

**Transtorno de acumulação
compulsiva de idosos:
Possibilidades de cuidados e
questões de saúde pública**

*Disorder of compulsive hoarding elderly:
Possibilities of care and
public health issues*

Eliana Novaes Procopio de Araujo
Vandymeire Gonçalves Santos

RESUMO: Este artigo relata o fenômeno do aumento do índice do transtorno de acumulação compulsiva por parte de pessoas idosas, que são fascinadas e controladas pelas coisas, objetos, animais e, em alguns casos, tornando suas próprias casas espaços inabitáveis, em função da quantidade de itens que guardam. O transtorno de acumulação compulsiva se caracteriza como uma doença com necessidade de intervenção. O aumento significativo de casos do transtorno de acumulação compulsiva por idosos foi detectado por meio de visitas realizadas pelo Núcleo de Apoio à Atenção Saúde da Família (NASF). O relato aborda a compreensão da temática do assunto e relata possibilidades de cuidados e enfrentamento aos desafios na atenção subjetiva da pessoa idosa e questões de saúde pública.

Palavras-chave: Transtorno de Acumulação Compulsiva; Pessoa Idosa; Saúde Pública.

ABSTRACT: *This article describes the phenomenon in the increase of the index of compulsive hoarding disorder on the part of older people who are fascinated and controlled by things, objects, animals and in some cases making their homes uninhabitable spaces depending on the amount of items that hold. The compulsive hoarding disorder is characterized as a disease in need of intervention. The significant increase in cases of compulsive hoarding disorder for the elderly was detected through visits by the Center for Support to Family Health Care (NASF). The report shows the understanding of the subject and thematic reports possibilities of care and coping with the challenges in the subjective mind of the elderly and health issues public.*

Keywords: *Disorder of Compulsive Hoarding; Elderly; Public health.*

Introdução

O Brasil está envelhecendo; hoje não é mais um país de jovens, pois a taxa de natalidade tem diminuído, enquanto a longevidade tem aumentado. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) prevê um aumento ainda maior da população com mais de 60 anos, estimando que, em 2050, existirão cerca de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estimativas (OMS, 2000) apontam que haverá cerca de 34 milhões de idosos em 2025, com predominância para a faixa etária acima de 80 anos. Além disso, em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2008), de modo que o número de idosos no Brasil já é um dos maiores do mundo.

A velhice é condição subjetiva, heterogênea, multidimensional, e pode variar de indivíduo para indivíduo, ocorrendo de modo gradativo para uns e mais rápido para outros; tais variações são dependentes de vários fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas, doenças crônicas entre outras. Dessa maneira, abordar o tema envelhecimento é abrir o leque de interpretações que se entrelaçam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes. Em muitas situações, junto ao processo de envelhecimento, o indivíduo vivencia outras situações, as quais estão relacionadas às demandas de saúde (Caetano, 2006).

Uma das mais recorrentes intercorrências tem sido a acumulação compulsiva, ou acumulação patológica, que é a aquisição ou coleta de bens ou objetos descartados, como lixo, e a incapacidade de descartá-los, mesmo quando são inúteis, perigosos ou insalubres. A acumulação compulsiva caracteriza-se pelo isolamento social, diminuição da mobilidade e interferência nas atividades da vida diária, como tomar banho, dormir, comer e limpar (Lyz, 2011).

Acumuladores compulsivos são pessoas que aparentam levar uma vida comum até que se adentre pelo ambiente em que vivem. Suas residências são transformadas em verdadeiros depósitos de lixo, abarrotados de objetos, geralmente em completa desordem e até acúmulo de animais. São popularmente chamados colecionadores de velharias, tralhas, animais e de lixo, e possuem pouca consciência em relação ao problema (Acumuladores Compulsivos, 2014).

O transtorno de acumulação ocorre através do desenvolvimento inconsciente de compulsões de comprar, recolher, amontoar e acumular, que está muito além da dimensão consciente e da vontade controlada do sujeito. Ainda não está claro em termos médicos se a acumulação compulsiva é um transtorno isolado ou sintoma de outro problema como o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Fazio, 2013).

Pesquisas relatam que 4% da população mundial apresenta esse transtorno, sendo conhecida, equivocadamente e muitas vezes, como doença de pessoas idosas. Acomete, porém, indivíduos de ambos os sexos, de todas as classes sociais, mas também adultos e jovens, associados a um determinado diagnóstico neuropsicopatológico, apontando para um forte declínio cognitivo, social, físico e funcional (Lyz, 2011).

O aumento significativo de casos do transtorno de acumulação compulsiva por idosos foi detectado por meio das visitas domiciliares realizadas pelo Núcleo de Apoio a Atenção Saúde da Família (NASF) ¹.

