

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO¹, JOEL RENNÓ JR.²,
HEWDY LOBO RIBEIRO³, AMAURY CANTILINO⁴,
GISLENE VALADARES⁵, RENAN ROCHA⁶,
RENATA DEMARQUE⁷, JULIANA PIRES CAVALSAN⁸,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁹

ARTIGO

QUANDO A GESTAÇÃO E A BIPOLARIDADE DA PACIENTE SE TORNAM REALIDADE

WHEN PREGNANCY AND PATIENT'S BIPOLARITY BECOMES TRUE

Resumo

Há até pouco mais de 10 anos, médicos aconselhavam mulheres com transtorno bipolar a não terem filhos. Apesar desse pensamento ser agora ultrapassado, elas ainda enfrentam decisões, muitas vezes difíceis, sobre como lidar com seu tratamento durante a gravidez.

A maioria das drogas prescritas para o transtorno bipolar estão associadas a algum risco de malformações congênitas, mas as pacientes que interrompem a medicação têm um alto risco de recaída de um episódio depressivo, maníaco ou misto. Durante o período puerperal, a taxa de recaída é ainda maior, chegando a 50% a 70%, segundo algumas estimativas. E mais alarmante ainda: mulheres com transtorno bipolar têm um risco 100 vezes maior do que outras mulheres de desenvolverem psicose pós-parto, uma condição grave que pode resultar em suicídio materno e infanticídio.

Palavras-chave: transtorno bipolar, mulher, gestação

Abstract

There's even a little more than 10 years, physicians advised women with bipolar disorder not to have children. Although this thinking is now outdated, they often still face difficult decisions about how to handle their treatment during pregnancy.

Most drugs prescribed for bipolar disorder are associated with some risk of congenital malformations, but patients who discontinue the medication have a high risk of recurrence of a depressive, manic or mixed episode. During the postpartum period, the relapse rate is even higher, reaching 50% to 70% by some estimates. And even more alarming: bipolar women are 100 times more likely than other women to develop postpartum psychosis, a severe condition that can result in maternal suicide and infanticide.

Keywords: bipolar disorders, woman, pregnancy

Introdução

Há até pouco mais de 10 anos, as mulheres com transtorno bipolar eram aconselhadas por seus médicos a não terem filhos. Apesar desse pensamento ser agora ultrapassado, elas ainda enfrentam decisões, muitas vezes difíceis, sobre como lidar com sua medicação durante a gravidez.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno do Humor Bipolar (THB) ocupa a sexta posição entre as condições mais incapacitantes entre os 15 e 44 anos de idade. A maioria das drogas prescritas para o transtorno bipolar estão associadas ao aumento do risco relativo de malformações congênitas, mas as pacientes que interrompem a medicação têm um alto risco de recaída de um episódio depressivo ou maníaco, principalmente quando realizada de maneira abrupta. Durante o período puerperal, a taxa de recaída é ainda maior, chegando de 50% a 70%, segundo algumas estimativas.^{1,2}

E mais alarmante ainda: As mulheres com antecedentes de transtorno bipolar apresentam um risco de 25-50% de episódios graves de humor neste período, não devido exclusivamente à cessação de manutenção da medicação³, um risco 100 vezes maior do que outras mulheres de desenvolverem psicose pós-parto, uma condição grave que, na pior das hipóteses, pode resultar em infanticídio.

