

TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO: UMA VISÃO DA SAÚDE MENTAL

ANA BAUTZER

MÉDICA PSIQUIATRA

Diretora técnica BAUTZER & ASSOCIADOS



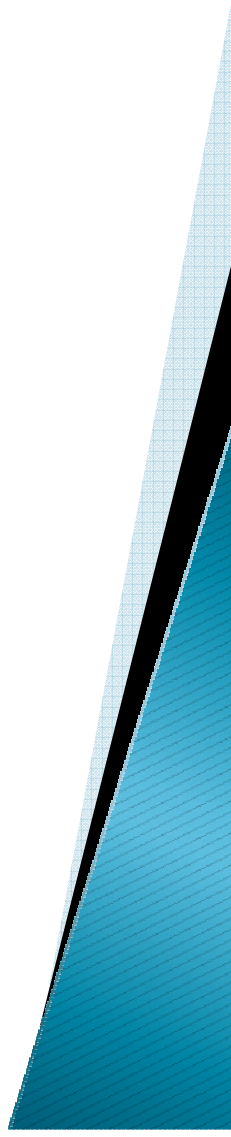
TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

- ▶ DESCRIÇÃO NA LITERATURA PELA PRIMEIRA VEZ EM 1975
- ▶ GANHOU STATUS DIAGNÓSTICO NO DSM-5 (2013)– MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS. É CONSIDERADO UM TRANSTORNO MENTAL



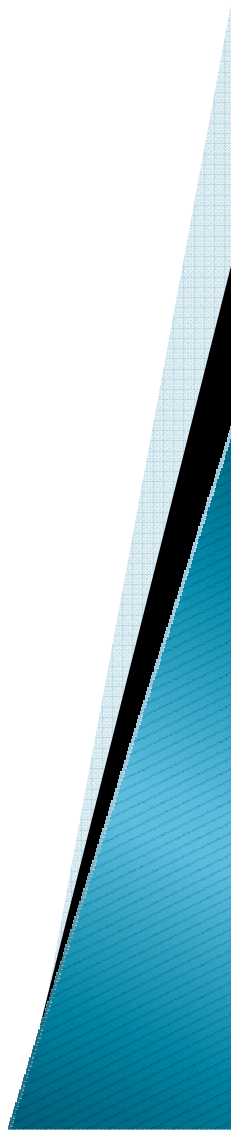
TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

- ▶ ATÉ O DSM-IV-TR ERA CONSIDERADO UM SUBTIPO DOS TRANSTORNOS OBSESSIVOS COMPULSIVOS (TOC)
- ▶ DIFERENÇAS MARCANTES: PERFIL GENÉTICO, FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL, RESPOSTA AOS TRATAMENTOS PROPOSTOS



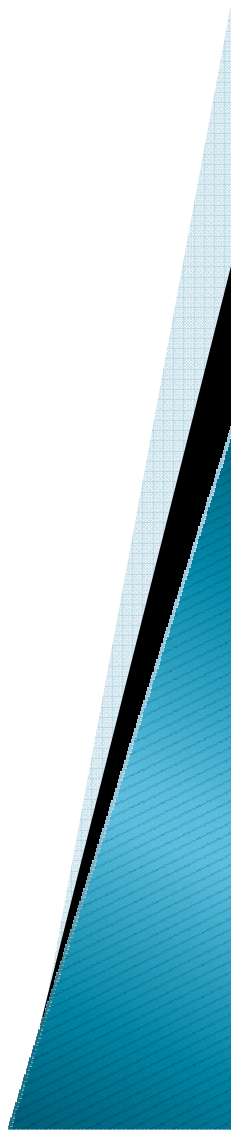
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- ▶ A. DIFICULDADE PERSISTENTE DE DESCARTAR OU SE DESFAZER DE PERTENCES, INDEPENDENTEMENTE DE SEU VALOR REAL
- ▶ B. ESTA DIFICULDADE SE DEVE A UMA NECESSIDADE PERCEBIDA DE GUARDAR OS ITENS E AO SOFRIMENTO ASSOCIADO AO DESCARTÁ-LOS



