

ADOÇÃO – O PRIMEIRO DIA DO RESTO DA TUA VIDA

Vânia Martins ¹

RESUMO

Este trabalho pretende dar a conhecer as histórias de algumas crianças acompanhadas pela autora ao longo dos anos. Esse será o mote para uma revisão do conceito de adoção, da sua evolução ao longo do tempo e do percurso futuro das crianças adotadas. À luz da teoria da vinculação, reflete-se ainda acerca do impacto da institucionalização prolongada na saúde mental das crianças. Por último, salienta-se a importância do pedopsiquiatra na articulação com o Tribunal e equipas de adoção agindo como voz ativa na defesa dos direitos e do tempo das crianças.

DEFINIÇÃO JURÍDICA E ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

Por adoção, segundo o *Artigo 1586 do Código Civil*, defende-se a criação, por sentença judicial, de um vínculo jurídico semelhante ao que resulta da filiação natural entre duas pessoas, independentemente dos laços de sangue.

O conceito de adoção está presente desde muito cedo na história Humana, nomeadamente no *Código de Hamurabi*, escrito em 1770 AC na *Mesopotâmia*⁽¹⁾.

Na Roma Antiga encontramos nova menção no *Codex Justinianus*, parte integrante do “*Corpus Juris Civilis*”, texto fundamental do direito civil romano. Nesta época a adoção de crianças do sexo masculino era relativamente comum, com o objetivo de assegurar a sucessão (inclusive do Imperador) e cimentar laços entre famílias⁽¹⁾.

Com a entrada na *Idade Média*, as culturas germânicas, celtas e eslavas renegaram esta prática romana, levando a que a adoção em famílias nobres praticamente desaparecesse. Na eventualidade da sucessão não poder ser

¹ Assistente hospitalar graduada de pedopsiquiatria; Serviço Infantil, Unidade de 1ª Infância. Departamento de Pedopsiquiatria, ULS Santo António, Porto.

assegurada por laços de sangue, a dinastia no poder seria simplesmente substituída por outra⁽¹⁾.

Isto levou a que apenas crianças abandonadas ou oriundas de meios sociais mais desfavorecidos fossem adotadas. Estas crianças eram muitas vezes deixadas à porta das igrejas sendo posteriormente vendidas ou integradas em mosteiros. Estes poderiam considerar-se como os precursores dos *orfanatos*⁽¹⁾.

Em *Portugal*, a adoção foi regulada nas *Ordens Afonsinas e Manuelinas*, de 1521, com o objetivo de conceder ao adotado a qualidade de herdeiro. Contudo, no *Código de Seabra*, Primeiro Código Civil Português, em vigor de 1867 até 1967, não se contemplava a figura da adoção, que surgiria novamente apenas a partir dessa data⁽²⁾.

Em 1543, através da *Carta Régia*, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ficou responsável por recolher as crianças abandonadas, surgindo então a *roda dos expostos*. As crianças colocadas na roda eram muitas vezes provenientes de famílias de estrato social elevado, cujas mães, por motivos morais ou sociais não as podiam manter. A roda foi extinta em 1870, dado não se ter mostrado eficaz na redução quer das crianças abandonadas, quer da mortalidade infantil⁽²⁾.

Tendo em conta a incapacidade das casas da Misericórdia em acolher todas as crianças, estas começaram a ser entregues a “amas”, geralmente residentes na província, antecessoras das atuais *famílias de acolhimento*⁽²⁾.

Os rapazes seriam educados como aprendizes de artesão ou outras profissões e as raparigas preparadas para o casamento⁽¹⁾.

Algumas crianças, no entanto, permaneciam nas instituições sendo empregues como mão de obra a baixo custo⁽¹⁾.

No Século XIX, os *Estados Unidos da América* foram alvo de um intenso fluxo migratório, o qual, associado à Guerra Civil Americana, levou a um enorme aumento de crianças órfãs, também estas colocadas em famílias de acolhimento, onde eram muitas vezes severamente exploradas. Numa tentativa de colocar um termo a esta situação, o presidente americano Theodore Roosevelt decretou, em 1909, a criação de orfanatos estatais⁽¹⁾.

