

VIAGEM POR DIFERENTES CULTURAS PARA INTERVIR NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Beatriz Cerqueira da Silva ¹

Cecília Pedro ²

Graça Fernandes ³

RESUMO

O aumento da população migrante em Portugal tem introduzido diversidade cultural crescente nos cuidados de saúde. A migração desencadeia um processo de aculturação que pode ter consequências significativas para o bem-estar psicológico da criança e sua família. O processo de aculturação e fatores stressores psicossociais e ambientais emergem como fatores importantes a ser considerados na avaliação e intervenção. O presente estudo apresenta uma análise das características epidemiológicas e clínicas de crianças filhas de imigrantes avaliadas em primeira consulta de Primeira Infância, entre janeiro de 2022 e junho de 2023, comparando com dados de uma casuística semelhante referente ao período entre junho de 2020 e junho de 2021. Observa-se uma maior prevalência de perturbações do neurodesenvolvimento nesta população, com destaque para a Perturbação do Espectro do Autismo e Atraso Global do Desenvolvimento. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de uma abordagem holística e culturalmente sensível na prestação de cuidados de saúde mental a crianças imigrantes, de forma a melhorar o acesso aos serviços de saúde mental e garantir intervenções eficazes e adequadas às necessidades das famílias.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o aumento da população migrante em Portugal tem introduzido diversidade cultural crescente nos cuidados de saúde. Dados recentes do Instituto Nacional de Estatística evidenciam a tendência para o aumento do

¹ Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ULS Santo António.

² Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

³ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ULS Santo António.

número de imigrantes residentes em Portugal. Se, em 2008, se estima que houvesse 20.918 imigrantes a residir em Portugal, em 2023, a estimativa cresce para um valor estimado de 85.760 imigrantes residentes em Portugal⁽¹⁾. Este padrão que se tem vindo a registar em Portugal surge, na verdade, num contexto de uma tendência mundial para a globalização. Nos Estados Unidos da América, em 2020, 25% das crianças eram estrangeiras ou tinham um progenitor estrangeiro⁽²⁾.

A cultura desempenha um papel fundamental na formação da identidade individual, moldando atitudes, valores e comportamentos. A migração desencadeia um processo de aculturação que determina alterações nos padrões culturais dos vários grupos envolvidos⁽³⁾. Assim, ao perspetivarmos a cultura como um dos aspetos fundamentais da identidade do indivíduo, em saúde mental, a multiculturalidade levanta diversas questões: existirão formas de doença mental específicas de determinadas culturas? Em que medida os fatores socioculturais determinam a expressão de doença mental? De facto, a evidência mostra que as diferenças culturais moldam as definições de normalidade e patológico, duração de sintomas necessária para definir impacto da sintomatologia, fenomenologia da doença, bem como o seu curso e resposta ao tratamento⁽⁴⁾.

A migração desencadeia um processo de aculturação, que se define pelo conjunto de alterações psicológicas e culturais que ocorrem quando indivíduos de culturas diferentes contactam entre si⁽⁵⁾. As consequências deste processo estão amplamente relacionadas não só com a proximidade e compatibilidade de valores, normas e atitudes das duas comunidades, mas também com o tipo de relação que se estabelece, que poderá ser pautada por dominância, respeito mútuo ou hostilidade.

Indivíduos em contacto com diferentes culturas podem apresentar alterações psicológicas em diferentes esferas. No domínio afetivo, a aculturação é geradora de stress, o que leva à ativação de diferentes mecanismos de *coping*. Em situações de indivíduos com menos recursos pessoais e baixo suporte social, há maior probabilidade de surgir *acculturative stress*, fenómeno que é mais frequente em indivíduos mais velhos, mulheres e na ausência de suporte social. Por outro lado, verificam-se alterações nos hábitos e rotinas, que se devem à aprendizagem da cultura, nomeadamente da língua, regras, comunicação não verbal e convenções sociais. A nível cognitivo, as questões de identificação social assumem particular relevo, influenciando a forma como o indivíduo se vê a si mesmo e aos outros: “Quem sou eu? A que grupo pertenço?”⁽⁶⁾.

