



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



Prevenção da insalubridade habitacional relacionada com a síndrome de Diógenes

**Relatório de estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre na
especialidade de enfermagem comunitária**

Mirene Ruth R. Nicolau

Orientador Irene Santos

2015

"If you ever think you're too small to be effective, you've never been in bed with a mosquito!"

WendyLesko

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que trabalho fosse realizado. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar agradeço à professora Irene Santos pela sua orientação, empenho e sabedoria em levar este estágio a bom porto, assim como à professora Teresa Coelho como coorientadora deste trabalho.

Em segundo lugar agradeço à enfermeira Isabel Correia pela liberdade de ação que me permitiu ter e que foi decisiva, no sentido contribuir para o meu desenvolvimento pessoal, assim como à equipa da Unidade de Saúde Pública do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, em especial ao coordenador médico Dr. Monteiro Júnior pela sua disponibilidade, sinceridade e incentivo para a concretização deste trabalho, com sucesso e também à Dra. Augusta Fonseca por me ter ajudado a esquematizar a intervenção coerciva nas situações de insalubridade habitacional, e pelo seu sorriso e carinho.

Também quero deixar quatro agradecimentos muito especiais à enfermeira Jorgelina Rodrigues e Margarida Serra, à minha amiga Cláudia e Adriana Sabino pela disponibilidade, incentivo, orientação, conselhos e apoio que todas me deram.

Finalmente, não posso deixar de agradecer ao meu marido, filhos e pais pela paciência e amor demonstrado para a concretização deste objetivo de vida.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

Artº – Artigo

CLAS – Conselho Local de Ação Social

CSF – Comissão Social de Freguesias

CSP – Cuidados de Saúde Primários

D.L. – Decreto de Lei

D.R. – Diário da República

IPSS– Instituição Particular de Solidariedade Social

km – Quilómetro

km² – Quilómetro quadrado

nº – número

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIC – Núcleo de Intervenção Comunitária

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONG – Organização não governamental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TLC – The Learning Channel

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP– Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visitas domiciliárias

WHO – World Health Organization

RESUMO

Problema: A insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes é de complexa intervenção multidisciplinar. Possível início na infância, de evolução progressiva e silenciosa. Caracteriza-se pelo descuido pessoal/habitacional, isolamento, negação do problema e acumulação de objetos inúteis, desencadeado por fatores do âmbito da saúde mental.

Sendo alvo de atenção nos planos europeus e internacionais pela componente mental, social e de saúde pública verificou-se que num ano, a problemática correspondia a um terço dos casos, na unidade de estágio.

Metodologia: Na revisão sistemática da literatura procurou-se identificar intervenções que promovessem comportamentos preventivos da Síndrome de Diógenes, na comunidade. Selecionou-se um estudo que envolvia a criação de uma “task-force”, e outro que aplicou a técnica cognitiva-comportamental.

Resultados: Através do marketing social foram sensibilizados os visitantes e participantes da feira “Amostra social”, para sinalizar casos precocemente, e iniciou-se a formação de um grupo comunitário de intervenção preventiva, como avaliação prospetiva.

Sugestões: Publicação de intervenções relacionadas com a problemática.

Palavras-chave: Enfermagem, saúde mental, prevenção, Síndrome de Diógenes

ABSTRACT

Problem: The unsanitary housing related to Diogenes syndrome is a complex multidisciplinary intervention. The possible onset in childhood, as a progressive and silent evolution, characterized by a personal / housing neglect, isolation, denial of problem and accumulation of useless objects, and is triggered by factors related to mental health.

Being the target of attention in the European and international, mental, social and public health plans it was found, in the internship, that in a year, the issue corresponded to a third of the cases.

Methodology: In the systematic literature review aimed at identifying interventions that promoted preventive behaviours of Diogenes syndrome in the community. Selected an study involved the creation of a task-force and another who the other applied the cognitive-behavioural technique.

Results: Through social marketing, visitors and participants of the "Social Sample" fair were awakened to the importance of signalling cases early, and the training of a preventive intervention community group was initiated, as a prospective evaluation.

Suggestions: Printing of interventions related to the problem.

Keywords: Nursing, mental health, prevention, Diogenes Syndrome.

INDICE

INTRODUÇÃO	4
1 PLANEAMENTO EM SAÚDE	8
1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	8
1.2 PROBLEMA IDENTIFICADO	9
2 COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DA INSALUBRIDADE HABITACIONAL RELACIONADA COM A SÍNDROME DE DIÓGENES	16
2.1 MODELO DE SISTEMAS E OS NÍVEIS DE PREVENÇÃO	16
2.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	18
2.2.1 Análise dos resultados obtidos	22
3 ATIVIDADES PLANEADAS	23
4 EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS	25
4.1 PARTICIPAÇÃO NA FEIRA DE “AMOSTRA SOCIAL”	25
4.2 REUNIÃO COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	27
4.3 AÇÃO DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	29
5 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	32
6 CONCLUSÃO	35
7 BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	40
ANEXO I – Projeto de intervenção	41
ANEXO II – Fichas de leitura dos estudos resultantes da Revisão Sistemática da Literatura	58
ANEXO III – Poster e panfleto utilizado na feira “Amostra social”	61
ANEXO IV – Conteúdo programático e folha de avaliação da sessão	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das freguesias da área geográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, a partir de 2013	8
Figura 2 - Distribuição do tipo de “Queixa por insalubridade”, do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, em 2013.....	10
Figura 3 - Várias formas de perda	11
Figura 4 - Dimensões do autoconceito	12
Figura 5 - Fluxograma da intervenção coerciva na insalubridade habitacional no Concelho de Oeiras, relacionada com síndrome de Diógenes.....	15
Figura 6 - Modelo de sistema de Betty Neuman.....	17
Figura 7 - Percurso metodológico da pesquisa.....	19
Figura 8 - Esquema das atividades planeadas e respetivos objetivos, estratégias e população-alvo.....	24
Figura 9 - Aplicação da técnica de “marketing” para divulgação do problema social e de saúde pública na feira “Amostra Social”	26
Figura 10 - Sessão de formação e educação para a saúde	29

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio e relatório do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, foi desenvolvido um projeto de intervenção (Anexo I) na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras, num período de 18 semanas, do qual resultou o presente relatório.

Relativamente a este trabalho (relatório) estabeleceram-se como objetivos académicos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência e com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança, com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Tendo por referência as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (publicadas em Diário da República, 2ª Série, pelo Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro) e recorrendo ao planeamento em saúde, pretende-se com este estágio adquirir competências nos cuidados especializados de Enfermagem, na área de especialização do conhecimento em enfermagem comunitária, em contextos da comunidade e em situações de saúde e/ou de risco diversos.

Estas competências surgem evidenciadas quando, por um lado, se identificam as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de determinada área geográfica e se presta e assegura a continuidade dos cuidados e, por outro lado, se estabelecem as articulações necessárias, em complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto social, económico e político.

Mas para intervir é necessário planear e o planeamento baseia-se no diagnóstico de situação.

No ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, a habitação constitui um espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. A habitação é entendida como um espaço que envolve o aspeto físico da moradia, a qualidade ambiental do espaço onde foi construído, os seus arredores, assim como as suas inter-relações (Cohen et al, 2007).

Segundo Bonduki (2002), o conceito de habitação habitável diz respeito a um conjunto de aspectos que interferem na qualidade de vida e na comodidade dos seus moradores, assim como

na satisfação de suas necessidades físicas, psicológicas e socioculturais. Também está associado à necessidade de se estar confortável quer em termos socioculturais (materiais locais em que foram feitos móveis, utensílios e em que foram elaborados pisos, paredes e tetos) como em termos ambientais (temperatura, ventilação, luminosidade e da quantidade e qualidade do ruído num certo espaço arquitetónico) (Cohen et al, 2007).

Neste sentido, a habitação representa um fator do ambiente que influencia de forma acentuada a saúde dos indivíduos e da colectividade. Portanto deve garantir um ambiente seguro e saudável aos seus habitantes.

Em oposição, uma habitação insalubre é aquela cujas condições são prejudiciais à saúde, por os agentes nocivos à saúde estarem acima dos limites tolerados, pela sua natureza, intensidade ou tempo de exposição, ou por colocar em risco a integridade física do(s) seu(s) habitante(s).

Em termos nacionais, o Provedor da Justiça, relativamente às situações de “insalubridade domiciliária imputada a indivíduos com sintomas da designada síndrome de Diógenes”, referiu que, sendo este assunto alvo de atenção nos planos europeu e internacional, em Portugal tem-se verificado existir pouca sensibilidade para a problemática, sendo esse “o principal fator impeditivo de uma conveniente identificação e gestão dos casos” (Sousa, 2013:3).