Transtorno Bipolar e Gestação na prática psiquiátrica: entendendo a complexidade

A abordagem desse transtorno, cada vez mais precocemente diagnosticado, engloba tratamento ao longo da vida. Embora



JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO¹ E JOEL RENNÓ JR.²

¹Médico Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Pesquisador do Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Professor Associado do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF). ²Médico Psiquiatra. Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Membro fundador da International Association for Women's Mental Health. Médico do Corpo Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein-SP.

saibamos dos inerentes esforços necessários para se promover e manter uma adequada adesão ao tratamento de condições clínicas de curso crônico⁴, alguns períodos trazem potenciais dilemas na busca de respostas objetivas de manejo e diversos aspectos associados ao tratamento do transtorno bipolar durante o período perinatal continuam sendo uma das áreas de maior confusão em psiquiatria. Parte, devido a óbvios empecilhos éticos para a realização de ensaios clínicos randomizados em gestantes, passando pela carência de *guidelines* direcionados que indiquem estratégias para o tratamento nessa fase e por não menos complexas dificuldades em se manter atualização científica e *expertise* suficientes de todos os envolvidos nessa área de manejo interdisciplinar, como a gestação e o período puerperal.

O uso de medicamentos na gestação é considerado “*off label*”, as informações advêm de bancos de registros (principalmente de dados de mulheres com epilepsias), relatos e séries de casos. Entretanto, a maioria das mulheres com transtorno bipolar tem o desejo de engravidar, uma parcela considerável engravida sem planejar, sendo, portanto, fundamental uma abordagem proativa do profissional e equipe envolvidos no seu tratamento.

Mulheres e Transtorno do Humor Bipolar: podemos interferir no curso?

O primeiro episódio na mulher tende a ocorrer tipicamente na adolescência ou início da idade adulta. Embora não exista diferença de prevalência entre os gêneros de transtorno bipolar tipo I, as mulheres têm uma maior probabilidade de serem diagnosticadas com transtorno bipolar tipo II e terem mais episódios depressivos⁵, mania mista⁶, mania induzida por antidepressivos⁷ e de ciclagem rápida⁸ que os homens. Episódios depressivos predominam no curso do transtorno⁹, e assim, deve haver cautela ao prescrevermos um antidepressivo para uma adolescente com queixa de sintomas depressivos ou de exacerbações pré-menstruais (EPM).

Um estudo que analisou dados do STEP-BD¹⁰ demonstrou que as mulheres com transtorno bipolar que apresentam exacerbações pré-menstruais tendem a ter alterações negativas proeminentes quanto ao curso e gravidade dos sintomas, e a prescrição de um antidepressivo, nesse caso, pode ter consequências em longo prazo, devendo a paciente sempre ser avaliada prospectivamente por, pelo menos, dois ciclos menstruais completos, para elucidação diagnóstica de transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM).

Não existem soluções simplistas para problemas complexos

Assim, perguntas, tais como: “Se é possível planejar, o que utilizar?”, ou “Se a paciente já engravidou, qual a melhor opção?” ou ainda “Qual medicamento é mais seguro?”, embora pertinentes, adquirem uma conotação simplista diante de um desafio tão complexo. A partir de um cenário carente de respostas objetivas, a primeira sensação do clínico envolvido nos cuidados da paciente é a de se estar em um labirinto onde todas as caminhos levam a decisões negativas e a decisão tomada será a incorreta. Além disso, o FDA (Food & Drug Administration), elaborou, em 1979, com sua última atualização em 2008, uma classificação que tem apresentado críticas tanto na concepção, quanto na interpretação e atualização do grau de evidência disponível e do quão prática pode ser essa classificação na tomada de decisão quanto à segurança reprodutiva do uso de medicamentos durante a gestação (quadro 1). A crescente demanda por conhecimento também se evidencia na comunidade acadêmica, entretanto não menos importante deve ser o cuidado na avaliação e interpretação de seus resultados, pela heterogeneidade e eventuais vieses metodológicos¹¹ baseados, principalmente, na análise retrospectiva e observação prospectiva de casos e séries de casos ou de registros de bancos de dados ao redor do mundo, de antipsicóticos atípicos e estabilizadores do humor, através da monitorização e registro de desfechos obstétricos e neonatais provenientes do acompanhamento de mulheres que decidiram manter-se em tratamento, na sua maioria, de epilepsia.