O Modelo de Aculturação proposto por Berry, cuja representação se apresenta em seguida (Figura 1), permite a distinção de quatro tipos de estratégias de aculturação de acordo com a relação entre aquilo que o indivíduo mantém da sua

cultura original e o quanto aderiu à cultura da sociedade em que se encontra⁽⁷⁻⁸⁾, nomeadamente:

- Assimilação: estratégia utilizada quando os indivíduos não desejam manter a sua identidade cultural nativa e procuram uma interação estreita com outras culturas;
- Separação: refere-se a indivíduos que valorizam muito a manutenção da sua cultura nativa e evitam a interação com membros da cultura local;
- Integração: estratégia utilizada por indivíduos com interesse em manter a sua cultura nativa, enquanto interagem diariamente com outros grupos, verificando-se a manutenção da integridade cultural de origem, enquanto procuram, como membros de um grupo etnocultural, participar como parte integrante da rede social mais ampla;
- Marginalização: definida pela pouca possibilidade ou falta de interesse na manutenção cultural e pouco interesse em ter relações com pessoas de outros grupos étnicos, muitas vezes associada a exclusão social ou discriminação.

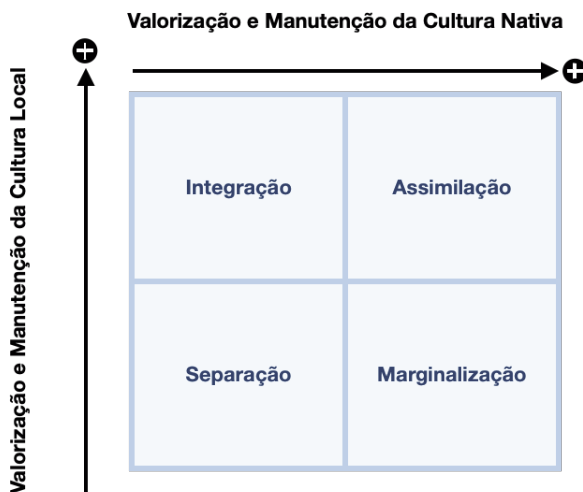


Figura 1. Modelo de aculturação de Berry

Os diferentes *outcomes* descritos dependem da atitude da população migrante, mas também das políticas locais no que respeita à migração. Entre as várias estratégias de aculturação, a *integração* surge como a mais adaptativa, relacionando-se com a aquisição de competências socioculturais que permitem aos indivíduos viver em sociedade, correlacionando-se, deste modo, com bem-estar psicológico, maior satisfação e ganhos em saúde mental. Assim, quando o processo de aculturação ocorre de forma equilibrada, baseado na reciprocidade na relação entre os dois grupos, há um favorecimento da integração dos migrantes⁽⁶⁾.

Na área da saúde mental infantil, a multiculturalidade levanta outras questões importantes. A criança desenvolve-se no contexto das suas relações com os cuidadores principais, que, por sua vez, estão inseridos num contexto cultural específico, que contribui para moldar a forma como se relacionam. As crenças culturais exercem influencia sobre o exercício da parentalidade, já que a cultura determina não só formas de ser e de estar, bem como formas de criar e educar, que se transmitem de geração em geração, frequentemente de forma inconsciente⁽⁹⁾. A aquisição de competências de adaptação cultural é essencial para que a criança tenha sentimento de pertença aos diferentes contextos socioculturais (aquele que herdou e aqueles com que se confronta), permitindo que mantenha a capacidade de interagir em vários contextos. Na verdade, a criança tem em si a capacidade de se adaptar a uma variedade de circunstâncias sociais e culturais diferentes. Através da interação em contextos socioculturais da cultura nativa e da cultura local, desenvolve padrões de interação interpessoal que implicam a aquisição de novas competências de comunicação verbal e não verbal. Ao longo do tempo, o contacto consistente com outras realidades permite que internalize diferentes esquemas culturais e adeque os seus comportamentos às demandas do contexto⁽⁵⁾.

Zeanah et al.⁽⁹⁾ propõem um modelo de abordagem, que denomina ACT, com foco nas interações entre vinculação (Attachment), cultura (culture) e trauma, alertando assim para a importância de considerar a influência do trauma no processo de aculturação. De facto, o trauma vivenciado no seio familiar ou na comunidade, em contextos de grande hostilidade, influencia as crenças culturais do indivíduo e, por conseguinte, a forma como os cuidadores respondem à criança e interagem com ela. Os cuidadores estão conscientes de contextos em que os seus filhos podem ser expostos a fatores adversos, tais como racismo, preconceito, discriminação e segregação, o que acaba por fazer com que tentem preparar a criança para essas eventualidades. Por exemplo, numa situação em que antecipam que os seus filhos podem ser agredidos fisicamente por outras crianças, os pais podem ensinar os seus filhos a responder da mesma forma, contribuindo para uma escalada de violência, manutenção de preconceitos e estereótipos relativos a migrantes.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivos descrever as características epidemiológicas e clínicas de uma amostra de crianças filhas de imigrantes

