



Colóquio Internacional 2015

# Psicologia e Educação

# Atas XIII Colóquio Internacional de Psicologia e Educação

## Organizadores

Lourdes Mata  
Margarida Alves Martins  
Vera Monteiro  
José Morgado  
Francisco Peixoto  
Ana Cristina Silva  
José Maria Castro Silva

**25 a 27 Junho**

ISPA - Instituto Universitário

ISBN: 978-989-8384-34-8



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

## DESAFIOS DA GRAVIDEZ GEMELAR: DO DIAGNÓSTICO AO PARTO

Sofia Veiga, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto,  
sofiaveiga@ese.ipp.pt

**RESUMO:** As gestações gemelares têm vindo a aumentar nas últimas décadas. A literatura científica tem revelado que estas são sempre consideradas gestações de risco, não só por haver uma maior probabilidade de morbilidade e de mortalidade da mãe e dos bebés, como também pela dificuldade apresentada por muitas mulheres em aceitar o diagnóstico de gestação gemelar e as vivências emocionais e fisiológicas a ela associadas.

A aceitação da situação gemelar parece estar relacionada com a capacidade da mulher: pensar num futuro com dois bebés, começar a relacionar-se com os dois fetos, fazer o enxoval e preparar fisicamente as suas casas e os seus contextos para o nascimento de duas crianças.

A zigotia, o sexo dos bebés bem como a existência de uma rede de suporte surgem como fatores que podem condicionar os processos de vinculação e de separação-individuação na díade mãe-gémeos.

O presente trabalho, partindo de uma resenha bibliográfica sobre o tema, tem como intuito refletir sobre as especificidades, os desafios e as dificuldades destas gestações particulares.

### Introdução

Nas últimas décadas, o número de gestações gemelares e o nascimento de gémeos têm vindo a crescer, devido, entre outros fatores, ao aumento da idade materna e da procriação medicamente assistida, à introdução de novas técnicas de diagnóstico durante a gravidez, bem como ao desenvolvimento de cuidados neonatais e de assistência materno-infantil (eg., Blondel, 2009; Rodrigues *et al.*, 2005; Siddiqui, & McEwan, 2007). Não obstante, a incidência da gestação gemelar tem sido subestimada visto as taxas de incidência não refletirem mais do que as gestações com sucesso ou em estado avançado de gestação.

### Gestação gemelar

A gestação é uma fase rica de novas vivências, significados, sonhos, transformações, mas também de grandes dúvidas, medos e ansiedades. Na gestação gemelar estas vivências são particularmente intensas, já que a mesma é sempre considerada uma gravidez de risco, não só por haver uma maior probabilidade de morbilidade e de mortalidade da mãe e dos bebés (eg., Garel, Charlemaine, & Blondel, 2006; Manso, Vaz, Taborda, & Silva, 2011;

Rodrigues *et al.*, 2005; Souza *et al.*, 2010), como também pelo facto de o diagnóstico de gemelaridade ser vivenciado pela maioria das mulheres com intensa emoção, sentimentos de ambivalência, medo, choque, raiva, surpresa (eg., Charlemain, & Garel, 2009; Van der Zalm, 1995).

De acordo com Robin e Josse (1987), a gestação gemelar tende a ser melhor aceite quando as mulheres sabem que tal lhes poderá acontecer (presença de gémeos na família, tratamento contra a esterilidade) e agravado quando é sabido tardiamente, já que as mães se vêm confrontadas com uma situação para a qual não estavam preparadas. Todavia, estas variáveis não se revelam significativas em todas as investigações (cf., Veiga, 1997).

Uma variável que parece ser significativa em vários estudos relativamente à aceitação da gestação gemelar (eg., Robin, & Josse, 1987; Veiga, 1997) é a fantasia prévia da mesma. Quando a grávida já fantasiou ter gémeos, podendo mesmo uma gestação gemelar fazer parte do seu projeto inicial e do de toda a família, a aceitação da situação gemelar parece estar facilitada. Pelo contrário, quando não há fantasia nem sonho, a situação da gestação gemelar parece ser mais complexa. A mãe, ao ver-se confrontada com dois filhos em vez da criança única imaginada ou "fantasmaticizada", pode rejeitar ou negar a sua situação de futura mãe gemelar, o que poderá comprometer a formação e o desenvolvimento do vínculo com os fetos e, posteriormente, com os bebés reais.