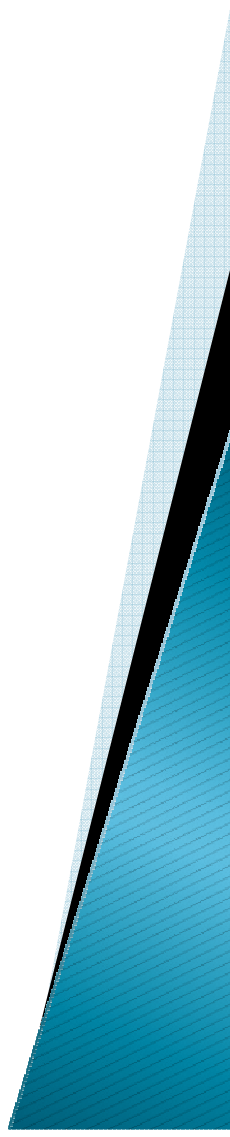
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DSM V

- ▶ C. A DIFICULDADE DE DESCARTAR OS PERTENCES RESULTA NA ACUMULAÇÃO DE ITENS QUE CONGESTIONAM E OBSTRUEM AS ÁREAS EM USO E COMPROMETE SUBSTANCIALMENTE O USO PRETENDIDO. SE AS ÁREAS DE ESTAR NÃO ESTÃO COMPROMETIDAS, É SOMENTE POR INTERVENÇÃO DE OUTRAS PESSOAS



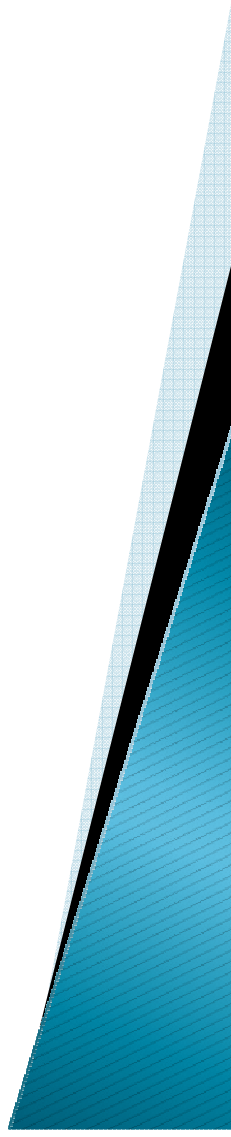
SÍNDROME DE DIÓGENES

- ▶ DESCRITA PELA PRIMEIRA VEZ EM 1975
- MAIS COMUM EM PACIENTES ACIMA DOS 70 ANOS
- ▶ SÍNDROME DIFERENTE DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO
- ▶ HIPÓTESES DE ETIOLOGIA: ESTÁGIO TERMINAL DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE, TIPO DE DEMÊNCIA FRONTAL, ESTÁGIO FINAL DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO



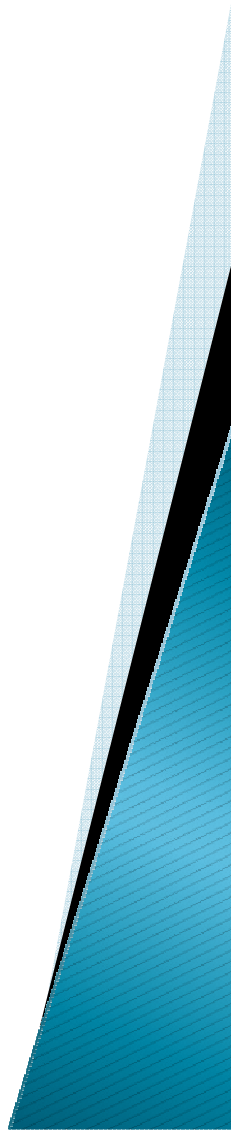
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SÍNDROME DE DIÓGENES

- ▶ DESCUIDO EXTREMO COM HIGIENE PESSOAL
- ▶ NEGLIGÊNCIA COM ASSEIO DE PRÓPRIA MORADIA
- ▶ ISOLAMENTO SOCIAL
- ▶ SUSPEIÇÃO E COMPORTAMENTO PARANÓICO
- ▶ COLECIONISMO



