

SÍNDROME DE DIÓGENES: RELATO DE CASO

Diogenes syndrome: case report

Jorge Luiz de Carvalho Mello^a, Renata Santos Alves^b, Livia Caramaschi Florêncio^b,
Marcela de Medeiros Fregonesi^b, Thaís Cristina Carvalho^b, Monize Spazzapan Martins^b

RESUMO

O transtorno de acumulação (TA) pode ser definido como uma dificuldade persistente com o descarte de itens devido ao sofrimento associado à eliminação ou à necessidade percebida de guardá-los independente de seu valor real. Nos idosos, o TA está relacionado a uma outra condição, denominada imundície doméstica. A acumulação está ligada a uma forma específica de autonegligência patológica nessa população referida como síndrome de Diógenes (SD), que consiste em higiene extremamente pobre e inabilidade de manutenção das rotinas adequadas de autocuidado, juntamente com a silomania. Os autores descrevem um caso de TA, aqui referido como SD, em paciente idoso, ressaltando a importância da detecção precoce, diagnóstico diferencial, investigação, intervenção multidisciplinar e farmacoterapia.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome; Diógenes; acumulação; autonegligência.

ABSTRACT

Hoarding disorder (HD) can be defined as a persistent difficulty with the disposal of items due to the suffering associated with the elimination or the perceived need to keep them, regardless of their real value. In the elderly, HD is related to another condition called domestic squalor. Accumulation is associated with a specific form of pathological self-neglect in this population referred as Diogenes syndrome (DS), which consists of extremely poor hygiene and inability to maintain adequate self-care routines, along with compulsive collectionism. The authors describe a case of HD, referred here as DS, in an elderly patient, emphasizing the importance of early detection, differential diagnosis, investigation, multidisciplinary intervention, and pharmacotherapy.

KEYWORDS: syndrome; Diogenes; hoarding; self-neglect.

^aUniversidade do Vale do Sapucaí – Pouso Alegre (MG), Brasil.

^bUniversidade de Alfenas – Alfenas (MG), Brasil.

Dados para correspondência

Jorge Luiz de Carvalho Mello – Rua Afonsina de Guimarães Cobra, 245 – CEP: 37550-000 – Pouso Alegre (MG), Brasil – E-mail: jorgeluis_melo@yahoo.com.br

Recebido em: 07/06/2017. Aceito em: 14/09/2017

DOI: 10.5327/Z2447-211520171700044

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O transtorno de acumulação (TA) pode ser definido como uma dificuldade persistente com o descarte de itens devido ao sofrimento associado ao descarte ou à necessidade percebida de guardá-los, independente de seu valor real. O comportamento de acumular deve causar sofrimento significativo ou prejuízo funcional e não pode ser atribuído a outra condição médica ou transtorno psiquiátrico.¹

Nos idosos, o TA está relacionado a uma outra condição, denominada imundície doméstica.² Acumulação está ligada a uma forma específica de autonegligência patológica nessa população referida como síndrome de Diógenes (SD), que consiste em higiene extremamente pobre e inabilidade de manutenção das rotinas adequadas de autocuidado, juntamente com a silogomania (por exemplo, acumulação).^{1,3-5} Tanto a miséria quanto o acúmulo são caracterizados pelo isolamento ou retraimento social e podem ocorrer independentemente do status econômico.¹

Estima-se prevalência de 2 a 5% da população, com tendência a predomínio no sexo feminino (39 a 72%)¹, possivelmente explicada pela maior longevidade das mulheres. Entretanto, segundo estudo recente, as taxas de prevalência em idosos ultrapassam 6%, de modo que não parece haver diferença entre os gêneros.⁶ A evidência sugere que a gravidade dos sintomas de acúmulo aumenta com a idade.¹

O comportamento de acumulação em idosos foi observado concomitantemente às seguintes condições: transtornos de ansiedade, depressivos, de personalidade, de estresse pós-traumático e do uso de substâncias, sendo as duas primeiras as mais frequentemente relatadas.¹