A Síndrome de Diógenes (SD) caracteriza-se por “uma quebra e rejeição de padrões sociais, observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono progressivo do contato social, no reduzido 'insight' do problema e no comportamento de acumulação de objetos e lixo” (Almeida e Ribeiro, 2011:90).

Perante esta descrição pode-se concluir que a força capacitadora que motiva o indivíduo na procura e satisfação dos objetivos de vida foi afetada, constituindo assim um problema na área da saúde mental com repercussões a nível social, no sentido em que o comportamento de qualquer um merece a atenção e resposta da comunidade à causa do problema, quer seja afetiva, financeira e/ou resultante de eventual tratamento; e também com repercussões a nível de saúde pública, porque a falta de higiene pessoal e habitacional atrai insetos e pragas urbanas, provoca maus cheiros e coloca em risco a segurança habitacional, nomeadamente, por risco de incêndio.

Ora, de acordo com o art.º 12º do Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de Outubro, “a Unidade de Saúde Pública deverá, de entre outras atividades preconizadas, (...) proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral (...)”.

Relativamente às exposições elaboradas pela população em geral, de situações que causavam incómodo ou constituíam risco para a saúde do próprio e/ou de outros ao seu redor, relacionada com a Síndrome de Diógenes, as intervenções efetuadas pelos profissionais da USP do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, nomeadamente pela autoridade de saúde e técnico de saúde ambiental, cingiam-se a uma avaliação inicial da situação denunciada, seguida da elaboração do relatório em conjunto, onde se descrevia as medidas executadas, de forma a eliminar e/ou reduzir qualquer tipo de risco possível para a saúde pública e, se necessário, sugerindo o internamento compulsivo, encerrando-se assim o processo.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, ou de saúde mental, não fazia parte da equipa de resolução dos casos, assim como o psicólogo, o técnico de serviço social e/ou um representante da equipa de Saúde Mental dos pólos do Dafundo e Caxias.

Os utentes encontravam-se numa fase de cronicidade, o que implicaria um tratamento para controlo do comportamento e, em alguns casos, a necessidade de internamento no Hospital S. Francisco Xavier, serviço de psiquiatria, mas que não era efetivo, porque o comportamento acumulativo mantinha-se mesmo depois de se terem removido os objetos ou lixo através de um conjunto de intervenções efetuadas pela Câmara Municipal de Oeiras, implicando custos elevados pela logística envolvente.

Em termos de diagnóstico de situação, verificou-se, então, a necessidade de:

- ❖ Identificar os fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes, no sentido de intervir precocemente na sua prevenção, ou seja, ao intervir precocemente pode-se evitar o desenvolvimento do(s) mecanismo(s) patológico(s) (prevenção primária), ou condicionar a sua evolução (prevenção secundária) ou reduzir os custos sociais e económicos, através da reabilitação do indivíduo (prevenção terciária);
- ❖ Definir o papel interventivo do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, ou de saúde mental, na equipa de resolução das situações de insalubridade habitacional, relacionadas com a Síndrome de Diógenes, e envolver outros profissionais, tais como: o técnico de serviço social, o psicólogo e/ou um representante da equipa de Saúde Mental dos pólos do Dafundo e Caxias, devido à transversalidade desta síndrome.

Neste sentido, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e à revisão sistemática da literatura, no sentido de identificar intervenções de enfermagem que promovessem comportamentos preventivos da Síndrome de Diógenes, na comunidade.

As intervenções desenvolvidas durante o estágio tiveram como objetivo geral:

- Promover comportamentos preventivos da insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes, na população residente na União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-Quebrada/Dafundo, em cooperação com parceiros da comunidade (Rede social e USP)

E como objetivos específicos:

- Sensibilizar a população em geral para a problemática da insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes;
- Incentivar a interação entre os parceiros sociais e profissionais de saúde para o planeamento e execução de atividades preventivas da Síndrome de Diógenes;
- Capacitar grupos da comunidade para intervir de forma preventiva nas situações de risco de desenvolvimento da Síndrome de Diógenes.

Para a realização das intervenções foram utilizadas as técnicas de marketing social e formativa de educação para a saúde.

Em termos estruturais, este relatório comporta, para além da introdução, um primeiro capítulo onde se define o problema prioritário através do diagnóstico de situação no contexto do estágio; um segundo capítulo dedicado à identificação de comportamentos preventivos do problema identificado, recorrendo à revisão sistemática da literatura, da qual resultam os dois capítulos de planeamento e execução de atividades; seguidos da avaliação dessas mesmas atividades; por fim, a conclusão, onde se apresenta o resultado do trabalho desenvolvido, tendo em conta os objetivos e as competências preconizadas para a Unidade Curricular.

1 PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde é necessário como um processo orientado para a realidade existente, no sentido de poder intervir sobre ela de forma a promover uma transformação positiva e orientada, em função dos objetivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes.

A realidade onde as atividades foram desenvolvidas enquadrou-se na área de abrangência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, o qual com a publicação da Lei nº 56/2012 de 8 de Novembro, é constituído por 4 freguesias do concelho de Lisboa: Ajuda, Belém, Alcântara, Campo de Ourique (Santo Condestável) e, com a publicação da Lei nº 11-A/2013 de 28 de Janeiro, por 5 freguesias do concelho de Oeiras: União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo; União de Freguesias de Carnaxide e Queijas; União de Freguesias de Oeiras São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias; Barcarena; e Porto Salvo (Fig. 1).

A área geográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras tem aproximadamente 60 km² sendo 45,88 km² do Concelho de Oeiras e 14,06 km² de Lisboa Ocidental, com um total de 233 465 habitantes, sendo 45,74% homens e 54,26% mulheres (Censos 2011).

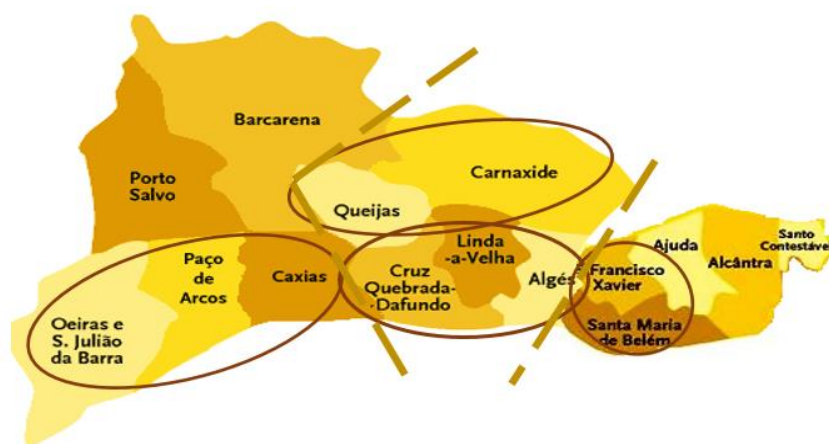


Figura 1 - Mapa das freguesias da área geográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, a partir de 2013

1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Planeamento em Saúde integra diversas etapas, sendo a primeira o diagnóstico de situação. Este “funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (...) é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades (...) e um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori e Giraldes, 1993: 44 e 47 e por Nobre, 2012:23)

O diagnóstico de situação tem em consideração as necessidades sentidas (definidas pela sociedade local) e técnicas (definidas pelos profissionais de saúde), e a priorização dos problemas

tem por base critérios como a magnitude (dimensão do problema), a transcendência social e económica (ponderação por grupos etários), a vulnerabilidade (perspetiva de potencial prevenção do problema), natureza do problema (saúde da população/prestação de cuidados), e grau de abstração (doença específica/outras) (Imperatori e Giraldes, 1993).

O local de estágio onde se efetuou o diagnóstico de situação, foi na Unidade de Saúde Pública pertencente ao ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, sediada no edifício de saúde de Paço de Arcos. Esta unidade tem como missão, promover a utilização de todos os recursos ao seu alcance, incluindo os serviços de saúde do ACES e os da comunidade, com o fim de atingir um elevado nível de saúde para a população; e como visão, a melhoria contínua do estado de saúde da população, garantindo, de forma célere e efetiva, a proteção da saúde da mesma, sempre que esta esteja em causa (Regulamento interno, 2009).

E, de acordo com o art.º 12º do Decreto-Lei n.º 137/2013, a "USP deverá (...) proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral (...)".

1.2 PROBLEMA IDENTIFICADO

A população da área de abrangência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, recorria à USP para expor situações que causavam incómodo ou constituíam risco para a saúde do próprio e/ou de outros ao seu redor.

Essas exposições eram enviadas diretamente à USP por escrito, em papel ou pela internet, respeitando-se o anonimato, e eram designadas de “queixas por insalubridade”.