Como consequência da 1ª e 2ª Guerra Mundiais surgiu novamente um grande fluxo de órfãos, acabando a adoção por ressurgir como forma de acolher estas crianças e passando a mesma a estar regulada nos códigos civis, como o *Adoption of Children Act* no *Reino Unido* em 1920⁽¹⁾.

Esta tendência viu-se reforçada com o aparecimento de estudos científicos que sugeriam que o ato de “criar/educar uma criança”, teria maior impacto do que a genética no seu desenvolvimento pessoal e social⁽¹⁾.

Este modelo americano de adoção, recuperou muitas das características do antigo modelo romano, onde os tradicionais “*poderes parentais*” eram retirados

aos pais biológicos e entregues aos pais adotivos e introduzindo o conceito de “*superior interesse da criança*”, ainda hoje vigente na maioria dos países⁽¹⁾.

VINCULAÇÃO E ADOÇÃO

John Bowlby foi convidado pela Organização Mundial de Saúde, em sequência dos eventos traumáticos da 2ª guerra mundial (crianças órfãs ou enviadas para longe das suas famílias para sua proteção), a investigar os efeitos negativos da privação psicossocial sobre o desenvolvimento cognitivo e sócio emocional das crianças. Estes estudos levaram-no à criação da *Teoria da Vinculação*, hoje amplamente reconhecida como pilar do desenvolvimento emocional e relacional saudável do indivíduo.

No que diz respeito às *crianças acolhidas em instituições*, a investigação tem vindo a demonstrar *menor taxa de vinculação segura e maior taxa de vinculação desorganizada*, esta última com risco reconhecido de evolução para perturbações da personalidade no adulto⁽³⁻⁴⁾.

A *fraca qualidade dos cuidados institucionais* aos 30 meses, mostrou-se ainda preditor de psicopatologia aos 54 meses, nomeadamente *perturbação reativa da vinculação, estereotipias, perturbações externalizantes e internalizantes*. Em contrapartida, *melhor qualidade de cuidados* mostrou-se associada com maior probabilidade de *vinculação segura* aos 42 meses⁽³⁻⁴⁾.

CRESCER NUMA INSTITUIÇÃO

A história de F.

Em 2004, F. com 1 ano de idade, foi institucionalizado com os 2 irmãos, por suspeita de abuso sexual por parte do pai sobre um dos irmãos. Na instituição, foi-lhe atribuída uma cuidadora de referência. A família mostrou aparente receptividade a intervenção pelos serviços de proteção, receptividade esta que rapidamente se dissipou. Aos 2 anos, a mãe deixou de o visitar de forma regular e os irmãos foram transferidos para outras instituições.

Com 6 anos, em 2009, começou a ir a casa de uma família amiga e foi feita uma proposta de adoção restrita com a qual os pais não concordaram. A família amiga interrompeu visitas quando percebeu que teria que manter contacto com os pais biológicos. Também nesta altura foi mudado de

instituição por ter excedido o limite de idade daquela onde se encontrava, separando-se da sua cuidadora de referência. Esta, no entanto, manteve visitas e por vezes levava-o para sua casa aos fins de semana e férias. Acabou por ser encaminhado para consulta de pedopsiquiatria por apresentar alterações de comportamento, iniciando medicação com risperidona.

Aos 8 anos, as queixas de impulsividade agravaram-se, associando-se novo psicofármaco, o metilfenidato. Em 2012, com 9 anos, concluiu-se que não seria elegível para adoção restrita e que provavelmente iria ficar na instituição até à autonomização de vida.

No ano seguinte, os seus pais separaram-se, indo a mãe morar para uma pensão. Entretanto a sua cuidadora engravidou o que diminuiu a sua disponibilidade para o visitar. Agravou o comportamento e o rendimento escolar diminuiu, estava mais triste, com episódios apelativos/somatizações na escola (cefaleias, dor no braço) e iniciou toma de antidepressivo. Passou a ter visitas de uma amiga da cuidadora.

Aos 11 anos, foi sujeito a uma reavaliação psicométrica pelas dificuldades de aprendizagem. Aos 6 anos de idade tinha um Quociente Global de Inteligência (QIG) na média, mas a esta data verificou-se que tinha baixado para 77. Nesse ano faleceu o seu pai.