A doença não tratada traz riscos para a mãe, para o bebê e para a família, que devem ser comparados aos riscos desconhecidos e/ou aqueles que atualmente não temos como prever em relação aos possíveis desfechos obstétricos, neonatais e em longo prazo com o tratamento medicamentoso. Assim, cria-se um outro paradigma: a doença, por si só, pode causar dano.

Quando existe a decisão de se tratar uma paciente para uma condição crônica durante a gestação, o risco do não tratamento do transtorno deve ser maior que o do uso de um psicofármaco. Na busca da melhor decisão possível, cada caso deve ser individualizado, em virtude de estudos que produzam graus de evidência compatíveis com respostas acerca dessas questões serem eticamente impossíveis de serem conduzidos, cabendo ao psiquiatra e demais profissionais envolvidos nos cuidados, em sua prática clínica diária, a construção de cada decisão através de informações às pacientes e seus familiares baseadas na melhor

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO¹, JOEL RENNÓ JR.²,
HEWDY LOBO RIBEIRO³, AMAURY CANTILINO⁴,
GISLENE VALADARES⁵, RENAN ROCHA⁶,
RENATA DEMARQUE⁷, JULIANA PIRES CAVALSAN⁸,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁹

evidência “disponível”, o que é diferente da evidência “ideal”.

Assim, podemos propor algumas questões que podem ajudar a organizar alguns parâmetros que devem ser considerados, ao se pressupor que devemos assumir o papel de ponderar à paciente e seus familiares, através de dados os mais atualizados disponíveis, para uma decisão baseada no contexto individualizado: “Qual o diagnóstico (que há de errado) com a paciente?”, “Qual o melhor tratamento para o transtorno que acomete a essa paciente?”, “Qual medicamento, dentro de um plano terapêutico individualizado, funciona melhor nessa paciente?”, “Quais as falhas terapêuticas anteriores?”, “Quais as evidências disponíveis, os dados em relação à segurança reprodutiva do tratamento atual?”, são questões fundamentais, e a partir disso comparar qual a melhor opção, de acordo com fatores tais como: curso do transtorno, gravidade dos sintomas, se planejando engravidar ou já durante a gestação.

Suspeita ou gestação confirmada: e agora?

As pacientes interrompem seu tratamento muito em função de estarem preocupadas com possíveis malformações congênitas, mas frequentemente não sabem que a doença, por si só, pode causar dano ao bebê (inclusive de malformações, como microcefalia, e desfechos obstétricos, como hipoglicemia neonatal¹², nascimento prematuro e baixo peso ao nascer¹³, aumento de risco de terem comprometimento cognitivo, prejuízos no funcionamento social, emocional e comportamental, além de desenvolverem transtornos mentais graves¹⁴. Mulheres com THB, tanto as em tratamento quanto as que o interrompem, tendem a ter mais comportamentos não-saudáveis. Achados como sobrepeso, tabagismo, abuso de álcool e outras substâncias são mais frequentes que em mulheres não-bipolares, e esses dados, em conjunto, conferem aos transtornos mentais maternos graves, como o transtorno bipolar, o status de “condição teratogênica”¹⁵. O transtorno bipolar não tratado durante a gestação pode estar associado a altos níveis de cortisol sérico, parte em função de estressores psicossociais envolvidos, e muitas delas, ao continuarem o tratamento e utilizarem doses inadequadas, expõem o feto aos riscos simultâneos do transtorno e da medicação¹⁶.

