

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

RODOLFO EGGERS PORTELLA

**INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE INTERVENÇÃO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE
QUE ATUAM COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**

CURITIBA

2021

RODOLFO EGGERS PORTELLA

**INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE INTERVENÇÃO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE
QUE ATUAM COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Giseli Cipriano Rodacoski.

CURITIBA

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ____ DE _____ DE _____

O trabalho intitulado **INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE INTERVENÇÃO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE QUE ATUAM COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**, de autoria do aluno **Rodolfo Eggers Portella**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Profª. Dra. Giseli Cipriano Rodacoski
Orientador do TCR/PI

Profª. Dra. Lygia Maria Portugal de Oliveira - Psicóloga
Avaliador da Instituição

Ivanilde Gonçalves do Nascimento - Enfermeira
Avaliador Externo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO GERAL	8
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O IMPACTO DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS.....	9
3.2 CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO.....	11
3.3 CONSEQUÊNCIAS DE QUEM VIVE EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO	14
3.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO...	15
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.....	22
5.2 RECOMENDAÇÕES PARA ABORDAGEM INICIAL.....	24
5.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS.....	26
5.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO...	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	36

RESUMO

Este estudo trata da questão do Transtorno de Acumulação e dos riscos que a situação de acumulação pode trazer para a vida da pessoa com TA. As principais características desse transtorno expressa-se no sofrimento psíquico em descartar objetos, acumulação e aquisição obsessiva. Devido a esta condição, as pessoas com TA podem sofrer sérios prejuízos sociais, ocupacionais e funcionais. Haja visto a dificuldade que as equipes de saúde possuem na identificação, classificação de risco e atuação das pessoas em situação de acumulação, objetivou-se neste trabalho desenvolver instrumentos técnicos de intervenção que possibilitem ações específicas para essa população. Este trabalho consiste em uma pesquisa documental e bibliográfica, consultada em prontuários de saúde e em pesquisas nacionais e internacionais. Estudos indicam que o transtorno de acumulação prevalece entre 1,5% e 2,1% na população em geral, podendo chegar a 6% ou mais na população idosa. Com a classificação de risco para a situação de acumulação, as equipes de saúde podem compreender melhor o nível de gravidade do acúmulo, intervenções enquanto a pessoa estiver apresentando poucos riscos e prejuízos podem promover saúde e prevenir o agravamento da sua condição. O desenvolvimento de protocolo de tratamento específico para a TA possibilitaria melhores resultados e também diminuiria a probabilidade de abandono do mesmo. Por se tratar de uma questão de saúde pública, é necessário haver mais pesquisas nacionais, criar estratégias tanto setoriais quanto intersetoriais de intervenção visando sempre uma melhor qualidade de vida, bem-estar e reinserção social da pessoa em situação de acumulação.

Palavras-chave: Transtorno de Acumulação, Pessoa em Situação de Acumulação, Saúde Única.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014, p. 247), o Transtorno de Acumulação é definido como aquisição excessiva acompanhada pela dificuldade de descartar os pertences.

Assim, o transtorno de acumulação é caracterizado pela necessidade de coletar e acumular intencionalmente objetos e/ou animais, dificuldade e sofrimento de desfazer-se desses pertences pela forte percepção da necessidade de conservá-los, mesmo que estes não apresentem utilidade, e, conseqüentemente, por gerar problemas relacionados à organização e higiene do ambiente de convívio e moradia. Existe uma tendência nas pessoas com transtorno de acumulação em guardar e armazenar objetos aleatórios, acreditando que esses itens poderão ter utilidade e valor financeiro ou afetivo futuramente, sentindo-se seguros em protegê-los e guardá-los.

A acumulação traz implicações funcionais da vida cotidiana e risco à saúde, tanto para a própria pessoa que acumula, quanto para sua família e vizinhos, pois relaciona-se a condições sanitárias em ambientes com entulho, que geram odores muitas vezes insuportáveis e impossibilitam o desempenho de atividades básicas como transitar e limpar a casa, fazer a higiene pessoal, dormir, se alimentar (SCHMIDT et al, 2014; GARGIULO et al, 2017).

Estudos indicam que o transtorno de acumulação prevalece entre 1,5% e 2,1% na população em geral, podendo chegar a 6% ou mais na população idosa (STUMPF et al, 2018).

Considerando esta prevalência, o Paraná poderá ter por volta de 230 mil pessoas adultas convivendo com o transtorno. De acordo com os dados censitários, a população estimada do Paraná era de 11.516.840 no ano de 2020 (IBGE, 2021). A Secretaria da Saúde do Paraná (SESA) subdivide o território estadual em 22 regionais de saúde. O território sede deste estudo é o município de Pinhais, que está situado na 2ª regional e na macrorregional Leste, fazendo parte da Região Metropolitana de

Curitiba. Estimativas de 2020 do IBGE apontam que a cidade de Pinhais possui uma população de 133.490 habitantes.

O município possui serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial em seu território.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, e o município de Pinhais possui em seu território, todos os pontos de atenção estabelecidos pela Portaria Ministerial para atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e pessoas em uso abusivo e/ou dependência de álcool e/ou outras drogas.

A RAPS de Pinhais é constituída por um CAPS II, que atende pessoas a partir de 18 anos em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes; um CAPSAD, que atende pessoas a partir de 12 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo do álcool e/ou outras drogas; um CAPSI, localizado em Curitiba, o qual atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos com transtornos emocionais graves e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas; 11 unidades de Saúde da Família; uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h; um Hospital Municipal. Segundo dados epidemiológicos do município, cerca de 12% da população sofre com algum transtorno mental e 6% sofre com uso abusivo e/ou dependência de álcool e/ou outras drogas (PINHAIS, 2017).

A escolha do tema deste TCR se deu pela percepção durante o Programa de Residência, que no município encontram-se Pessoas em Situação de Acumulação (PSA), tanto de objetos e entulhos, como de animais. O Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) iniciou um processo de capacitação para as equipes de saúde que atuam com acumuladores operacionalizarem o sistema eletrônico SE SUITE, da Prefeitura de Pinhais, de modo que, quando identificada, a pessoa em situação de acumulação é registrada no sistema, que tem como intuito acompanhar as ações intersetoriais da Prefeitura e, com atribuição das equipes de saúde, desenvolver um Plano de Ação Multiprofissional para avaliar, reabilitar e habilitar as pessoas em situação de acumulação no desenvolvimento de sua capacidade

funcional, objetivando também a redução ou descarte total dos objetos e entulhos acumulados.

