



IDENTIFICAÇÃO E CUIDADOS NO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

IDENTIFICATION AND CARE OF ACCUMULATION DISORDER

IDENTIFICACIÓN Y CUIDADOS EN EL TRANSTORNO DE ACUMULACIÓN

Mariangelli Souza Gargiulo¹, Dayane de Aguiar Cicolella², Karina Amadori Stroschein Normann³, Ana Paula Hössel Garcia⁴

RESUMO

Objetivo: revisar a literatura científica, nacional e internacional, sobre a identificação e os cuidados no Transtorno de Acumulação, após a inclusão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). **Método:** revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e Science Direct, mediante os descritores Terapêutica, Transtorno de Acumulação, Sinais e Sintomas e a palavra-chave Acumulação Compulsiva. **Resultados:** 754 artigos publicados entre maio de 2013 e junho de 2016. Após critérios e leitura na íntegra, foram selecionados 11 artigos, dando origem a três categorias de análise. **Conclusão:** os estudos analisados apresentaram dúvidas quanto aos critérios e falhas na identificação social de indivíduos acumuladores. Faz-se necessária uma maior aproximação, com concepção ampliada, de forma a contemplar o acolhimento na rede de atenção em saúde, em virtude do desconhecimento da doença. **Descritores:** Transtorno de Acumulação; Sinais e Sintomas; Terapêuticas; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

ABSTRACT

Objective: to review the national and international scientific literature on identification and care in Accumulation Disorder after inclusion in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). **Method:** integrative review, performed in the LILACS, MEDLINE and Science Direct databases, using the descriptors Therapeutic, Accumulation Disorder, Signs and Symptoms and the keyword Compulsive Accumulation. **Results:** 754 articles published between May 2013 and June 2016. Following the criteria and reading in full, 11 articles were selected, giving rise to three categories of analysis. **Conclusion:** the studies analyzed presented doubts about the criteria and failures in the social identification of accumulating individuals. A closer approximation, with an expanded conception, is necessary in order to contemplate the reception in the healthcare network, due to the lack of knowledge of the disease. **Descriptors:** Hoarding Disorder; Signs and Symptoms; Therapeutics; Nursing Care; Nursing; Obsessive-Compulsive Disorder.

RESUMEN

Objetivo: revisar la literatura científica, nacional e internacional, sobre la identificación y los cuidados en el Trastorno de Acumulación, tras su inclusión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). **Método:** revisión integrativa, realizada en las bases de datos LILACS, MEDLINE y Science Direct, mediante los descriptores Terapéutica, Trastorno de Acumulación, Signos y Síntomas y la palabra clave Acumulación Compulsiva. **Resultados:** 754 artículos publicados entre mayo de 2013 y junio de 2016. Tras criterios y lectura íntegra, se seleccionaron 11 artículos, dando origen a tres categorías de análisis. **Conclusión:** los estudios analizados presentaron dudas en cuanto a los criterios y fallas en la identificación social de individuos acumuladores. Se hace necesaria una mayor aproximación, con concepción ampliada, para contemplar la acogida en la red de atención en salud, en virtud del desconocimiento de la enfermedad. **Descriptores:** Terapéutica; Trastorno de Acumulación; Signos y Síntomas; Atención de Enfermería; Enfermería; Trastorno Obsesivo Compulsivo.

¹Enfermeira, Centro Universitário Metodista/IPA. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: gargiulo.mari@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Centro Universitário Metodista/IPA. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: dayane.cicolella@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre, Centro Universitário Metodista/IPA. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: karina.stroschein@metodistadosul.edu.br; ⁴Profissional de Educação Física, Centro Universitário Metodista/IPA. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: anapaulahosselgarcia@gmail.com

INTRODUÇÃO

A inclusão do Transtorno de Acumulação (TA) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em 2013, elaborado pela American Psychiatric Association (APA), vem a elucidar uma psicopatologia até então apresentada com variação diagnóstica de outros transtornos mentais.^{1,2} Caracteriza-se pela dificuldade de desfazer-se de pertences, em consequência de uma forte percepção da necessidade de conservá-los e do sofrimento associado ao seu descarte.²

Antigamente, era visto como um sintoma do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), não sendo mais bem explicado pela presença de sintomas característicos de outros transtornos mentais.³ No manual DSM-5, é apresentado no capítulo do TOC e Transtornos Relacionados (TR), com diferenças importantes nos critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas. O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente obrigado a cumprir em resposta a uma obsessão. No TA, a percepção é da necessidade de guarda e sofrimento no descarte.²

