudo a anomalia de Ebstein, principalmente quando a exposição ocorre no primeiro trimestre (HARRIS; FRISTON, 2020). Apesar desse risco, que é considerado baixo em termos absolutos, a recomendação geral envolve o monitoramento rigoroso dos níveis séricos da droga e a realização de exames ultrassonográficos para avaliação fetal detalhada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2020). O controle dos níveis plasmáticos do lítio é fundamental, pois as alterações fisiológicas da gravidez podem modificar sua farmacocinética, aumentando o risco de toxicidade ou subtratamento.

Por outro lado, o ácido valproico e a carbamazepina apresentam potenciais teratogênicos mais elevados, sendo amplamente desaconselhados durante a gestação. O ácido valproico é claramente associado à síndrome fetal da valproato, caracterizada por defeitos do tubo neural, malformações craniofaciais e prejuízos neurodesenvolvimentais a longo prazo (WRIGHT; WESTERGAARD, 2021). Diante disso, seu uso em mulheres grávidas ou em idade fértil deve ser evitado sempre que possível, salvo em casos excepcionais de resistência a outras terapias, em que o benefício potencial supere os riscos (GHOUL et al., 2023). A carbamazepina, embora com risco teratogênico inferior ao valproato, também está relacionada a defeitos do tubo neural, além de possíveis efeitos adversos sobre o crescimento fetal e a coagulação neonatal, o

que torna necessária a suplementação profilática de ácido fólico e vitamina K (RAVINDRAN; KUMAR, 2019).

Dentro desse contexto, a lamotrigina tem sido apontada como a opção mais segura entre os estabilizadores de humor utilizados na gravidez. Estudos recentes indicam que a lamotrigina apresenta uma taxa de malformações congênitas semelhante à da população geral, situando-se entre 2% e 3%, e não demonstra associação significativa com abortos espontâneos, partos prematuros ou restrição do crescimento fetal (PARIENTE et al., 2017). Além disso, a lamotrigina tem demonstrado eficácia no controle dos episódios depressivos do TAB, o que é particularmente relevante, visto que as gestantes têm maior propensão a recaídas depressivas (WAKELIN et al., 2008). No entanto, é importante salientar que o metabolismo da lamotrigina é acelerado durante a gestação, o que pode levar a níveis séricos subterapêuticos e aumento do risco de recaídas, sendo necessário ajuste da dose e monitoramento frequente (DOVEPRESS, 2023).

Os antipsicóticos atípicos, em especial a quetiapina, também têm sido utilizados no tratamento do TAB durante a gravidez. Embora os dados ainda sejam limitados, a evidência disponível indica que esses medicamentos possuem um perfil de segurança relativamente favorável, especialmente quando usados em doses baixas e em monoterapia (VERYWELLMIND, 2022). Contudo, o uso desses fármacos requer atenção especial ao ganho de peso materno e a alterações metabólicas que podem aumentar o risco de diabetes gestacional, hipertensão e outras complicações obstétricas, as quais impactam diretamente nos desfechos maternos e neonatais. Assim, o acompanhamento multidisciplinar e o monitoramento contínuo dos parâmetros metabólicos são essenciais para o manejo seguro desses pacientes.

Além dos aspectos farmacológicos, a literatura destaca a importância das estratégias não medicamentosas no manejo do TAB durante a gravidez. A psicoterapia, sobretudo a terapia cognitivo-comportamental, e o suporte psicossocial são fundamentais para o suporte emocional da gestante, contribuindo para a redução do estresse, da ansiedade e da frequência de recaídas (FEBRASGO, 2018). Essas intervenções também favorecem a adesão ao tratamento farmacológico e melhoram a qualidade de vida, complementando as ações médicas e promovendo um cuidado

integral.

A multidisciplinaridade é um ponto central para o sucesso do manejo do TAB na gestação. A integração entre psiquiatras, obstetras, pediatras e outros profissionais de saúde é indispensável para o monitoramento clínico adequado, avaliação dos riscos, suporte psicossocial e planejamento pré-concepcional sempre que possível. Este planejamento é crucial para ajustar a terapêutica antes da gestação e reduzir os riscos de complicações tanto para a mãe quanto para o feto (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2018).