¹ O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Uma unidade do NASF deve ser constituída por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas, sim, de apoio às equipes de SF.

Este relato objetiva aprofundar o conhecimento sobre este transtorno e refletir sobre possibilidades de cuidados através do Projeto Terapêutico Singular ao Idoso, além de discutir os desafios ao enfrentamento de questões de saúde pública.

Metodologia

A metodologia desenvolveu-se com delineamento qualitativo descritivo, e estratégia de observação participante durante as visitas às residências de idosos que geralmente moravam sozinhos.

Segundo Minayo (2004), a abordagem qualitativa permite aprofundar os significados das ações e relações humanas, e desvendar o fenômeno e suas origens, captando os distintos significados da inserção na vida de cada sujeito. Esta técnica pode ser definida como um processo, pelo qual o investigador se situa como observador social, tendo como meta uma investigação científica.

Essa forma de investigação privilegia a subjetividade dos indivíduos e promove com seriedade e flexibilidade um trabalho criativo e embasado na seriedade científica (Minayo, 2004).

As intervenções do NASF têm como documento norteador o Caderno de Atenção Básica n.º 27, da série As normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, que criou núcleos de apoio à saúde da família, reforçando a territorialização e a regionalização em saúde.

Este trabalho desenvolveu-se no NASF Cocaia, no Município de Guarulhos (SP), que atende o distrito de saúde Cocaia, composto de três unidades, com uma população total de 118 mil habitantes. A equipe é composta por duas assistentes sociais, dois psicólogos, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e um educador físico. O cronograma é feito junto à unidade e, a cada dia da semana, o foco é uma unidade, com flexibilidade de mudança, de acordo com a demanda da unidade; geralmente reserva-se o período da manhã ou da tarde para realizar o matriciamento, com os demais horários destinados a atendimentos individuais, em grupos, visitas domiciliares, matriciamento com especialidades e visitas institucionais, sendo que estas atividades podem resultar em intervenções compartilhadas com profissionais do NASF, da unidade ou da rede intersetorial.

As intervenções ocorrem com discussões em matriciamento, que acontecem por área, sendo cada semana uma área, nos quais há participação de todos os profissionais do NASF: enfermeiro, agente comunitário, médico, auxiliar de enfermagem e farmacêutico; nesta discussão, a equipe apresenta os casos com um acolhimento já por ela realizado e quando se define como a família será atendida, quais os profissionais de referência e se o atendimento será na unidade ou visita domiciliar; ou seja, é quando se elaboram, conjuntamente, as ações do Projeto Terapêutico Singular.

As visitas domiciliares são sempre realizadas com profissional da unidade, pois este será a referência naquela unidade para a família envolvida. O trabalho realizado durante as visitas familiares foi acompanhado pela observação participante das pesquisadoras, no período de 2013 a 2014.

Pessoa Idosa

Para a OMS (2006), o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos em nações desenvolvidas e 60 anos em países emergentes. No entanto, esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisa, pois o processo de envelhecimento depende de três classes de fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais.

Beauvoir (1999) sustenta que o envelhecimento “tem, sobretudo, dimensão existencial; como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com sua história, revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais”. São esses fatores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e as instalações de doenças e de sintomas característicos da idade.

Os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida, sendo chamados de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões².

² Moraes, E.N.de, Moraes, F.L.de, & Lima, S.de P.P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *RMMG-Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), p. 68.

A senescência caracteriza-se como um fenômeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, que pode ser considerado como um envelhecimento saudável, no qual o declínio físico-mental é lento, sendo compensado, de certa forma, pelo organismo (Simões, 1994).

A ideia de que a velhice é dominada pela doença nem sempre se mostra como realidade, pois, mesmo existindo perdas, tanto no nível biológico e econômico, como no social e psicológico, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece a pessoa idosa envelhecer bem na senescência.

Verifica-se, no envelhecimento senil, que, além das condições físicas sofrerem as alterações intrínsecas ao tempo, a senilidade é geralmente acompanhada de desorganização mental e dificuldades em todas as partes do corpo, como sistema cardiovascular, respiratório, sistema urinário e imunológico, os quais também sofrem alterações.

A senilidade caracteriza-se pelo declínio físico associado à desorganização mental; ela não é exclusiva da idade avançada e pode ocorrer prematuramente, pois se identifica com uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável pelas alterações na coordenação motora, a alta irritabilidade, além de uma considerável perda de memória (Duarte, 2008).

A senilidade, por suas características debilitantes pode também levar a pessoa idosa à depressão, sendo que algumas não conseguem lidar com as dificuldades apresentadas no dia a dia, perdendo a autonomia e ficando, de certa forma, dependentes de outras pessoas para realizar atividades e tarefas simples; essa dependência pode surgir por várias questões de doenças e comorbidade que atingem o idoso (Laurell, 1983).