Os indivíduos acometidos pelo TA, geralmente, não são reconhecidos como “doentes” pela comunidade e são referenciados aos serviços de saúde pública, muitas vezes, anos após a detecção do fenômeno. As consequências funcionais são o prejuízo das atividades básicas, como transitar e limpar a casa, fazer a higiene pessoal e até mesmo dormir.⁴ Diversos riscos à saúde, por condições sanitárias deficientes, podem ser observados. Há um prejuízo social por ser incapacitante, ameaçar a saúde e a segurança pública do próprio acumulador e de outras pessoas, como vizinhos e familiares.⁵

Destaca-se o fato de ser uma doença pouco explorada, pois, no passado, a acumulação não era considerada como conduta patológica.⁴ Tal fato, possivelmente, ocorre em detrimento do desconhecimento da patologia pelos profissionais e pela população em geral. Muitos são os casos de identificação quando já ocorreu urgência ou degradação ambiental como odor, infestação ou até mesmo a descoberta de cadáveres, sinalizada pela ausência prolongada dos indivíduos ou odor corporal.

Devido ao aumento da demanda nos serviços públicos de apoio às pessoas em

sofrimento psíquico, cabe avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação a essa patologia, uma vez que estudos de prevalência nacionalmente representativos do TA não estão disponíveis.² Por ser indicado um acompanhamento de uma equipe interdisciplinar, é importante verificar como os mesmos percebem os sujeitos comprometidos por esta patologia, pois estes indivíduos vivem, muitas vezes, isolados da sociedade.⁵

Ao se tratar de um transtorno ainda pouco conhecido, cabe avaliar os fatores desencadeantes. Nos últimos 30 anos, ocorreu um aumento da urbanização, das condições de trabalho estressantes, da violência, do abuso substâncias psicoativas, consumismos, dentre outras situações que promovem o adoecimento psíquico.⁶ A Reforma Psiquiátrica, por meio da Luta Antimanicomial, iniciada nos anos 70, propõe a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar, no qual ocorre a privação de liberdade e do exercício de singularidade e de cidadania. Surge a necessidade de uma lógica em rede de serviços abertos e comunitários que devem garantir, à pessoa com transtorno mental, o cuidado necessário para viver com segurança, em liberdade, no convívio familiar e social.⁷

A fim de contribuir com uma melhor investigação sobre a temática, pretende-se, com este estudo, revisar a atual literatura científica nacional e internacional sobre questões relacionadas à identificação e cuidados no Transtorno de Acumulação, após a inclusão no DSM-5.

OBJETIVO

- Revisar a literatura científica, nacional e internacional, sobre a identificação e cuidados no Transtorno de Acumulação, após a inclusão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

MÉTODO

A revisão integrativa é utilizada com destaque na prática baseada em evidências. A pesquisa integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Permite sumarizar pesquisas anteriores e delas obter conclusões gerais para analisar o conhecimento científico sobre o assunto a ser investigado.⁸⁻⁹

Com o intuito de operacionalizar essa revisão, foram utilizadas as seis etapas do processo de elaboração da revisão integrativa. A primeira etapa consistiu em estabelecer a

hipótese ou questão de pesquisa, realizando-se a escolha e definição do tema, objetivos, palavras-chave e o tema relacionado com a prática clínica. Nessa fase, a revisão de literatura foi norteada pelo seguinte questionamento: Como identificar e cuidar o indivíduo com Transtorno de Acumulação?

A segunda etapa consistiu na amostragem ou busca na literatura, estabelecendo os critérios de inclusão e exclusão, do uso de base de dados e da seleção dos estudos. A busca avançada reuniu dois descritores, ou descritores e palavras-chave simultaneamente. Foram considerados como critérios de inclusão: pesquisas em saúde, publicadas no período selecionado para a pesquisa, nos idiomas português, inglês e espanhol. Justifica-se o período inicial de busca estabelecido devido ao fato de que, em maio de 2013, foi lançada a 5ª edição do DSM-5, que apresenta o TA, pela primeira vez, em separado de outro transtorno. Quanto aos critérios de exclusão, foram levados em consideração: estudos de revisão, em duplicidade, sem resumos disponíveis e aqueles que, apesar de apresentar os descritores selecionados, não abordavam diretamente a temática proposta.