Face ao diagnóstico de gestação gemelar, as grávidas usam algumas estratégias para lidar com o mesmo, nomeadamente: atenção cuidada ao seu estado fisiológico e emocional, assim como aos níveis de atividade fetal; recolha de informação sobre as características específicas da gravidez gemelar; preparação de um espaço para dois (Van der Zalm, 1995; Veiga, 1997). Estas estratégias parecem ajudar as mulheres a aceitarem a ideia de que estão grávidas de gémeos e a pensar num futuro com dois bebés. A atenção aos níveis de atividade fetal, por exemplo, parece ser particularmente importante para o estabelecimento da relação

vinculativa com cada um dos bebês, já que estas mulheres têm como tarefa suplementar diferenciar e diferenciarem-se de dois seres. A zigotia parece ter nestes casos uma influência determinante, pois, se esperam gémeos monozigóticos, as mães têm tendência a pensar nos bebês como um par com características idênticas; enquanto se esperam gémeos dizigóticos, e em particular de sexo diferente, vêm-nos sobretudo como seres individuais com características distintas, embora continuem a formar díade (Veiga, 1997). Percebe-se, assim, que o fulcro e a especificidade da situação gemelar é o processo de individuação (Anderson, & Anderson, 1990), uma vez que os gémeos têm de se separar não só da mãe, como separar-se e diferenciar-se um do outro a fim de cada um adquirir a sua identidade. Todavia, este processo não é fácil nem linear, seja para os gémeos, seja para as suas famílias. A escolha do nome das crianças é um exemplo da questão em discussão. Por um lado, os pais sentem a necessidade de diferenciar os filhos através do nome; por outro lado, desejam valorizar a gemelaridade. Esta ambivalência na escolha dos nomes mostra claramente a condição paradoxal dos gémeos: busca-se a sua separação-indivuação, mantendo simultaneamente a sua união/gemelaridade. Muitos pais resolvem este dilema escolhendo nomes que começam pela mesma letra (Sara/Sílvia) ou pela mesma sílaba (Carlos/Carolina) ou que acabam com a mesma sílaba (Joana/Mariana) ou nomes compostos em que um dos nomes é partilhado (Manuel Pedro/João Pedro).

Não obstante, começar a relacionar-se com ambos os fetos, fazer o enxoval e preparar fisicamente as suas casas e as suas realidades para o nascimento de duas crianças, permite que as mães/famílias aceitem mais facilmente que desta gravidez irão nascer duas crianças e que são necessários ajustes, adaptações e/ou alterações na realidade e na dinâmica familiar. A zigotia e o sexo dos bebês afetam, também neste domínio, o modo como os pais fantasiam e se preparam para esta nova realidade, adotando comportamento/estratégias mais diferenciadoras, nos casos dos gémeos dizigóticos e de sexo diferente (ex: imaginam crianças

distintas, com enxoval e brinquedos próprios), e mais igualitárias, no caso dos gémeos monozigóticos (ex: imaginam crianças idênticas em termos físicos e de temperamento, partilhando um enxoval igual).

O nascimento de dois filhos obriga, entre outros aspetos, a que a família repense o seu quotidiano e as suas opções. A situação profissional é particularmente refletida e reequacionada, não só durante a gestação (por exemplo, a mãe parar de trabalhar pelo risco e cansaço que a sua situação atual acarreta), mas sobretudo no pós-parto, já que as necessidades económicas familiares se veem acrescidas. Nos estudos efetuados por Ellison e Hall (2003) e por Ellison, Hotamisligil, Lee, Rich-Edwards, Pang, e Hall (2005), citados por Andrade, Martins, Angelo e Martinho (2014a), concluiu-se que a percentagem de mães gemelares a trabalhar fora de casa, com trabalho remunerado, é inferior comparativamente às mulheres que concebem um único filho. Esta opção agrava a situação económica das famílias e as implicações não se limitam apenas a este âmbito. O estatuto social e a saúde mental da mulher poderão igualmente ser afetados. Nos estudos supracitados percebeu-se, ainda, que muitas mulheres têm que abdicar da sua profissão e carreira, e, se algumas mães entendem esta opção como uma oportunidade (nomeadamente de cuidar a tempo inteiro dos seus filhos e de os ver crescer), outras percebem-na como uma perda de parte da sua identidade, independência e mesmo estatuto social.