Após consulta dos processos onde se encontravam as exposições e com base no relatório de atividades de 2013, verificou-se que a insalubridade podia se encontrar em vários contextos e motivos, sendo a habitacional a que representava metade dos casos, isto é, 69 queixas. Os motivos da insalubridade habitacional eram vários, mas o prioritário foi o relacionado com a síndrome de Diógenes, que correspondia a um terço das exposições, isto é, 22 casos (16,3%)¹. (Fig. 2)

Quanto à caracterização dos 22 casos de insalubridade habitacional relacionado com a síndrome de Diógenes não foi possível apresentar, porque a informação contida nos processos estava incompleta, uma vez que nem todos tinham a idade do utente, número de pessoas coabitantes, motivo do incómodo, data de visita pela USP, tipo de intervenção e resultado da mesma. Quanto à situação social, antecedentes de saúde do utente, médico de família ou unidade de saúde onde estaria escrita, não constavam em nenhum processo.

¹Esta relação estabeleceu-se pela leitura dos processos em confronto com a características da pessoa com a Síndrome de Diógenes encontradas na literatura

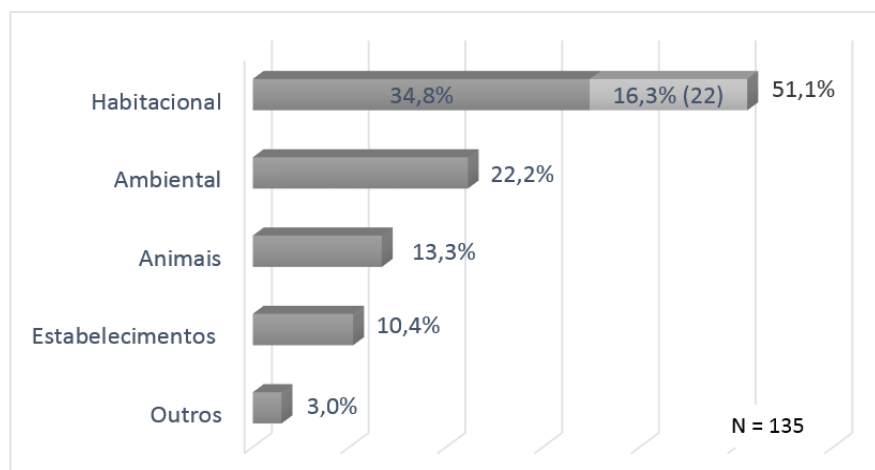


Figura 2- Distribuição do tipo de “Queixa por insalubridade”, do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, em 2013
 Fonte: Relatório de atividades, 2013

A prioridade do problema advém do número de casos de insalubridade habitacional, relacionada com a Síndrome de Diógenes, no ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, ser significativo; do facto de a enfermeira especialista em enfermagem comunitária não estar inserida na equipa de intervenção de resolução dos referidos casos; e pelo facto do Provedor de Justiça, em 2010, ter dirigido uma carta de recomendação ao Diretor-Geral da Saúde, referindo-se às situações de “insalubridade domiciliária imputada a indivíduos com sintomas de Síndrome de Diógenes” (Sousa, 2013:1), onde salientou que este assunto tem sido alvo de atenção nos planos europeu e internacional e que, em Portugal, se tem verificado existir pouca sensibilidade para a problemática, sendo esse “o principal fator impeditivo de uma conveniente identificação e gestão dos casos” (Sousa, 2013:3).

A Síndrome de Diógenes foi descrita pela primeira vez por Macmillan e Shaw (1966) e foi referido como Síndrome de Esqualidez Senil (Senile Squalor Syndrome) ou rutura social no idoso (social break down of the elderly).

Posteriormente, Clark et al (1975) citado por Ramirez e Gois (2006) sugerem o termo Síndrome de Diógenes, proveniente do nome de Diógenes de Sinope, filósofo grego do século IV a.C. que acreditava na autossuficiência e na falta de pudor, desvalorizando todos os bens materiais e pretendendo ajustar a sua existência ao mínimo vital.

Desde então, tem-se procurado apurar a definição, descrição e compreensão deste complexo fenómeno, através de publicações em várias revistas científicas, devido à relevância desta condição clínica, quer do ponto de vista social, quer para a saúde pública.

Segundo Ramirez e Gois (2006) a Síndrome de Diógenes, caracteriza-se por:

Um extremo abandono do autocuidado, (extreme self-neglect) principalmente com a higiene pessoal, saúde e alimentação. A um isolamento social voluntário nas pessoas afetadas, com rutura das relações sociais, inobservância das regras convencionais no relacionamento com os outros e uma atitude hostil e indiferente perante o mundo exterior (p.53).

Como causa desta síndrome, para alguns autores, considera-se a existência de uma inter-relação de vários fatores, tais como: a personalidade pré-mórbida (esquizotípica, paranoide, obsessivo-compulsiva); acontecimentos vitais stressantes (relacionadas com transições afetivas, económicas, de desenvolvimento e relacionais); doenças somáticas, que no caso dos idosos dificultam o auto-cuidado, colocando-os sob risco de quedas, risco de incêndio, contaminação de alimentos, isolamento social e má gestão da medicação (Kim et al, 2001 citado por Ayerset al, 2012); a vulnerabilidade, o "stress", a fadiga crónica, a ansiedade, o neuroticismo e a extroversão, o autoconceito e o 'coping' pobres, e solidão. Estes comportamentos facilmente originam um estilo de vida isolado com abandono das regras sociais básicas e recusa de ajuda que, de certo modo, compelem para o isolamento e dificultam a adaptação social (Ramirez e Góis, 2006:54; Almeida e Ribeiro, 2011:94-95).

Como acontecimentos vitais stressantes tem-se a situação de perda. A perda assume muitas formas, com base em valores e prioridades adquiridas dentro da esfera da influência de uma pessoa que inclui a família, os amigos, a sociedade e a cultura da pessoa.

Essa perda pode ser: de um objeto, pessoa, parte do corpo, função orgânica, emoção ou de uma ideia; efetiva, porque já não pode ser sentida, escutada, conhecida ou vivida pelo indivíduo; percecionada, que está relacionada com a perda de confiança ou de prestígio; de desenvolvimento, onde fazem parte as transições normais da vida; situacional, como um acontecimento imprevisível que normalmente implica várias perdas; e a morte que, embora faça parte do 'continuum' da vida e é inevitável no ser humano, é término definitivo de uma relação que une a famílias e os indivíduos, e que separa as pessoas da presença física daqueles que influenciaram significativamente as suas vidas (Potter e Perry, 2006).



Figura 3 - Várias formas de perda

Adaptado de Potter e Perry (2006)

Perante estes acontecimentos a pessoa irá ter uma resposta emocional e comportamental designada de luto, que se pode manifestar de diversas formas, que são únicas para o indivíduo e que se baseiam nas suas experiências pessoais, expectativas culturais e crenças espirituais (Farberet al, 1999, citado por Potter e Perry, 2006:565), tais como: o autoconceito, que inclui 4

dimensões que se interligam, sendo estas a imagem corporal, incluindo a aparência, aptidões físicas e capacidades (Dernch, 1994); a autoestima, que é influenciável pelo valor que se atribui a si próprio e que é atribuído pelos outros principalmente pelas pessoas significativas no caso do adulto; o papel, que consiste num conjunto de comportamentos que foram considerados pela família, comunidade e cultura a situações específicas, sendo que esse papel que a pessoa desempenha influencia o modo como se vê a si próprio; a identidade, que tem implícita a consciência de si próprio, de ser único e distinto dos outros; e, os recursos pessoais, como a inteligência, dinheiro, competências sociais, apoio da família e amigos, atração física, saúde, energia e formas de pensar, como o otimismo.

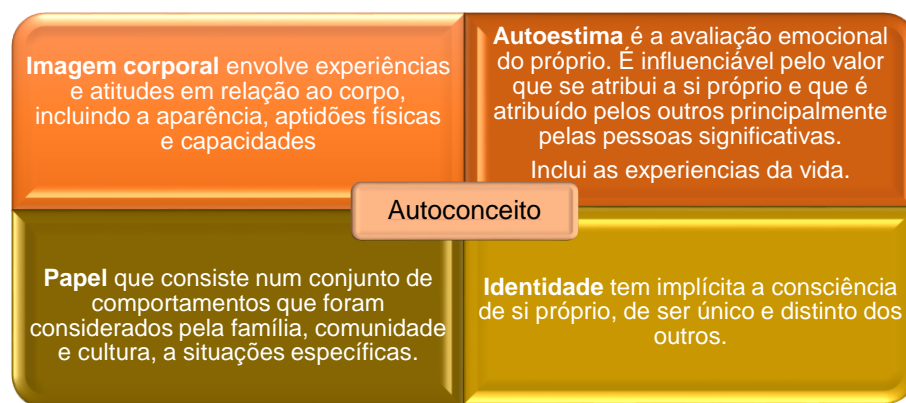


Figura 4 -Dimensões do autoconceito
Adaptado de Potter e Perry (2006)

Mas, quando esses acontecimentos stressantes perturbam de tal forma o equilíbrio interior, o organismo chega à fase de exaustão quer em termos fisiológicos quer psicológicos, surgindo então os problemas psíquicos tais como: ansiedade, depressão, problemas de memória, distúrbios alimentares, e comportamentos de fuga como: automedicação com ansiolíticos, alcoolismo, abuso de drogas ilícitas e aumento do consumo de tabaco e cafeína, descanso insuficiente, negligência com medicamentos ou tratamentos prescritos (Monat e Lazarus, citado por Potter e Perry, 2006).