Em 2015, com 12 anos, iniciou comportamento de exploração sexual com filho da amiga da cuidadora, levando a interrupção dos contactos. Começou a passear com o irmão de 17 anos. Este irmão saiu da instituição onde estava aos 18 anos. O F. também queria sair “ninguém gosta de estar num colégio” (sic).

Em 2017 foi diagnosticada uma leucemia à filha da sua cuidadora, o que reduziu drasticamente as suas visitas. Com 16 anos, mantinha o mesmo projeto de vida, e o seu comportamento ia flutuando ao sabor dos eventos do seu quotidiano. Mantinha medicação e postura pouco disponível para intervenção psicoterapêutica.

Quando cumpriu os 18 anos recusou permanecer na instituição e acabar o seu curso técnico-profissional, indo morar com o irmão.

Foi transferido para consulta de psiquiatria.

As crianças institucionalizadas estão sobre representadas nas consultas de pedopsiquiatria, e normalmente são alvo de uma elevada taxa de prescrição de medicação psiquiátrica⁽⁴⁻⁶⁾.

Um percurso de vida institucional tem vindo a ser associado a diversas *alterações psiquiátricas*, tais como: perturbação reativa da vinculação, perturbação de envolvimento social desinibido, perturbação de stress pós traumático, comportamento autista-like, agressividade, hiperatividade, desatenção, dificuldades na função executiva, alterações de sono, alterações alimentares, perturbações da eliminação, perturbações de ansiedade, depressão, redução no volume da substância branca e cinzenta e redução no comprimento dos telómeros (achado associado a envelhecimento precoce)⁽⁴⁻⁸⁾.

OS NÚMEROS DA ADOÇÃO EM PORTUGAL

Em 2022 foram adotadas 173 crianças *versus* 185 em 2021 e 361 em 2016⁽⁹⁾.

Destas, *14 foram devolvidas*, estando 10 já com novo encaminhamento. O principal motivo alegado pelos pais foi “falta de empatia para com a criança e para com a dificuldade que apresenta em expressar as emoções”. Verificou-se uma atitude de inflexibilidade e preconceito face a “comportamentos mais desafiantes”⁽⁹⁾.

Estes números devem levar-nos a refletir na necessidade de suporte destes pais por parte do pedopsiquiatra e da equipa de adoção ao longo de todo o processo. O contacto com o pedopsiquiatra numa fase inicial, reveste-se de particular importância, dado que pode ajudar a esclarecer dúvidas a respeito da sintomatologia da criança e a ajustar as expectativas dos futuros pais.

Foi ainda notória a maior dificuldade em adotar crianças com mais de 7 anos, com doenças graves, com deficiência ou com irmãos⁽⁹⁾.

O tempo de espera médio dos pais adotivos até lhes ser entregue uma criança foi de 6 a 7 anos⁽⁹⁾.

PERCURSO EVOLUTIVO DAS CRIANÇAS ADOPTADAS

A história da A.

A A. teve a sua primeira consulta de pedopsiquiatria em 2013, com 2,5m após sinalização do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco e tendo já Processo na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. A mãe tinha um diagnóstico de Esquizofrenia e ambos os pais apresentavam uma de

Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Era patente uma grande dificuldade na leitura das necessidades da bebé.

Na sua segunda consulta, aos 4m de idade, a A. apresentava uma escoriação no pescoço, uma lesão em ambas as pálpebras por queimadura com leite do biberão e era transportada na cadeirinha com o cinto desapertado. Apresentava ainda um cruzamento recente de percentis de peso. Foi de imediato internada em pediatria, saindo daí para instituição. Nessa data, surgiram dúvidas a respeito da paternidade da bebé, assumida pelo companheiro da mãe. Foi realizado teste ADN que não confirmou a paternidade deste senhor, nunca se tendo chegado a identificar o seu pai biológico.

Após quase 1 ano em instituição realiza-se, a meu pedido, uma reunião com a CPCJ para clarificação de projeto de vida da criança e o processo acaba por transitar para Tribunal. As visitas da mãe eram de pouca qualidade, com comportamento desadequado para com a bebé. Esta revelava um perfil de hiper-reactividade sensorial com muita dificuldade em tolerar mudanças de rotinas, pelo que foi integrada em Hospital de Dia de Pedopsiquiatria.

Aos 2 anos, em 2015, mudou de grupo etário na instituição o que implicou nova sala de Jardim Infantil e módulo (com quarto e todos os cuidadores diferentes), tendo tido francas dificuldades de adaptação.