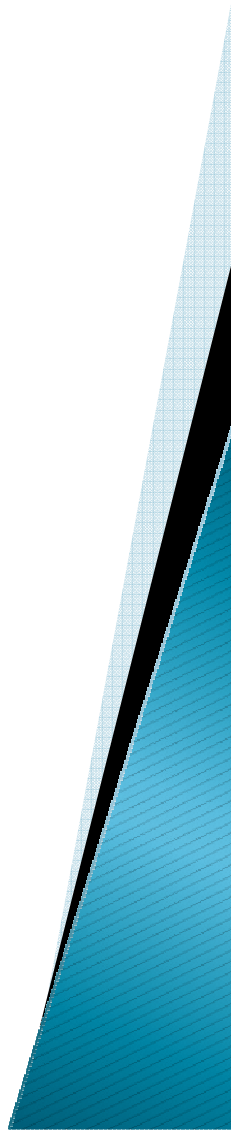
CURSO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

- ▶ INICIA-SE JOVEM (11–15 ANOS)
- ▶ INÍCIO DE INTERFERÊNCIA CLÍNICA: AOS 20 ANOS
- ▶ PIORA FUNCIONAL: A PARTIR DOS 30 ANOS
- ▶ SEVERIDADE PIORA A CADA DÉCADA
- ▶ DOENÇA CRÔNICA



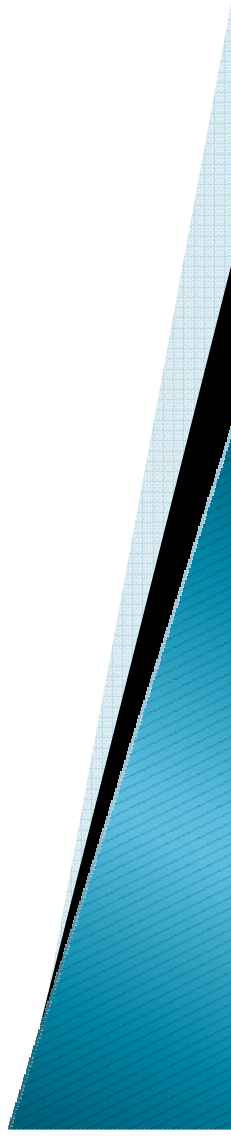
ALTO ÍNDICE DE COMORBIDADE

- ▶ 75% TEM COMORBIDADE COM TRANSTORNOS DE HUMOR OU ANSIEDADE
- ▶ COMORBIDADE MAIS COMUM É O TRANSTORNO DEPRESSIVO (ACIMA 50%), FOBIA SOCIAL E TAG



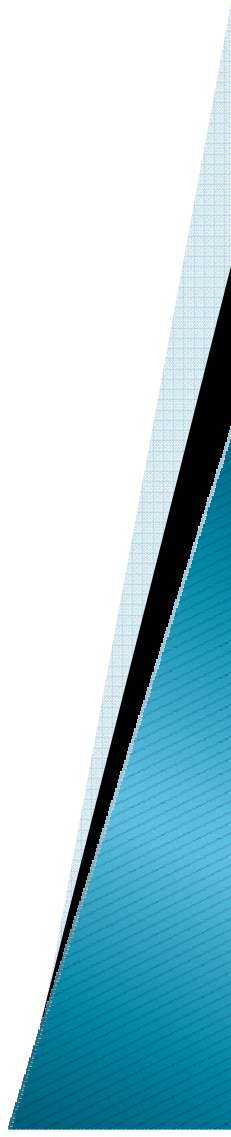
ACÚMULO DE ANIMAIS

- ▶ DESCRITO PELA PRIMEIRA VEZ EM 1981
- ▶ MISÉRIA FREQUENTEMENTE ASSOCIADA
- ▶ OS COMPORTAMENTOS, VALORES E SENTIMENTOS EXPRESSOS PELOS ACUMULADORES DE ANIMAIS SÃO CONSISTENTES COM UMA (BOA) PRECEPÇÃO PESSOAL DE “CUIDADOR” – EGOSSINTÔNICO