Foi percebido que existe dificuldade entre as equipes de saúde para identificação das pessoas em situação de acumulação e em distinguir acumulação de coleta para reciclagem e de coleção. Ainda, observou-se que, durante o registro das PSA no sistema eletrônico SE SUITE, as equipes de saúde devem indicar um nível de gravidade da situação de acumulação, entre leve, moderado e grave, porém, não há critério estabelecido para servir de base para tal indicação, o que faz com que exista o risco das equipes de saúde não darem prioridade aos casos mais graves, isto é, às situações de acumulação em que necessita-se de uma intervenção em saúde e/ou intersetorial quase que imediata. Também, tendo em vista que a pessoa com transtorno de acumulação dificilmente reconhece sua situação como uma acumulação sem o auxílio e orientação de profissionais, é importante que exista um direcionamento técnico nos procedimentos que circundam o manejo terapêutico com a PSA, como a identificação, acolhimento, avaliação, matriciamento, visando evitar a ruptura de vínculo entre PSA e equipes de saúde.

Portanto, considerando o envolvimento atual da gestão de saúde mental do município com as PSA e as dificuldades observadas pelas equipes de saúde, apresento a seguinte inquietação: De que maneira é possível subsidiar as intervenções das equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação?

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar prontuário das pessoas em situação de acumulação em Pinhais;
- Pesquisar na literatura científica as perspectivas de tratamentos eficazes das pessoas em situação de acumulação;
- Produzir instrumento de avaliação de risco da acumulação para os profissionais que atuam com as pessoas em situação de acumulação e operacionalizam sistemas eletrônicos que registram os casos de acumulação;
- Gerar recomendações para abordagem inicial direcionadas às equipes que atuam com as Pessoas em Situação de Acumulação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O IMPACTO DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS

Para compreender o processo saúde-doença, precisamos primeiramente entender o conceito de saúde, o qual é muito discutido por diversos autores em variadas abordagens. Como exemplo, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é definido desde 1947 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa percepção produz críticas e reflexões de diversos setores da sociedade até os dias de hoje, por acreditarem ser não operacional e até inalcançável, tratando-se mais de uma declaração do que propriamente uma definição. A concepção que melhor se aplica na presente pesquisa é defendida por diversos autores e engloba três planos diferentes: Subindividual, Individual e Coletivo.

Conforme descreve Narval et al (2008 apud VIANNA, 2012, p. 5) o plano subindividual refere-se ao:

nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade – anormalidade/funcionalidade – disfunções. Assim, quando a balança pender para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença. A enfermidade seria a condição percebida pela pessoa ou paciente, caracterizando-a como queda de ânimo, algum sintoma físico, ou mesmo dor. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, com quadro clínico definido e enquadrada como uma entidade ou classificação nosológica.

Já o nível individual corresponde ao entendimento de que as anormalidades e disfunções ocorrem em indivíduos que também são seres sociais, ao mesmo tempo em que são seres biológicos. As alterações no processo saúde-doença são resultados também das condições gerais de existência e da classe social desses indivíduos. Portanto, esse nível possui dimensões individuais e coletivas, onde a condição de saúde varia entre o “mais perfeito bem-estar” até o extremo da “morte”, surgindo diversos processos e eventos que intermediam essa proporção (Narval et al, 2008 apud VIANNA, 2012, p. 5).

O plano coletivo é caracterizado pela compreensão de que o processo saúde-adoecimento é resultado de amplos fatores, englobando também as relações do indivíduo com a família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente, etc. Dessa forma, em nível coletivo, Minayo (1994 apud VIANNA 2012, p. 5) define a condição de saúde como “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

Assim, a partir das concepções apresentadas acima, compreendemos que os seres humanos estão sujeitos aos fatores externos que interferem no seu estado de saúde. O conceito de determinantes sociais da saúde surgiu para responder esses fenômenos no processo saúde-doença, visto que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais dos indivíduos e grupos sociais são intrínsecos à sua situação de saúde.

Desse modo, segundo Vianna (2012, pp. 6-7), a determinação social da saúde é compreendida como um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco na população, estabelecendo uma hierarquia de determinações entre condições de vida e de trabalho, educação, desemprego, saneamento básico, habitação até o estilo de vida dos indivíduos, a idade, o sexo e fatores hereditários.

Para Carvalho (2013), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não são igualmente importantes, o autor destaca que os DSS que mais influenciam na saúde da população são os fatores que geram estratificação social, isto é, aqueles que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como

a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico. Entre os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação estão as estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, e as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social (pp. 3-4).

Esses fatores, segundo o autor, são os que alteram o posicionamento social dos indivíduos, causando a mais profunda das iniquidades em saúde.

Não obstante, para Souza et al (2013), a divergência que se tem hoje em torno dos determinantes sociais da saúde é que se tratam os problemas sociais como se fossem fragmentos da realidade que ganham autonomia, quando deveria-se considerar que os determinantes sociais da saúde constituem-se como uma questão única – a *questão social* – a qual leva em consideração que o modo de produção capitalista determina uma estrutura societária composta por duas classes antagônicas – burguesia e proletariado – em que o trabalho é realizado com base na exploração de uma classe sobre a outra, tornando-se o motivo da riqueza de uns e da pobreza de muitos. Desse modo, a questão social se expressa através de desigualdades, desemprego, miséria, violência, fazendo com que a falta de saúde se configure também em uma condição socialmente imposta pelo modo de produção capitalista. Os autores afirmam que “enquanto existir a lei geral da acumulação capitalista existirá a “questão social” e seus desdobramentos para saúde” (SOUZA et al, 2013, p. 13). Complementam ainda que “apenas com a reflexão crítica sobre a ordem societária em que vivemos é que se construirá a base para uma sociedade emancipada do caráter destrutivo do capital – e de seus desdobramentos para a saúde” (SOUZA et al, 2013, p. 3).

Por isso, é necessário também abranger os desdobramentos da questão social para compreender a realidade em que a pessoa em situação de acumulação vivencia ou vivenciou, já que é comumente apontado pelos pesquisadores da área que as pessoas com transtorno de acumulação muitas vezes passaram por experiências de privação material em algum momento de suas vidas (SCHMIDT et al, 2014).

3.2 CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014, p. 247) define o Transtorno de Acumulação (TA) como aquisição excessiva acompanhada pela dificuldade de descartar os pertences. Entre os principais critérios para o

diagnóstico está a dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real, que se deve a uma necessidade de guardar os itens e ao sofrimento associado ao seu descarte, resultando na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e comprometem substancialmente o uso pretendido. Quando as áreas de estar não estão obstruídas é somente devido a intervenções de outras pessoas, como membros da família, funcionários de limpeza e autoridades. Além disso, a acumulação também causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros. O DSM-5 considera também que o TA não decorre de outra condição médica, como lesão cerebral e doenças cerebrovasculares.