Transtorno de Acumulação Compulsiva

O termo em língua inglesa *hoarders* compreende aquelas pessoas com desejo compulsivo de adquirir objetos – a síndrome de Diógenes; ou animais – a síndrome de Noé; tais indivíduos possuem uma dificuldade patológica em se desfazerem dessas posses, mesmo não apresentando mais utilidade e causando desorganização, isto é, os acumuladores excessivos tendem a guardar objetos que, para a maioria das pessoas, seriam considerados inúteis (APA, 2013; Lima, 2011; Pertusa, *et al.*, 2010).

O cérebro dos acumuladores compulsivos reage de maneira diferente em relação a outros indivíduos, quando estimulados a descartarem objetos, geralmente manifestando ativação excessiva no córtex cingulado anterior, região do cérebro envolvida na tomada de decisões, principalmente julgamentos que envolvam informações conflituosas e falta de certeza (Tolin, *et al.*, 2012).

A atividade também se mostrou elevada na ínsula, região que monitora o estado emocional e físico; essa região está envolvida em sensações como nojo, vergonha e outras fortes emoções negativas. Juntas, essas regiões ajudam o indivíduo a decidir sobre a importância dos objetos (Tolin, *et al.*, 2012).

Os acumuladores são fascinados e controlados pelas coisas e objetos, tornando em alguns casos suas casas espaços inabitáveis, em função da quantidade de itens que guardam (APA, 2013; Lima, 2011).

A acumulação compulsiva é um transtorno emocional com fortíssima repercussão comportamental e cognitiva, caracterizada por recolhimento excessivo e pela incapacidade em descartar coisas, geralmente sem utilidade; o comportamento de acumulação compulsiva geralmente causa, para a pessoa que sofre da doença e também para os membros da família, prejuízo emocional, social, financeiro, físico e até mesmo legal. Algumas pessoas acumuladoras compulsivas podem não ter senso crítico da anormalidade e morbidade de sua atitude, mas, não obstante, seu comportamento costuma ser angustiante para outras pessoas, como por exemplo, para familiares, vizinhos e amigos (Ballone, 2013).

Em virtude de seu comportamento, os acumuladores frequentemente acabam envolvidos em medidas judiciais, a fim de reverter o quadro instalado pelo acúmulo de coisas no local onde vivem. Trata-se de ambientes entulhados e com odores insuportáveis, os quais impedem o desempenho de atividades básicas relacionadas à alimentação, ao sono e à higiene. Em muitos casos, essas pessoas podem ser ameaçadas de despejo ou ainda serem legalmente impedidas de cuidar de sua prole (APA, 2013; Lima, 2011; Tolin, *et al.*, 2012; Winsberg, Cassic, & Koran, 1990). Além disso, estes acabam se isolando e vivendo sozinhos, relatando que não se sentem confortáveis quando outros sujeitos frequentam sua residência (APA, 2013).

Quanto à prevalência, a maioria dos pacientes portadores da acumulação compulsiva tende a ser do sexo feminino e em idade mais madura.

Na psiquiatria da infância e adolescência, observa-se a mesma predileção, com prevalência de 53% de meninas *versus* 36% de meninos (Mataix-Cols, 2008). No entanto, Mueller, *et al.* (2009) afirmam que não existe diferença entre gêneros para este transtorno.

Estudos epidemiológicos têm apontado que acumuladores normalmente vivem sozinhos, desempregados e estão acima do peso, apresentando baixa qualidade de vida (Frisham, & Norberg, 2010). Alguns estudos apontam que este comportamento disfuncional pode se iniciar desde a infância e adolescência, intensificando a partir da meia-idade (APA, 2013; Frost, & Gross, 1993; Grisham, & Norberg, 2007; Mataix-Cols, *et al.*, 2008; Pertusa, *et al.*, 2008).

Os pacientes iniciam esse comportamento na infância e adolescência, mas a progressão do acúmulo ao longo da vida e o conseqüente aumento do volume de itens guardados só se dá na vida adulta, pois, quando pequenos, ainda possuem baixa autonomia para comprar e reunir objetos. O início dos sintomas na terceira idade está relacionado a transtornos mentais orgânicos e demências (Morikawa, 2014).

O *hoarding* compreende uma síndrome não classificada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2002) e pela classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), mas, em termos de sintomatologia, assemelha-se em alguns aspectos ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). No entanto, uma das diferenças entre o Transtorno de Acumulação e o TOC é o fato de que os acumuladores não apresentam pensamentos intrusivos ou rituais (Mataix-Cols, *et al.*, 2008; Pertusa, *et al.*, 2008; Pertusa, *et al.*, 2010; Steketee, & Frost, 2003; Valente, 2009).