O tratamento é difícil, principalmente pela baixa adesão dos pacientes, e envolve intervenção principalmente psicológica — dentre as quais encontram-se: terapia cognitivo-comportamental, reabilitação cognitiva, suporte online e intervenções familiares — e farmacoterapia.⁷⁻⁹

Os autores descrevem um caso de TA, aqui referido como SD, em paciente idoso, ressaltando a importância da detecção precoce, diagnóstico diferencial, investigação, intervenção multidisciplinar e farmacoterapia.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 92 anos, teólogo e odontólogo, poliglota, sacerdote, reside sozinho em casa anexada à igreja onde celebra missas semanalmente. Relato de convívio social apenas com o afilhado.

No primeiro atendimento, notava-se descuido pessoal, com vestimenta (batina) em más condições de higiene. O afilhado relatou que desde que passou a ter maior convívio

com o padrinho, há aproximadamente 20 anos, ele vinha se retraindo em seu domicílio cada vez mais e preocupava-se em recolher objetos jogados ao chão. Tal comportamento, entretanto, tinha se acentuado nos últimos dois anos, de modo que o paciente não tomava banho (atitude que esse negava), mostrava-se ríspido quando tentavam adentrar sua casa e fazia dela um depósito de lixo.

Tal atitude foi justificada tendo em vista o voto de pobreza dos padres, a solidariedade aos catadores de lixo e o incômodo com os detritos espalhados pela rua. Ainda, segundo ele, apresentava tal comportamento desde mais jovem, quando cursava odontologia. Referiu que tinha por hábito adquirir objetos encontrados no caminho da faculdade e os guardar em casa, pois se incomodava com a “imundície da rua”.

Não havia relato de déficit cognitivo, transtorno de humor, uso de medicações, comorbidades clínicas documentadas, histórico de trauma e/ou uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Negou internações prévias. Desconhecia histórico familiar de TA. Não havia relato de eventos de vida traumáticos/estressantes precedendo ou exacerbando o quadro. O paciente era independente funcionalmente.

EXAMES E INTERVENÇÕES

Ao exame do estado mental, mostrou-se consciente, globalmente orientado, sem alterações sensoriais. O pensamento mostrava-se organizado e o juízo crítico era comprometido. Mostrou-se com certa desconfiança em relação à equipe. O Minimental foi de 29/30 e o teste do relógio, normal, assim como os exames laboratoriais e o neurológico, que não registrou déficits neurológicos focais.

Não foi realizada avaliação neuropsicológica. Além disso, a tomografia computadorizada de crânio revelou atrofia cortical, sem evidências de lesões expansivas e/ou isquêmicas.

Diante do exposto, suspeitou-se de TA, mais especificadamente SD, e foi acionada equipe multidisciplinar. Decidiu-se por realizar visita domiciliar para, junto ao afilhado, traçar um plano de cuidados.

No primeiro atendimento na residência, o paciente afirmou que costumava urinar em baldes no período noturno e que tinha um gato devido ao grande número de ratos em casa, que roíam as suas roupas durante a noite.

Segundo o relatório da visita, os profissionais foram recebidos de forma amigável, inicialmente na capela que ficava em frente à sua casa. Essa era organizada, com o chão limpo e teias de aranha no teto. Ao estender o atendimento à casa, foi verificado acúmulo de lixo, incluindo papelão, madeira, móveis velhos, livros, baldes com água, sacolas plásticas e plantas no quintal; o convite à verificação ao ambiente interno da casa

foi recusado. Ao ser questionado sobre o acúmulo de lixo, justificou-se dizendo que fazia aquilo para ajudar os “catadores de rua”, que o incomodava ver a rua com “lixo espalhado” e que “o mandamento dos padres é o voto de pobreza”. A higiene pessoal não aparentou satisfatória, porém, o paciente negou o descuido.