No caso da Síndrome de Diógenes, tem-se a acumulação que se caracteriza por “uma dificuldade persistente em se desfazer de objetos e um forte impulso para adquirir e guardar grandes quantidades desses bens, independentemente do seu uso ou valor” (Mataix-colset al, 2010 citado por Ayerset al, 2012:915), que pode ser explicada pela perda do sentido da vida, uma vez que a pessoa não tem a capacidade de manter a sua saúde mental e integridade, e por outro lado à falta de esperança, porque esta está dependente de a pessoa ter relações fortes e um sentido de ligação emocional com outros.

No entanto, esse comportamento acumulador pode ter início a meio da infância e ser exacerbado ao longo dos anos (Ayerset al, 2011).

Segundo Almeida e Ribeiro (2011), considera-se que estas pessoas possuem níveis de tolerância superiores à desordem, e que esta conduta se apresenta em si própria como uma fonte de satisfação e alívio da ansiedade com base em quatro tipos de crenças: (1) como uma suposta

carência económico-financeira, (2) resposta a ideação persecutória, (3) resposta apoiada na aprendizagem social e (4) no valor afetivo dos objetos.

O volume da desordem prejudica o uso da casa e potencialmente outras áreas importantes de funcionamento, o que se manifesta por sentimentos de angústia ou de prejuízo provocado pela desordem estabelecida (Ayers et al, 2011).

Portanto, a força capacitadora que motiva o indivíduo na procura e satisfação dos objetivos de vida foi afetada, advindo da frágil consistência dos fatores internos (aspectos biopsicossociais e características da personalidade do indivíduo, religiosidade, espiritualidade, sentimento de pertença, história de vida) e fatores externos (valores, crenças e bens materiais das comunidades) que, segundo Harberet al (1992) citado por Stanhope e Lancaster (1999), afetam o funcionamento físico, cognitivo, afetivo e social do indivíduo.

Nesta sequência, e atendendo à magnitude do problema, 1,7 em cada mil internamentos nos Hospitais de Espanha, de pessoas com idade superior aos 65 anos, devem-se à Síndrome de Diógenes, o que supõe uns 1200 novos internamentos por ano. Homens e mulheres são igualmente afetados (sendo a média de idade para os homens de 79 anos e para as mulheres de 77 anos) e pode ser observado em todos os grupos socioeconómicos (Revista La Gándara, 1994 citada por Ramirez e Gois, 2006:55).

Esses doentes hospitalizados normalmente apresentavam distúrbios nutricionais em resultado da carência alimentar (por ex. estados de desnutrição, distúrbios eletrolíticos – ferro, vitamina B12, entre outros), afeções cutâneas resultantes da privação de higiene, de parasitas e sujidade e de uma alimentação desequilibrada, e mobilidade comprometida resultante de, por exemplo, artropatia degenerativa e quedas. Esta imobilidade de certo modo exacerbava as características da SD pela diminuição da capacidade para o autocuidado, isolamento social e acumulação (Ramirez e Góis, 2006; Almeida e Ribeiro, 2011).

Em termos de prognóstico, aproximadamente 50% dos doentes faleciam após internamento no hospital pela frequente associação com outras co-morbilidades como a broncopneumonia, acidentes cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, e hipoproteinemia ou hipovitaminoses (Ramirez e Góis, 2006).

Em termos interventivos, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016, reatualizado em 2012) preconiza atividades que tenham como objetivo reduzir os fatores de risco, promover os fatores de proteção, diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais e minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades.

Como caso ilustrativo, houve a oportunidade de observar a intervenção da equipa de USP numa situação apresentada pelos familiares (irmãs) de uma utente cujo caso aqui se apresenta.

A intervenção teve início com uma entrevista dirigida pelo delegado de saúde em parceria com a técnica de saúde ambiental. A descrição dos familiares era de que a utente tinha comportamento acumulador. Num momento de ausência da utente limpavam as várias divisões que armazenavam sacos de objetos sem utilidade, mas com o regresso da utente os espaços comuns voltaram a ser alvo de acumulação de sacos. Referiram ainda que quando às escondidas deitavam algum objeto fora, a utente durante a noite ia buscá-lo à rua. Dos 4 irmãos, era a mais

nova. Todos tinham curso superior, incluindo a mãe e o falecido pai (que era um homem distinto na sociedade). A utente nasceu com problema de saúde física, o que implicou vários tratamentos no estrangeiro e impossibilitou a conclusão dos seus estudos. A utente tinha 40 anos com diagnóstico de comportamento obsessivo compulsivo. Desde os 16 anos que tinha tido acompanhamento psiquiátrico, e atualmente frequentava as consultas na unidade extensível de consultas do pólo de psiquiatria da sua zona de residência. Os familiares tornaram-se intervenientes no tratamento em consulta e foram aconselhados a expor esta situação à Unidade de Saúde Pública, no intuito de promover um internamento compulsivo a fim de se passar à remoção dos objetos.

Após a entrevista, os mesmos intervenientes dirigiram-se à residência, onde a utente seria surpreendida pela presença dos profissionais.

Na entrevista com a utente estavam presente os 3 irmãos e a mãe de 90 anos, com quem a utente coabitava. A utente referiu que devido ao facto de estar dependente financeiramente dos familiares, não ter emprego, viver sob controlo da mãe, desde pequena ser designada pelas relações sociais da família como a «filha doente do doutor tal» por problema do foro neuromuscular, ser «o patinho feio» da família, por não ter curso superior e as críticas constantes ao seu comportamento, refugiou-se no comportamento acumulador que teve um início progressivo a partir da morte do pai (seu amigo) quando tinha 16 anos.

A utente estava lúcida e consciente do motivo do seu comportamento, manifestando o seu desejo de querer viver sozinha para se organizar e estar livre das pressões de imagem social.

Mas a família discutia, embora sem concordância, sobre o destino a dar à utente.

Perante esta exposição, foram explicadas à utente as consequências do seu comportamento de acumulação de objetos, para a saúde pública, e foi-lhe proposto um prazo de um mês para a remoção dos mesmos e que, em caso de incumprimento, seriam tomadas medidas coercivas.

No concelho de Oeiras, quando o utente/família não assume o compromisso de alterar a situação constituinte da exposição incomodativa e/ou recusa o apoio social (Fig. 3), é ativada uma intervenção coerciva que se inicia com recurso às instâncias judiciais (tribunal), com base no relatório da autoridade de saúde, a fim de se atribuir a tomada de posse do imóvel à Câmara Municipal de Oeiras, somente durante o período de intervenção.

Esta intervenção implica a colaboração das entidades policiais, Segurança Social, Câmara Municipal e Hospital, com o objetivo de obter a sua máxima eficácia.

Durante a intervenção, o utente não pode permanecer na sua habitação. Portanto, não havendo familiares para o acolher, e mediante a avaliação clínica do caso, pode ser desencadeado o internamento voluntário ou compulsivo. Nos casos em que não se justifica o internamento, o utente pode permanecer numa residência ou residencial.

Nesse período, e consoante as necessidades de cada caso, proceder-se-á inicialmente à desinfestação por uma equipa subcontratada pela Câmara Municipal que, após o término do período de semi-vida do produto, procede à retirada dos resíduos pelo serviço de recolha de resíduos urbanos da Câmara Municipal, seguida da limpeza e desinfeção efetuada por outra

empresa privada especializada nesta matéria. Por fim, procede-se aos arranjos e ao equipamento da habitação, de modo a torná-la minimamente confortável (Fig.3).

A limpeza e a higienização do imóvel e a estadia em residencial em casos de carência económica podem ser suportados pela Segurança Social.

Posteriormente, o utente regressa ao domicílio.

No entanto, o que se tem verificado é que, devido à complexidade da Síndrome de Diógenes e à falta de disponibilidade dos serviços, envolvimento da comunidade, compreensão dos familiares, o domicílio volta a ser preenchido por objetos inúteis.