Há uma tendência em aceitar a hipótese de a acumulação compulsiva ser uma síndrome apartada do TOC, mas com alta comorbidade com ele e com outras patologias emocionais, como, por exemplo, quadros fóbico-ansiosos e depressivos (Samuels, *et al.*, 2007). Alguns autores relataram que pacientes com acumulação compulsiva grave nem sempre satisfazem os critérios de diagnóstico para o TOC (Grisham, & Norberg, 2007).

Atualmente, o Transtorno de Acumulação Compulsiva está classificado isoladamente no DSM-5 (Classificação Norte-Americana de Psiquiatria), de acordo com a hipótese de tratar-se de um distúrbio distinto do TOC, diferentemente do que se pensava anteriormente.

Por outro lado, a acumulação compulsiva pode ser um sintoma de certos casos de TOC, quando recebe a designação de “coleccionismo”, aparecendo em 15% a 40 % dos pacientes. Em cerca de 5% dos casos de Transtorno de Acumulação Compulsiva a doença é incapacitante (Rasmussen, & Eisen, 1992).

Segundo critérios de diagnóstico da DSM-5, os sintomas da doença são suficientes para causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes, incluindo a incapacidade para manutenção de um ambiente satisfatório para si e/ou para os outros.

Embora a acumulação compulsiva não seja uma perturbação mental presente desde sempre na vida da pessoa, alguns traços de personalidades cumulativas e comuns nesse transtorno podem ter existido precocemente. Em momento oportuno, eclode a doença, seja depois da morte de um familiar, diante de dificuldades econômicas, de conflitos pessoais ou profissionais, enfim, depois de uma experiência vivencial mais traumática (Ballone, 2013).

A seguir, o detalhamento dos dois tipos de acúmulos característicos do Transtorno de Acumulação Compulsiva – a Síndrome de Diógenes e a Síndrome de Noé.

Síndrome de Diógenes

A Síndrome de Diógenes recebeu essa designação em homenagem a Diógenes de Sínope, filósofo grego representante do cinismo; o cinismo é uma corrente filosófica que prega o desapego aos bens materiais, por acreditar que a felicidade não depende de nada externo à própria pessoa. Diógenes, o filósofo que vivia como um cão e morava em um barril, tinha como únicos bens uma túnica, um cajado e uma tigela, simbolizando desapego e autossuficiência perante o mundo. Esse epônimo tem sido criticado por duas razões, a saber: (1) diferentemente dos portadores da síndrome, Diógenes não acumulava objetos; (2) pacientes com Síndrome de Diógenes tendem ao isolamento não por desejarem ser autossuficientes, mas por desconfiança e rejeição ao mundo externo (Stumpf, & Rocha, 2010).

De acordo com Ballone (2013), alguns importantes sinais da Síndrome de Diógenes, para se efetuar um diagnóstico, seriam:

- recolher e acumular excessivamente bens e objetos que a maioria das pessoas joga fora, tais como sucatas ou lixo, embalagens, jornais velhos etc., e amontoá-los em pilhas;

- incapacidade ou grande dificuldade, angústia e indecisão ansiosa, associadas às tentativas e às solicitações para descartar os objetos acumulados;

- viver em condições precárias de salubridade e em desorganização por conta do acúmulo excessivo de bens e objetos, além de não permitir que alguém arrume ou limpe tal desorganização;

- desvirtuar o espaço da casa de sua real finalidade a qual se destina (cozinha para cozinhar, banheiro para tomar banho, quarto para dormir etc.) para ocupá-lo com os objetos acumulados;

- negar que seja exagerado o acúmulo compulsivo, ter vergonha e constrangimento deste hábito e, mesmo assim, não conseguir controlar o impulso.

Ainda de acordo com Ballone (2013), os sintomas causam sofrimento e/ou prejuízo significativo em áreas sociais, ocupacionais, ou outras importantes de funcionamento da pessoa. Uma das recomendações dos manuais de classificação com finalidade de avaliar a gravidade do quadro é sobre o juízo crítico e a noção da morbidade que o portador do transtorno tem sobre sua situação.

A incidência anual da Síndrome de Diógenes é de 5 para cada 10.000 entre aqueles acima de 60 anos que residem sozinhos ou com familiares, sendo que pelo menos a metade é portadora de demência ou algum outro transtorno psiquiátrico. A síndrome acomete indivíduos pertencentes a todas as classes sociais e parece ser igualmente prevalente entre homens e mulheres. Apesar de ser conhecida como uma doença da terceira idade, existem relatos de Síndrome de Diógenes em adultos jovens (Stumpf, & Rocha, 2010).