avaliadas em consulta de Primeira Infância no período entre janeiro de 2022 e junho de 2023, de modo a avaliar o impacto da realidade da imigração e da multiculturalidade na prática clínica em Pedopsiquiatria durante o período considerado. Pretende-se investigar se existem diferenças significativas nos motivos de referenciação e entidades nosológicas observadas, comparativamente com a casuística prévia, estabelecendo paralelismo com a casuística prévia mais recente da consulta de Primeira Infância, que remete para o período entre junho de 2020 e junho de 2021. A discussão dos dados obtidos tem como finalidade refletir sobre as necessidades da população migrante, de modo a melhorar a sua compreensão e prestação de serviços de saúde mental a crianças filhas de imigrantes.

METODOLOGIA

Incluíram-se todas as crianças até aos 3 anos e 364 dias com pelo menos um dos progenitores e cuidadores principais de naturalidade não portuguesa que foram observadas em Primeira Consulta de Pedopsiquiatria – Primeira Infância, no Centro Materno-Infantil do Norte, no período entre janeiro de 2022 e junho de 2023. Foram excluídas todas as crianças que já tinham seguimento nesta Unidade, crianças não abrangidas pelo limite de idades estabelecido e aquelas em que a nacionalidade dos dois progenitores era portuguesa ou desconhecida.

Trata-se de um estudo descritivo para o qual foram consultados os processos clínicos destas crianças, tendo-se elaborado um protocolo para a recolha sistematizada dos seguintes dados sociodemográficos e clínicos: género, idade, motivo de consulta, origem de referenciação, naturalidade da mãe, naturalidade do pai, número de observações total em consulta, classificação diagnóstica segundo os cinco eixos propostos no Manual de Diagnóstico DC: 0-5, número de observações em consulta até ser possível colocar-se um diagnóstico definitivo, perfil de desenvolvimento segundo a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths e avaliação do tipo de vinculação, de acordo com a adaptação do protocolo da Situação do Estranho de Mary Ainsworth, em crianças entre os 12 e os 26 meses. Para tal, procedeu-se a filmagem do momento e posterior discussão em reunião multidisciplinar para classificação do tipo de vinculação. Para a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, foi considerado como normativo o Quociente de Desenvolvimento (QD) entre 88 e 113 valores, e Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) quando QD com valor igual ou inferior a 88.

Foi feita uma breve revisão da literatura, através da pesquisa na base de dados Pubmed dos seguintes termos: “acculturation”, “culture and psychopathology”, “immigration and mental health” e “cultural competence”.

A análise estatística dos dados foi efetuada com o Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

No período considerado, entre janeiro de 2022 e junho de 2023, foram avaliadas 387 crianças em primeira consulta de Primeira Infância de Pedopsiquiatria. Destas, foi obtida uma amostra de 54 crianças (14,0%) cujo pelo menos um dos progenitores e cuidador principal era estrangeiro, com idades compreendidas entre os 3 e os 47 meses. A média das idades à data da primeira consulta foi de 33,6 meses. A maioria destas crianças ($n = 39$, 72,2%) pertenciam ao sexo masculino (Figura 2).