O período delimitado para a pesquisa foi de suma importância para obter estudos mais conclusivos e atuais, o que se obteve a partir do período de 2013. A busca dos artigos ocorreu nos meses de janeiro a março de 2016. Para a fase de coleta de dados, foram incluídas pesquisas em saúde, produzidas nacionalmente e internacionalmente, a partir de maio de 2013 até junho de 2016, publicadas em periódicos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Science Direct, sob a palavra-chave acumulação compulsiva e os descritores Terapêutica, Transtorno de Acumulação e Sinais e Sintomas. As bases de dados LILACS e MEDLINE foram intermediadas pelo acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Em seguida, utilizando-se a busca avançada para o cruzamento dos descritores e palavras-chave, filtraram-se os resultados pelos ícones: filtros selecionados, texto completo, base de dados (LILACS e MEDLINE separadamente), tipo de estudo, idioma, ano de publicação e tipo de documento. Na base de dados SCIENCE DIRECT, o acesso ocorreu direto no site. Nessa base de dados, o filtro utilizado foi o artigo com acesso livre de pagamento, ano e tipo de material de artigos.

A terceira etapa foi a categorização dos estudos, com a extração das informações, a

organização e sumarização das informações e a formação do banco de dados. Para tal, fez-se o uso do instrumento de coleta de dados específico e elaborado pelas autoras contendo título, autores, ano de publicação, periódico e o estudo. Este instrumento de leitura possibilitou sintetizar a temática, contribuindo para a fase exploratória da pesquisa. A quarta etapa consistiu na avaliação dos estudos incluídos na revisão, com a aplicação das análises estatísticas, inclusão/exclusão e análise crítica dos estudos selecionados.

Todavia, no intuito de avaliar criticamente os resultados oriundos dos estudos selecionados, analisou-se a classificação do nível das Evidências dos estudos selecionados a partir da Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos: 1 - revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; 2 - evidências de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7 - opinião de autoridades ou comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.

As publicações selecionadas para a análise foram traduzidas integralmente e criteriosamente, sendo, na sequência, catalogadas em um instrumento de organização para formar um banco de dados.¹⁰ Para a análise de dados, foi utilizado um instrumento contendo título do artigo, base indexada, país de origem, objetivo, metodologia, resultado e conclusão dos estudos, no intuito de organizar os estudos selecionados e viabilizar a fase analítico-descritiva. Desse modo, foi possível sintetizar os artigos incluídos, facilitando a categorização dos temas encontrados.

A quinta etapa deu-se com a interpretação dos resultados, a partir da discussão dos achados, propostas de recomendações e sugestões para futuras pesquisas. A sexta etapa, e última, resultou na síntese do conhecimento e apresentação da revisão, a partir da elaboração do resumo das evidências disponíveis e criação desse documento que descreve detalhadamente a revisão.¹⁰

RESULTADOS

A pesquisa proporcionou um resultado de busca de 754 artigos, nas três bases de dados que foram consultadas. Após a análise

criterosa, foram excluídas inúmeras publicações que se repetiam ou não condiziam com o tema da pesquisa ou, ainda, que atendiam aos critérios de exclusão.

A tabela 1 apresenta os resultados das buscas nas bases de dados selecionadas para o estudo.

Tabela 1. Resultado do cruzamento de descritores e palavras-chave, nas bases de dados selecionadas. Porto Alegre (RS), Brasil, 2017.

Descritores e Palavras-Chave	LILACS	SCIENCE	MEDLINE	TOTAL
Compulsive hoarding AND Hoarding disorder	3	4	52	59
Compulsive hoarding AND Therapeutics	0	14	0	14
Compulsive hoarding AND Signs and symptoms	0	6	42	48
Hoarding disorder AND Therapeutics	0	0	406	406
Hoarding disorder AND Signs and symptoms	1	6	220	227
Total	4	30	720	754

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

Na busca de resposta para a questão norteadora, foram selecionadas apenas 11 publicações, excluindo-se nove estudos pré-selecionados. Quanto ao ano de publicação, percebe-se expressividade numérica no ano de 2014, com sete artigos publicados, seguido do ano de 2013, com três publicações. Nos anos seguintes, ocorreu a diminuição gradativa dos artigos: em 2015 evidencia-se apenas um artigo e, em 2016, não foram encontradas publicações que se adequassem aos parâmetros propostos.

Durante a fase de coleta de dados, nos estudos pré-selecionados, destaca-se que foram encontrados, somente, dois artigos no idioma português. Tal situação reforça a ideia de que a temática é relativamente nova no Brasil. Em relação à metodologia, predominaram pesquisas de caráter qualitativo.