Noutros casos, devido ao período de institucionalização ser superior a um mês, o retorno nem sempre é possível, devido à perda da autonomia e/ou pelo não reconhecimento das novas condições habitacionais, e o utente é integrado num lar.

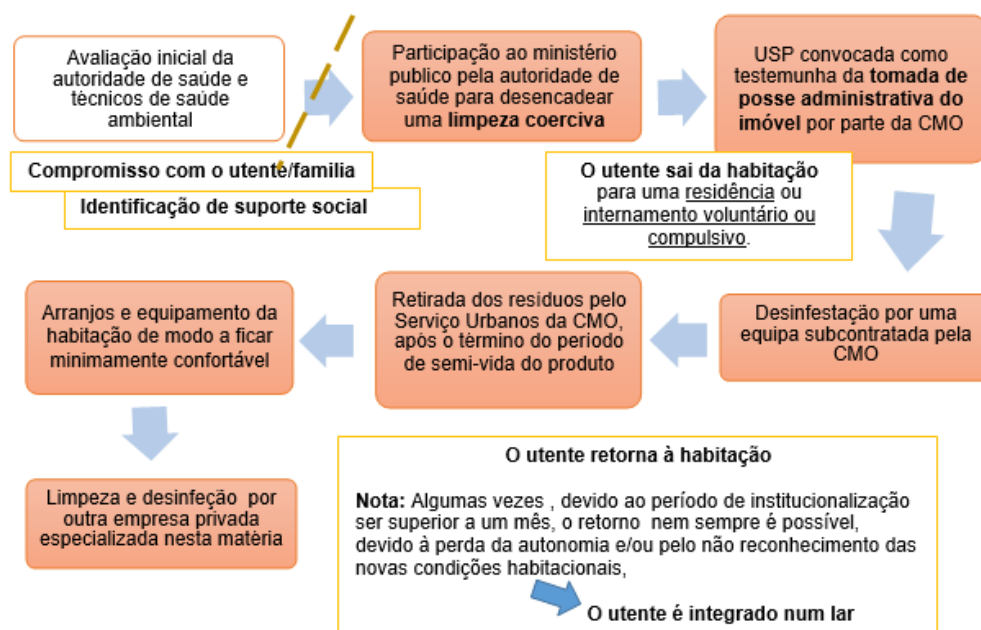


Figura 5 - Fluxograma da intervenção coerciva na insalubridade habitacional no Concelho de Oeiras, relacionada com síndrome de Diógenes

Como se pode depreender de todo este processo, estes casos são de intervenção complexa pela multidisciplinaridade necessária, com grande exigência em termos de articulação de serviços, horas despendidas, profissionais envolvidos e custos.

No caso apresentado anteriormente, a utente após uma semana dirigiu-se à USP e esteve em reunião com o delegado de saúde, referindo que não iria conseguir cumprir o desejado e justificou o porquê de tal impotência.

Relativamente à equipa de saúde pública, a técnica de saúde ambiental juntamente como delegado de saúde, elaboraram o relatório e contactou-se a equipa do pólo da psiquiatria, onde a utente estava a ser acompanhada, mas de onde ainda não se tinha obtido resposta.

2 COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DA INSALUBRIDADE HABITACIONAL RELACIONADA COM A SÍNDROME DE DIÓGENES

Embora o caso apresentado anteriormente corroborasse aspetos encontrados na literatura sobre a Síndrome de Diógenes, como aos fatores que desencadearam o comportamento acumulador (pressão social, baixo autoconceito, perda de uma pessoa significativa), também salientou a não presença do enfermeiro na avaliação inicial, assim como dos técnicos dos serviços sociais e do psicólogo e também a dificuldade de articulação com o serviço de psiquiatria.

O enfermeiro distingue-se na sua formação e experiência profissional pela compreensão e respeito pelos outros numa perspetiva multicultural, procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa alvo dos seus cuidados, e por considerar a pessoa um ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos da natureza individual que, embora seja influenciado pelo ambiente que o rodeia e, por processos não intencionais, o torna num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE, 2009).

A intervenção do enfermeiro tem como finalidade prevenir a doença, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

Relativamente à Síndrome de Diógenes, se o enfermeiro (especialista em enfermagem comunitária e/ou saúde mental) tivesse um papel ativo e interventivo, as necessidades da pessoa e família seriam atendidas, no sentido de se promover uma mudança comportamental mais consistente, assim como a prevenção precoce de casos potenciais, tais como os dos descendentes, coabitantes ou coniventes.

2.1 MODELO DE SISTEMAS E OS NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Segundo o modelo de Betty Neuman, a pessoa total tem todas as partes interrelacionadas e interdependentes, no sentido em que interage com o meio ambiente ajustando-se a esse por si mesmo.

O modelo de Sistemas de Neuman, referido por Tomey e Alligood (2004), baseia-se em dois componentes principais - o “stress” e a reação ao mesmo -, interligado às variáveis de tempo e/ou ocorrências, condições presentes e/ou passadas do indivíduo, natureza e intensidade da fonte de “stress” e a quantidade de energia requerida pelo organismo para se adaptar às situações.

A resposta ao “stress” está dependente da intensidade, do âmbito, da duração, número e natureza de outros fatores de “stress” presentes, da previsão (isto é, ser capaz de antecipar a ocorrência do acontecimento), do nível de controlo pessoal (crença), do sentimento de competência (autoconfiança), da avaliação cognitiva (em termos de significado pessoal face ao acontecimento), e da disponibilidade de apoios sociais.

Segundo este mesmo modelo, o “stress” surge pela ação de estímulos que produzem tensões e têm potencial para a instabilidade do sistema, designados por “stressores”, ativando

linha flexível de defesa, cujo papel é de proteção do sistema contra os “stressores”, funciona como um amortecedor, cedendo, contraindo, aproximando-se da linha normal de defesa (Fig.4).

Mas quando as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento ou espirituais se tornam insuficientes para resistir à intensidade do “stress”, a linha normal de defesa cede e pode surgir a doença. Mesmo que a linha normal de defesa seja invadida pelos “stressores” ambientais, as linhas de resistência são ativadas, no sentido de protegerem a estrutura básica do indivíduo. No caso de estas linhas não conseguirem suportar os “stressores”, pode ocorrer a morte do indivíduo (Fig.4).

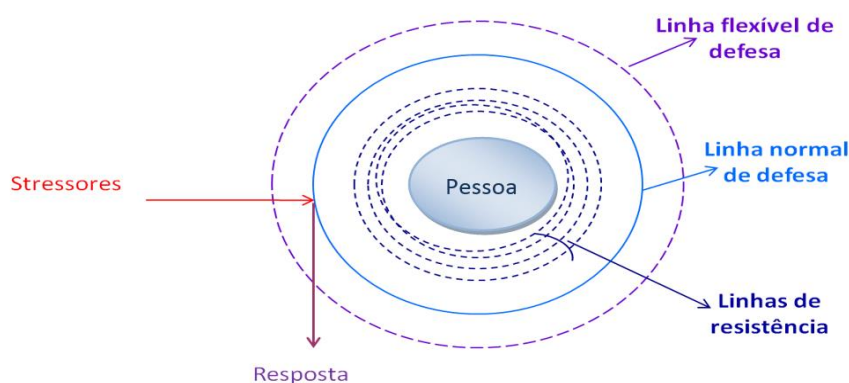


Figura 6 -Modelo de sistema de Betty Neuman

Para Neuman, a enfermagem é a profissão responsável pelo desenvolvimento de intervenções que evitem ou reduzam os fatores de “stress” no utente, a fim de os tornar mais suportáveis para este.

Segundo este modelo, as estratégias de enfermagem a utilizar numa perspetiva de intervenção na pessoa e com a pessoa inserem-se na prevenção primária (prevenção do stress e da redução dos fatores de risco), a prevenção secundária (que ocorre após o aparecimento dos sintomas) e a prevenção terciária (processo de reabilitação) (Potter e Perry, 2006).

De acordo com o defendido anteriormente por Betty Neuman sobre o papel do enfermeiro, o Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, no artigo 4.º, preconiza que o enfermeiro é o profissional com competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

Também, Almeida (2005:92-93) refere que, na intervenção comunitária, a prevenção primária inclui o conjunto das atividades que visam evitar, ou remover, a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco, ou causal, antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamouille, 2000; Jamouille et al., 2002), com a finalidade de reduzir a incidência da doença, através do controlo dos fatores de risco ou causais, ou ainda reduzindo o risco médio na população (Alwan, 1997). Já a prevenção secundária tem como finalidade a deteção de um problema de saúde num indivíduo ou população numa fase precoce, de modo a condicionar a sua evolução (Jamouille, 2000; Jamouille et al., 2002), mas para tal é necessário ter o conhecimento da

história natural da doença e a existência de um período de deteção precoce, suficientemente longo; a prevenção terciária tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população, através da reabilitação e reintegração precoce e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos.