Face à sua situação atual e às múltiplas mudanças que se antecipam, não são de estranhar os medos, as dúvidas e as angústias observados em muitas mulheres. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde e de intervenção psicossocial reconheçam e aceitem estes sentimentos, proporcionando à grávida uma realidade externa securizante e compreensiva.

O acompanhamento familiar deve, então, ser assegurado, desde a gravidez, por profissionais especializados, já que aumenta a segurança e a autoconfiança da mulher e da

família para lidarem com os novos desafios que se afiguram. Importa, por isso, que estes profissionais conheçam esta realidade, preparem as mulheres/famílias para os cenários vindouros (nomeadamente para a possibilidade de um parto prematuro, com eventual necessidade de incubadora), viabilizem informação específica e de apoio, equacionem estratégias e proporcionem um suporte (afetivo, logístico...) adequado e direcionado às necessidades identificadas em cada família, no sentido de as preparar para o cuidar e os cuidados a ter com gémeos, sustentando a sua prática em conhecimentos científicos (Bryan, 2002; Colpin, Munter, & Nys, 2000; Damato, 2005, citado por Andrade *et al.*, 2014a; Andrade, Martins, Angelo, & Martinho, 2014b).

A possibilidade de as mães/famílias poderem partilhar as suas experiências pessoais e os seus sentimentos com os profissionais pode ser determinante para a aceitação e a vivência positiva da situação gemelar, facilitando, assim, os processos de vinculação e de separação-individuação.

### **Parto e Pós-parto**

A incerteza quanto à data do parto, o receio de complicações clínicas, bem como da dor e da morte adquirem características particularmente intensas nas grávidas gemelares (Garel, Charlemaine, & Blondel, 2006). Não obstante, parece ser o modo como a mãe vivencia o parto e o pós-parto, relativamente a si e/ou aos bebés, bem como a primeira imagem que a mulher tem dos mesmos, que mais afetam a disponibilidade e a qualidade relacional posterior. Assim, a vivência negativa do momento do parto e a vinda ao mundo de crianças prematuras, com problemas médicos, tornam presentes todos os receios, angústias e dúvidas que a mulher tinha tido durante a gravidez, não apenas de ter crianças prematuras, com alguma debilidade ou deficiência, mas mesmo da morte de um ou de ambos os filhos.