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados divide-se em três grandes eixos oriundos da categorização dos estudos: Epidemiologia e impacto na Saúde Pública, Identificação do Transtorno de Acumulação e Cuidados com o indivíduo acumulador.

◆ Epidemiologia e impacto da Saúde Pública

O comportamento de colecionar e acumular objetos encontra-se presente em todas as populações, variando entre aspectos de normal a patológico.¹¹ Estudos epidemiológicos sugerem que as pessoas acumuladoras geralmente vivem sozinhas, em situação de desemprego, com sobrepeso, baixa qualidade de vida e com problemas de relacionamentos sociais e habitação.¹²⁻³ O perfil é de indivíduos mais velhos, não casados, separados ou divorciados que, geralmente, enfrentam dificuldades

econômicas ou enfrentaram no decorrer da vida.¹⁴

O TA afeta ambos os gêneros e está associado às adversidades substanciais, porém, algumas pesquisas sugerem maior incidência em homens.^{12,15} Pode ser observado em diferentes culturas e com variação de idade para o início de sinais e sintomas. A prevalência estimada é de 2% a 6% na população em geral, apresentando maior gravidade em idosos.^{11,13,16} Estudos indicam piora progressiva do transtorno com o passar do tempo e da idade. Tipicamente, a desabilidade funcional aumenta na quarta ou quinta década de vida, ficando mais acentuada com os idosos.^{13,16-7}

A ajuda de familiares ou amigos, na organização dos objetos, pode minimizar a desabilidade dos espaços da casa e mascarar a gravidade do transtorno. A deficiência do *insight* do indivíduo acumulador e o desconhecimento pelos profissionais também acarretam uma subnotificação da doença.¹⁸ Impacta diretamente familiares e vizinhos, pois, algumas vezes, a desorganização é tão grande que pode prejudicar a comunidade ao redor, tornando-se um problema de saúde pública significativo.¹¹

A sujidade no domicílio é um dos marcadores de grau mais severo e a doença pode ser onerosa para vigilância em saúde.¹⁸ Além de todas as implicações clínicas que o transtorno acarreta, há a presença de problemas ocupacionais, como faltas frequentes ao trabalho devido à exacerbada preocupação com a perda dos itens acumulados.¹⁹

◆ Identificação do Transtorno de Acumulação

Inicialmente, o termo acumulação surgiu como terminologia científica para descrever o colecionismo de comida no comportamento dos animais, especialmente em roedores. Em

1960, o termo foi utilizado, pela primeira vez, para descrever o fenômeno psicopatológico em humanos. Em seguida, a acumulação foi progressivamente relacionada a uma variedade de transtornos psiquiátricos comórbidos como, por exemplo, o TOC e a Esquizofrenia. Posteriormente, surgiu a acumulação primária como um comportamento que inicia no começo da terceira década de vida, com a presença de *insight* diminuído, pouco interesse em receber tratamento e de pouca tentativa em resistir à compulsão.¹⁸

O DSM-5 reconhece o TA como diferente do TOC porque é caracterizado por persistente dificuldade de se desfazer ou se separar das posses, independente do seu valor real, com a percepção da necessidade de guardar itens e aflição associadas ao descarte dos mesmos. Isto resulta em acumulação de bens nas áreas habitadas, o que compromete a sua utilização pretendida. Indivíduos com sintomas de acumulação são conhecidos por ter tanta desordem na casa ao ponto de não poderem mais realizar as atividades diárias como cozinhar, limpar ou se deslocar pela mesma.^{11,19}

Até pouco tempo, o transtorno era considerado um subtipo do TOC, apesar de profissionais e pesquisas apontarem que ocorre separadamente. Porém, finalmente, com a inclusão no DSM-5, foi reconhecido como uma síndrome clínica por si só.^{15,17} No manual, a patologia é apresentada no capítulo do padrão obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, com as categorias especificadoras de aquisição excessiva e *insight* variado.¹⁸ Os três sintomas principais, comumente identificados, são a dificuldade no descarte, a desordem e a aquisição excessiva.¹¹

Pode decorrer de outros transtornos não tratados, pois, em média, 1/3 dessas pessoas, geralmente, não procura os serviços de saúde mental. Alguns familiares indicam que os indivíduos acometidos pela doença possuem fragilidades na autopercepção, acarretando em possibilidade de despejo do domicílio e a perda da guarda de dependentes menores de idade.¹⁴