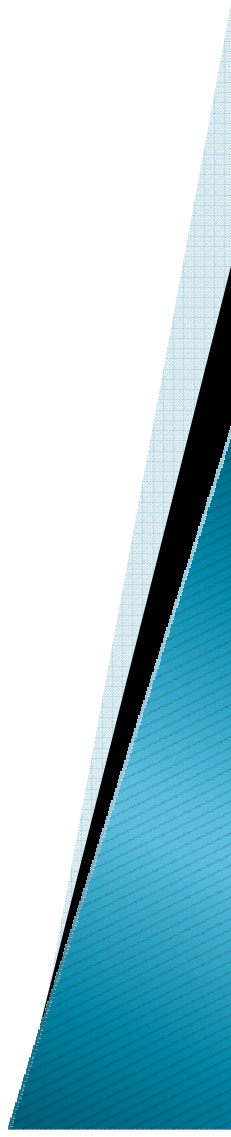
ACÚMULO DE ANIMAIS: características especiais

- ▶ O FATO DE COLECIONAR—SE SERES VIVOS, COM MAIORES POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO QUE COM OBJETOS INANIMADOS, TORNA O COLECIONISMO MAIS PODEROSO
- ▶ *TWINSHIP SELF OBJECT*: RELACIONAMENTO INTENSAMENTE ÍNTIMO, COM COMPREENSÃO COMPARTILHADA DE SENTIR—SE COMO ALMAS GÊMEAS/UM SER SÓ. ESTE TIPO DE RELAÇÃO PODE TER UM IMPORTANTE EFEITO REPARADOR DE FERIDAS NA AUTO ESTIMA. ANIMAIS NÃO PODEM JULGAR, DISCORDAR, E SÃO FOCADOS SEMPRE NO CUIDADOR



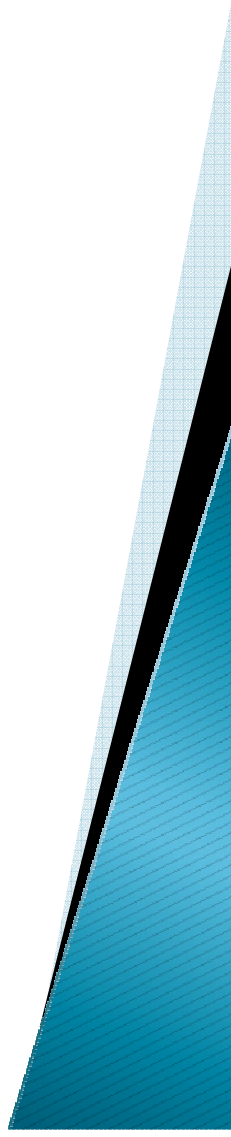
ACÚMULO DE ANIMAIS

- ▶ INDIFERENÇA DOS ACUMULADORES FRENTE À MISÉRIA E SOFRIMENTO DOS ANIMAIS: BAIXO INSIGHT E DISSOCIAÇÃO



ABORDAGEM HUMANIZADA E EMBASADA CIENTIFICAMENTE: O cerne da questão

- ▶ O CONHECIMENTO DA DOENÇA E O OLHAR HUMANISTA DE TÓDOS OS PROFISSIONAIS PARA A PESSOA SÃO CRUCIAIS PARA AS ESTRATÉGIAS SUBSEQUENTES, UMA VEZ QUE DESSA FORMA PODE-SE TER *EMPATIA*, UM VÍNCULO SER ESTABELECIDO, CONFIANÇA. A PARTIR DAÍ É POSSÍVEL *DESENVOLVER UMA PARCERIA* COM A PESSOA E ESATBELECER METAS REALISTAS, CRONOGRAMAS EM UM CONTEXTO HUMANIZADO



AValiação RISCO NO DOMICÍLIO

PROTOCOLO AVALIAÇÃO RISCOS EM DOMICÍLIO- ATENDIMENTO EQUIPES

Fonte: NANDA-2002

Elaboradora: Dra Ana Bautzer

1-RISCO DO AMBIENTE

Avaliar:

- Localização de domicílio: risco de desabamento de encostas, presença de fios elétricos soltos, violência na vizinhança ostensiva e ameaçadora
- Condições do domicílio: animais agressivos, risco de queda de paredes e teto, goteiras, insalubridade com risco de contaminação de equipe (doenças infecto-contagiosas, gás, produtos químicos)

2-RISCO VIOLÊNCIA A OUTROS

Avaliar:

- Linguagem Corporal: postura rígida, fechamento de punhos e maxilares, hiperatividade, caminhar de um lado para outro, falta de ar, posturas ameaçadoras;
- História de violência contra terceiros
- História de ameaças de violência
- História de comportamento anti-social violento (roubo, interrupção insistente, recusa em comer, tomar medicamentos, ignorar instruções)
- Dano neurológico
- História de violência indireta (rasgar roupas, arrancar objetos de paredes, comportamento desorganizado, gritar, correr, atirar objetos, acessos de raiva, bater portas)
- Danos cognitivos
- História de abuso na infância
- História de testemunhar violência na família
- Solidão com animais
- Uso/abuso de drogas/álcool
- Sintomas psicóticos
- Comportamento suicida

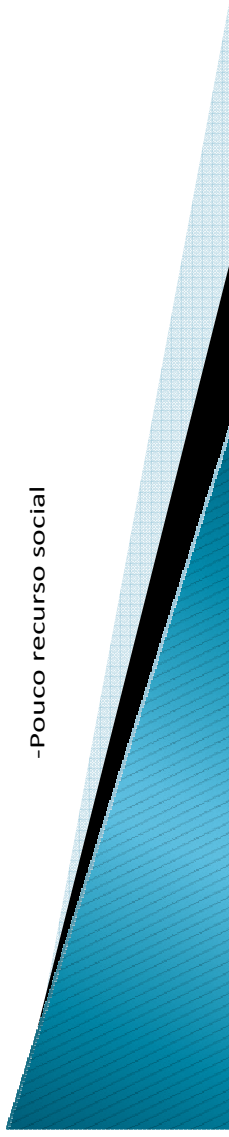
AValiação RiSCO

- Impulsividade
- Disponibilidade de armas

3-RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO

Fatores de risco:

- Idéias suicidas, plano suicida
- História anterior de suicídio
- Indícios comportamentais (escrever bilhetes tristes, dar objetos pessoais)
- Indícios verbais (falar sobre morte etc)
- Estado emocional
- Saúde mental
- Saúde física: doenças terminais, dor crónica
- Desempregado
- Idade: 15-19 anos, acima de 45
- Solteiro, viúvo, divorciado
- Ocupação
- Relacionamentos interpessoais conflitantes
- Recursos financeiros insuficientes
- Pouco recurso social



AValiação Inicial- Equipes Saúde

AValiação Inicial- Pacientes com Trasnorno de Acúmulo Compulsivo DATA:

NOME:

DN:

IDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONES CONTATO:

CUIDADORES:

1. HISTÓRIA CLÍNICA: doenças clínicas, medicações, cirurgias, tratamentos anteriores e atuais, uso de drogas, internações hospitalares

2. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA: doenças psiquiátricas, tratamentos atuais e anteriores, medicações em uso e anteriores, internações psiquiátricas, sintomas atuais e anteriores

1. FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL E ANTERIOR: estudo, trabalho, relacionamento com vizinhos/familiares/território

2. SUPORTE FAMILIAR/VIZINHOS/COMUNIDADE:

3. RISCOS IDENTIFICADOS NO DOMICÍLIO: agressividade, suicídio, biológico, auto-negligência,

4. CAPACIDADE PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIÁRIAS: higiene corporal, higiene domicílio, tarefas mínimas para manutenção da casa, alimentação, água, luz, gás

5. ADESAO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL E INTERVENÇÕES SUGERIDAS POR EQUIPES: motivos relatados por paciente e cuidadores para eventual má adesão