Síndrome de Noé

Existe, igualmente, uma variante da Síndrome de Diógenes, a denominada Síndrome de Noé.

Nela, os indivíduos mantêm diversos animais em casa em péssimas condições de higiene e limpeza; os animais vivem doentes e muitos chegam ao óbito, pela deficitária condição a que são submetidos. Vivem em ambientes acumulados de detritos infectos, fezes e urina, ou seja, a casa passa a ser um criadouro de germes e bactérias nocivas à saúde de humanos e de animais (Oliveira, 2011).

A diferença entre um cuidador de animais e um acumulador está na quantidade, finalidade, e qualidade de vida dos animais. O cuidador tem um espaço próprio para os seres vivos, além de condições de higiene e alimentação adequadas à espécie; já um acumulador tem os animais como parte de sua vida, vivendo em condições insalubres, pois as partes de sua casa não podem mais ser utilizadas para o fim pretendido, pelo excesso de animais espalhados. A cozinha ou o dormitório, por exemplo, estão ocupados por animais em toda a parte, os quais recebem cuidados insatisfatórios (pouca comida), proliferando doenças por falta de assistência veterinária. Geralmente, amigos e parentes consideram que a pessoa “passou dos limites” e chegam a evitar visitá-la, em consequência do mau odor, da sujeira e da falta de espaço (Fazzio, 2013).

Os acumuladores de animais, geralmente são movidos pela paixão nutrida por animais ou pela compaixão diante de seu estado de abandono ou maltrato (Lima, 2011). Um estudo recente de Patronek, como citado em Morikawa, 2014, que avaliou acumuladores de animais, quantificou que 78% deles viviam em condições sanitárias extremamente precárias e gravemente amontoados. Percebe-se que há uma dificuldade na relação de vínculo com familiares e/ou amigos, especialmente devido ao forte mau-odor da residência. No entanto, para o profissional, há a necessidade de se ignorar essa situação para conseguir traçar um plano de cuidado junto ao acumulador.

Tipos de Tratamento

O tratamento para o portador de acumulação pode representar um desafio, uma vez que significa tentativa de mudança de comportamento, que pode perdurar quase toda a vida. Alguns colecionadores simplesmente sentem vergonha de procurar ajuda; outros entram em pânico quando veem pessoas descartando seus “tesouros” (Stephen, 2003).

O objetivo do tratamento para acumuladores é tentar melhorar a apresentação sintomática sem ter que retirar o paciente do meio em que vive, exceto em condições de extremo risco ou incapacidade. A estratégia trabalhada com o paciente é a de redução de danos, também muito utilizada em tratamentos para dependentes químicos, a qual pode demorar meses a anos para ter eficácia nos casos de acumuladores (Morikawa, 2014).

Consoante Vilela e Mendes (2003, p. 530), o tratamento busca uma

nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, orientada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde e que deve atuar sobre os nós críticos dos problemas, baseado em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial.

Com efeito, para um acumulador compulsivo, não há nada de errado em sua atitude, sintoma que faz parte da doença. Atualmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental talvez seja a mais indicada para o problema, combinada ou não a uma medicação antidepressiva.

Essa terapia concentra-se em localizar as causas da acumulação compulsiva, sendo as raízes da ansiedade; ao fazê-lo, é possível mudar aos poucos o pensamento da pessoa afetada. Durante o tratamento, é feito um trabalho individual com o paciente, para que ele aprenda organizar suas posses e decidir o que deve ser descartado e desenvolver habilidades nas tomadas de decisões e relaxar. São propostos, ao acumulador, a participação em terapia de grupo e o recebimento de visitas periódicas de um especialista em sua residência. O tempo da terapia é variado, mas pode durar anos dependendo do caso, e exige grande dedicação do paciente em seu processo de recuperação, mas permite que um acumulador compulsivo retome ou aprenda hábitos de uma vida normal (Fazzio, 2013)

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Através das visitas realizadas pelo Núcleo de Apoio à Atenção Saúde da Família (NASF) no Distrito do Cocaia, em Guarulhos (SP), verificou-se um aumento significativo de casos de acumulação especialmente em pessoas idosas.

Diante da explanação sobre o processo de envelhecimento, entendemos que a singularidade individual torna-se mais real, quando se avaliam todas as dimensões do envelhecimento junto a seu contexto existencial, familiar e social, caracterizando a integralidade do indivíduo.

O processo de envelhecimento é individual, variável e construído no dia pós dia, desde sua geração, edificando sua história e formando seu modo de viver e envelhecer. A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem influência de múltiplos fatores: físicos, biológicos, psicossociais e culturais, de tal forma que avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de diversos campos do saber, em uma atuação interdisciplinar e multidimensional e, em relação à saúde do idoso, vários são os aspectos que incomodam.