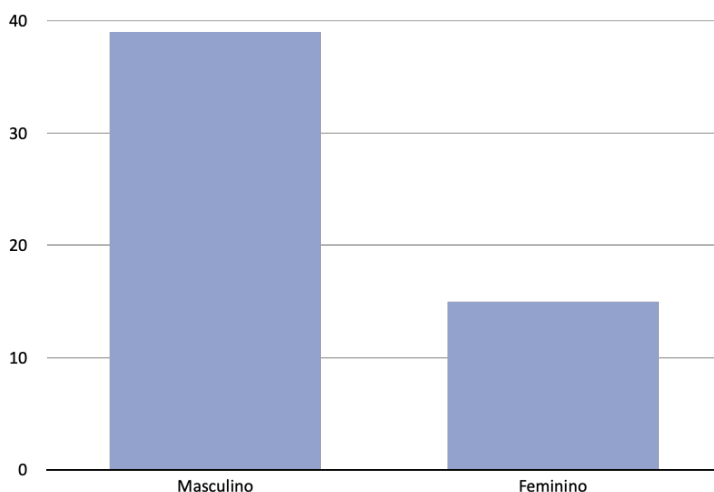


Figura 2. Distribuição da amostra por sexo

Relativamente à *origem de referência*, a maioria das crianças observadas ($n = 43$, 79,6%) foram encaminhadas para Pedopsiquiatria a partir da Consulta Externa de outra especialidade nesta instituição ($n = 39$, 72,2%), 25,9% foram encaminhadas a partir dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ($n = 14$) e 1 criança (1,9%) foi encaminhada a partir da Unidade de Atendimento Urgente de Pedopsiquiatria (SU) (Figura 3).

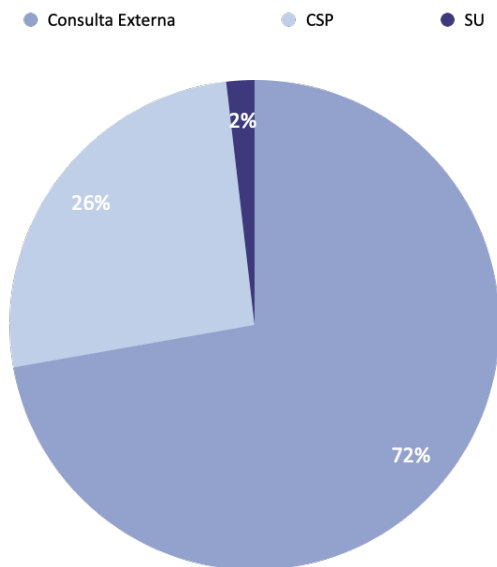


Figura 3. Origem de referência

Relativamente ao *motivo de encaminhamento*, apurou-se que 34 crianças (62,96%) foram encaminhadas por suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), 10 crianças (18,5%) foram encaminhadas por alterações do comportamento, 4 crianças (7,4%) por suspeita de Perturbação de Ansiedade, 3 crianças (5,6%) por dificuldades alimentares e 2 crianças (3,7%) foram encaminhadas por dificuldades relacionais (Figura 4).

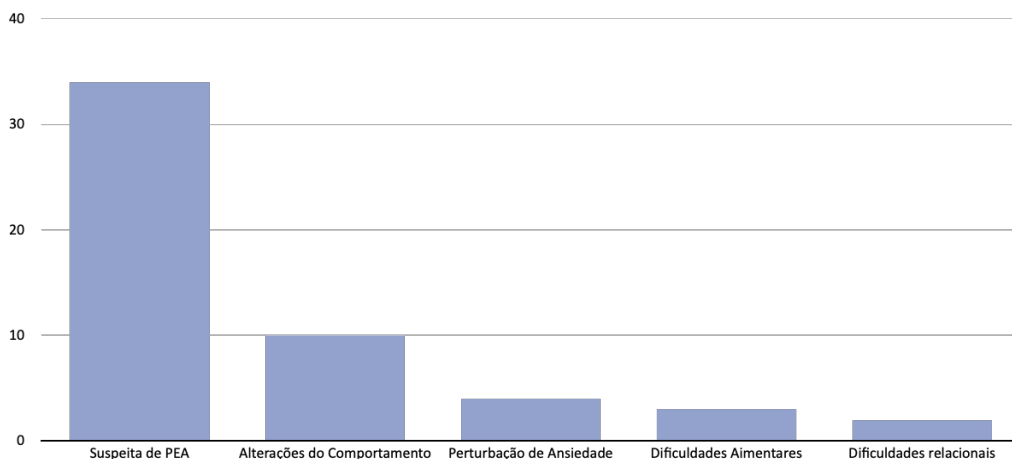


Figura 4. Motivo de encaminhamento

Relativamente à *naturalidade dos pais*, a maioria das crianças observadas ($n = 37$, 68,5%) tem ambos os progenitores de naturalidade não portuguesa. No subgrupo de crianças em que apenas um dos progenitores tem naturalidade não portuguesa ($n = 17$, 31,5%), a situação mais frequentemente encontrada é a mãe ter naturalidade estrangeira e o pai ter naturalidade portuguesa ($n = 23$, 76,5%). Quanto à *naturalidade da mãe* (Figura 5), a mais frequentemente relatada foi brasileira ($n = 24$, 42,6%) e, em seguida, destacaram-se países africanos ($n = 8$, 14,8%), nomeadamente mães naturais de Angola ($n = 4$, 7,41%), São Tomé e Príncipe ($n = 3$, 5,6%) e Marrocos ($n = 1$, 1,9%). No que diz respeito à *naturalidade do pai* (Figura 6), as mais frequentemente apuradas foram a portuguesa ($n = 13$, 24,1%) e a brasileira 29,6 (%) ($n = 13$, 24,1%).