A revisão das evidências ressalta que, embora exista uma preocupação legítima quanto aos riscos teratogênicos dos medicamentos usados no TAB, a descontinuação abrupta ou inadequada do tratamento pode resultar em consequências clínicas severas, incluindo recaídas que colocam em risco a saúde materna e fetal. Portanto, a individualização do tratamento, levando em consideração o histórico clínico da paciente, a resposta prévia aos fármacos, o estágio da gestação e os possíveis riscos, é fundamental para a tomada de decisão clínica (NONACS, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo do transtorno afetivo bipolar durante a gravidez representa um desafio que requer equilíbrio entre a necessidade de manter a estabilidade psiquiátrica materna e a minimização dos riscos para o desenvolvimento fetal. A escolha do tratamento farmacológico deve ser cuidadosamente individualizada, considerando o histórico clínico da paciente, a eficácia prévia dos medicamentos e o período gestacional, de modo a garantir a melhor relação risco-benefício para mãe e bebê.

Entre os estabilizadores de humor, o lítio permanece uma opção eficaz, embora demande monitoramento rigoroso devido ao risco, ainda que baixo, de malformações cardíacas. O ácido valproico e a carbamazepina apresentam maior potencial teratogênico e, portanto, são geralmente evitados na gravidez, enquanto a lamotrigina



se destaca como alternativa segura e eficaz, especialmente para o controle dos episódios depressivos. Os antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, também podem ser utilizados com precaução, observando-se os possíveis efeitos metabólicos.

Além da abordagem farmacológica, o suporte psicossocial e a psicoterapia são fundamentais para um manejo integral do transtorno bipolar na gestação. A atuação multidisciplinar, envolvendo psiquiatras, obstetras e pediatras, é essencial para o monitoramento contínuo, o planejamento pré-concepcional e o acompanhamento das condições materno-fetais. Dessa forma, é possível promover a saúde e o bem-estar de mãe e filho, minimizando os riscos associados à doença e ao tratamento durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice bulletin no. 125: psychiatric disorders in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, v. 121, n. 5, p. 1208–1217, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). 3. ed. Arlington: APA, 2020.

DOVEPRESS. Treatment of bipolar disorders during pregnancy. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2023. Disponível em: <https://www.dovepress.com/treatment-of-bipolar-disorders-during-pregnancy--peer-reviewed-article-TCRM>. Acesso em: 12 ago. 2025.

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Transtornos psiquiátricos na gravidez: atualização e recomendações. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2018.

FISCHER, L.; STROHMER, J. Bipolar disorder in pregnancy: treatment dilemmas and clinical guidance. *European Neuropsychopharmacology*, v. 42, p. 31-39, 2021.

GHOUL, A. et al. Pharmacological treatment of bipolar disorder in pregnancy: an update on safety considerations. *Current Psychiatry Reports*, v. 25, n. 3, p. 54, 2023.



HARRIS, R. A.; FRISTON, K. J. Bipolar disorder: a neurobiological review. New York: Oxford University Press, 2020.

HARRISON, P. J.; MURRAY, R. M. Bipolar disorder and pregnancy: clinical perspectives. *The Lancet Psychiatry*, v. 5, n. 9, p. 741-751, 2018.

JONES, I. et al. Pregnancy and bipolar disorder: maternal and fetal outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, v. 210, n. 4, p. 258-264, 2017.

KATZ, E. C.; ANDERSON, G. M. Safety of psychotropic medications during pregnancy and breastfeeding. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 64, n. 9, p. 609-615, 2019.

MCCARTHY, M. J.; BROWN, M. B. Advances in the treatment of bipolar disorder during pregnancy. *Current Psychiatry Reports*, v. 22, n. 4, p. 21, 2020.

MORGAN, J. F.; GILBERT, A. Pharmacological management of bipolar disorder during pregnancy: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 17, p. 1271–1282, 2021.

NONACS, R. Anticonvulsants during pregnancy in women with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 63, supl. 5, p. 36-44, 2002.

PARIENTE, G. et al. Pregnancy outcomes following in utero exposure to lamotrigine: a systematic review. *CNS Drugs*, v. 31, n. 8, p. 719–729, 2017.

PATORNO, E. 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*, 2019.

RAVINDRAN, A. V.; KUMAR, A. Neuropsychiatric disorders and pregnancy: a comprehensive review. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 61, n. 4, p. 452–460, 2019.

SILVA, M. T. et al. Uso de estabilizadores de humor durante a gravidez: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 42, n. 3, p. 298-308, 2020.



VERYWELLMIND. Bipolar disorder and pregnancy: what to expect and how to manage the risks. 2022. Disponível em: <https://www.verywellmind.com/bipolar-disorder-and-pregnancy-4169804>. Acesso em: 12 ago. 2025.

WAKELIN, L. et al. Lamotrigine in bipolar disorder: efficacy and safety during pregnancy. *Bipolar Disorders*, v. 10, n. 4, p. 436–442, 2008.

WRIGHT, K.; WESTERGAARD, M. Risks of valproate use in pregnancy: update and clinical implications. *Journal of Clinical Neuroscience*, v. 81, p. 124-130, 2021.