Considerando as definições apresentadas, verificou-se que, embora exista conhecimento da história natural da doença e os fatores de risco envolvidos, não existem estudos nem literatura suficiente para atuar de forma a impedir o desenvolvimento do mecanismo patológico.

Para Betty Neuman, é possível desenvolver capacidades pessoais (ex. estratégias de 'coping') para prevenir o 'stress' e reduzir os fatores de risco. No entanto, se os sintomas já estiverem presentes, é possível determinar a importância que a doença e o 'stress' têm para o utente, assim como as necessidades e recursos existentes para se prevenir o agravamento da situação (ex. rede social, intervenção médica) e, a partir daí, apoiar o processo de reabilitação a fim de fazer o utente atingir o equilíbrio e se possível, voltar ao primeiro nível de prevenção (Potter e Perry, 2006).

Neste sentido, e considerando que a prática de enfermagem é baseada em estudos que respeitam os princípios humanistas, procurou-se através de uma revisão sistemática da literatura encontrar trabalhos científicos com o objetivo de refletir sobre possíveis intervenções preventivas das situações de insalubridade habitacional, relacionadas com a Síndrome de Diógenes.

2.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática da literatura é uma metodologia que revisa estudos relacionados com uma determinada pergunta de pesquisa e é confiável, rigorosa e auditável.

Assim, tendo sido realizada a concetualização, formulou-se a pergunta P[|C]O:

“Que intervenções de enfermagem (I) promovem comportamentos preventivos (O) da síndrome de Diógenes, na comunidade (P)?

As palavras-chave foram validadas pela Meshbrowser dando origem à seguinte ordem de palavras:

1. nurs*
2. Community
3. Prevention
4. Diogenes syndrome²

Em sequência, no dia 8 de Junho 2014 acedeu-se à Biblioteca do Conhecimento Online (Plataforma EBSCO-HOST) que se encontra reservada a membros da Ordem dos Enfermeiros para pesquisa (Academic Search Complete – EBSCO Host); submeteram-se as palavras-chave especificamente na CINAHL®, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Nursing&Allied Health Collection e Medic Latina, MEDLINE®; a pesquisa teve como limitadores gerais: texto completo disponível e friso cronológico de 5 anos (2008-2013); e como limitadores

²Nota: Não é descritor, mas produziu resultados

específicos: humano e qualquer autor ser enfermeiro. Dessa pesquisa, resultaram 5 artigos sendo que, pela leitura do 'abstrat', 3 artigos não se enquadravam na temática abordada; e os dois artigos selecionados intitulam-se “Community hoarding task forces: a comparative case study of five task forces in the United States” e “Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: a collective case study” (Fig. 5).

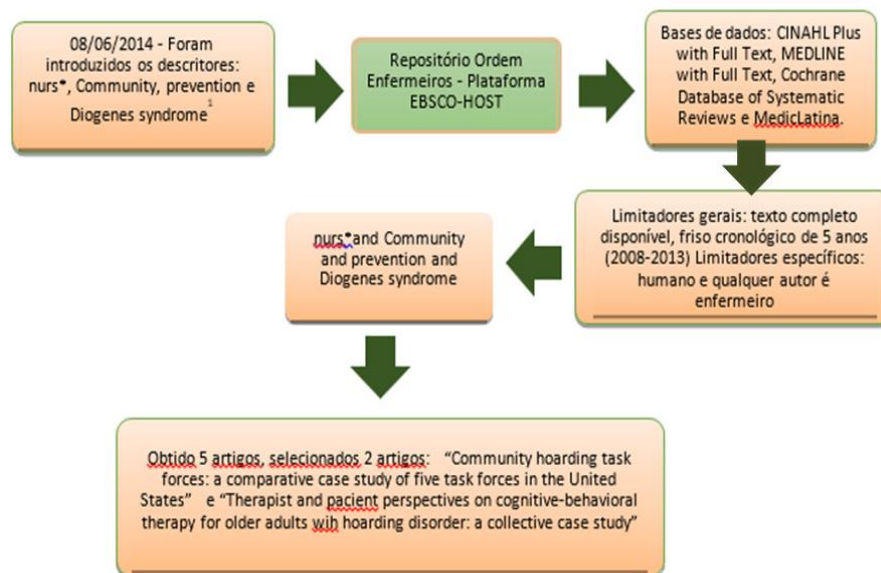


Figura 7 -Percurso metodológico da pesquisa

Seguidamente procedeu-se à leitura integral de cada artigo selecionado. A informação sobre o ano, o país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo encontram-se descritos nas fichas de leitura (Anexo II).

O artigo que aborda a intervenção de uma 'task-force' salienta a necessidade de influenciar as políticas da comunidade, em termos de colaboração e de recursos. Porque, se a iniciativa para liderar uma ação interventiva for só de um grupo profissional, não garante o compromisso da organização nem a sua continuidade. Mas, as mudanças com base em práticas informais, aplicadas de forma consistente e continuadas, geram práticas formais e políticas informais.

Refere que é necessário recorrer a forças multidisciplinares para resolução de problemas psicológicos e sociais complexos, como a existência de uma estratégia adequada para a resolução de problemas multidimensionais (Allen, 2005).

Refere ainda que a identificação dos fatores de risco é o primeiro passo na promoção da saúde, na educação para o bem-estar e na prevenção da doença.

Quando isso acontece, o método de intervenção mais eficaz, no sentido de levar à melhoria do bem-estar físico, psicológico e da higiene pessoal e ambiental, e/ ou redução de riscos significativos, é o acompanhamento por uma diversidade de serviços e cuidados dispensados pela comunidade (por ex. visitas domiciliares por profissionais de saúde e de saúde mental, apoio de entidades da comunidade para a promoção de atividades ocupacionais, abordagem para a segurança em casa e apoio nas atividades de vida diárias, alimentação, encorajamento para a

higiene pessoal), para os quais é imprescindível a sensibilização e formação afim de, não só envolver a comunidade, como também, a família.

No entanto, o mesmo estudo também identificou a existência de constrangimentos em termos interventivos, quer por parte dos prestadores de cuidados, devido as condições ambientais onde se presta o serviço pelo que geram desmoralização, e o risco associado que leva à recusa por parte dos serviços comunitários (por ex. infestações, inutilização dos espaços de higiene, comportamentos do indivíduo que suscitam receio), quer por parte família, no sentido em que apresentavam uma aparente falta de iniciativa, devido ao respeito pela autodeterminação e privacidade da pessoa; sentimento de frustração, após várias tentativas de ajuda; sentimento de impotência, vergonha e medo quanto à sua excentricidade; degradação da relação; despreocupação por não considerarem uma conduta patológica; desconhecimento do estilo de vida do familiar devido ao isolamento a que ele se remete; e desconhecimento de recursos na comunidade com competência para lidar com o fenómeno.

Assim, segundo Bratiotis (2013), a referenciação ao Serviço de Saúde Pública acontecia passados vários anos da deteção do problema, ou então, só no momento de urgência médica aguda, por queixas relativas a degradação ambiental (odor ofensivo, infestações, insalubridade percebida externamente e risco de incêndio) e a comportamentos desviantes. Isto porque, o grave isolamento e uma condição de vida à margem da sociedade, torna difícil a deteção do mesmo, e que este só se tem revelado quando ameaça a saúde e segurança do próprio ou de terceiros.

Sendo este estudo baseado na opinião de especialistas, ou de consensos de grupos de especialistas, não baseados nas evidências, o autor conclui que a utilização do método de estudo de caso limita a generalização dos dados e pode introduzir viés do pesquisador, apesar dos esforços destinados para limitar essas influências. E sugere que em pesquisas futuras se concentrem sobre a viabilidade de operações das forças de intervenção (por exemplo, liderança, apoios financeiros, principais funções, a presença da comunidade, ações e resultados).

Em relação ao estudo de intervenção cognitivo-comportamental realizado por Ayers et al (2012), foi um estudo qualitativo, onde se pretendia identificar, através da perspetiva do profissional interveniente e dos utentes participantes, as dificuldades encontradas na utilização de um tratamento protocolado aos utentes acumuladores, assim como as suas sugestões.

O profissional interveniente foi um psicólogo clínico licenciado com formação especializada em geriatria e coletores.

A população participante foram 12 idosos com mais de 65 anos (7 mulheres e 5 homens com faixa etária entre os 66-87 anos, o que corresponde a uma média de idade de 73,66 anos) que completaram o programa padronizado para o tratamento dos acumuladores, designado de Terapia cognitivo-comportamental (CTT) (Steketee e Frost, 2007), sendo este o critério de inclusão.