Seus principais sintomas remetem à necessidade de coletar intencionalmente objetos ou animais, com uma dificuldade em desfazer-se dessas posses. Destacam-se características no transtorno como o consumismo, o desejo de organização, a falta do controle de impulsos, a ausência de limites e juízo crítico. As três principais formas de aquisição de objetos de forma são a compra compulsiva, a coleta livre e o furto.¹¹

Pode haver a presença de alguns eventos de infância em comum nos sujeitos com comportamento de acumular, como o uso da disciplina física e a presença de transtornos psiquiátricos por parte dos pais. Evidências indicam que os indivíduos que vivenciaram situações de trauma na infância desenvolvem sintomas mais precocemente quando comparados aos que possuem o mesmo diagnóstico sem traumas. Normalmente, a dificuldade em se desfazer de objetos e a desorganização consistem nos primeiros sintomas apresentados, seguidos da necessidade de aquisição de novos objetos e, por fim, do reconhecimento do sintoma como disfuncional.¹⁹

No entanto, o acumulador colecionador consegue manter um nível de organização maior relacionado ao ambiente onde vive. A diferença entre colecionadores e acumuladores colecionadores reside no fato de que os primeiros escolhem objetos específicos e desfazem-se de suas coleções, por dinheiro ou troca.¹² Acumuladores compulsivos seriam os indivíduos para os quais a obtenção de objetos desnecessários torna-se um comportamento repetitivo, constituindo uma forma de investimento, em uma tentativa de preservar o valor afetivo subjacente às coisas.

Acumuladores com características de consumismo compulsivo obtêm maior satisfação no acúmulo propriamente dito do que na possibilidade de desfrutar dos objetos adquiridos. Alguns pesquisadores têm a ideia de que acumuladores compulsivos teriam necessariamente passado por experiências de privação material em algum momento de suas vidas. E, sobretudo, esta estaria relacionada com experiências de privação emocional na infância.¹²

Outra categoria é a de acumuladores de animais, que são caracterizados como indivíduos que adquirem uma grande quantidade de animais, dezenas ou centenas, que podem ser mantidos em espaços inadequados ou em condições inseguras e insalubres. Por vezes, não conseguem satisfazer os cuidados básicos de que um animal precisa, mas seguem a mantê-los consigo. Esse acúmulo é movido por sentimentos de dó e compaixão para com os animais em situação de abandono e/ou maus-tratos. Apresentam dificuldade em livrar-se deles, mesmo após a morte dos bichos, o que acarreta sérios problemas de infestação de animais.^{12,19}

Indivíduos com TA podem ser frustrados por suas acumulações, mas não reconhecem a causa desse sofrimento como inerente à

dificuldade no descarte ou excessiva aquisição de objetos não necessários. A presença de um *insight* pobre ou variação no *insight* é uma característica que pode levar a uma relutância em procurar ajuda, fato este que resulta em pior resposta aos tratamentos. Estudos neuropsicológicos demonstram déficits na categorização, trabalho da memória, tomada de decisão, atenção e erro no processamento de informações, além de problemas na aprendizagem e, particularmente, no domínio visual.¹⁷

A acumulação é o resultado de um déficit de processamento de informação, dificuldades em formar ligações emocionais, evitação do comportamental social e crenças errôneas sobre a natureza das posses.¹⁸ Relativo ao novo diagnóstico, pesquisas sugerem que o transtorno seja incluído no CID-11 (Classificação Internacional de Doenças) em separado do TOC, pois características como o pobre *insight* e a gravidade da miséria doméstica são considerados especificadores do TA. A acumulação, geralmente, é descrita como uma condição com pobre *insight*, pois a pessoa acometida percebe os itens acumulados como uma extensão das mesmas.²⁰

Há uma crítica e uma discussão acerca da severidade do uso do critério da desordem, já que alguns conseguem continuar usando os espaços da casa conforme as suas funções e, outros, perdem a função dos espaços. Ambos os casos são considerados acumuladores, mas são raros os casos daqueles que conseguem organizar as posses e não desabilitam as residências.¹⁸

A acumulação é especialmente perigosa para os idosos devido ao aumento do risco de quedas, riscos de incêndio, má nutrição, má gestão da saúde e uso de medicamentos. Até hoje, os tratamentos comportamentais cognitivos padrões, para a acumulação na terceira idade, não se demonstram efetivos.²¹ A acumulação em idade avançada é uma condição psiquiátrica grave, com implicações significativas na saúde, pois indivíduos geriátricos com acumulação demonstram maior comprometimento nas atividades da vida diária e elevado número de complicações médicas.¹³