O nascimento de bebés prematuros, muito comum na gestação gemelar (*eg.*, Blondel, 2009; Glazebrook, Sheard, Cox, Oates, & Ndukwe, 2004), gera frequentemente na mãe ansiedade, decepção e frustração. Ao ver bebés frágeis, muito diferentes dos bebés imaginários, fica desiludida, particularmente se não os pode tocar e os vê apenas através do vidro da incubadora. “A 1ª imagem que a mãe tem dos bebés reais e a sua capacidade em integrá-los nos bebés imaginários parece afetar de modo determinante a qualidade da relação mãe-bebés no período pós-parto. Quando a mãe se depara “com filhos que em nada são parecidos com os bebés imaginários, que apresentam perturbações do desenvolvimento e que podem até morrer, poder-se-á verificar um desajustamento ou desinteresse da mãe pelos bebés e estes, por sua vez, ao sentirem a inexistência de um espaço psíquico disponível para eles na interação, podem perder o interesse em responder e solicitar a mãe. Tais comportamentos podem levar a disfunções na interação mãe-bebés” (Veiga, 1997, p.141). Dias Cordeiro (1994) refere, no mesmo sentido, que a prematuridade é uma situação de risco para a relação mãe-filho e, conseqüentemente, uma situação de vulnerabilidade psicológica. Estudos realizados por Klaus e colaboradores (Figueiredo, 1992) e outros (*eg.*, Bakeman, & Brown, 1977; Lester, Hoffman, & Brazelton, 1985) com mães de prematuros ou mães que estiveram separadas de seus filhos, após o parto, revelaram grandes dificuldades no estabelecimento da relação vinciativa. Garel, Charlemaine e Blondel (2006), asseveram o mesmo em relação à situação gemelar. A prematuridade e sobretudo a separação são vividas pela mãe com angústia, depressão, levando-a a desenvolver fantasias e medos em relação à/às criança(s). Neste casos é frequente observar-se a mulher a iniciar um processo de luto antecipado, com ambivalência entre a esperança da(s) criança(s) sobreviver(em) e a preparação para a morte desta(s). Após a fase de dúvida sobre a vida ou morte do(s) seu(s) filho(s), tem de reinvestir as crianças. Esta adaptação ao papel de mãe dá-se lenta e tardiamente e o desenvolvimento de uma boa relação vinciativa torna-se mais difícil. Selnit e Green (Dias Cordeiro, 1994) descreveram mesmo a

existência da *síndrome da criança vulnerável* nos bebés prematuros, já que estes têm frequentemente uma relação perturbada com a mãe, não se conseguem separar dela até uma idade avançada, têm comportamentos regressivos, entre outros. Percebe-se, assim, a necessidade de as instituições hospitalares adotarem medidas preventivas que limitem a duração da(s) separações - quando mãe e/ou filhos, ou um deles, são hospitalizados - e adotem estratégias que facilitem a interação mãe-filho(s), essencial ao desenvolvimento da vinculação.

Após o parto, a mãe deverá enfrentar com segurança os aspetos concretos da situação gemelar: descobrir imediatamente os gestos indispensáveis aos cuidados e à saúde de dois bebés e de cada um, em particular. Esta tarefa é muitas vezes dificultada quer pelos problemas médicos e alimentares dos gémeos, quer pela fadiga excessiva das mulheres. Face ao carácter absorvente destes cuidados, certas mães recorrem à ajuda sistemática do pessoal técnico e auxiliar, preferindo repousar durante a estadia no hospital para melhor enfrentar o regresso a casa. Esta situação é particularmente sentida, como vimos, quando nascem crianças prematuras e têm necessidade de incubadora. Após a saída da maternidade, as mães gemelares recorrerem sobretudo à ajuda familiar, sendo o pai das crianças a sua principal fonte de suporte (Anderson, & Anderson, 1990; Veiga, 1997).

A gemelaridade pode confrontar o sistema familiar com múltiplas vulnerabilidades e dificuldades ao nível da gestão quotidiana. A sobrecarga de trabalho na realização de rotinas diversas e inacabáveis, a privação de horas de sono, têm sido alguns dos fatores identificados em famílias de gémeos geradores de *stress* e ansiedade (Andrade *et al.*, 2014a). Estudos realizados por Ellison, Hotamisligil, Lee, Rich-Edwards, Pang e Hall (2005), Olivennes, Golombok, Ramogida e Rust (2005) e por Sheard, Cox, Oates, Ndukwe e Glazebrook (2007), citados por Andrade e colaboradores (2014a), concluem que mães de gémeos falam, mais frequentemente, de experiências difíceis, questionando-se mais sobre a parentalidade e