Os critérios de exclusão foram utentes que (1) apresentassem uma pontuação inferior a 23 no Exame do Estado Mental de Folstein (Folstein, Folstein e McHugh, 1975), isto é, um défice cognitivo moderado ou grave; (2) não cumprissem os critérios de acumuladores estabelecidos pela escala de Rating (Tolin, Frost e Steketee, 2010); (3) apresentassem transtornos provocados pelo

uso de substâncias ativas; (4) ou distúrbios psicóticos, incluindo bipolar tipo I e II; (5) estivessem a participar noutras formas de psicoterapia (6) ou feito alteração da medicação nas 12 semanas anteriores ou durante o estudo.

A avaliação teve quatro períodos: antes, durante e após o tratamento e 6 meses depois.

Os utentes foram submetidos a 26 sessões individuais com duração de 60 minutos, numa média de 17 semanas. O protocolo incluía: um teste cognitivo-comportamental de avaliação (2-3 sessões), formalização do caso (2 sessões), treino de habilidades cognitivas e de estruturação, através da imaginação e da exposição direta da aquisição e descarte de objetos (15-20 sessões) e prevenção da recaída (2 sessões finais). Durante todo o tratamento aplicava-se a entrevista motivacional.

Quanto ao local das sessões, 75% ocorreram no consultório do psicólogo e as restantes (6-7 sessões) ocorreram na casa do utente com a duração de 75-90 minutos.

As tarefas de casa pretendiam examinar as vantagens e desvantagens do comportamento acumulativo e relacionar os pensamentos e a desorganização através de conceitos cognitivos abstratos, com o objetivo de levar à tomada de decisão.

Com este estudo, o psicólogo verificou que o défice de memória prospetiva e de planeamento prejudicou a capacidade dos utentes de completar os trabalhos de casa (ex. fazer um calendário de registo diário) e de organizar tarefas de vida diária, tais como o pagamento de contas e a medicação. E que quanto à resolução do problema e flexibilidade cognitiva, que são necessárias para a decisão e ação, verificou-se que os utentes não tinham capacidade de debater soluções alternativas sem assistência e muitas vezes ficavam presos a um pensamento de processamento rígido.

Assim, considerando que na opinião do psicólogo os utentes tinham dificuldades em adquirir nova informação, reter informação recente, atenção, na tomada de decisões, na categorização, na organização de informação e planeamento, sugeriu a modificação do tratamento cognitivo-comportamental para esta população, investindo-se mais no cumprimento dos trabalhos de casa com tarefas concretas e simplificadas e recorrendo aos métodos tradicionais de terapia cognitiva para as intervenções comportamentais, para que os utentes não voltem a cair na rotina de acumulação e compareçam em todas as sessões.

Os utentes deste estudo referiram que os exercícios de exposição baseados nas situações em casa eram muito úteis no tratamento, enquanto as estratégias demasiado abstratas e de difícil generalização ou que não estavam relacionadas com o problema foram consideradas inúteis.

As visitas domiciliárias foram particularmente importantes para o estabelecimento de metas, planeamento e exposição de exercícios, assim como a relação entre o paciente e o psicólogo pelo encorajamento, simpatia e apoio.

Portanto, a relação entre o utente e o psicólogo foi vista pelos utentes como um elemento crítico para completarem as sessões de tratamento e a atitude de não julgamento foi o que provavelmente estabeleceu um bom nível de confiança, de forma a permitir as visitas domiciliárias.

2.2.1 Análise dos resultados obtidos

Perante os resultados obtidos na revisão sistemática da literatura concluiu-se que, em ambos os estudos, um com a comunidade (task-force) e outro a nível individual, o comportamento estava presente num estado de cronicidade e as intervenções desenvolvidas foram a nível de prevenção terciária, no sentido em que se pretendiam minimizar as consequências através da “reabilitação e reintegração precoce e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos”. (Almeida, 2005)

No entanto, o trabalho com a comunidade salientou a necessidade de identificar os fatores de risco “de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução” - prevenção secundária (Almeida, 2005) - uma vez que a referenciação ao Serviço de Saúde Pública só se dava no momento de urgência médica aguda ou então por queixas relativas à degradação ambiental ou a comportamentos desviantes, sendo esta uma ameaça à saúde e segurança do próprio ou de terceiros.

Devido à complexidade da Síndrome verificou-se no trabalho desenvolvido pelo autor deste mesmo estudo, Bratiotis (2012), a necessidade de recorrer a equipas multidisciplinares, a necessidade de influenciar as políticas da comunidade, em termos de colaboração e de recursos, e a imprescindível necessidade de sensibilizar e formar a comunidade e família, a fim de se ultrapassarem os constrangimentos identificados.

Quanto ao estudo de investigação desenvolvido por Ayers et al (2011), verificou-se que a intervenção a nível individual deve incidir especificamente no cumprimento de tarefas concretas e simplificadas, recorrendo aos métodos tradicionais de terapia cognitiva para as intervenções comportamentais.

Na perspetiva do utente, o que foi mais significativo para a mudança de comportamento para além dos exercícios de exposição direta, foram as visitas domiciliárias e a relação terapêutica manifestada pela atitude imparcial do profissional, com constante apoio e incentivo, ao longo do tratamento.

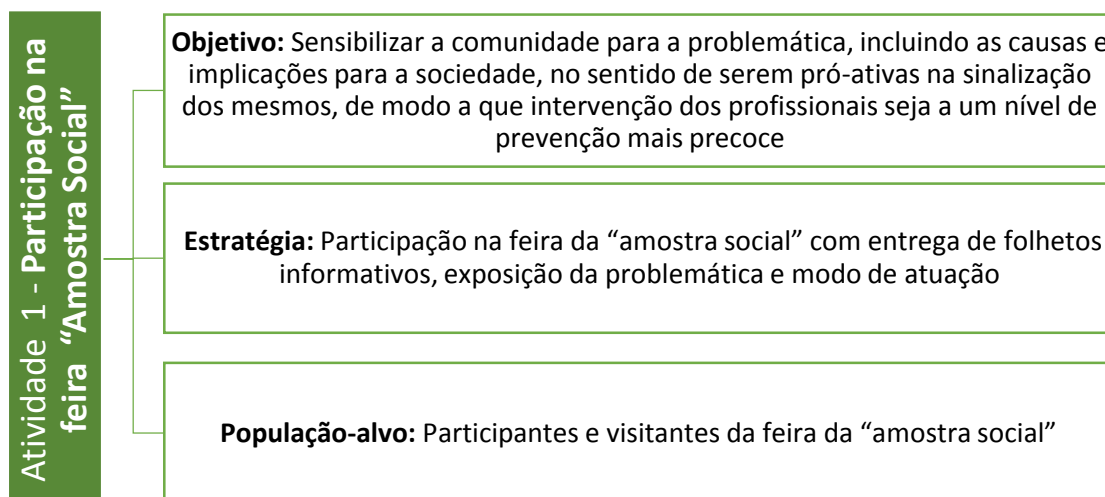
Neste último ponto, a intervenção da Enfermagem tem um papel importante, uma vez que o exercício da profissão de enfermagem centra-se na relação interpessoal com uma pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidades) e caracteriza-se pela parceria estabelecida através de um processo dinâmico, com respeito pelas capacidades e valorização do papel da pessoa ou grupo de pessoas, no intuito de o/os ajudar a ser(em) proactivo(s) na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2009).

Perante a análise dos resultados obtidos dos estudos, as atividades planeadas e executadas tiveram em consideração a importância da multidisciplinaridade e da sensibilização/formação da comunidade/grupo.

3 ATIVIDADES PLANEADAS

Para intervir, o enfermeiro primeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) com a finalidade de prevenir a doença, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2009).

Neste sentido, as atividades planeadas (Fig.6) pretendem sensibilizar a comunidade para a problemática, incluindo as causas e implicações para a sociedade, no sentido de serem pró-ativas na sinalização dos mesmos, de modo a que intervenção dos profissionais fosse a um nível de prevenção mais precoce; promover reuniões de trabalho com a equipa multidisciplinar, interveniente no processo de resolução da problemática em estudo, afim de identificar obstáculos e definir papéis de cada um, assim como com os responsáveis organizacionais e políticos no sentido de promover um trabalho em parceria/rede a fim de garantir uma maior eficácia das intervenções; e também, formar/capacitar grupos da comunidade (familiares, vizinhos ou entidades de serviços sociais da comunidade), com o objetivo de estabelecerem relações significativas com os utentes, vítimas dos fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes, sendo esse o primeiro passo para uma prevenção primária no sentido em que se pretende "reduzir a incidência da doença, através do controlo dos fatores de risco ou causais" (Almeida, 2005).