De um lado, o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional (senescência) e, do outro, o desenvolvimento de uma condição patológica (senilidade). Ambas necessitam de intervenções interdisciplinares e intersetoriais com atuações focadas na integralidade do idoso. A expressão integralidade fala em “atendimento integral, com prioridade de atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, Art.198). Assim o conceito de integralidade vem sendo objeto de reflexão na literatura em saúde coletiva e seria a intervenção diante do sofrimento manifesto de um modo articulado a ações e procedimentos preventivos (Mattos, 2004).

A integralidade possibilitará aos profissionais da saúde prestar uma assistência mais coesa a partir de processos de trabalhos articulados entre si e que respeitem a subjetividade e a totalidade de cada pessoa idosa, através de condutas flexíveis que possam enfrentar problemas complexos e produzir uma prática social (Japiassu, 1996).

A questão do acúmulo se define como uma patologia de saúde mental, mas sabemos que a saúde por si só não dá conta de abarcar essas questões; para tanto se fazem necessárias intervenções com olhar intersetorial e interdisciplinar.

Para Pereira (2010), a intersetorialidade deve ser identificada como transcendência do escopo setorial; essa transcendência se traduz como articulação de saberes e experiências, inclusive no ciclo vital da política, que compreende procedimentos gerenciais dos poderes públicos em resposta aos assuntos de interesse dos cidadãos.

Assim, para a execução do Projeto Terapêutico Singular, se faz necessária a articulação entre a integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, esta última que é caracterizada como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, há certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, ao final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (Japiassu, 1997).

Segundo Giannotti (1996), “entende-se atualmente que o que se pretende hoje em relação à saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma tarefa interdisciplinar; profissionais de áreas diversas, representantes de várias ciências, agregar-se-iam em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns, estudar as interações somatopsicossociais e encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora.

Para a execução de um projeto terapêutico singular, deve-se entender que um dos sintomas mais importantes da acumulação é o isolamento social e a compreensão por parte do sujeito em aprender a organizar suas posses e habilidade nas decisões; daí a importância da intervenção ser realizada no domicílio; usa-se o termo “singular”, em substituição ao “individual”, outrora mais utilizado, baseando-se nas práticas de saúde coletiva com uma atenção primária que é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

Como na prática lida-se com a diversidade de situações, os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, restringindo-se o uso da palavra “individual”; ainda que o centro de um Projeto Terapêutico Singular seja, de fato, um indivíduo apenas; olhar para os cuidados de alguém – em especial, na saúde mental – exige um foco abrangente que inclui o entorno familiar e territorial.

A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional - referência do usuário/família - e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso.

O PTS possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia; esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontram inseridas em um contexto.

Através da prática adquirida pela experiência nos trabalhos, acredita-se que a forma de intervenção ao idoso com transtorno de acumulação compulsiva deva se dar pela elaboração do PTS com intervenções interdisciplinares, intersetoriais, farmacológicas e terapêuticas, iniciando-se pela identificação e resgate da relação familiar e da rede social, e se buscando sua reinserção nesses núcleos, utilizando-se o princípio da integralidade.

Conclusão

Neste relato tenta-se um aprofundamento na questão do transtorno de acumulação compulsiva em pessoas idosas e nas possibilidades dos cuidados e nas problemáticas de saúde pública.

Considera-se que a questão do acúmulo pode acontecer no decorrer da vida de um indivíduo, acarretando algumas situações desagradáveis. Nessa direção, pôde-se entender também que o processo de envelhecimento, a forma como todos vão envelhecer depende de como se vive o presente.

Pensando deste modo, acredita-se, neste estudo, que o processo de envelhecimento, no qual um indivíduo vai acarretando perdas, e se isolando, deixa-o também mais vulnerável ao acúmulo compulsivo. Conseqüentemente, pode-se dizer que as situações de acúmulo se desenvolvam junto ao processo de envelhecimento e sua intensificação em alguns casos acarrete algumas perdas, a que o idoso está exposto nesse processo.

A vivência prática do Projeto Terapêutico Singular realizado nas residências através de atendimento domiciliar fez as pesquisadoras sentirem, ao acompanhar essas situações, um vazio nos relatos dos idosos, uma sensação de que sua vida perdeu o sentido, mas eles sempre tentando apresentar um discurso “coerente”, justificando a situação e suas ações.

Pode-se considerar a acumulação compulsiva como uma psicopatologia que se torna questão de saúde pública, pois além dos problemas citados anteriormente, a acumulação compulsiva pode levar a doenças respiratórias, doenças como leptospirose, dengue, infestação de pragas, e até mesmo incêndios, dentre outros, podendo colocar constantemente em risco a vida dos moradores e vizinhos.