O manual classifica em três níveis de *insight* que as pessoas com TA podem apresentar, são eles: *insight* bom ou razoável, quando o indivíduo reconhece que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação são prejudiciais, *insight* pobre, quando o indivíduo acredita que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação não são prejudiciais, apesar das evidências indicando o contrário, e *insight* ausente/crenças delirantes, quando o indivíduo está completamente convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação não são prejudiciais, apesar das evidências indicando o contrário.

Ainda, o DSM-5 aborda a questão da aquisição excessiva, presente em aproximadamente 80 a 90% dos indivíduos com transtorno de acumulação, que consiste na obtenção excessiva de itens que não são necessários ou para os quais não existe mais espaço disponível.

Até pouco tempo atrás, especialistas e pesquisadores consideravam a acumulação como um sintoma do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), porém, no DSM-5, há a classificação do TA como um transtorno independente do TOC. Embora o TOC apresente semelhanças com o TA, a sintomatologia do TA distingue-se do TOC em determinados aspectos. Uma das principais diferenças 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 obsessões definidas pelo DSM-5. As pessoas que acumulam, normalmente, não realizam a distinção entre a necessidade dos objetos que acumulam e o motivo pelo qual fazem isso. Contudo, o TA pode ocorrer concomitantemente a outros transtornos mentais, como TOC, Transtorno de Personalidade, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão, Demência, Esquizofrenia, Transtorno do Humor Bipolar, Fobia Social, entre outros (SCHMIDT et al, 2014; GARGIULO et al, 2017, STUMPF et al, 2018).

Pesquisas indicam que o TA possui curso crônico e progressivo. Pode se iniciar na infância e adolescência, embora não apresente sofrimento psíquico e prejuízos sociais no início, estes se intensificam por volta dos 40 ou 50 anos de vida da pessoa. Se diagnosticado em fases tardias, tende a ser mais grave (STUMPF et al, 2018).

É importante que seja diferenciado a acumulação de colecionismo: enquanto a pessoa que acumula adquire diferentes objetos e em grandes quantidades, costuma armazená-los de forma desorganizada e não permite que ninguém tenha acesso a eles, o colecionador adquire um tipo de bem específico (como selos, moedas e objetos de arte), geralmente são pessoas metódicas que limpam e catalogam seus itens, os mantêm organizados e sentem prazer em mostrar sua coleção para outras pessoas (HENRIQUES et al, 2019; STUMPF et al, 2018).

Também existem as pessoas que acumulam animais, mantendo-os em casa sob péssimas condições de higiene e limpeza. O que distingue um cuidador de animais de um acumulador de animais está na quantidade, finalidade e qualidade de vida dos animais. O cuidador tem um espaço próprio para eles, além de garantir condições de higiene e alimentação adequadas. Já a pessoa que acumula animais os têm como parte de sua vida, vivendo em condições insalubres, com cômodos da casa que não podem mais ser utilizados pelo excesso de animais espalhados. A cozinha ou o quarto, por exemplo, estão ocupados por animais em toda a parte, os quais recebem cuidados insatisfatórios de higiene e alimentação, possibilitando a proliferação de doenças por falta de assistência veterinária (ARAÚJO & SANTOS, 2015).

3.3 CONSEQUÊNCIAS DE QUEM VIVE EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

Ao se tratar das consequências provocadas pela situação de acumulação, um dos fatores que pode ser apresentado é o isolamento social, pois o comportamento da pessoa com TA costuma ser angustiante para outras pessoas, tais como familiares, vizinhos e amigos. Frequentemente, pessoas com TA acabam envolvidas em medidas judiciais para que as autoridades revertam o quadro instalado pelo acúmulo de coisas no local onde vivem, e, em muitos casos, elas podem ser ameaçadas de despejo ou ainda serem legalmente impedidas de cuidar de seus filhos. A dificuldade em organizar a casa, a vergonha diante da desordem, as críticas e agressões verbais por parte de terceiros fazem com que os acumuladores comumente sejam isolados do convívio social, facilitando o agravamento da acumulação.

Outro fator decorrente da situação de acumulação são os prejuízos ocupacionais, pois esta provoca diminuição da mobilidade e interferência nas atividades da vida diária. Muitas vezes, os acumuladores vivem em ambientes entulhados e com odores insuportáveis, que comprometem o trânsito e o uso da moradia, impedindo o desempenho de atividades básicas relacionadas à alimentação, ao sono e à higiene pessoal. No que se refere à moradia, há ainda o risco de soterramentos sob avalanches de objetos e de incêndio, podendo causar ferimentos graves e morte. Especialmente em idosos, existe também o risco de quedas. As pessoas com transtorno de acumulação que não são aposentadas comumente se encontram em situação de desemprego (SCHMIDT et al, 2014; ARAÚJO & SANTOS, 2015; STUMPF et al, 2018).

Além disso, há o risco de disseminação de doenças infecciosas devido à acumulação de objetos e animais. De acordo com Henriques et al (2019, pp. 127-130), devido a área apresentar condições insalubres, os problemas causados pelo acúmulo se estendem não só para quem acumula e sua família, mas também para os vizinhos e a comunidade em seu entorno, pois o acúmulo de materiais e objetos incide diretamente na proliferação de insetos e infestação de baratas, sendo estes fontes de

alimento a outros animais como escorpiões e roedores. As residências de acumuladores, além de serem vetores das arboviroses urbanas e demais insetos e animais de importância médica, também propiciam condições de transmissão de zoonoses como a leishmaniose visceral e a febre maculosa brasileira, além do odor fétido que pode ser tóxico quando inalado, refletindo em um risco sanitário para a comunidade.

Quando há o acúmulo de animais, muitos ficam doentes e chegam ao óbito pelas condições a que são submetidos. Vivem em ambientes acumulados de detritos infectados, fezes e urina, de modo que a casa pode se tornar um criadouro de germes e bactérias nocivas à saúde de humanos e de animais (ARAÚJO & SANTOS, 2015).