Diante do exposto, levantou-se a hipótese de TA/SD e optou-se inicialmente pela prescrição de antipsicótico atípico — risperidona 1 mg, uma vez ao dia —, tendo como base a experiência dos autores em outros casos vivenciados e compartilhados de colegas geriatras e psiquiatras que registraram bons resultados, além de intervenção psicoterápica (terapia cognitivo-comportamental individual), do serviço social (por meio de visitas quinzenais para avaliar as condições de higiene do domicílio, alimentação e dar suporte ao afilhado no cuidado), da equipe médica mensalmente (para reavaliação do comportamento e eventuais ajustes de psicofármacos) e de enfermagem semanalmente (para orientações sobre cuidados de higiene pessoal e do ambiente, orientações sobre uso de medicação e verificação de necessidade de reavaliação médica antes do período proposto).

O paciente mostrou-se com tendência à redução do comportamento de acumulação no seguimento de um mês, após início das intervenções, entretanto, ainda com prejuízo do autocuidado, traduzido sobretudo pela higiene das vestimentas. Permitiu às enfermeiras limparem o ambiente apenas por uma vez. Assim, optou-se pela manutenção do antipsicótico atípico (risperidona) até nova reavaliação ambulatorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As condições que apresentam colecionismo e/ou autonegligência e a relação com o paciente integrante deste estudo de caso são:^{1,10}

1. transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): não foram detectadas obsessões e/ou compulsões;
2. transtorno de personalidade obsessiva compulsiva: não havia relatos de comportamentos perfeccionistas;
3. esquizofrenia: não havia sintomas psicóticos prévios e/ou atuais;
4. demências: sem alteração na cognição;
5. lesão do córtex orbitofrontal esquerdo ou bilateral: exame de imagem normal;
6. anorexia nervosa: achados não compatíveis;
7. depressão maior: o humor era preservado;
8. transtorno de ansiedade generalizada: não havia relato de sintomas ansiosos;
9. transtorno de ansiedade social: não preenchia critérios;
10. transtornos relacionados ao uso de substâncias: negava uso de tabaco, álcool ou drogas ilícitas.

COMENTÁRIOS

De acordo com a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5), a característica cardinal do TA é uma dificuldade persistente de “descartar ou desfazer-se” de bens acumulados,¹¹ o que estava presente no paciente deste estudo, o qual mostrava-se com extrema dificuldade em se desfazer de objetos e lixo acumulados em seu domicílio.

Tanto a miséria quanto o acúmulo são caracterizados pelo isolamento ou retraimento social e podem ocorrer independentemente do status econômico. A gravidade dos sintomas de acúmulo aumenta com a idade.¹

O paciente em questão era idoso e iniciou a sintomatologia em idade mais jovem, quando ainda na faculdade, incomodado com a “imundície da rua”, com piora progressiva do quadro à medida em que foi envelhecendo. A autonegligência observada, traduzida por higiene precária em domicílio e prejuízo do autocuidado, levaram à hipótese de TA, mais especificadamente SD.

Em um estudo pioneiro, realizado por MacMillan e Shaw em 1966, os pacientes com maior risco de apresentar a síndrome são idosos independentes e dominadores, que moram sozinhos, com pouca ou nenhuma interação com a comunidade,¹² em conformidade com o caso apresentado, no qual o único relacionamento do paciente ocorria durante as missas por ele celebradas.

Clarck et al., em 1975, estudaram 30 pacientes internados por causa de doença aguda e autonegligência grave. Os autores constataram que os enfermos apresentavam inteligência normal ou acima da média. Em 50% dos casos, nenhum transtorno psiquiátrico foi identificado.¹³ O paciente era teólogo, poliglota e não apresentava indícios de outras desordens psiquiátricas.

O comportamento de acumulação em idosos foi observado concomitantemente às seguintes condições: transtornos de ansiedade, depressivos, de personalidade, de estresse pós-traumático e distúrbios do uso de substâncias, sendo as duas primeiras as mais frequentemente relatadas.¹ Além desses, destacam-se o TOC, a esquizofrenia, a demência e até mesmo o acidente vascular cerebral. O paciente relatado no presente trabalho não preenchia critérios para tais comorbidades.¹⁴

Com relação à etiologia da síndrome, postulam-se as seguintes hipóteses:

- representa o “estágio final” de um transtorno de personalidade;
- manifestação de demência do lobo frontal;
- estágio final do subtipo *hoarding* do TOC;
- precipitada por estressores biológicos, psicológicos e sociais em indivíduos predisponentes.¹⁴

O tratamento desse tipo de comorbidade é dificultado por vários fatores. O principal é a relutância em aceitar ajuda.