Em acumuladores moderados, foram relatadas dificuldades em encontrar itens importantes dentro de casa e ausência de hábitos como comer à mesa, utilizar a pia da cozinha ou, até mesmo, dormir na própria casa. Indivíduos com TA sentem-se menos satisfeitos com a sua segurança geral, sendo mais propensos a serem vítimas de crime. Na meia idade, chegam a perder, em média, sete

dias de trabalho por mês devido à doença.¹³ A dificuldade no descarte pode estar associada aos sintomas psicóticos, ao invés do sentimento intenso pelo objeto acumulado.¹¹

Eventos traumáticos e dificuldades de relacionamento podem estar associados com o início dos sintomas. O padrão de consumo excessivo de uma sociedade, que valoriza a aquisição de bens e o acúmulo, ou seja, uma sociedade moderna em adoecimento, também contribui para o número crescente de indivíduos com esta patologia.¹²

A sintomatologia do TA distingue-se do TOC em determinados aspectos. Embora o diagnóstico de TOC apresente semelhanças com o TA, umas das principais diferenças entre essas duas psicopatologias é que os sujeitos que acumulam não apresentam pensamentos intrusivos, rituais ou sentimentos de ansiedade ao se desfazerem dos objetos que possuem. Pelo contrário, eles sentem raiva, sintoma que não seria condizente com as características clínicas das obsessões definidas pelo DSM-5.¹⁸

Pesquisas concluíram que o comportamento de acumular constitui um diagnóstico cujo curso pode ocorrer concomitante a outros transtornos mentais, como Transtorno de Personalidade, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão, Demência, Esquizofrenia, TOC, Transtorno do Humor Bipolar, Fobia Social, entre outros.^{12,15}

Até a inclusão no DSM-5, os sintomas de acumulação eram frequentemente classificados como um espectro do TOC. As cognições expressas de muitos indivíduos que acumulam poderiam ser entendidas como obsessões caracterizadas por um medo de perder coisas e compulsões para adquirir e guardar objetos. Entretanto, vários fatores sugerem que a acumulação pode ser uma variação única ou, até mesmo, um transtorno inteiramente diferente do TOC, apesar da comorbidade frequente.¹⁹ Na prática, o que se verifica é que pode ocorrer concomitante com o TOC, mas, geralmente, em 60% a 80% dos casos, esses transtornos ocorrem independentemente um do outro.¹⁷

Pensamentos relacionados com acumulação podem ainda resultar em sentimentos de sofrimento e raiva, enquanto, no TOC, resultam em ansiedade. O comportamento de acumulação também é associado ao prazer e recompensa, enquanto que, no TOC, o comportamento leva ao alívio da ansiedade.^{12,19} O comportamento de acumulação piora a cada década de vida, enquanto que, no TOC, tende a aumentar e diminuir variando com o tempo.¹⁸

Em média, 40% dos pacientes com TOC apresentam algum nível de acumulação, no entanto, a maioria dos indivíduos com dificuldade de acumulação não exibe outros sintomas de TOC, incluindo obsessões e compulsões relacionadas à ansiedade.²⁰

A depressão aparece como sendo fator desencadeante que influencia na gravidade da acumulação. Neste caso, é apontada a importância em rastrear sintomas de acumulação entre os pacientes com sintomas depressivos proeminentes.¹¹

◆ Cuidados com o indivíduo acumulador

No TA, a abordagem mais aplicada é a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Trata-se de uma modalidade que consiste em um método focado, de caráter breve e com sessões estruturadas, com o objetivo de compreender a reestruturação do pensamento.¹⁷ O enfoque da TCC, para indivíduos acumuladores, consiste em modificar as crenças dessas pessoas sobre as suas posses, auxiliando-as na tomada de decisão e no desenvolvimento de estratégias para diminuir a frequência dos hábitos de coleta. Destaca-se a presença de pensamentos mágicos, distorcidos ou catastróficos acerca de desfazerem-se de suas posses.¹²

A Entrevista Motivacional (EM) e a Redução de Danos (RD) também são comuns ao tratamento, pois enfocam distorções cognitivas relacionadas com o medo do descarte e a forte vontade em adquirir. A EM busca diminuir a ambivalência para o tratamento, ao identificar áreas de desabilidade. Já a RD reduz a desabilidade causada pelos sintomas e promove a melhora na qualidade de vida.¹⁷ Mas, para o sucesso de qualquer abordagem, é importante que os critérios diagnósticos estejam claros, sendo que isso ainda é discutido em relação ao TA.¹⁸