3.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

De acordo com Stumpf et al (2018, pp. 55-58), estudos apontam que o Transtorno de Acumulação prevalece entre 1,5% e 2,1% na população em geral, podendo chegar a 6% ou mais em idosos, constituindo uma população de alta vulnerabilidade, com taxa de mortalidade de aproximadamente 50% em 5 anos de seguimento. Os autores também sugerem que o TA pode decorrer de fatores genéticos, familiares, cognitivos e de experiências traumáticas. Já segundo Araújo e Santos (2015, p. 89), em cerca de 5% dos casos, o TA compulsivo se torna incapacitante. Gargiulo et al (2017, p. 5031), por sua vez, cita estudos que apontaram piora progressiva do transtorno de acumulação com o passar do tempo e da idade. Tipicamente, a desabilidade funcional aumenta na quarta ou quinta década de vida, ficando mais acentuada entre os idosos. Geralmente, em 60% a 80% dos casos, o TA ocorre independentemente do TOC. Conforme relata Schmidt et al (2014, p. 30), mais de 80% dos sujeitos que acumulam referem presença do transtorno de acumulação no histórico familiar.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um projeto de intervenção baseado em pesquisa bibliográfica e documental de abordagem qualitativa.

Inicialmente foi feita pesquisa bibliográfica sobre o tema e logo a seguir foi feita revisão de prontuários para identificar a ocorrência de casos no território de abrangência de um CAPS II no município de Pinhais. Foram encontrados quatro prontuários de pessoas com Transtorno de Acumulação.

A seguir, foram planejadas intervenções e desenvolvidos instrumentos técnicos para avaliação de risco das Pessoas em Situação de Acumulação para gerar recomendações de abordagem inicial direcionadas às equipes de Saúde Mental.

A operacionalização deste projeto se dará de acordo com o descrito no “Termo de solicitação de autorização” devidamente autorizado pela gerência de Saúde Mental.

Para o desenvolvimento das ações da pesquisa foi utilizado a metodologia 5W2H, composta por um conjunto de questões usufruídas para compor planos de ação de modo eficiente, visando a definição de ações e seu acompanhamento. Os 5W correspondem às seguintes palavras do inglês: What (o que); Who (quem); Where (onde); When (quando) e Why (por que). Já os 2H são: How (como) e How Much (quanto custa) (FIA, 2020), como podemos ver na tabela abaixo com as respectivas ações desta pesquisa:

QUADRO 1 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 1

<p>Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.</p>
<p>Objetivo Específico 1: Revisar quatro prontuários de saúde das pessoas em situação de acumulação de Pinhais.</p>

O que fazer?	Examinar histórico de prontuário das pessoas com transtorno de acumulação que foram atendidas no Sistema Único de Saúde.
Por que fazer?	<ul style="list-style-type: none"> - Para coletar informações epidemiológicas dos casos de acumulação no município; - Para coletar informações acerca de como foram identificados os usuários em situação de acumulação, identificar qual conduta foi tomada pelos profissionais, se houve e/ou como foi conduzido o tratamento em saúde mental do usuário.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.
Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente)
Como será feito?	Leitura do prontuário eletrônico do Sistema Único de Saúde de Pinhais, investigação e descrição da trajetória do tratamento.
Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 2 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.	
Objetivo Específico 2: Pesquisar na literatura científica as perspectivas de tratamentos eficazes das pessoas em situação de acumulação.	
O que fazer?	Investigar na literatura os modelos de tratamentos para pessoas em situação de acumulação de casos considerados exitosos.
Por que fazer?	Para coletar informações acerca dos modelos de tratamentos e cuidados em Saúde Mental que obtiveram sucesso com as pessoas em situação de acumulação, visando subsidiar o desenvolvimento de instrumentos técnicos de intervenção.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.
Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente)
Como será feito?	A partir do estudo de artigos científicos nacionais e internacionais pesquisados em bases de dados como Scielo, LILACS e ScienceDirect mediante os descritores Transtorno de Acumulação, Pessoas em Situação de Acumulação, Acumulação Compulsiva.

Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.
------------------------	------------------------------

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 3 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 3

Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.	
Objetivo Específico 4: Produzir instrumento de avaliação de risco da acumulação para os profissionais que atuam com as pessoas em situação de acumulação e operacionalizam sistemas eletrônicos que registram os casos de acumulação.	
O que fazer?	- Padronizar instrumento de avaliação dos aspectos de risco da acumulação compulsiva;
Por que fazer?	- Para permitir ações organizadas das equipes de saúde que assistem as pessoas em situação de acumulação conforme seu nível de complexidade; - Em sistemas eletrônicos, o preenchimento da avaliação de risco possibilita maior qualidade da vigilância em saúde.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.

Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente).
Como será feito?	Será categorizado e elencado indicadores de risco da situação de acumulação baseado em materiais científicos e adaptado para a classificação de risco em três níveis: baixo risco, médio risco, alto risco.
Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 4 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 4

Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.	
Objetivo Específico 4: Gerar recomendações para abordagem inicial direcionadas às equipes que atuam com as Pessoas em Situação de Acumulação.	
O que fazer?	Desenvolver recomendações para abordagem inicial das equipes de saúde para as pessoas com indicativos de transtorno de acumulação.
Por que fazer?	- É comum que as pessoas em situação de acumulação não reconheçam que sua condição pode trazer consequências graves para si próprio, sua família e a comunidade em que vive, também é frequente que elas resistam a qualquer tipo de tratamento em Saúde Mental,

	por isso, é de suma importância que, ao acolhê-las, o profissional tenha cautela e siga recomendações com base científica e jurídica para evitar prejudicar ou romper o vínculo criado com o usuário.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.
Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente).
Como será feito?	Com base em preceitos básicos sobre os direitos e proteção da pessoa com transtorno mental e artigos relacionados, serão realizadas recomendações de postura e conduta profissional para abordagem inicial das pessoas com indicativos de transtorno de acumulação.
Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.

FONTE: O autor (2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Foram revisados quatro prontuários de usuários em situação de acumulação do Sistema Único de Saúde, os quais serão representados por meio de nomes fictícios. Duas dessas pessoas, Marina, a mãe, e Mariana, a filha, residiam na mesma casa e ambas acumulavam resíduos. Mariana aceitou tratamento de saúde mental devido aos sintomas de depressão que havia apresentado e foi acompanhada pelo CAPS II, Marina era acompanhada pela Unidade de Saúde da Família, não devido à situação de acumulação, mas para consultas de rotina, negava que contribuía para a acumulação de resíduos em casa, dizendo que quem acumulava era a filha, enquanto Mariana alegava que quem acumulava era Marina. Mãe e filha apresentavam pouca evolução positiva e crítica em relação à acumulação. Mariana, inserida no CAPS II, não aderiu completamente ao tratamento, até que a mãe descobriu que estava grávida. Durante a gestação, foi realizado o pré-natal e em algumas oportunidades foi abordada a questão da acumulação; concomitantemente, os profissionais do CAPS II também abordaram assuntos relativos à acumulação, tendo em vista que um ambiente com resíduos e lixo acumulados pode trazer maiores consequências na saúde de um recém nascido. A partir das visitas domiciliares realizadas pela equipe do CAPS II, constatou-se que o local onde residiam apresentava acúmulo de resíduos, dentro da casa observou-se lixo, fezes de animais de estimação, restos de comida em decomposição junto com larvas e possivelmente havia ratos.