Com referência ao acompanhamento, entende-se que este se torna mais trabalhoso quando envolve um acumulador idoso, pois este terá mais dificuldade de se restabelecer e de se reinserir na sociedade. O que também pode dificultar o acompanhamento é o diagnóstico tardio do acumulador compulsivo, uma vez que este tipo de comportamento é julgado, via de regra, por familiares, vizinhos e sociedade mas até chegar ao conhecimento dos serviços de suporte, a situação já está agravada, com o acumulador em situação de sério isolamento social e sem disposição de receber até mesmo uma equipe de saúde.

Facilitar o acesso da população idosa aos serviços de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a Atenção Básica - ainda que com suas limitações - deve ser a preocupação dos profissionais de saúde. Dessa forma, acreditamos que o caminho para a identificação dessas situações, pode estar no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois o mesmo tem a missão de trazer as pessoas para dentro da Unidade de Saúde.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias sobrepõe-se, para as Equipes Saúde da Família (PSF), à necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, não basta apenas detectar tais situações; é preciso identificá-las, acolhê-las e oferecer um atendimento fundado na dignidade humana; reinserir tais pessoas na sociedade, e como já dito, fazem-se necessárias efetivas intervenções intersetoriais.

Finalizando, pode-se afirmar que o maior desafio na atenção à pessoa idosa, principalmente a acometida de patologias, é contribuir para que, apesar das progressivas limitações a que está sujeita, ela tenha capacidade de redescobrir possibilidades de viver a vida com dignidade dentro da máxima qualidade possível.

Por ser uma questão de saúde pública, merece cuidados e intervenções pautadas em novos modelos de atendimento que valorizem o contexto familiar e social e reconheçam as potencialidades e valores da pessoa idosa num Brasil que envelhece.

Referências

- Acumuladores Compulsivos. *Câmera Record*. São Paulo (SP): Record, 19 abril 2013. Recuperado em 28 março, 2014, de: <http://www.youtube.com/watch?v=vpZcucZ5mdM>
- Ballone, G.J. (2013). Acumuladores Compulsivos. In: *PsiquWeb* Recuperado em 12 setembro, 2014, de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=355>.
- Beauvoir, S.de (1999). *A Velhice*. Maria Helena Franco Monteiro, Trad. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Recuperado em 28 março, 2014, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Brasil (1996). *Plano de Ação Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Senado Federal (BR).
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Caetano, L.M. (2006). O Idoso e a Atividade Física. Belo Horizonte (MG): *Revista de Educação Física e Desporto*, 11(124), 20-28.
- Duarte, L.T. (2008). *Envelhecimento: processo biopsicossocial*. Monografia. Recuperado em 28 julho, 2015, de: www.psiiconet.com/tiempo/monografias/brasil.
- Fazzio, C.A. (2013). *Acumuladores Obsessivos-Compulsivos*. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://ceciliafazzio.blogspot.com.br/2013/03/acumuladores-obsessivos-compulsivos.html>.
- Frost, R.O, & Gross, R.C. (1993).). The hoarding of possessions. *Behav Res Ther.*, 31(4), 367-381.
- Gionnotti, A. (1996). *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas*. São Paulo (SP): Lemos.
- Grisham, J.R., & Norberg, M.M. (2007). Neuropsychological Impairment Associated with Compulsive Hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1471-1483. Recuperado em 17 julho, 2013, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796707000034>.
- Grisham, J.R., Norberg, M.M., Williams A.D., Certoma S.P., & Kadib R. (2010, Sept.). Categorization and cognitive deficits in compulsive hoarding. *Behavioural Research and Therapy*, 48(9), 866-872. (DOI: 10.1016/j.brat.2010.05.011).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. (2008). Recuperado em 08 outubro, 2014, de: www.ibge.gov.br.
- Japiassu, H. (1996). *A crise da razão e do saber objeto*. São Paulo (SP): Letras & Letras.
- Japiassu, H. (1997). *Interdisciplinar e patologia do saber*. Rio de Janeiro (RJ): Imago.
- Laurell, A.C. (1983). A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E.D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo (SP): Global.

Lei n.º 8842, de 4 de janeiro de 1994: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Brasília (DF).

Lima, R. (2011). Acumuladores compulsivos: uma nova patologia psíquica. *Rev. Espaço Acadêmico*, 11(126), 208-215.

Liz, D. (2011). *Acumuladores de animais: a obsessão e a distorção do amor*. Recuperado em 20 março, 2014, de: <http://www.drycalys.com/2011/10/acumuladores-de-animais-obsessao-e.html>.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. (2008). The structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 773-778.