A combinação de tratamentos, que apresenta êxito para o TA, é a aplicação de Reabilitação Cognitiva Combinada (RCC) com a TCC, pois ambas promovem a habituação ao sofrimento causado pelo descartar ou não adquirir de posses. A RCC e a reorganização ao descarte é um tratamento viável, aceitável e promissor, com redução significativa na gravidade da acumulação.²¹

Portanto, aponta-se a importância de os profissionais realizarem visitas em domicílio e entrevistas clínicas para avaliar a gravidade do transtorno, pois o critério de desordem e aglomeração só deve funcionar quando se tem acesso à casa do indivíduo acumulador.¹⁴ As abordagens a serem utilizadas devem incluir a prevenção de recaídas para atingir resultados promissores. Sugere-se a formulação de um

modelo cognitivo específico para o TA, com um plano terapêutico adequado para essa patologia.¹²

Quanto às intervenções psicofarmacológicas, estão indicadas as focadas nos inibidores seletivos de recaptção de Serotonina, Benzodiazepínicos e Antidepressivos atípicos, que também produzem melhoras significativas nos sinais e sintomas. No entanto, o tratamento farmacológico tem sido baseado e modificado a partir dos tratamentos atuais para o TOC, uma vez que foi recentemente reconhecido o transtorno e testes com fármacos ainda são realizados.¹⁷

Recomenda-se o estabelecimento de uma rede de atenção com ênfase no Projeto Terapêutico Singular do indivíduo com TA. Trata-se de um desafio para profissionais, gestores e outros atores envolvidos para uma atenção à saúde qualificada.¹⁹ Sugere-se que sejam estabelecidos grupos de trabalho, com encontros para o fortalecimento do indivíduo na comunidade. Também se fazem necessárias intervenções do serviço público de coleta de lixo, do controle de pragas e de assistência jurídica.¹²

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa evidencia que ainda são poucos os estudos conclusivos quanto aos critérios diagnósticos e terapêuticos no TA. No entanto, é possível observar uma necessidade em divulgar a patologia, a fim de que os indivíduos acometidos sejam identificados pelos profissionais de saúde.

Sem uma ampliação do cuidado desse transtorno, os indivíduos acometidos pela doença continuarão sendo ignorados e taxados como “desleixados”. Em diversas realidades, ainda há fragilidades em relação ao entendimento da doença, altamente debilitante, e que causa sofrimento.

Ressalta-se que, em sua grande maioria, pessoas com TA são tardiamente identificadas e fazem o uso do sistema público de saúde quando já estão acometidas por diversas comorbidades associadas. Além disso, está presente o fato de que as habitações podem ser foco de infestações por roedores e insetos, que podem potencializar a disseminação de doenças na comunidade.

Outra questão que se observa dá-se no fato de que outros setores, relacionados à saúde, como o meio ambiente e a Justiça, desconhecem o transtorno. Tal situação sugere que acometidos pela acumulação sejam simplesmente condenados a tomar

providências, muitas vezes, sem considerar a singularidade e a realidade do indivíduo.

Nesse sentido, é possível constatar que não há dados suficientes que enfatizem a realidade brasileira de acumuladores, sendo necessário o desenvolvimento de novos trabalhos acadêmicos que identifiquem essa realidade específica, muitas vezes, mascarada pelo simples desconhecimento e estigmatização da doença.

Faz-se necessária uma maior aproximação dos profissionais com concepção ampliada de cuidados ao indivíduo acumulador. Por vezes, há dificuldades dos profissionais em realizar o cuidado em saúde que contemple o acolhimento na rede de atenção em saúde, em virtude do desconhecimento da doença. Sugere-se que novos estudos, voltados ao transtorno de acumulação, sejam desenvolvidos, pois poderão fortalecer as equipes de saúde no manejo e cuidado aos indivíduos diagnosticados com a patologia.