Ao longo da gestação, Marina e Mariana demonstraram progresso em sua condição, ao evitar coletar coisas e descartar acúmulos em casa. Próximo ao nascimento do bebê, Marina repousou na casa do namorado e a família se esforçou para higienizar a casa onde viviam. Mariana abandonou o tratamento no CAPS II, mas durante visitas domiciliares, realizadas pelos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) no período pós-parto de Marina, foi observado que não havia ou havia pouco acúmulo, a casa se manteve higienizada e já não estava mais insalubre.

O outro prontuário revisado é de Jacir, uma pessoa idosa em situação de acumulação que nunca aceitou qualquer tipo de tratamento em saúde mental, não possuindo percepção crítica a respeito do ambiente insalubre em que vive. Há alguns anos, a prefeitura do município realizou a limpeza de sua residência após receber muitas denúncias por parte da comunidade, que estava sendo atingida devido ao alto volume de acúmulo de resíduos, o que, por consequência, acaba atraindo ratos e outros animais que podem trazer risco de vida para as pessoas. Na ocasião, Jacir tentou agredir alguns funcionários e foram necessários diversos caminhões para retirar os objetos.

Em pouco tempo, Jacir voltou a acumular grandes volumes de resíduos, sua esposa e seu filho abandonaram a casa em razão da situação de acumulação, o idoso começou a apresentar diversos problemas de saúde, a comunidade voltou a denunciar e pressionar a prefeitura e houve diversas tentativas de sensibilização para Jacir perceber a situação em que vive e fazer tratamento de saúde mental. Foram pensadas algumas estratégias junto às demais secretarias como a da Assistência Social, Ministério Público e Defesa Civil, realizado matriciamento entre profissionais do CAPS II e USF e feitos exames na Unidade de Pronto Atendimento com o intuito de realizar internamento involuntário e limpeza da residência, mas essas tentativas não deram certo e, por hora, Jacir vive sozinho em meio a um alto volume de acumulação e diversos problemas de saúde.

O último prontuário revisado foi o de Antônio, uma pessoa idosa em situação de acumulação que buscou atendimento no CAPS II por espontânea vontade. Antônio demonstrou possuir autocrítica em relação à situação de acumulação, queixou-se do desejo involuntário de coletar objetos e pediu esclarecimentos sobre o sofrimento que o atinge, relatando ainda que, quando a neta descobriu a gravidez, ele e a família preocuparam-se com as consequências que a acumulação poderia trazer para a bisneta, o que o levou a iniciar o descarte parcial dos objetos acumulados, causando-lhe sofrimento psíquico. Foi realizado matriciamento entre as equipes do CAPS II e da USF por meio de visita domiciliar, na qual foi constatado pouco volume de

acúmulo, porém, o local onde estavam os objetos poderia tornar a acumulação perigosa, pois se encontravam no forro do teto da casa. Antônio passou por alguns atendimentos no CAPS II e foi encaminhado ao Ambulatório de Saúde Mental por não apresentar gravidade em sua condição. No ambulatório, inicialmente foi orientado por um Assistente Social a praticar a redução de danos, na tentativa de diminuir gradativamente o volume da acumulação para não provocar sofrimento psíquico intenso e diminuir o risco de queda do forro. Até o término da revisão de prontuário, Antônio iria ser acompanhado por profissionais da Psicologia e Psiquiatria.

Assim, pode-se perceber que para Marina, Mariana e Antônio, a motivação para diminuir e/ou eliminar a acumulação surgiu da responsabilidade do vínculo afetivo com o bebê que vive com eles. Os três demonstraram sofrimento em descartar objetos e o impulso para acumular, mas foram capazes de controlar a compulsão. Antônio possuía discernimento sobre as consequências da acumulação, Marina e Mariana adquiriram esse discernimento quando estavam em acompanhamento com as equipes de saúde. Eles também dispõem de apoio familiar. Antônio foi o único dos casos citados que procurou atendimento em saúde mental por livre e espontânea vontade. Em contraponto, Jacir rejeitou qualquer tipo de intervenção, não possui crítica sobre sua situação e não recebe apoio da família, apresentando evidentemente um grave prejuízo cognitivo, funcional e social.

Em relação aos prontuários, realizados por diferentes profissionais de equipamentos da saúde como USF, CAPS II e UPA, foi observada a não uniformidade na transcrição dos relatos e a ausência de uma padronização, poucas informações a respeito da gravidade dos casos foram sinalizadas, sendo feitos de acordo com cada profissional. Também não foram encontrados indícios de como foi feita a identificação da pessoa com transtorno de acumulação, se foi usado algum tipo de *checklist*.

5.2 RECOMENDAÇÕES PARA ABORDAGEM INICIAL

A abordagem inicial são os primeiros contatos dos profissionais de saúde com a pessoa com TA, ocorre quando o usuário chega aos serviços de saúde ou quando as equipes de saúde procuram por ele (no caso de visitas domiciliares), pois geralmente essas pessoas são trazidas por familiares ou outros órgãos governamentais que identificaram o problema, sendo rara a procura espontânea. Conforme mencionado no item 3.2 desta pesquisa, as pessoas com TA possuem diferentes níveis de *insight*, de modo que o relato espontâneo pode não acontecer pois a pessoa não reconhece a condição em que vive.

Quando se trata do atendimento às pessoas com TA, não se pode deixar de mencionar os preceitos básicos dos direitos e proteção da pessoa com transtorno mental, conforme Art. 2º da Lei nº 10.2016 de 2001:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Tendo isso em vista, o objetivo principal da abordagem inicial consiste na criação de vínculo, cabendo aos profissionais nesta etapa promover um espaço seguro e confortável de diálogo para conquistar a confiança do usuário, esclarecer os motivos desse contato e sensibilizá-lo a respeito da saúde mental e seus desdobramentos. Realiza-se a escuta das queixas da pessoa (se ela decidir expor) e o profissional pode identificar as demandas iniciais, explicar o suporte que pode ser dado por meio dos serviços de saúde mental e combinar próximos contatos para solidificar a criação do vínculo. A todo momento deve ser praticada a empatia e levado em consideração a vulnerabilidade do estado de saúde mental e social da pessoa com TA.

Sugere-se que a coleta de informações para identificação correta do TA seja ação subsequente à criação de vínculo, pois, conforme citado no item 3.3 deste trabalho, a pessoa com TA pode sentir vergonha da condição que vive e provavelmente já sofreu diversas críticas e agressões verbais devido a isso.