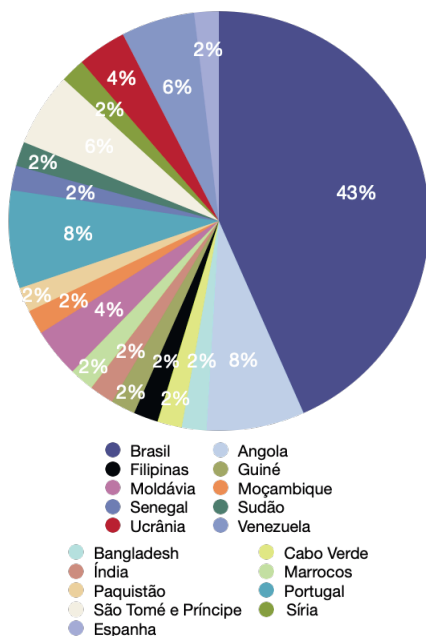


Figura 5. Naturalidade da mãe

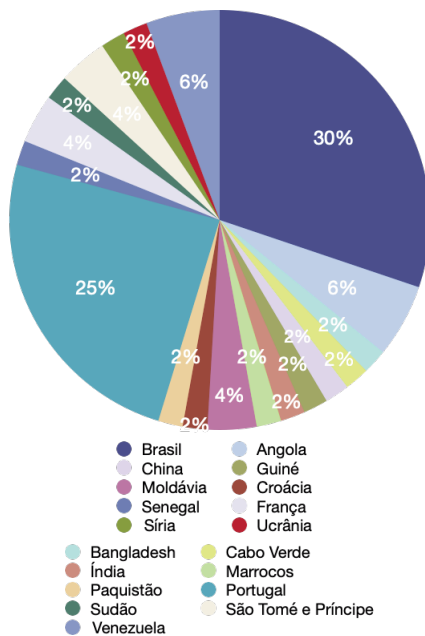


Figura 6. Naturalidade do pai

Quanto à classificação dos quadros clínicos das crianças observadas no *Eixo I (Perturbações Clínicas) da DC: 0-5*, em 51 crianças (94,4%) apuraram-se sinais de psicopatologia compatível com diagnóstico no Eixo I. As restantes ($n = 3$, 5,6%) não cumpriam critérios de diagnóstico para qualquer condição clínica.

Na subamostra de crianças com quadros de Perturbação de Saúde Mental ($n = 51$, 94,4%), podem distinguir-se dois grupos: o primeiro ($n = 33$, 64,7%) corresponde a crianças que cumpriam critérios de diagnóstico definitivo de uma

ou mais Perturbações Clínicas no Eixo I; o segundo ($n = 18, 35,3\%$) refere-se a crianças em que o diagnóstico ainda estava em esclarecimento.

No subgrupo de crianças com diagnóstico definitivo de Perturbação Clínica no Eixo I ($n = 33, 64,7\%$), foram realizadas, em média, 4,1 observações em consulta até o diagnóstico no Eixo I estar estabelecido. Destacaram-se as Perturbações do Neurodesenvolvimento ($n = 32, 97,0\%$), de entre as quais a maioria tinha diagnóstico de PEA comórbida com AGD ($n = 22, 66,7\%$). Além disso, destacaram-se ainda os diagnósticos de Perturbação do Processamento Sensorial (PPS) e Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem (PDL). Na Figura 7, encontram-se os dados referentes à classificação no Eixo I.

Classificação no Eixo I		Valor absoluto
Perturbação do Neurodesenvolvimento (n=32)	AGD + PEA	22
	AGD	3
	AGD + PPS	3
	PDL	4
Perturbação do Processamento Sensorial		1
Perturbação de Ingestão Alimentar Reduzida		1
Perturbação de Ansiedade		2
Perturbação Obsessivo-compulsiva		1

Figura 7. Classificação no Eixo I da DC: 0-5

Quanto à classificação no *Eixo II*, que remete para o *contexto relacional* da criança, em 40,7% dos casos ($n = 22$), a *adaptação da relação cuidador-criança* foi classificada como nível 2 (Relações com Restrições a Preocupantes), tendo-se verificado que o nível 1 (Relações Bem Adaptadas a Suficientemente Boas) foi a segunda condição mais frequentemente encontrada ($n = 15, 27,8\%$) (Figura 8).