REFERÊNCIAS

1. Losano ER, Ortiz FC, Blasco NG, Sáez Antón M, Gutiérrez F, Pérez C. Características sociodemográficas de lãs personas com conduta acumuladora/transtorno por acumulación (s. de diógenes) em la ciudad de Madrid: serie de casos. *Rev asoc espan neur*. 2014 Sept;34(124):665-81. DOI: 10.4321/S0211-57352014000400002
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Samuels JF, Bienvenu JO, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD collaborative genetics study. *Behav Res Ther*. 2007 Apr;45(4):673-86. DOI: 10.1016/j.brat.2006.05.008
4. Almeida R, Ribeiro O. Síndrome de Dyógenes: revisão sistemática da literatura. *Rev port saúde pública*. 2012 Sept;30(1):89-99. DOI: 10.1016/j.rpsp.2012.03.004.
5. Stumpf BP, Rocha FL. Síndrome de diógenes. *J bras psiquiatr*. 2010;59(2):156-59. DOI: 10.1590/S0047-20852010000200012
6. Lima RVM, Pedrão LJJ, Miaso AI, Costa Junior ML. Papéis, conflitos e gratificações de enfermeiro especializado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev eletrônica enferm*. 2012 Jan/Mar;14(1):59-67. DOI: 10.5216/ree.v12i2.10358
7. Ministério Público Federal (BR), Procuradoria Federal dos direitos do cidadão. Cartilha direito à saúde mental 2006 [Internet]. Brasília: MS; 2006 [cited 2015 Jun 15]. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/
8. Cooper HM. The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills: Sage Publications; 1984.
9. Sobral FR, Campos CJG. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. *Rev esc enferm USP*. 2012 Feb;46(1):208-18. DOI: 10.1590/S0080-6234201200010002
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto-enferm*. 2008 Dec;17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
11. Ong C, Sagayadevan V, Lee SP, Ong R, Chong SA, Geada RO, et al. Hoarding among outpatients seeking treatment at a psychiatric hospital in Singapore. *J obsessive-comp rel dis*. 2016 Jan;8:56-63. DOI: 10.1016/j.jocrd.2015.12.002
12. Schmidt DR, Della Méa CP, Wagner MF. Transtorno da acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *Reva CES psic [Internet]*. 2014 Jul/Dec [cited 2017 Sept 29];7(2):27-43. Available from: www.scielo.org.co/pdf/cesp/v7n2/v7n2a04.pdf
13. Ayers CR, Ly P, Howard I, Mayes T, Porter B, Iqbal Y. Hoarding severity predicts functional disability in late-life hoarding disorder patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 July;29(7):741-46. DOI: 10.1002/gps.4057
14. Nordsletten A, Reichenberg A, Hatch SL, De la Cruz LF, Pertusa A, Hotopf M, et al. Epidemiology of hoarding disorder. *The british j psych*. 2013 Dec;203:445-52. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130195
15. Rodriguez CI, Simpson HB, Liu SM, Levinson A, Blanco C. Prevalence and correlates of difficulty discarding: results from a national sample of the U.S. population. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Sept;201(9):1-17. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a21471
16. Diefenbach GJ, Di Mauro J, Geada R, Steketee G, Tolin DF. Characteristics of hoarding in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Oct;21(10):1043-47. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.01.028
17. Mathews CA. Hoarding Disorder: More than Just a problem of too much stuff. *J Clin Psychiatry*. 2014 Aug;75(8):893-94. DOI: 10.4088/JCP.14ac09325
18. Fontenelle L, Grant JE. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? *Rev Bras*

Psiquiatr. 2014;36:28-39. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1269

19. Bloch MH, Bartley CA, Zipperer L, Jakubovski E, Landeros-Weisenberger A, Pittenger C, et al. Meta-analysis: hoarding symptoms associated with poor treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Mol psyc.* 2014 June;19(9):1025-30. DOI: 10.1038/mp.2014.50

20. Morein-Zamir S, Pappmeyer M, Pertusa A, Chamberlain SR, Fineberg NA, Sahakian BJ, et al. The Profile of executive function in OCD hoarders and hoarding disorder. *Psychiatry res.* 2014 Mar;215(3):659-67. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.12.026

21. Ayers CR, Saxena S, Espelho E, Twamley EW, Granholm E, Wetherell JL. Novel treatment for geriatric hoarding disorder: An open trial of cognitive rehabilitation paired with behavior therapy. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014 Mar;22(3):248-52. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.02.010

Submissão: 24/04/2017

Aceito: 20/10/2017

Publicado: 01/12/2017

Correspondência

Mariangelli Souza Gargiulo

Rua Landel de Moura, 1081/202

Bairro Tristeza

CEP: 91920-150 – Porto Alegre (RS), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(12):5028-36, dec., 2017