

SÍNDROME DA RESIGNAÇÃO

Thalita Zanatto Pinto;
(thazanatto@gmail.com)

Mateus Galli Novak;

Michelle Carminatti;

Alexandre Leal Laux

PALAVRAS CHAVE: Síndrome da Resignação; crianças refugiadas; psiquiatria infantil.

INTRODUÇÃO

Segundo os últimos dados da ONU sobre refugiados, atualmente, mais de 25,4 milhões de pessoas no mundo cruzaram fronteiras internacionais e receberam o status de refugiados, sendo que, desse número, 52% são crianças e adolescentes menores de 18 anos. Esses refugiados jovens tem uma probabilidade maior de vivenciar algum tipo de violência, seja no seu país de origem quanto na sua nação de destino, e podem vir a apresentar algum tipo de transtorno psiquiátrico como consequência do estresse e trauma vividos. Partindo dessa premissa, o presente estudo visa analisar a Síndrome da Resignação, uma desordem psiquiátrica recente, cujos afetados são, exclusivamente, crianças refugiadas.

PERCURSO TEÓRICO

A base de dados utilizadas foi a PUBMED e os descritores utilizados foram Resignation e Syndrome com o uso do booleano AND. Utilizou-se o filtro para artigos dos últimos 5 anos, sendo 11 o número de artigos resultantes da pesquisa, porém, conforme observou-se pelos títulos dos artigos encontrados, somente 3 artigos couberam à discussão do tema.

DISCUSSÃO

A síndrome da resignação, ou *upgivenhetssyndrom*, ou *pervasive refusal syndrome*, é uma condição psiquiátrica ameaçadora à vida, em que as crianças afetadas, durante o processo de espera da resposta sobre a permissão de abrigo permanente ou após descobrirem que serão deportadas, entram em um estado progressivo de apatia associado a recusa de se alimentar e de falar, com abatimento progressivo até chegarem em um estado semelhante ao coma, em que há redução significativa de função. Uma característica importante é que a incidência dessa condição engloba somente crianças refugiadas no aguardo da permissão de abrigo permanente ou que receberam ordem de deportação. Além disso, com exceção de alguns poucos casos recentemente descritos na Austrália, todas as crianças acometidas estão na Suécia, mesmo vivendo há anos nesse país e já acostumadas a língua e cultura locais.

Tal síndrome ocorre somente em crianças refugiadas, com maior prevalência nas que têm como origem países da ex-URSS e Ásia Central e que faziam parte de

minorias políticas e étnicas no seu país de origem A média de idade é de 12 anos, com pequena predominância em meninas.

Percebeu-se que há uma alta relação entre a síndrome e a vivência de experiências traumáticas: a violência no país de origem, podendo ser destinada a ela ou a algum familiar próximo; a perda ou separação de um parente e/ou o estresse da viagem pela sua vulnerabilidade perante atravessadores. Além disso, acredita-se que personalidades mais perfeccionistas e/ou condições psiquiátricas pré-existentes façam parte do rol de fatores de risco para essa condição.

Uma das teorias que explicam a fisiopatologia se baseia no “impasse” dos sistemas simpáticos e parassimpáticos superexcitados, que deixaria o paciente num estado de dormência e apatia, e, devido a enorme quantidade de energia demandada por esse uso simultâneo dos sistemas, resultaria em exaustão. Outra teoria inclui a impossibilidade de a família trabalhar ou de levar sua vida normalmente por conta da falta do visto de abrigo permanente. Assim, as famílias entrariam em um limbo de desesperança aprendida, o que drenaria e desvitalizaria tanto a família quanto a criança.

O quadro clínico dessa síndrome é complexo: inicia-se com uma apresentação prodrômica de várias desordens psiquiátricas e internamentos com motivos como apatia e recusa de alimentar-se e falar. Alguns sintomas secundários foram observados, como taquicardia, febre, ganho de peso, edema e atrofia muscular. Com a progressão da doença, a perda funcional da criança aumenta e chega-se ao ponto de necessitarem de uma sonda nasogástrica permanente, além da total dependência dos familiares para atividades básicas, como tomar banho, por conta da gravidade do quadro, que se assemelha a um quadro de coma.

Apesar da gravidade do caso, exames de imagem neurológicos não evidenciaram lesões. Observou-se em alguns casos a relação entre a síndrome e idealização e/ou tentativas de suicídio, sendo esse um dos motivos dos internamentos.

A “cura” completa dessa síndrome só ocorre quando é concedido à família o visto permanente. A partir dessa autorização, a recuperação da criança é de dias a meses. Enquanto não há resolução no processo de abrigo, o manejo e tratamento é o uso de sonda nasogástrica e o internamento em hospitais com profissionais especializados em cuidados infantis. É importante que a família também faça parte do tratamento, considerando que a ansiedade familiar pode ser um fator importante no desencadeamento, progressão e tratamento da síndrome. Notou-se pouca evidência no uso de medicações, com exceção nos casos do tratamento de outras comorbidades associadas, como depressão.

CONCLUSÃO

A síndrome da Resignação é uma condição psiquiátrica ameaçadora à vida exclusiva de crianças refugiadas no aguardo de uma resposta positiva para o abrigo permanente no país de destino. Traumas, condições psiquiátricas prévias e personalidades perfeccionistas são os fatores de risco. O quadro clínico tem progressão rápida e se assemelha a um quadro de coma. A única cura conhecida é a permissão de abrigo no país de destino.

REFERÊNCIAS:

NGO, Thinh; HODES, Matthew. Pervasive refusal syndrome in asylum-seeking children: Review of the current evidence. **Clinical child psychology and psychiatry**, p. 1359104519846580, 2019.

SANTIAGO, Iago Sávyo Duarte *et al.* Resignation syndrome in hidden tears and silences. **International journal of social psychiatry**. 2019.

THOMAS, Sandra P. Resignation Syndrome: Is it a New Phenomenon or is it Catatonia? **Issues in mental health nursing**. 2017.