No que diz respeito ao Ambiente de Cuidados e Adaptação da Criança Pequena, foi classificada como nível 2 (Ambientes de Cuidados com Restrições a Preocupantes) em 48,1% dos casos ($n = 26$), tendo-se verificado que o nível 1 (Ambientes de Cuidados Bem Adaptados a Suficientemente Bons) e o nível 3 (Ambientes de Cuidados Prejudicados a Atribulados) foram atribuídos, respetivamente, em 10 casos (18,5%) (Figura 9). De referir que em 8 casos (14,8%) não se encontrou informação relativamente à classificação no Eixo II.

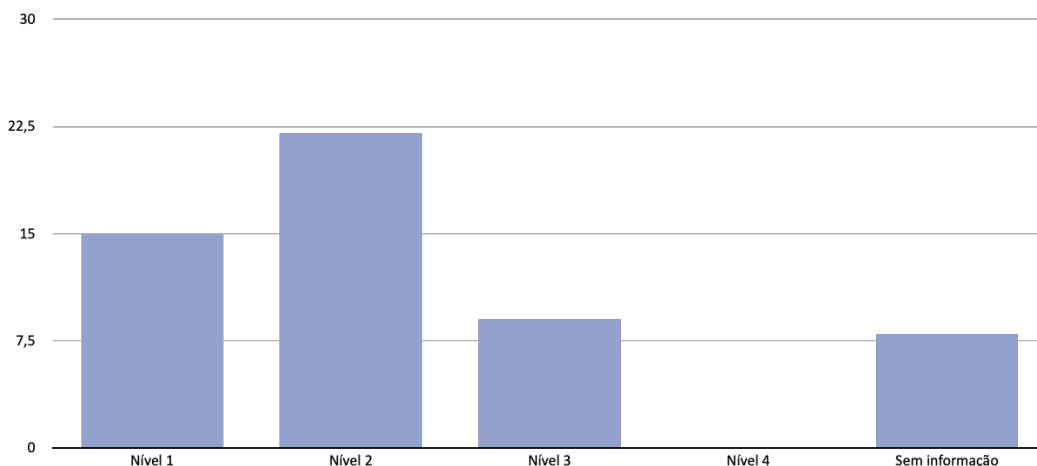


Figura 8. Classificação da adaptação da relação cuidador-criança

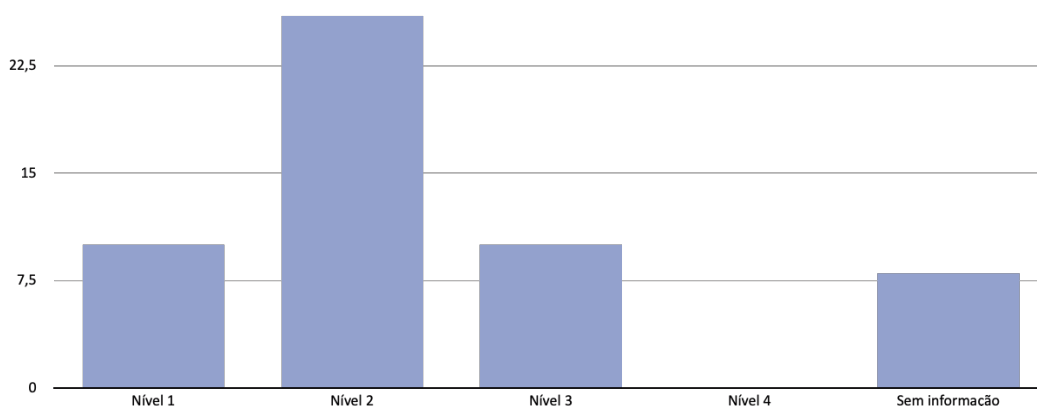


Figura 9. Classificação da adaptação do ambiente de cuidados

Relativamente à classificação no *Eixo IV*, referente aos *stressores psicossociais e ambientais* identificados na criança, os mais frequentemente referidos foram: pandemia por Covid-19 ($n = 54$, 100%), Estatuto de Imigrante ($n = 53$, 98,1%), Aculturação ou conflitos de língua ($n = 21$, 38,9%) e suporte social inadequado ($n = 12$, 22,2%).