Algumas posturas profissionais que vão em desacordo com os preceitos citados acima e que poderiam acarretar uma postura antiética e rompimento do vínculo com o usuário são: discurso autoritário, zombar ou insultar a pessoa com TA, descarte de objetos pelo próprio profissional ou imposição do descarte para a pessoa com TA, ignorar a situação de saúde e de vida da pessoa com TA, omitir informações referentes à finalidade das abordagens e funcionamento dos serviços de saúde.

5.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

A literatura científica que discute o transtorno de acumulação ainda é escassa e bastante recente no Brasil, havendo, portanto, mais pesquisas internacionais sobre o tema.

Anteriormente, eram utilizados tratamentos padronizados para o TOC em pessoas com TA, mas devido aos resultados insatisfatórios, se fez necessário o desenvolvimento de abordagens mais específicas para o TA (STUMPF et al, 2018).

Dentre os artigos estudados, quando se trata de abordagens e tratamentos para o transtorno de acumulação, muitos utilizam como base de discussão pesquisas *in loco* realizadas em outros países.

É necessário destacar nesta pesquisa a importância da equipe multiprofissional no tratamento à PSA, pois ela possibilita maiores abordagens terapêuticas, bem como atuações conjuntas e integradas para atender às necessidades psicossociais, biológicas e subjetivas que a pessoa com TA demanda.

5.3.1 CRIAÇÃO DE VÍNCULO

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (p. 21), a criação de vínculo consiste na:

construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde.

Dessa forma, o estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a pessoa com TA é primordial para a condução do tratamento, tendo como objetivo conquistar a confiança da mesma, pois, como indica Coradassi et al (2019, p. 30146), os laços de confiança possibilitam que, gradativamente, ela permita novas abordagens e o acesso de outros profissionais, viabilizando assim a realização de ofertas de cuidado por parte da equipe multiprofissional.

5.3.2 IDENTIFICAÇÃO

Ressalta-se como a primeira ação que deve ser realizada pelas equipes de saúde a correta identificação da pessoa em situação de acumulação, pois ela irá desencadear as ações subseqüentes. Tendo como base as características citadas no item 3.2 desta pesquisa, a identificação pode ocorrer por meio de relato da própria pessoa com TA, mas, caso ela tenha *insight* pobre ou ausente, o indicado é entrevistar informantes confiáveis (como familiares e/ou vizinhos). O mais importante, contudo, é que se realize a visita domiciliar, pois, segundo Stumpf et al (2018, p. 62), ela permite que a equipe avalie de forma objetiva a proporção da acumulação, averigue a extensão da obstrução da mobilidade na moradia e os prejuízos resultantes da situação de acumulação e determine a presença de riscos para a saúde e a segurança das pessoas que habitam a residência e a comunidade em seu entorno.

Considerando que é incomum que as pessoas que acumulam procurem ajuda decorrente de sua condição, Coradassi et al (2019, p. 30145) afirma que a atenção primária possui papel fundamental na identificação das PSA, tendo em vista que os

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem fazer visitas semanais em sua micro-área, facilitando o reconhecimento no processo de identificação.

5.3.3 REDUÇÃO DE DANOS

Uma das abordagens mais citadas nos artigos revisados é a prática da redução de danos, que consiste no descarte gradativo dos objetos acumulados, diminuindo o volume do acúmulo e o risco de sofrimento intenso para a pessoa com TA e melhorando a organização do ambiente.

Para Gargiulo et al (2017, p. 5034), a prática da redução de danos tem como foco atingir as distorções cognitivas relacionadas ao medo do descarte e à forte vontade em adquirir objetos, torna possível a redução da desabilidade causada pelos sintomas e promove a melhora na qualidade de vida. Já os autores Araújo & Santos (2015, p. 92) ponderam que este tipo de abordagem pode demorar, ao longo do processo, de meses a anos para ter eficácia no tratamento. Stumpf et al (2018, p. 62), por sua vez, sugere que a abordagem da redução de danos seja proposta para indivíduos que não estejam motivados a modificar seu comportamento acumulador.

5.3.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

É unânime entre os pesquisadores que a abordagem com a maior probabilidade de eficácia para o tratamento de pessoas com transtorno de acumulação é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), uma das abordagens da psicoterapia que, segundo os autores Schmidt et al (2014, p. 33), Araújo & Santos (2015, p. 92) e Stumpf et al (2018, p. 62), corresponde a um método focado, em que localizam-se as causas da acumulação, que são as raízes da ansiedade, atuando sobretudo na diminuição do sofrimento apresentado pelo indivíduo ao descartar as coisas que acumula, na reestruturação cognitiva de crenças irracionais associadas à acumulação, auxiliando-o

na tomada de decisão e categorização sobre o descarte dos objetos e no desenvolvimento de estratégias para diminuir a frequência dos hábitos de coleta.

Os autores citam estudos que apontam redução significativa na gravidade da acumulação após intervenções de TCC específicas para o TA. Schmidt et al (2014, p. 37) menciona pesquisas realizadas nos Estados Unidos que demonstraram que, após 26 sessões, aproximadamente 70% dos 40 pacientes submetidos à psicoterapia apresentaram melhoras significativas dos seus sintomas de acumulação e desorganização. Não obstante, Stumpf et al (2018, p. 62) enfatiza que os efeitos mais expressivos foram vistos na dificuldade em descartar, seguida por entulhamento e aquisição. No entanto, as taxas de melhora no prejuízo funcional foram baixas (24%-43%). A combinação de TCC com remediação cognitiva (direcionada aos déficits neurocognitivos), ainda que pouco estudada, indicou redução de sintomas do TA em até 40%. As pesquisas sobre o uso da TCC na acumulação tardia se limitam a relatos de casos e estudos abertos.

5.3.5 DEMAIS ABORDAGENS ASSOCIADAS

As intervenções ressaltadas pelos autores que podem ser associadas com a TCC incluem a Redução de Danos e a Terapia de Remediação Cognitiva, conforme citado anteriormente, além do tratamento medicamentoso, conforme citado por Gargiulo et al (2017, p. 5034), que pode produzir melhoras significativas se focado nos inibidores seletivos de recaptção de Serotonina, Benzodiazepínicos e Antidepressivos atípicos. Salienta-se também a importância das visitas domiciliares periódicas e das intervenções baseadas nas famílias, com o objetivo de aumentar a motivação da pessoa com TA para seu tratamento e o apoio às necessidades dos familiares. Tais abordagens associadas possibilitam a manutenção dos ganhos obtidos com a psicoterapia.