Os casos geralmente chegam ao conhecimento dos serviços de saúde após denúncias de vizinhos, preocupados com o acúmulo de lixo; e a mortalidade por problemas clínicos é elevada.¹ A abordagem domiciliar multidisciplinar dos pacientes é recomendada.^{11,12} No caso aqui em discussão, o paciente foi levado à consulta por seu afilhado, que se mostrava preocupado com a sua condição. A equipe multidisciplinar foi acionada, visitas domiciliares realizadas e um plano de intervenções foi proposto.

Estudos sobre o uso de paroxetina, venlafaxina, metilfenidato e atomoxetina, no que tange ao tratamento farmacológico atual do TA, têm demonstrado alguma eficácia, sobretudo quando associados à terapia cognitivo-comportamental.⁷⁻⁹ No presente trabalho, optou-se pela terapia cognitivo-comportamental individual e prescrição de risperidona. O uso desse antipsicótico atípico, num primeiro momento, foi baseado em relatos de caso da literatura^{10,14} e em outros episódios

vivenciados e compartilhados de colegas geriatras e psiquiatras em suas experiências profissionais com bons resultados.

O TA, quando acomete idosos, impacta em termos de saúde pública e segurança. Longevos acumuladores são de maior risco para quedas, incêndio, inundações, contaminação de alimentos, mau gerenciamento de medicações e prejuízo funcional em atividades instrumentais e básicas de vida diária.¹

Trata-se de uma condição complexa que envolve investigação de comorbidades, exames psiquiátricos, avaliação geriátrica ampla, intervenção multidisciplinar e planejamento terapêutico, com impacto na sobrevida dos pacientes acometidos, particularmente idosos.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Roane DM, Landers A, Sherratt J, Wilson GS. Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(7):1077-84.
2. Snowdon J, Halliday G. A study of severe domestic squalor: 173 cases referred to an old age psychiatry service. *Int Psychogeriatr*. 2011;23:308-14.
3. Maier T. On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:323-37.
4. Clark ANG, Mankikar GO, Gray I. Diogenes Syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975;1:366-8.
5. Cooney C, Hamid W. Review: Diogenes syndrome. *Age Ageing*. 1995;24:451-3.
6. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: a population-based stud. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(3):245-55.
7. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D, Onwumere J. A Systematic Review and Quality Assessment of Psychological, Pharmacological, and Family-Based Interventions for Hoarding Disorder. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:53-66.
8. Grassi G, Micheli L, Di Cesare Mannelli L, Compagno E, Righi L, Ghelardini C, et al. Atomoxetina for hoarding disorder: A pre-clinical and clinical investigation. *J Psychiatr Res*. 2016;83:240-8.
9. Brakoulias V, Eslick GD, Starcevic V. A meta-analysis of the response of pathological hoarding to pharmacotherapy. *Psychiatry Res*. 2015;229(1-2):272-6.
10. Cunha UGV, Thomaz DP. Caso 78: Síndrome de Diógenes. In: Cunha UGV, Thomaz DP, eds. *Geriatría: Casos Clínicos*. Belo Horizonte: Coopmed; 2016. p.282-4.
11. Albert U, De Cori D, Barbaro F, Cruz LF, Nordsletten AE, Mataix-Cols D. Hoarding disorder: a new obsessive-compulsive related disorder in DSM-5. *J Psychopathol*. 2015;21:354-64.
12. Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J*. 1966;2:1032-7.
13. Clark ANG, Manikar GO, Gray I. Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975;1:366-8.
14. Stumpf BP, Rocha FL. Síndrome de Diógenes. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(2):156-9.