A gestação não é melhor período para trocar o que está funcionando bem, principalmente em casos refratários e que obtiveram compensação com o esquema atual, a conduta mais prudente é a de se manter o tratamento¹⁷, mesmo com informações limitadas sobre segurança reprodutiva, seja pelo alto risco de

recaída pela retirada ou pelo efeito incerto da troca da medicação, devendo isso ser discutido e consentido com a paciente e seus familiares. Dados derivados de registros de gestantes em uso de anticonvulsivantes demonstram que o ácido valpróico (entre 17º e o 30º dias após a concepção e principalmente em doses acima de 1g/dia) e a carbamazepina são reconhecidamente teratogênicos humano^{18,19}, e devem ser evitados sempre que possível, embora exista uma clara discrepância na maneira de lidar com tal informação entre psiquiatras e neurologistas²⁰. A segurança do uso de lítio se mantém incerta, porém substancialmente diferente da associação atribuída nas primeiras avaliações de registros²¹. A lamotrigina tem se mostrado uma droga relativamente “segura” durante a gestação, entretanto seu clearance aumenta consideravelmente neste período, devido a glicuronidação²², sendo, não raro, necessário o ajuste da dose para manutenção de níveis séricos terapêuticos. Por fim, os agentes antipsicóticos mostram diferentes níveis de riscos. Antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, têm sido cada vez mais utilizados na gestação, embora se disponha de dados ainda limitados, principalmente em relação aos agentes mais recentes²³. Assim, em função de nenhuma intervenção terapêutica ser considerada “isenta de riscos”, os clínicos não devem esperar que se identifique uma “escolha segura”, mas meramente uma “menos danosa”²⁴.

O Pós-parto: Aspectos da profilaxia, detecção precoce e manejo

O primeiro episódio de TB em uma paciente tende a ter o maior risco de acontecer no pós-parto²⁵ e recaída é comum²⁶. Mesmo pacientes estáveis desestabilizam no pós-parto. Portanto, o planejamento gestacional idealmente começa assim que é feito o diagnóstico de THB.

Mas por que recaem?

Flutuações hormonais massivas que, em mulheres predispostas desestabilizam o cérebro, acontecem logo após o parto. Níveis de esteróides sexuais retornam a padrões pré-gravídicos em dias. É preferível prevenir recaídas que tratá-las, sendo imperativo o papel da profilaxia em determinados grupos de mulheres, principalmente as com antecedentes de piora no puerpério²⁷. Estressores importantes relacionados às mudanças de papéis sociais e a privação de sono também contribuem para o apareci-



HEWDY LOBO RIBEIRO³, AMAURY CANTILINO⁴ E GISLENE VALADARES⁵

³ *Psiquiatra Forense, Psicogeriatra e Psicoterapeuta pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra no Pró-Mulher do Instituto de Psiquiatria da USP.* ⁴ *Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE.* ⁵ *Médica Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Mestre em Farmacologia e Bioquímica Molecular. Membro fundador do Serviço de Saúde Mental da Mulher do HC-UFMG, do Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI, HC-UFMG), da Seção de Saúde Mental da Mulher da WPA e da International Association of Women's Mental Health.*

mento da sintomatologia. Os primeiros dias do pós-parto são um período de alto risco para o início de episódios graves de transtorno mental e não raro o diagnóstico de mudanças no humor é postergado. Estudos indicam que o risco maior está nas 2 primeiras semanas pós-parto, com sintomas iniciando geralmente nos dias 2-4^{28,29}. A psicose puerperal (PP) deve ser considerada uma emergência psiquiátrica, e requer hospitalização em todos os casos, preferencialmente em unidades capacitadas para a compensação do quadro clínico, mas que favoreçam os cuidados e a relação mãe-bebê devido ao seu rápido aparecimento, gravidade e contexto (no qual a mulher está responsável por um recém-nascido)³⁰.