6. AVALIAÇÃO DA COMPLUSÃO EM ACUMULAR:

→ idade de início e de piora:
→ estado atual de acúmulo domiciliar e seu subtipo (animais, objetos):

→ crenças em relação aos seus pertences acumulados:

→ processamento das informações recebidas:

AVALIAÇÃO INICIAL

→ habilidades na tomada de decisões e de organização:

→ comportamentos evitadores:

→ nível de insight em relação ao acúmulo:

→ motivação para o tratamento:

→ adesão aos comprimidos:

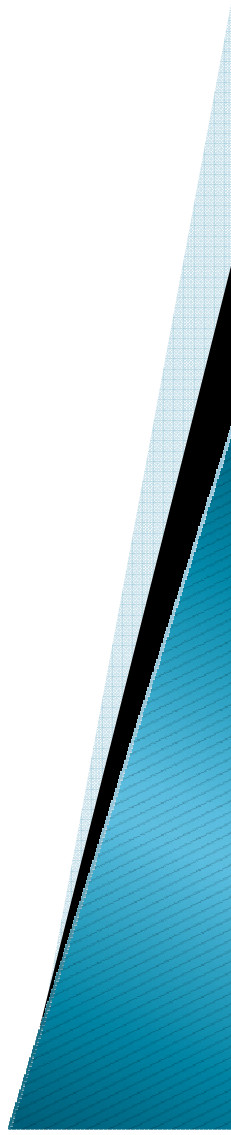
1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

2. EXAME PSÍQUICO

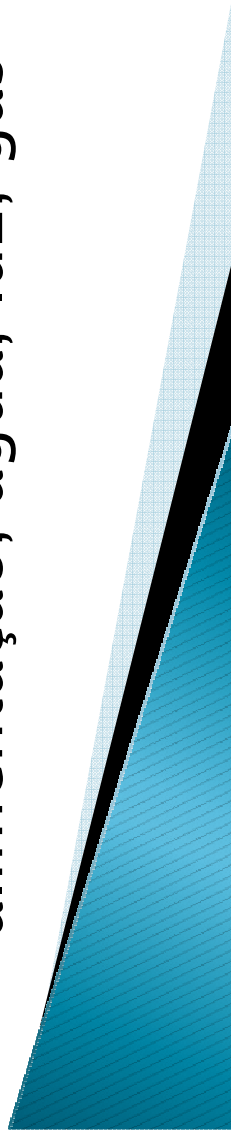
3. MINI-MENTAL:

DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO:

- ▶ HISTÓRIA CLÍNICA: doenças clínicas, medicações, cirurgias, tratamentos anteriores e atuais, uso de drogas, internações hospitalares
- ▶ HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA: doenças psiquiátricas, tratamentos atuais e anteriores, medicações em uso e anteriores, internações psiquiátricas, sintomas atuais e anteriores



- ▶ **FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL E ANTERIOR:**
estudo, trabalho, relacionamento com vizinhos/familiares/território
- ▶ **SUPORTE FAMILIAR/VIZINHOS/COMUNIDADE:**
- ▶ **RISCOS IDENTIFICADOS NO DOMICÍLIO:**
agressividade, suicídio, biológico, auto-negligência
- ▶ **CAPACIDADE PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIÁRIAS:** higiene corporal, higiene domicílio, tarefas mínimas para manutenção da casa, alimentação, água, luz, gás



▶ AVALIAÇÃO DA COMPLUSÃO EM ACUMULAR:

▶ → idade de início e de piora:

▶ → estado atual de acúmulo domiciliar e seu subtipo (animais, objetos):

▶ → crenças em relação aos seus pertences acumulados:

▶ → processamento das informações recebidas:

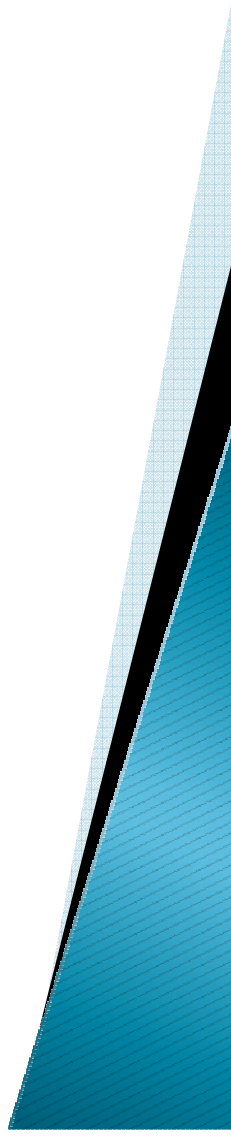
▶ → habilidades na tomada de decisões e de organização:

▶ → comportamentos evitadores:

▶ → nível de insight em relação ao acúmulo:

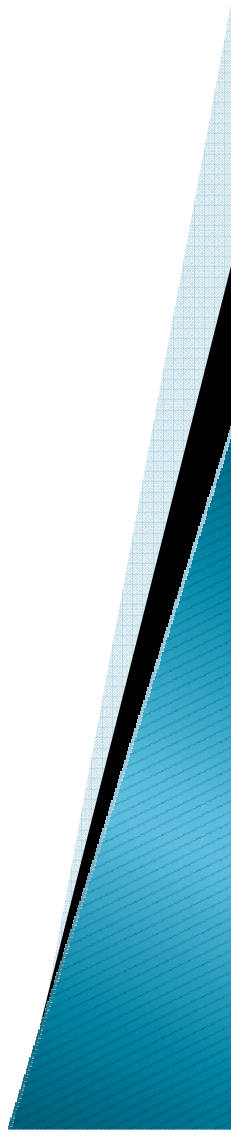
▶ → motivação para o tratamento:

▶ → adesão aos comprimidos:



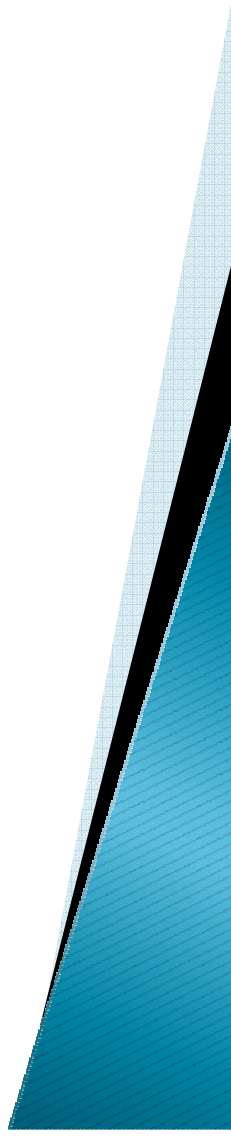
AValiação Clínica DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

- ▶ 1. QUANTIDADE DO ACÚMULO/DESORDEM:
PODE SE EXTENDER ALÉM DO DOMICÍLIO DO
PACIENTE
- ▶ 2. CRENÇAS SOBRE AS POSSES: GERALMENTE
SENTEM-SE RESPONSÁVEIS PELAS POSSES,
CRÊEM QUE TEM MEMÓRIA “CURTA”
(PERTENCES À VISTA) E TEM EXPECTATIVAS
IRREAIS DE PERFEIÇÃO, TENDO QUE SER
VIGILANTES PARA NÃO PERDEREM
OPORTUNIDADES DE AUMENTAR PERTENCES