colocando mais dúvidas. Sentem-se cansadas, revelando que as suas expectativas, relativamente à maternidade eram diferentes, apresentando-se esta como um trabalho mais duro, menos gratificante e com mais dificuldades do que imaginavam. Em consequência, tendem a experienciar sintomas depressivos (Choi, Bishai, & Minkovitz, 2009; Garel, Charlemaine, & Blondel, 2006), e a perceber uma diminuição da sua qualidade de vida (Ellison *et al.*, 2005, citados por Andrade *et al.*, 2014a). Enquanto com um bebé a mãe consegue estabelecer uma sincronia entre os períodos de vigília e de sono do filho, na situação gemelar, a repetição e o número de cuidados a ter são um entrave ao estabelecimento dessa ritmicidade conjunta. Nos primeiros dias, as mães de gémeos, submergidas pela sobrecarga dos cuidados a ter com as crianças e o esgotamento físico e psicológico, são privadas de uma parte dos prazeres e gratificações trazidos pelas reações dos recém-nascidos. Esta situação parece não ajudar a mãe a relacionar-se e a individualizar precocemente os seus bebés (Garel, Charlemaine, & Blondel, 2006), observando-se, por vezes, confusões entre aqueles, particularmente no decorrer da amamentação. Em geral, como referem vários autores (eg., Anderson, & Anderson, 1990; David, Azevedo, Russi, Berthoud, & Oliveira, 2000), horários de amamentação, sono, banho e outras atividades rotineiras tendem a ser simultâneos ou sequenciados (termina de cuidar de um bebé e faz de seguida o mesmo com o outro, podendo alterar a ordem com que começa na vez seguinte), incluindo roupas que os deixam mais parecidos. Embora as mães percebem que cada filho tem as suas necessidades, temperamento e padrões de interação - e, por isso, deve responder aos mesmos de forma individualizada -, teme beneficiar um em prejuízo do outro - e, por isso, tende a responder de forma similar aos dois. Ora, esta preocupação com a justiça entra em conflito com a tarefa de individualização (Anderson, & Anderson, 1990).

As mães/famílias que estão atentas a cada filho e se mostram capazes de responder adequadamente às necessidades de cada um, são as que tendem a enfatizar as diferenças entre

os gémeos e a adotar comportamentos diferenciadores – dão-lhes nomes diferentes, vestem-nos de forma diferente e enfatizam as suas diferenças comportamentais -, o que facilita o desenvolvimento de uma relação individual com cada um deles e o desenvolvimento de indivíduos distintos, capazes de realizações pessoais, num contínuo de transações com o seu meio. As que valorizam a igualdade e a justiça parental tendem a acentuar a gemelaridade dos filhos, nivelando as suas diferenças, seja pela escolha de roupas idênticas seja pela desvalorização das diferenças comportamentais. Como consequência, respondem de forma insuficiente e/ou inadequada às necessidades de um ou de ambos os bebés, o que pode afetar negativamente o desenvolvimento de relações individuais e a tarefa da individualização.

Há, então, que ajudar a mulher/família a ultrapassar as dúvidas e incertezas quanto às suas capacidades de cuidar dos bebés, encorajando-a e orientando-a quanto ao modo como pode alimentar, cuidar, estimular e relacionar-se com os dois bebés, e com cada um em particular. Neste processo é essencial que sejam (re)ativadas as redes de suporte da família, pois, como referem Gottlieb e Briggs (Anderson, & Anderson, 1987) é quase impossível que esta equilibre as suas necessidades com as necessidades das crianças, sem ajuda externa. Aliás, a pesquisa revela que uma boa rede de suporte parece ser o melhor preditor de uma vinculação segura mãe-bebés, ou seja, as fontes de suporte parecem exercer um efeito positivo na interação mãe-bebé, particularmente nos casos em que os bebés são prematuros (Crnic et al., 1986; Feiring et al., 1989, citado por Figueiredo, 1992) ou têm um temperamento difícil (Hann, 1989; Pianta, 1989, citado por Figueiredo, 1992).

Sabendo-se que uma relação gratificante deve ser recíproca e ter sincronia, é importante observar como é que a mãe e as crianças estão a contribuir para este sistema comum. Assim, os profissionais devem estar atentos se a mãe/ família atende mais um filho do que o outro, se chama um deles pelo nome e o outro não, se se refere constantemente aos gémeos como "gémeos", se se dirige negativamente e inadequadamente a um e positivamente ao outro, se

percebe um como o "mau" e o outro como o "bom" e se estes comportamentos são consistentes ou se ocorrem apenas em dias em que a mãe/família se sente irritada com um deles. Se se observarem consistentemente respostas inadequadas com um ou ambos os gémeos, é importante sensibilizar a mãe/família para esta situação e elaborar programas de intervenção para alterar este comportamento.