Aos 3 anos foi decretada a adoção. No entanto, é adotada apenas aos 4 anos por um casal da Madeira. Na sua última consulta veio para o meu colo (o que raramente fazia). Não falou sobre os novos pais, mas desenhou o mar...

Teve alta da consulta.

De um modo geral, os *outcomes* de adoção são positivos a vários níveis.

No então, existe a percepção óbvia de que a *adoção deve surgir o mais precocemente possível*. Há diversos estudos que mostram que quanto maior a idade da criança à data da adoção, mais baixo será o seu QIG, menor será o seu potencial adaptativo à nova família e maiores serão as dificuldades de regulação emocional com que se irá deparar⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Existe um período sensível entre os *6 meses e os 3 anos* em que o potencial de reparação é muito superior. Crianças adotadas entre os 4 e os 6 meses apresentam um *QIG indistinguível dos controlos* e até mesmo crescimento de substância branca⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Um *estudo evolutivo até à meia-idade* de crianças adotadas entre as 6 semanas e os 12 meses *não mostrou variação nos índices de mal-estar psicológico* em relação à população geral⁽¹⁵⁾.

O impacto de todo este processo no desenvolvimento cognitivo da criança é mediado por *fatores pré-natais* relacionados com questões genéticas e de cuidados à gravidez e *fatores pré-adoção* como o *período passado em acolhimento e a qualidade do mesmo*⁽⁹⁻¹³⁾.

Os fatores pré-natais parecem ter menor impacto no funcionamento emocional e comportamental a longo prazo do que os fatores pré-adoção⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No entanto, identificou-se um subgrupo em maior risco para *perturbações externalizantes* associado com *exposição precoce a risco ou a fatores pré-natais* (como baixa idade materna ou mães fumadoras). Neste estudo, não foram evidentes diferenças a nível de sintomatologia internalizante, espelhando possivelmente um *efeito protetor de um meio sociofamiliar* mais vantajoso e de maior interesse/envolvimento parental⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Nas famílias de elevado risco social a probabilidade de futuras *condenações judiciais é menor nos casos de adoção* do que no dos irmãos que continuaram com os pais biológicos⁽¹⁷⁾.

Para as crianças do *sexo feminino* o percurso parece ser ainda melhor do que para as do sexo masculino, tendo estas uma maior taxa de desemprego e maior necessidade de apoio por parte da segurança social⁽¹⁷⁾.

O *pior outcome* surge para as crianças que vivem até aos 18 anos em *instituições* ou em *famílias de acolhimento*⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

ADOÇÃO TARDIA: CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE EM FAMÍLIA

A história da L.

A L. iniciou acompanhamento em consulta aos 9 anos, a pedido da instituição onde residia, por apresentar sintomatologia depressiva. Tratava-se de criança re-institucionalizada por suspeita de abuso sexual por parte do padrasto: “gostava de voltar para casa, já nem sei onde é a minha casa, a minha mãe mudou de casa e trouxe-me fotos” (sic). Mas apenas voltaria se o padrasto não estivesse lá. Disse-me ainda que não queria ficar na instituição até ser grande “é como estarmos presos, se eu tivesse uns pais levavam-me ao parque” (sic). Simultaneamente surgiram queixas de mau rendimento escolar e desatenção pelo que iniciou medicação com atomoxetina e acompanhamento em psicoterapia individual. Desculpava sempre a mãe, dizendo que não ouviam a campainha e por isso perdia as visitas desta. A

dada altura começou a pensar que ia ficar na instituição para sempre: não queria ter nova família, não queria deixar a mãe e irmão. Defendia a mãe: nunca concordaria em deixá-la ser adotada porque gostava muito dela...teria tentado pôr o padrasto fora de casa, mas este recusava ir... não a visitava porque a avó estava doente...

Posteriormente iniciou agitação com heteroagressividade em contexto de frustração. Questionou-me se acredito que podemos nascer várias vezes: “íamos para o céu, ficávamos lá um bocadinho, depois íamos outra vez para a barriga da mãe, mas não tínhamos memória...” (sic).