Desse modo, o objetivo do tratamento para as pessoas com TA é melhorar a apresentação sintomática e a situação de acumulação, sem precisar retirar essa pessoa

do meio em que vive para interná-la em hospital psiquiátrico, exceto em condições de extremo risco de vida. A desmotivação da pessoa com TA para o tratamento e a baixa capacidade de *insight* impacta diretamente nos resultados insatisfatórios de tratamento.

O período de tratamento é variado, pode durar de meses a anos, dependendo do caso, e exige dedicação e motivação da pessoa com TA, mas permite que ela retome hábitos para uma vida mais saudável.

Os autores concluíram que não existe técnica psicossocial superior para o TA, embora a evidência mais confiável até o momento seja a TCC individual ou em grupo que siga protocolo específico para TA.

5.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

Este instrumento de classificação de risco para a situação de acumulação foi produzido com o intuito de subsidiar a atuação dos profissionais de saúde que lidam com as pessoas em situação de acumulação e auxiliar no entendimento da gravidade do acúmulo. Se analisado juntamente a uma avaliação clínica, têm o potencial de proporcionar uma maior compreensão do estado de saúde mental da pessoa com TA e das condições de moradia em que ela está vivendo, facilitando também discernir as intervenções que precisam ser feitas, com emergência ou não.

A classificação de risco para a situação de acumulação produzida nesta pesquisa baseou-se na Escala de Desordem-Qualidade de Vida estadunidense da Institute for Challenging Disorganization e nos demais artigos revisados. Procurou-se adaptar a escala para a realidade brasileira com subsídio dos indicadores dos artigos nacionais revisados. A classificação de risco em saúde no Brasil estratifica os indicadores em três níveis: baixo risco, médio risco e alto risco, bem como em sistemas eletrônicos de acompanhamento das ações com acumuladores, conforme citado na introdução da pesquisa.

Dessa forma, foram descritos 18 indicadores para a classificação de acumulação, sendo 4 indicadores de baixo risco, 9 indicadores de médio risco e 9

indicadores de alto risco. Alguns indicadores podem aparecer em dois níveis diferentes pela possibilidade de serem encontrados concomitantemente na avaliação do local. Para se definir a classificação, considera-se a presença da maioria dos indicadores em determinado nível no local (por exemplo, se os profissionais de saúde identificarem 5 indicadores de médio risco e 2 deles estão em concomitância com alto risco, considera-se a situação de acumulação como de médio risco devido a maioria dos indicadores serem de médio risco). É importante ressaltar que nesse caso a situação pode estar se agravando, haja vista a presença de indicadores do nível superior.

Tabela 1: Classificação de risco da situação de acumulação

Indicadores	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Pequenas quantidades de objetos e resíduos acumulados, dentro e/ou fora de casa	X		
Todas as portas e escadas (quando houver) estão acessíveis para transitar, janelas acessíveis para abrir/fechar	X		
Superfícies (pias, mesas) com restos de comida em panelas e pratos	X	X	
Fezes e urinas de animais de estimação no chão	X	X	
Latas de lixo transbordando		X	
Indícios da existência de ratos e insetos		X	
Objetos e resíduos acumulados começam a bloquear portas, escadas, janelas, necessitando desviar dos objetos para transitar		X	
Objetos e resíduos acumulados que ocupam grande parte do lado de fora da casa, mas é possível transitar entre os espaços		X	
Odor perceptível		X	
Inexistência de pratos e utensílios de cozinha limpos		X	X
Pelo menos 1 cômodo da casa inutilizável e/ou uma saída		X	X

bloqueada devido acúmulo de objetos e resíduos			
Objetos e resíduos acumulados que ocupam toda a parte do lado de dentro e fora da casa, impossibilidade ou grande dificuldade de transitar entre os espaços			X
Evidência de infestação de ratos, insetos (baratas, aranhas), larvas			X
Odor intenso			X
Grandes quantidades de animais de estimação amontoados em um espaço que dificulta transitar (tanto para os animais quanto para pessoas) sob condições precárias de higiene e alimentação, fezes e urinas em grandes quantidades pelo chão			X
Evidência de fezes humanas			X
Comida em decomposição em superfícies e/ou dentro de geladeira que não funciona			X
Presença de objetos com substâncias inflamáveis acumulados (álcool, querosene, óleo de cozinha, tintas)			X

FONTE: Adaptado de Institute for Challenging Disorganization (2011-2020).

Em suma, haja vista que o TA possui curso crônico e gradativo, conforme citado no item 3.2 desta pesquisa, isto é, com o passar do tempo, sem tratamento, a tendência é agravar tanto a sintomatologia do TA quanto a situação de acumulação, as tentativas de intervenção enquanto a pessoa estiver apresentando poucos riscos e prejuízos podem promover saúde e prevenir o agravamento da sua condição. Os casos de maior complexidade acabam por exigir serviços de saúde com maior especialização e ações intersetoriais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se, neste trabalho, aproximar-se da questão do Transtorno de Acumulação (TA) e da situação em que essas pessoas vivem, tendo em vista a dificuldade que as equipes de saúde têm em atuar com as pessoas com TA devido a alta complexidade dos casos. Essa população pode apresentar intenso sofrimento psíquico e chegar a situações desumanas, que reverberam na sua qualidade e modo de vida e nas suas relações sociais, necessitando de assistência profissional. As pessoas com TA precisam de motivação para tratar sua condição, entretanto, vivenciam violências e exclusão social; por isso, se faz necessário a compreensão desta condição por parte da comunidade, dos profissionais de saúde e de outros setores, para que essa população não se sinta julgada e condenada quando for tentado contato ou quando ela chega até os serviços de saúde (por busca espontânea ou não). O TA pode surgir em razão de uma história de vida de dificuldades, com episódios traumáticos, violências, situações de privação material e histórico familiar, adquirido geneticamente.

Os prontuários revisados mostram as nuances do TA no que se refere ao *insight*, apresentando a possibilidade de haver pessoas que procuram os serviços de saúde espontaneamente, outras são procuradas e aceitam tratamento, enquanto outras recusam qualquer tipo de abordagem, refletindo na gravidade da sintomatologia e situação de acumulação.

Considera-se que o tratamento com maior êxito até o momento foi o da Terapia Cognitivo-Comportamental, associado com outras abordagens, como Terapia de Remediação Cognitiva e Redução de Danos, destacando-se também as visitas domiciliares para manter a compreensão do meio social onde a pessoa vive.