Partindo do pressuposto de que as mães precisam de diferenciar os gémeos para se relacionarem com cada um individualmente, é importante que os profissionais, durante o período pós-parto, avaliem as capacidades maternas em reconhecer as competências particulares de cada criança, particularmente quando são gémeos monozigóticos. Se o profissional perceber dificuldades no desenvolvimento de uma relação individual com cada um dos gémeos, é importante intervir, ajudando a mãe a descobrir as diferenças físicas e temperamentais dos seus filhos, bem como as suas necessidades particulares (Anderson, & Anderson, 1987). Este processo é facilitado quando os gémeos são de sexo diferentes ou apresentam diferenças físicas visíveis (eg., peso e estado de saúde), funcionando estes como elementos diferenciadores importantes que permitem à mãe estabelecer comparações precoces entre as crianças e individualizá-las. A. Anderson e B. Anderson (1990), na sua teoria sobre a vinculação mãe-gémeos, referem que, quando os gémeos são dizigóticos, as mães tendem facilmente a polarizar as diferenças físicas dos seus filhos, numa fase inicial, e, mais tarde, as diferenças temperamentais. Só por volta dos quatro meses é que elas começam a ser capazes de se adaptarem às diferenças e às necessidades de cada gémeo, sendo que, apenas aos oito meses, o fazem de uma forma espontânea, já que, como refere uma mãe, eles passam a ser percebidos "mais como seres individuais do que como gémeos" (Anderson, & Anderson, 1990, p. 375).

A par do acompanhamento e suporte profissional, é importante que estas mães/famílias sejam incentivadas a partilhar as suas dúvidas e questões com outras mães/famílias gemelares

ou a participarem em encontros que lhes permita, por um lado, discutir os mitos relacionados com os gémeos e as especificidades desta realidade particular, e, por outro, partilhar as suas expectativas, receios e vivências. Estes espaços de encontro podem promover, por si só, a emergência de interações mais adequadas, facilitando o processo de vinculação, bem como a tarefa materna/familiar da separação-individualização.

### **Conclusão**

O diagnóstico, a gestação, o parto e a maternidade podem ser vivenciados com alegria, particularmente se fazem parte do projeto familiar, ou com angústia e dor, se as mães nunca fantasiaram ter filhos gémeos, se se sentem ambivalentes face à gestação e/ou duvidam das suas competências para lidarem com ambos os bebés. É assim importante, como referem vários autores (eg., Bryan, 2000; Garel, Charlemaine, & Blondel, 2006), um seguimento atento das famílias de gémeos desde o diagnóstico, fornecendo-lhes informação específica, ajuda material e suporte afetivo, com o intuito de auxiliá-las a prepararem-se para o nascimento de dois filhos. Os profissionais de saúde e de intervenção psicossocial devem, neste sentido, estar cientes das necessidades e das dificuldades sentidas e vividas pelas famílias gemelares, e por cada família em particular, de forma a proporcionarem um apoio efetivo e coordenado, especialmente durante a gravidez – facilitando a aceitação da mesma e a preparação para a maternidade - e a primeira infância - apoiando e ajudando a ativar o potencial relacional da díade mãe-bebés gémeos, e, como refere David e colaboradores (2000), a perceber as diferentes necessidades e temperamentos dos bebés. Só assim a família, e a mãe em especial, estará capaz de olhar para as crianças como sujeitos individuais e de os tratar de forma diferenciada, preservando, assim, a identidade e a individualidade de cada um e estabelecendo um vínculo satisfatório e sadio com ambos.