Aos 10 anos foi decretada a adoção e a mãe deixou de a visitar: “sabes, eu gosto é do meu irmão, gosto mais dele do que da minha mãe...algumas crianças gostam mais da mãe, mas eu não...” (sic). Em 2017, com 11 anos, mostrou-se novamente mais agitada, tendo iniciado toma de risperidona. Em Abril desse ano, foi finalmente morar com os pais adotivos e teve 2 episódios de agitação psicomotora. Quis deixar de se chamar L. Tratavam-na por D. (o seu segundo nome).

Em Junho disse-me “quem me dera ter vindo para aqui (Hospital de dia) quando era pequena”. Suspendeu medicação e teve alta no ano seguinte.

Existe ainda um número considerável de *crianças adotadas tardiamente*, o que acarreta o *risco de um pior percurso evolutivo*.

Nestes casos, a adoção pode ainda assim surgir como uma oportunidade de reparação, a construção de uma base segura que permita à criança elaborar perdas anteriores.

Na sua adaptação à nova realidade a criança passa por várias fases.

Inicialmente pode aparentar uma *familiaridade indiscriminada*, com grande facilidade em estabelecer relação com estranhos, procurando agradar. Este comportamento sustenta-se num enorme receio de abandono por parte dos novos pais. Posteriormente, ou em paralelo, podem surgir *alterações de sono e/ou apetite*⁽¹⁸⁾.

A dada altura, numa tentativa de testar a segurança e confiança nos novos pais, podem surgir *comportamentos de desobediência e agressividade*, bem como *comportamentos regressivos*. Os pais, por sua vez, vão tentando reforçar um vínculo ainda frágil procurando *semelhanças* com a criança⁽¹⁹⁾.

Nesta construção de uma nova identidade, os pais devem ouvir as perguntas da criança e dar-lhes resposta à medida que vão surgindo, levando em linha de conta que a partilha da história de vida reforça o vínculo parental⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O receio da procura dos pais biológicos poderá levar a alguma dificuldade parental quer no fornecimento de informação, quer na imposição de limites educativos, essenciais à securização da criança^(18,19).

O PAPEL DOS PAIS NO PROCESSO DE ADOÇÃO

No sucesso do processo de adoção não podem também ser descurados aspetos relacionados com os próprios *pais adotivos*. Assim, está descrita uma relação bidirecional entre stress parental e alterações de comportamento e afeto negativo nas crianças^(16,20).

O *stress parental* surge mais relacionado com *problemas internalizantes e externalizantes* na presença de uma *vinculação insegura*⁽²⁰⁾.

Uma *menor sensibilidade materna* parece estar associada quer a *patologia externalizante* quer *internalizante*. Em contrapartida, a *depressão parental* associa-se mais ao aparecimento de sintomatologia *internalizante*^(16,20).

As *alterações na relação pais-crianças*, em presença de uma *vinculação ansiosa-evitante*, mostram-se mais relacionados com a *patologia externalizante*⁽²⁰⁾.

Em contrapartida, a *coesão familiar* e uma *vinculação segura* surgem como *fatores protetores*⁽²⁰⁾.

Estes dados reforçam a necessidade de manter o apoio e suporte a estas novas famílias, surgindo a consulta como um espaço de escuta, contenção e reparação.

CONCLUSÃO: THE LONG AND WINDING ROAD

A evidência científica atual suporta largamente o que por si só parece óbvio: o melhor local para uma criança crescer é uma família cuidadosa e afetiva, capaz de atender às suas necessidades não só instrumentais, mas também (e com ainda maior relevo) emocionais.

Para uma adoção assegurar à criança o melhor percurso evolutivo, esta deve acontecer o mais precocemente possível: o *tempo* corre de forma acelerada e irreversível para a criança pequena.

No entanto, durante o período de espera, a qualidade dos cuidados recebidos pode fazer enorme diferença a nível futuro. Nesta esfera, a possibilidade de criar um laço de *vinculação segura* com um cuidador deverá ser uma prioridade.

Por último, mas não menos importante, devo reforçar o *papel do pedopsiquiatra* como a voz da criança junto dos adultos com poder executivo: os membros do Tribunal.

Saber estar e trabalhar em parceria com Juízes, Procuradores e técnicos das Equipas Multidisciplinares de Apoio ao Tribunal é a garantia de que estes entendam como prioritário o tempo da criança em detrimento do tempo do adulto.