Mattos, R.A. (2004, set.-out.). A integralidade na prática. Rio de Janeiro (RJ): *Caderno Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416.

Minayo, M.C.de S. (2004). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. (23ª ed.). Petrópolis (RJ): Vozes.

Moraes, E.N.de, Moraes, F.L.de; & Lima, S.de P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *RMMG – Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/384>.

Morikawa, M. (2014). *Os Perigos da Acumulação Compulsiva*. Recuperado em 12 setembro, 2014, de: <http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/os-perigos-da-acumulacao-compulsiva.aspx>.

Oliveira, S.B.M.de. (2011). *Síndrome de Diógenes*. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://www.atibaia.com.br/noticias/noticia.asp?numero=23700>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). *Health Systems: Improving Performance* (Relatório Mundial de Saúde). Genebra (Suíça).

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). *O papel da atividade física no Envelhecimento saudável*. Florianópolis (SC).

Pereira, P.A.P. (2010). *A Intersetorialidade das Políticas Sociais numa perspectiva Dialética*. Recuperado em 13 outubro, 2015, de: <http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/Texto%20Potyara%20-%20intersectorialidade.pdf>.

Pertusa, A., Fullana, M.A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J.M., Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289-1298.

Pertusa, A., Frost, R.O., Fullana, M.A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., & Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of Compulsive Hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371-386. Recuperado em 28 julho, 2015, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810000206>.

Programa de televisão *American Psychiatric Association* (APA). (2002).

- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 15(4), 743-758.
- Rocha, R., & Pires, H.da S. (2001). *Minidicionário*. São Paulo (SP): Scipione.
- Samuels, J.F., Bienvenu, O.J., Grados, M.A., Cullen, B., Riddle, M.A., Liang, K. Y.,... Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of Hoarding Behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 836-44. Recuperado em 13 outubro, 2015, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796708000867>.
- Simões, R. (1994). *Corporeidade e terceira idade – a marginalização do idoso*. (3ª ed.). Piracicaba (SP): UNIMEP.
- Sistema Único de Saúde (SUS) (1990). *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*.
- Steketees, G., & Frost, R. (2003). Compulsive Hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 905-927. Recuperado em 27 julho, 2015, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735803000916>
- Statistical Manual of Mental Disorders. (2013). (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. (APA).
- Stumpf, B.P., & Rocha, F.L. (2010). *Síndrome de Diógenes*. Recuperado em 27 julho, 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000200012&script=sci_arttext.
- Tolin, D.F., Stevens, M.C., Villavicencio, A.L., et al. (2012). Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 69(8), 832-841.
- Valente, S.M. (2009). The Hoarding Syndrome: screening and treatment. *Home Healthcare Nurse*, 27(7), 432-440. Recuperado em 27 julho, 2015, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609148>.
- Valente, S.M. (2009). *Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas*. Recuperado em 28 julho, 2015, de: [file:///C:/Users/vandymeiregs/Downloads/Transtorno%20da%20Acumula%C3%A7%C3%A3o%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/vandymeiregs/Downloads/Transtorno%20da%20Acumula%C3%A7%C3%A3o%20(5).pdf)
- Vilela, E.M., & Mendes, I.J.M. (2003, jul.-ag.). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 11(4), 525-531.
- Winsberg, M.E., Cassic, K.S., Koran, L.M. (1999). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*, 60, 591-597.

Recebido em 12/10/2015

Aceito em 20/12/2015

Eliana Novaes Procopio de Araujo - Psicóloga, Doutoranda em Ciências da Saúde na Faculdade de Saúde Pública-USP, Mestre em Gerontologia pela PUC-SP, Especialista em Gerontologia pela SBGG-SP, Docente do Instituto Sedes Sapientae, Diretoria do Observatório da Longevidade. Autora do livro: *Práticas psicogerontológicas nos cuidados de idosos* (2012). São Paulo (SP): Juruá.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2683924518120436>

E-mail: eliananovaespa@hotmail.com

Vandymeire Gonçalves Santos - Assistente Social e Especialista em Gerontologia e em Saúde – Assistente Social na Prefeitura Municipal de Guarulhos na função/cargo de Coordenação de Saúde Mental, articulação da RAPS- Rede de Atenção Psicossocial e RIAPAC – Rede Intersetorial de Atenção à Pessoa com Acumulação Compulsiva na Região de Saúde II – Cantareira/Guarulhos. Membro do Grupo Condutor Municipal de Guarulhos da RAPS, componente do Grupo Condutor Municipal de Guarulhos da RIAPAC. Compões o GT de Cuidados Integral da Saúde do DARAS- Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde do Município de Guarulhos.