Quanto ao *Eixo V*, apenas 10 crianças (18,5%) atingiam as *expectativas desenvolvimentais* para a faixa etária. Da amostra de crianças observadas, a maioria ($n = 33$, 68,5%) fez avaliação do desenvolvimento segundo a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, tendo-se apurado que 27 (81,8%) tinham AGD (correspondente a QD inferior a 88). A média do QD foi de 72,5 pontos percentuais e as subescalas mais afetadas foram as de Desenvolvimento

Pessoal/Social (valor médio de 58,0) e Audição/ Linguagem (valor médio de 63,8).

Foi avaliado o *tipo de vinculação* em 6 casos (11%), através de uma adaptação do Protocolo da Situação do Estranho de Mary Ainsworth. Desta amostra, o tipo de vinculação foi classificado como seguro em 2 casos, inseguro em 2 casos e, nos restantes, não foi possível classificar o tipo de vinculação.

DISCUSSÃO

Em 2021, foi realizado neste Departamento um estudo de caracterização de crianças observadas em primeira consulta de Primeira Infância no período entre junho de 2020 e junho de 2021, o que permite estabelecer uma comparação com a presente amostra. Uma das *limitações* será o facto de a nacionalidade dos cuidadores não ser um dos fatores contemplado na casuística anterior, o que limita a discussão quanto ao impacto real da imigração na prática clínica na consulta de Pedopsiquiatria.

Na presente amostra, a média das idades à data da primeira consulta foi de 33,6 meses, semelhante à do estudo anterior (33,6 meses vs. 30,4 meses). Relativamente ao *motivo de encaminhamento*, apurou-se que 34 crianças (63,0%) foram encaminhadas por suspeita de PEA, valor percentualmente superior ao encontrado na última casuística realizada no serviço (63,0% vs. 48,3%). Os dados apurados quanto ao diagnóstico no Eixo I seguem a mesma tendência, tendo-se apurado maior prevalência de Perturbações do Neurodesenvolvimento no presente estudo quando comparado com a casuística anterior (97,0% vs. 46,9%).

Existe evidência crescente de que filhos de migrantes apresentam maior risco de desenvolver PEA. Muitos estudos relatam um maior risco nessas populações, enquanto outros relatam riscos menores ou iguais. A idade e as circunstâncias de migração parecem desempenhar um papel importante nas desigualdades neurodesenvolvimentais em populações imigrantes. Por exemplo, a migração recente está associada a um maior risco de PEA com baixo funcionamento nos filhos⁽¹⁰⁾. Face a estes resultados, é importante questionar sobre a história do desenvolvimento tendo em conta as variações nas normas culturais, incluindo diferenças nos marcos de desenvolvimento e idade expectável para aquisição de determinados comportamentos de autonomização relacionados com o sono e alimentação⁽⁴⁾. A implementação de triagens padronizadas destinadas à avaliação do desenvolvimento na comunidade (em creches e serviços de saúde) pode desempenhar um papel importante na redução de possíveis desigualdades étnicas

no acesso aos cuidados de saúde. Além disso, é essencial que os clínicos utilizem procedimentos culturalmente sensíveis, como serviços de tradução e mediadores culturais, para aumentar a acessibilidade e adesão à intervenção terapêutica⁽¹⁰⁾.

Na amostra identificada neste estudo, um número considerável de casos permanece sem diagnóstico esclarecido após várias observações, o que pode estar relacionado com a influência das diferenças culturais nas percepções da etiologia e sintomas das perturbações do neurodesenvolvimento. Uma hipótese levantada é de que a atipia nas interações sociais seja difícil de distinguir das características próprias do processo de aculturação. Estas dificuldades poderão condicionar atraso no diagnóstico e estabelecimento de um plano terapêutico adequado nesta população⁽¹⁰⁾. De referir também que existem diferenças na forma como diferentes culturas expressam as experiências e lidam com o sentimento de *distress*, o que pode dificultar a valorização de sintomas reportados pelos cuidadores aquando da colheita da história clínica⁽⁴⁾.