Só assim conseguiremos de facto alterar percursos de vida e quebrar as amarras da transgeracionalidade.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Divisão de Informação Legislativa Parlamentar. (2017). *Processo de adopção*. Assembleia da República. https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Processo_Adoacao.pdf
- (2) Ferreira, A. B. (2009). *Evolução e caracterização dos processos de adopção no centro distrital de Coimbra nos últimos dez anos* [dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/11908>
- (3) Spangler, G., Bovenschen, I., Jorjadze, N., Zimmermann, J., Werner, A., Riedel, N., Gabler, S., Kliewer-Neutmann, J. D., & Nowacki, K. (2018). Inhibited symptoms of attachment disorder in children from institutional and foster care samples. *Attachment and Human Development*, 21(2), 132-151. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499210>
- (4) McGoron, L., Gleason, M. M., Smyke, A. T., Drury, S. S., Nelson, C. A., Gregas, M. C., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2012). Recovering from early deprivation: Attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(7), 683-693.
- (5) Guyton-Harris, K. L., Humphreys, K. L., Fox, N. A., Nelson, C. H., & Zeanah, C. H. (2018). Signs of attachment disorders and social functioning among early adolescents with a history of institutional care. *Child Abuse and Neglect*, 88, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.005>
- (6) Woodhouse, S., Miah, A., & Rutter, M. (2018). A new look at the supposed risks of early institutional rearing. *Psychological Medicine*, 48(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001507>
- (7) Bick, J., Zhu, T., Stamoulis, C., Fox, N. A., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2015). Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169(3), 211-219. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3212>
- (8) DeJong, M., Hodges, J., & Malik, O. (2016). Children after adoption: Exploring their psychological needs. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), 536-550. <https://doi.org/10.1177/1359104515617519>

- (9) Concelho Nacional para a Adoção. (2022). *Relatório Anual de Atividades do Concelho Nacional para a Adoção*. Ministério Público.
- (10) Nelson, C., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*, 2019, e1676285. <https://doi.org/10.1155/2019/1676285>
- (11) Batki, A. (2018). The impact of early institutional care on emotion regulation: Studying the play narratives of post-institutionalized and early adopted children. *Early Child Development and Care*, 188(12), 1801-1815. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1289190>
- (12) Paine, A. L., Fahey, K., Anthony, R. E. *et al.* (2021). Early adversity predicts adoptees' enduring emotional and behavioral problems in childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 721-732. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01553-0>
- (13) Zill, N., & Bramlett, M. D. (2014). Health and well-being of children adopted from foster care. *Children and Youth Services Review*, 40, 29-40. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.008>
- (14) Jackson, S., Figueira-Bates, C., & Hollingworth, K. (2022). Invisible children: The out-of-home care and education of babies and toddlers. *Adoption & Fostering*, 46(1), 8-23. <https://doi.org/10.1177/03085759221080215>
- (15) Rushton, A., Maughan, B., Grant, M., & Sehmi, R. (2020). Infant domestic adoptions followed up to adulthood: Considerations with reference to British birth cohort data. *Adoption & Fostering*, 44(4), 334-348. <https://doi.org/10.1177/030857592096823>
- (16) Duncan, M., Woolgar, M., Ransley, R., & Fearon, P. (2021). Mental health and behavioural difficulties in adopted children: A systematic review of post-adoption risk and protective factors. *Adoption & Fostering*, 45(4), 414-429. <https://doi.org/10.1177/03085759211058358>
- (17) Sehmi, R., Rushton, A., Pickles, A., Grant, M., & Maughan, B. (2020). Infant domestic adoption: Outcomes at mid-life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 789-797. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13178>
- (18) Schulte, E. E. (2023). Adoption. In T. W. Post (Ed.), *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/adoption>
- (19) Resmini, G. F., Silberfarb, M. S., Soares, E. L. M., Savy, V. M., Frizzo, G. B. (2023). Quando desconhecidos tornam-se pais e filhos: A formação de vínculos na adoção tardia. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 16(1), e19193.
- (20) Santos-Nunes, M., Narciso, I., Vieira-Santos, S., & Roberto, M. S. (2017). Parenting and emotional well-being of adoptive school-aged children: The mediating role of attachment. *Children and Youth Services Review*, 81, 390-399.