Pensando deste modo, a eficácia no tratamento não significa que a pessoa interrompeu o acúmulo abruptamente, descartou todos os objetos sem sofrer e “curou” os pensamentos compulsórios do TA, mas sim que obteve minimamente redução nas manifestações sintomáticas e no acúmulo, ou seja, o tratamento é eficaz quando a pessoa atinge a capacidade de lidar com o TA de forma saudável e sem maiores

consequências, ocasionando numa melhor qualidade de vida e bem-estar. Assim, o tratamento pode durar meses ou anos, respeitando o tempo e o processo de cada pessoa.

Mensurar o risco da situação de acumulação é fundamental para criar estratégias de intervenção, seja na Atenção Básica ou em serviços especializados como Ambulatório ou CAPS, pois esse risco determinará o grau de complexidade de cada caso. Os casos de maior complexidade exigem serviços de saúde especializados, a equipe multiprofissional se torna fundamental para atender às necessidades psicossociais, biológicas e subjetivas da pessoa com TA, bem como as ações intersetoriais sincronizadas.

Compreender o risco da situação de acumulação também é uma forma de indicar os prejuízos cognitivos, funcionais e sociais da pessoa com TA, que são refletidos diretamente na gravidade da sintomatologia. Se houver identificação precoce do transtorno, pode-se prevenir que a condição se agrave.

Consideram-se como elementos principais para identificação do transtorno de acumulação o sofrimento associado ao descarte dos objetos de posse, devido ao valor afetivo depositado neles, seguido por acumulação e aquisição obsessiva. As demais características são importantes para distingui-lo de outros transtornos semelhantes: diferentemente do Transtorno Obsessivo Compulsivo, o TA não possui pensamentos intrusivos ou conjunto de rituais, mas pode haver o TOC ou outros transtornos concomitantes ao TA.

As pesquisas nacionais que abordam o transtorno de acumulação ainda são escassas, a maioria delas começaram a aparecer apenas na última década. Por se tratar de uma questão de saúde pública, principalmente no Brasil, país com alto índice de desigualdade social e violência, a produção científica nacional tem fundamental importância, em razão da realidade brasileira apresentar expressões da questão social de formas diferentes dos demais países desenvolvidos que são autores das principais pesquisas sobre o tema.

Por isso, entende-se como desafio no cuidado às pessoas em situação de acumulação a busca por estratégias específicas para motivação e adesão à tratamentos de saúde mental dessa população, que incluam também a participação familiar em todo processo, bem como a sensibilização por parte da comunidade. As capacitações periódicas dos profissionais e grupos de trabalho poderiam ser um caminho para enfrentar esses desafios com melhor direcionamento.

Acredita-se que um protocolo de tratamento específico para a TA possibilitaria melhores resultados e também diminuiria a probabilidade de abandono do mesmo.

Portanto, pode não ser suficiente apenas a detecção e identificação dessa população, é preciso criar estratégias tanto setoriais quanto intersetoriais de intervenção, que atendam à abrangência das necessidades, visando sempre uma melhor qualidade de vida, bem-estar e reinserção social da pessoa em situação de acumulação.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliana Novaes Procopio de; SANTOS, Vandymeire Gonçalves. **Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: Possibilidades de cuidados e questões de saúde pública**. Revista Kairós Gerontologia, 18(4), pp. 81-100. São Paulo (SP), Brasil. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26957/19127>> Acesso em: 23 out. 2021

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-d-e-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2021

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 28 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 23 nov. 2021

CARVALHO, Antonio Ivo. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>> Acesso em: 20 out. 2021

CORADASSI, Carlos Eduardo; CUNHA, Graziela Ribeiro Da; ROCHA, Suzana Maria; SILVA, Evelyn Cristine; MALISKI, Telise Roberta da Silva; JARSKIAND, Willian; BIONDO, Alexander Welker. **Saúde mental de grupos vulneráveis: construção de uma linha de cuidado para indivíduos com comportamento de acumulação compulsiva**. International Journal of Development Research Vol. 09, Issue, 09, pp. 30144-30147, September, 2019. Disponível em: <<http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/16923.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2021

FIA (Fundação Instituto de Administração. **5W2H: o que é, como funciona e por que você deveria usar?** 2020. Disponível em: <<https://fia.com.br/blog/5w2h/>>. Acesso em: 18 ago.2021.

GARGIULO, Mariangelli Souza; CIOLELLA, Dayane de Aguiar; NORMANN, Karina Amadori Stroschein; GARCIA, Ana Paula Hössel. **Identificação e cuidados no transtorno de acumulação.** 2017. *Rev. enferm. UFPE on line* ; 11(12): 5028-5036, dez.2017. *ilus, tab.* Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-33760>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

HENRIQUES, Lucia de Fátima; COSTA, Marli Mendes da; SABBO, Cristina; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. **Acumuladores: uma revisão integrativa do potencial risco de disseminação de doenças transmitidas por vetores e outros animais nocivos à saúde.** *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* ; 20(2): 125-138, Dez. 2019. Disponível em:<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022596/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-125-138.pdf>> Acesso em 27 out. 2021

IBGE. **Cidades e Estados.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html> >. Acesso em: 18 ago.2021.

IBGE. **Cidades e Estados.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pinhais.html> >. Acesso em: 18 ago.2021.

INSTITUTE FOR CHALLENGING DISORGANIZATION. **Clutter-Hoarding disorganization: A Residential Observational Tool.** 2011-2020 ICD. Disponível em: <<https://www.challengingdisorganization.org/assets/ICDPublications/C-HS/ICD%C2%AE%20C-HS%C2%AE%202021%20Full%20Version.pdf>> Acesso em 30 nov. 2021

PINHAIS. **Secretaria Municipal de Saúde.** Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Pinhais: SEMSA, 2017. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/subportal/saude/pagina/plano-municipal-de-saude-pms>>. Acesso em: 18 ago.2021.

SCHMIDT, Diego Rafael; DELLA MEA, Cristina Pilla and FORTES WAGNER, Marcia. **Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas.** *CES Psicol [online]*. 2014, vol.7, n.2, pp.27-43. ISSN 2011-3080. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802014000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago.2021.

SOUSA, Diego de Oliveira, SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da, SILVA, Neuzianne de Oliveira. **Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”.** *Saúde e Sociedade*. 2013, 22(1), 44-56. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSPk/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 out. 2021

STUMPF, Bárbara Perdigão; HARA, Cláudia; ROCHA, Fábio Lopes. **Transtorno de Acumulação: uma revisão.** Geriatr Gerontol Aging. 2018;12:54-64 [online]. Disponível em: <<http://www.ggaging.com/details/449/pt-BR/transtorno-de-acumulacao--uma-revisao>>. Acesso em: 06 out.2021.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Especialização em Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica.** Unidade 5 – Determinantes sociais de saúde: processo saúde doença. São Paulo: UNIFESP, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf> Acesso em: 12 ago.2021.