## Referências

- Anderson, B., & Anderson, A. (1987). Assessing families with problems attaching to twin infants. In M. Leahey & L. Wright (Eds.), *Families and psychosocial problems* (pp. 64-77). Pennsylvania: Aprengthouse Publishers.
- Anderson, B., & Anderson, A. (1990). Toward a substantive theory of mother-twin attachment. *Maternal Child Nursing*, 15(6), 373-377.
- Andrade, L., Martins, M., Angelo, M., & Martinho, J. (2014a). A família na vivência da gemelaridade – Revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*, 23(3), 758-66.
- Andrade, L., Martins, M., Angelo, M., & Martinho, J. (2014b). A saúde mental na parentalidade de filhos gémeos – Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, 109-116.
- Bakeman, R., & Brown, J., (1977). Early interaction: consequences for social and mental development at three years. *Confrontations Psychiatriques*, 16, 83-124.
- Blondel, B. (2012). Augmentation des naissances gémellaires et conséquences sur la santé. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38 (8S1), 7-17.
- Bryan, E. (2002). Educating families, before, during and after multiple birth. *Seminars in Neonatology*, 7(3), 241-6.
- Charlemain, E., & Garel, M. (2009). Difficultés psychologiques des mères d'enfants multiples: de la grossesse aux premières années. In M. Dehan & D. Lacombe (Eds.), *Les jumeaux et leur pédiatre* (s/p). Paris: Doin Editeurs.
- Choi, Y., Bishai, D., & Minkovitz, C. (2009). Multiple birth are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics*, 123(4), 1147-1154.
- Colpin, H., Munter, A., & Nys, V. (2000). Pre and postnatal determinants of parenting stress in mothers of one year-old twins. *Marriage Family Review*, 30(1), 99-107.
- David, D., Azevedo, E., Russi, E., Berthoud, C., & Oliveira, A. (2000). Triáde de contato íntimo: Apego entre mãe e filhos gémeos. *Revista Biociência*, 6(1), 7-63.
- Dias Cordeiro (1994). *A saúde mental e a vida* (3ª ed.). Lisboa: Salamandra (obra original publicada em 1982).
- Figueiredo, B. (1992). Contextos de educação e desenvolvimento: A interação mãe-bébé (Dissertação das Provas de Aptidão Científica e Capacidade Pedagógica). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Garel, M., Charlemaine, E., & Blondel, B. (2006). Conséquences psychologiques des naissances multiples. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34 (11), 1058-63.
- Glazebrook, C., Sheard, C., Cox, S., Oates, M., & Ndukwe, G. (2004). Parenting stress in first-time mothers of twins and triplets conceived after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(3), 505-511.
- Lester, B., Hoffman, J., & Brazelton, T. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Psychology*, 56, 15-27.
- Manso, P., Vaz, A., Taborda, A., & Silva, I. (2011). Coronocidade e complicações perinatais na gravidez gemelar. Casuística de 10 anos. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 695-698.
- Robin, M., & Josse, D. (1987). Quelques aspects de la relation mère-enfant à la suite d'une naissance gémellaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 35 (8-9), 369-377.
- Rodrigues, D., Fernandes, A., Silva, R., & Rodrigues, M. (2006). O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto Enferm*, 15(2), 77-86.
- Rodrigues, C., Branco, M., Ferreira, I., Nordeste, A., Fonseca, M., Taborda, A., Silva, I., & Almeida, M. (2005). Epidemiologia da Gestação Múltipla – Casuística de 15 anos. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 107-111.
- Siddiqui, F., & McEwan, A. (2007). Twins. *Obstetric, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 17(10), 289-296.
- Silva, J., Cecatti, J., Pires, H., Passini Jr, E., Parpinelli, E., & Pereira, B. (2003). Assistência à gestão e parto gemelar. *Revista Ciências Médicas, Campinas*, 12(2), 173-183.

- Souza, L., Madi, J., Araújo, B., Zatti, H., Madi, S., Lorencetti, J., & Marcon, N. (2010). Características e resultados perinatais das gestações gemelares (1998-2007). *Revista AMRIGS*, 53(2), 150-155.
- Van der Zalm, J. (1995). Accommodating a twin pregnancy: maternal processes. *Acta Geneticae Medicae et Gemellelogiae*, 44, 117-133.
- Veiga, S. (1997). Vinculação e separação-individuação em díades mãe-bebés gémeos (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.