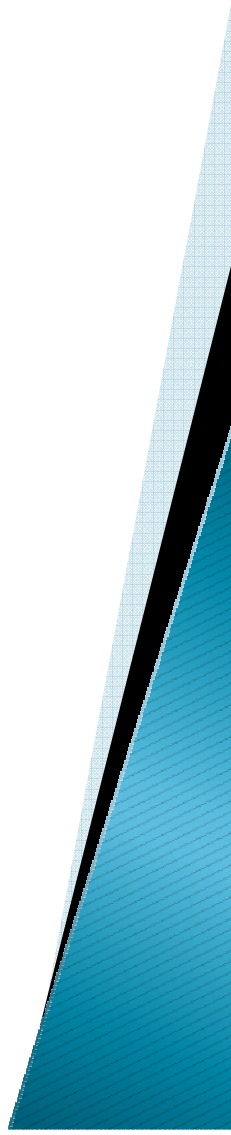
AValiação Clínica

- ▶ 3. DÉFICITS DE PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO: DIFICULDADE EM TOMAR DECISÕES E CATEGORIZAR POSSES. DISTRAIBILIDADE E DIFICULDADE EM MANTER TAREFAS
- ▶ 4. COMPORTAMENTOS EVITATIVOS: ALÉM DE EVITAR DESCARTAR OBJETOS, TAMBÉM EVITAM TAREFAS DIÁRIAS COMO LAVAR LOUÇA, RETORNAR TELEFONEMAS, PAGAR CONTAS ETC

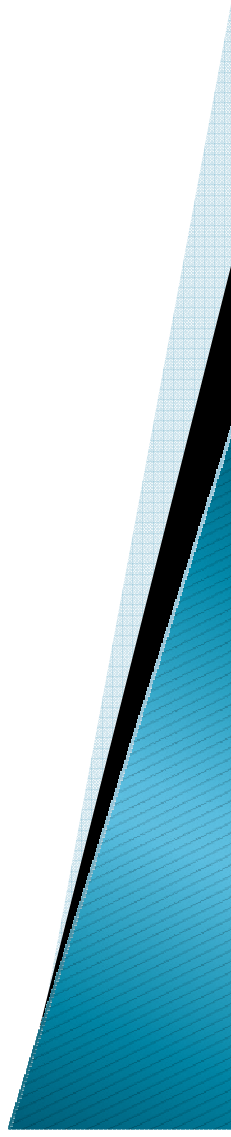


AValiação

- ▶ 5. FUNCIONAMENTO DIÁRIO: PELO DESEJO DE PERFEIÇÃO, FREQUENTEMENTE LEVAM MUITO TEMPO PARA COMPLETAR TAREFAS MÍNIMAS
- ▶ 6. ADEÇÃO MEDICAMENTOSA: ROTINA POUCO ESTRUTURADA E CICLO SONO-VIGÍLIA ALTERADO: BAIXA ADEÇÃO
- ▶ 7. NÍVEL DE *INSIGHT*

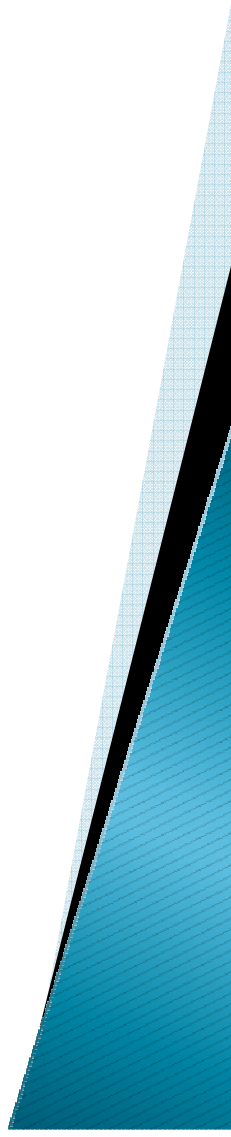


- ▶ **ADESÃO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL E INTERVENÇÕES SUGERIDAS POR EQUIPES:**
motivos relatados por paciente e cuidadores
para eventual má adesão



TRATAMENTO

- ▶ PROLONGADO, RECORRENTE
- ▶ CASOS MAIS GRAVES: *ABORDAGEM DE REDUÇÃO DE DANOS*
- ▶ NÃO HÁ MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA O TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO, MAS É POSSÍVEL TRATAR AS COMORBIDADES
- ▶ ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO ESSENCIAL
- ▶ O IDEAL É QUE OS ATENDIMENTOS ACONTEÇAM NO DOMICÍLIO, PRINCIPALMENTE NA FASE DE AÇÃO-RETIRADA DE INSERVÍVEIS



▶ ANA BAUTZER

▶ CONTATO: ana_bautzer@yahoo.com.br