Na amostra apresentada, verifica-se o diagnóstico de AGD na maioria dos casos, encontrando-se a linguagem muito afetada numa grande percentagem dos casos. Apenas 2 crianças apresentavam Perturbação de Desenvolvimento da Linguagem (PDL) não enquadrável num atraso global de desenvolvimento. Comparativamente com a casuística anterior, o AGD, na presente amostra, é mais frequente (81,8% *versus* 67,9%). Apesar de existirem poucos dados sobre prevalência de PDL em populações de crianças expostas a duas línguas, a evidência mostra que, em crianças com atraso da linguagem, a exposição a duas línguas, por si só, não coloca as crianças em vantagem ou desvantagem. Pensa-se que as dificuldades apresentadas estarão relacionadas com fatores inatos da criança que interagem com as exigências de aprender uma língua. Durante a avaliação, é essencial perceber se o atraso do desenvolvimento se verifica apenas na linguagem ou se é enquadrável num AGD⁽¹¹⁾.

Relativamente à classificação no *Eixo IV*, referente aos *stressores psicossociais e ambientais* identificados na criança, os mais frequentemente referidos foram: pandemia por Covid-19 ($n = 54$, 100%), Estatuto de Imigrante ($n = 53$, 98,1%), Aculturação ou conflitos de língua ($n = 21$, 38,9%) e suporte social inadequado ($n = 12$, 22,2%). No estudo anterior, quanto à identificação e avaliação de fatores de stress psicossociais e ambientais, 73.9% apresentava algum fator, destacando-se as dificuldades na família ou grupo de suporte primário do bebé/criança pequena (55.6%). A evidência tem demonstrado que os indivíduos migrantes apresentam maior prevalência de eventos de vida negativos, com consequências nefastas na saúde mental⁽⁹⁾, pelo que, na avaliação destas famílias, deve ser considerado o impacto de eventos pré-migração (história de trauma, separação da família, estilo de vida prévio), durante o processo (incerteza associada) e pós-migração (políticas

dos diferentes países no que toca à imigração, alterações nos laços familiares, barreira linguística, dificuldades económicas e preconceito racial no país de destino)⁽⁴⁾. Sublinhamos a importância fundamental do preenchimento deste eixo na anamnese das famílias migrantes, uma vez que se assevera a existência de stressores psicossociais e/ou ambientais.

CONCLUSÃO

A multiculturalidade exige uma abordagem holística e individualizada, incorporando diversos aspetos da identidade (background cultural, estatuto socioeconómico, género, orientação sexual, competências e filiação religiosa). A compreensão das necessidades específicas dos migrantes e abordagem numa perspetiva culturalmente sensível é essencial para fornecer cuidados de saúde mental de qualidade. Existem várias barreiras para a deteção de perturbações do neurodesenvolvimento em crianças imigrantes, o que poderá pôr em causa o acesso aos cuidados de saúde, diagnóstico e intervenção terapêutica. São necessários mais dados que caracterizem os desafios reais enfrentados pelos migrantes em questões de saúde mental, informação fundamental para a melhoria dos cuidados prestados a esta população, aspeto que exige a aplicação de políticas de saúde pública que considerem fatores culturais e socioeconómicos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Pordata. (n.d.). *Imigrantes permanentes: Total e por naturalidade*. <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+naturalidade-3256-292173>
- (2) Javier, J. R., Huffman, L. C., Mendoza, F. S., & Wise, P. H. (2010). Children with special health care needs: How immigrant status is related to health care access, health care utilization, and health status. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 567-579. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0487-9>
- (3) Ferguson, G. M. (2013). The big difference a small island can make: How Jamaican adolescents are advancing acculturation science. *Child Development Perspectives*, 7(4), 248-254. <https://doi.org/10.1111/cdep.12051>
- (4) Ang, W. (2017). Bridging culture and psychopathology in mental health care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 263-266. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0922-6>
- (5) Oppedal, B., Keles, S., Cheah, C., & Røysamb, E. (2020). Culture competence and mental health across different immigrant and refugee groups. *BMC Public Health*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8398-1>

- (6) Samand, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When individuals and groups of different cultural backgrounds meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 472-481. <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>
- (7) Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Westview.
- (8) Berry, John W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34.
- (9) Zeanah, C., Bakermans-Kranenburg, M., Barton, M., Berens, A., & Bernard, K. (2019). *Handbook of Infant Mental Health* (4th ed.). The Guilford Press.
- (10) Schmengler, H., Cohen, D., Tordjman, S., & Melchior, M. (2021). Autism spectrum and other neurodevelopmental disorders in children of immigrants: A brief review of current evidence and implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 12, e566368. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.566368>
- (11) Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment: Issues, evidence and implications for clinical actions. *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 456-473. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.02.002>