Considerações finais

Embora o THB se evidencie, entre outros aspectos, por se tratar de uma condição de curso crônico de constantes desafios quanto à melhora da aderência ao seu tratamento e de previsíveis desfechos no período perinatal, a tomada de decisão sobre manutenção ou não da medicação é complicada pelo fato de que evidências dos efeitos fetais dos psicotrópicos são geralmente derivadas de relatos de caso e estudos naturalísticos devido aos óbvios obstáculos éticos em fazer pesquisa nesta área. A tomada de decisão, entretanto, deve se basear na informação à paciente e seus familiares, da melhor literatura disponível. Esforços na construção de guidelines que organizem estratégias de abordagem no período perinatal e no desenvolvimento de redes multidisciplinares no sentido de organizar informação e manejo especializado, embora possam ser dispendiosas, fazem parte da construção de possibilidades que tragam suporte a pacientes e seus familiares. A necessária *expertise* no manejo de situações complexas relacionadas a esse período deve ser incentivada, através de capacitação e formação de centros especializados em psiquiatria perinatal e educação continuada. Não existem soluções simplistas para problemas complexos.

Quadro 1: Classificação de risco (FDA)

A. Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram qualquer risco para o feto nos primeiros três meses de gravidez, e não há nenhuma evidência de risco após este período.

B. Não há estudos adequados e bem controlados em mulheres, mas estudos em animais não encontraram qualquer risco para o feto (ou não houve confirmação

em humanos).

C. Não há estudos adequados e bem controlados em mulheres, mas os estudos com animais têm demonstrado um efeito nocivo sobre o feto, ou não há quaisquer estudos em mulheres ou animais. Aconselha-se precaução, mas os benefícios da medicação podem compensar os riscos.

D. Há uma clara evidência de risco para o feto humano, mas os benefícios podem superar os riscos para as mulheres grávidas que tenham uma condição séria que não pode ser tratado eficazmente com uma droga mais segura.

Há provas claras de que o medicamento provoca anomalias no feto. Os riscos superam os benefícios potenciais para as mulheres grávidas

Agradecimentos

Agradecemos à Associação Brasileira de Psiquiatria pelo apoio e esforços empregados na divulgação da Saúde Mental da Mulher. Não há conflitos de interesses.

Correspondência:

Joel Rennó Jr
Rua Teodoro Sampaio, 352 – conj 127
05406-000 - São Paulo – SP
rennoj@terra.com.br

Recomendações de leitura complementar:

Rennó Jr J, Ribeiro HL. *Tratado de Saúde Mental da Mulher*. São Paulo, Atheneu, 1 Ed, 2012.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO¹**, **JOEL RENNÓ JR.²**,
HEWDY LOBO RIBEIRO³, **AMAURY CANTILINO⁴**,
GISLENE VALADARES⁵, **RENAN ROCHA⁶**,
RENATA DEMARQUE⁷, **JULIANA PIRES CAVALSAN⁸**,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁹

Referências

- 1. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *The American journal of psychiatry*. 2007 Dec 5;164:1817–24.
- 2. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *The American journal of psychiatry*. 2000 Feb 28;157:179–84.
- 3. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002 May 8;63:284–7.
- 4. Rosa AR, Marco M, Fachel JMG, Kapczinski F, Stein AT, Barros HMT. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2006 Dec 24;31:217–24.
- 5. Benazzi F. Gender differences in bipolar-II disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:67–71.
- 6. Arnold LM, McElroy SL, Keck PE Jr. The role of gender in mixed mania. *Compr Psychiatry*. 2000;41:83–87.
- 7. Curtis V. Women are not the same as men: specific clinical issues for female patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2005 Mar 13;7 Suppl 1:16–24.
- 8. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry*. 1996;153:163–173.
- 9. Altshuler LL, Kupka RW, Helleman G, et al. Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. *Am J Psychiatry*. 2010;167:708–715.
- 10. Dias RS, Lafer B, Russo C, Del Debbio A, Nierenberg AA, Sachs GS, et al. Longitudinal follow-up of bipolar disorder in women with premenstrual exacerbation: findings from STEP-BD. *The American journal of psychiatry*. 2011 Apr 7;168:386–94.
- 11. Einarson TR, Lee C, Smith R, Manley J, Perstin J, Loniewska M, et al. Quality and content of abstracts in papers reporting about drug exposures during pregnancy. *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*. 2006 Sep 27;76:621–8.
- 12. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2012 Nov 8;345:e7085.
- 13. Lee H-C, Lin H-C. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *Journal of affective disorders*. 2010 Jan 31;121:100–5.
- 14. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biological psychiatry*. 2005 Oct 20;58:554–61.
- 15. Gentile S. Review presentation of available safety data on major psychotropic categories. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012 ;22: S 150.
- 16. Cohen LS. Treatment of bipolar disorder during pregnancy. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007 Sep 2;68 Suppl 9:4–9.
- 17. Cohen LS et al. Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatr Clin N Am*. 2010;33:273-93.
- 18. Perucca E, Tomson T. Prenatal exposure to antiepileptic drugs. *Lancet*. 2006 May 7;367(9521):1467–9.
- 19. Nguyen HTT, Sharma V, McIntyre RS. Teratogenesis associated with antibipolar agents. *Advances in therapy*. 2009 Apr 13;26:281–94.
- 20. Viguera AC, Cohen LS, Whitfield T, Reminick AM, Bromfield E, Baldessarini RJ. Perinatal use of anticonvulsants: differences in attitudes and recommendations among neurologists and psychiatrists. *Archives of women's mental health*. 2010 Mar 17;13:175–8.
- 21. Gentile S. Lithium in pregnancy: the need to treat, the duty to ensure safety. *Expert opinion on drug safety*. 2012 Apr 19;11:425–37.
- 22. Sabers A, Tomson T. Managing antiepileptic drugs



RENAN ROCHA⁶, RENATA DEMARQUE⁷, JULIANA P. CAVALSAN⁸, A.GERALDO DA SILVA⁹

⁶ Médico Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Saúde Mental da Mulher das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ⁷ Médica Psiquiatra. Colaboradora do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). ⁸ Médica Psiquiatra. Colaboradora do Programa de Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). ⁹ Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP-AMB-CFM. Doutorado em Bioética pela Universidade do Porto - CFM. Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF. Diretor Científico do PROPSIQ. Presidente da ABP - 2010/2013.

during pregnancy and lactation. Current opinion in neurology. 2009 Jun 16;22:157–61.

- 23. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. Schizophrenia bulletin. 2010 Jun 1;36:518–44.
- 24. Gentile S. Bipolar disorder in pregnancy: to treat or not to treat? BMJ (Clinical research ed.). 2012 Nov 11;345:e7367.
- 25. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1998 Dec 6;172:521–6.
- 26. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. The American journal of psychiatry. 2011 Dec 29;168:1179–85.

- 27. Bergink V; Bouvy PF; Vervoort JSP; Koorengel KM; Steegers EAP; Kushner SA: Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. Am J Psychiatry 2012; 169:609–615
- 28. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2008 Jan 13;115:348–53.
- 29. Heron J, Robertson Blackmore E, McGuinness M, Craddock N, Jones I. No “latent period” in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. Archives of women’s mental health. 2007 Apr 1;10:79–81.
- 30. Mendes Ribeiro JA, Vardanega S, Frey BN. O manejo dos transtornos psiquiátricos graves e persistentes: o papel das Unidades Materno-Infantis in_Rennó Jr J, Ribeiro HL. Tratado de Saúde Mental da Mulher. São Paulo, Atheneu, 1 Ed, 2012, 389-94.

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



10.000m² de área verde

**CLÍNICA
JORGE
JABER**

www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos

INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO
PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos

PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

Convênios

AMAFRERJ
AMIL
BNDES
BRADESCO SAÚDE
CABERJ
CNEN
ELETROBRAS
ELETRONUCLEAR
EMBRATEL
FURNAS
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
INB
IRB
MEDSERVICE
MÚTUA DOS MAGISTRADOS
SULAMÉRICA
PETROBRAS
REAL GRANDEZA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ
Rua Elisio de Araújo, 263
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354
CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056
CEP: 22440-034
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