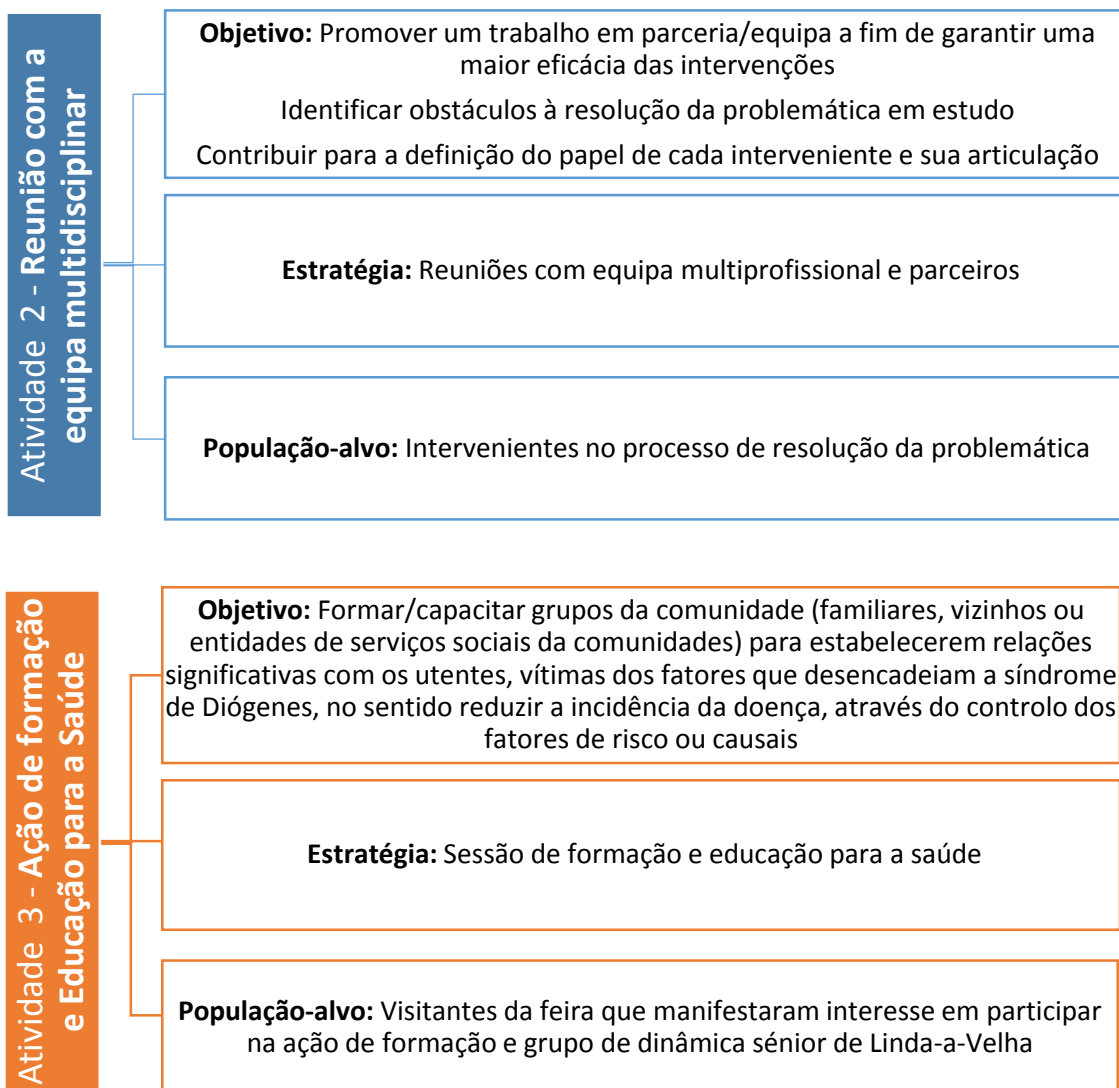


Figura 8- Esquema das atividades planeadas e respetivos objetivos, estratégias e população-alvo

Após o planeamento destas atividades, tendo-se evitado as sobreposições e a acumulação de tarefas em excesso em determinadas alturas, visualizando-se os obstáculos à sua execução e providenciando-se os recursos necessários, seguiu-se a execução das mesmas (Imperatori e Giraldes, 1993).

4 EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS

Esta etapa específica quando, onde e como as actividades foram concretizadas e ainda quem se encarregou de as administrar e ou executar (Imperatori e Giraldes, 1993).

4.1 PARTICIPAÇÃO NA FEIRA DE “AMOSTRA SOCIAL”

Segundo o Código Deontológico (Artigo 8º), o enfermeiro deve: Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; e Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Nesta sequência, a União da Juntas de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-Quebrada/Dafundo organizou uma feira denominada “Amostra Social” que tinha como objetivo divulgar aos visitantes os vários serviços/atividades sociais existentes nas denominadas freguesias. Uma vez que a USP dos ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras é um serviço de saúde que abrange esta união de freguesias, considerou-se pertinente participar nesta atividade.

Assim, atendendo à competência de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, pela gestão da informação (OE, 2009), e pelo dever de informar sobre recursos existentes e forma de acesso aos mesmos (Código Deontológico, Artigo 84.º), pretendeu-se divulgar o problema social com implicações na saúde, através da técnica de “marketing social”.

O conceito de “marketing social” é tão abrangente como o de “economia social” que engloba instituições muito diversas como, por exemplo, as organizações de utilidade pública, ONG, Fundações e IPSS’s (Leal, 2006).

Este conceito nasceu formalmente, como disciplina, no ano 71 do século XX, para conceituar o emprego das técnicas de “marketing” em prol de uma causa, ideia ou comportamento social (Kotler e Roberto, 1992 citado por Lindon et al, 2009).

Para Kotler, o “produto é a ideia, o conhecimento, a convicção, a atitude, o hábito ou o comportamento que se quer transmitir aos segmentos alvo” (Lindonet al, 2009:591).

O produto pode ser uma ideia social que se assume como crença (percepção que se tem de uma coisa concreta, não implica avaliação), atitude (avaliações positivas ou negativas de pessoas, objetos, ideias ou acontecimentos, ex. proteção ambiental) ou valores (ideias gerais do que é certo ou errado); uma prática social que implica a ocorrência de uma única ação (ex. vacinação) ou a alteração de um comportamento padrão (ex. reciclagem, controlo da natalidade); ou um objeto tangível (ex. cinto de segurança, preservativo)(Lindonet al, 2009).

Como elementos do “marketing social” têm-se a causa, ou seja, o objetivo social no sentido de dar a resposta ao problema identificado; o promotor da mudança, que pode ser um indivíduo, uma empresa, uma organização ou uma associação; o segmento escolhido como alvo cujo perfil deve ser definido pelas suas características sociodemográficas, comportamentais e perfil

psicológico; e a comunicação como instrumento fundamental para transmitir de forma eficaz a mensagem social, sendo as principais ferramentas utilizadas a publicidade, as relações públicas, o “marketing” relacional e força de vendas (no sentido do contato direto e personalizado com o público-alvo) (Lindonet al, 2009).

De uma forma muito simples, podemos dizer que “marketing social” é o "processo que aplica os princípios e técnicas de “marketing”, com o objetivo de influenciar determinados públicos-alvo para que voluntariamente aceitem, rejeitem, alterem ou abandonem um comportamento para benefício de indivíduos, grupos ou da sociedade em geral" (Leal, 2006:3).

Contudo, para se alterarem comportamentos é necessário que o público-alvo seja efetivamente convencido dos benefícios da respetiva alteração.

Para tal, os públicos-alvo têm de acreditar que existe um problema que tem de ser ultrapassado; que a alteração de comportamento ajudará a diminuir o problema; que as vantagens da alteração comportamental superam as desvantagens de continuar a não fazer nada; que tem de decidir aderir a uma proposta comportamental; que possuem as competências necessárias para a alteração do comportamento proposto; que essa alteração é compatível com a sua auto-imagem; que a pressão social para agir é maior do que a pressão para nada fazer; e que existem mais barreiras à inação do que à ação (Leal, 2006:10).

Portanto, foi necessário desenvolver atividades que tornassem a comunidade consciente das causas que proporcionam o desenvolvimento deste problema e as suas implicações, no sentido de alertar as pessoas para que sejam pró-ativas na sinalização do mesmo, para que os profissionais consigam atuar a um nível de prevenção ainda mais precoce.

Neste sentido, elaboraram-se um cartaz e um folheto informativo (AnexoIII) onde constava a caracterização comportamental da Síndrome de Diógenes e os fatores que podem desencadear esse comportamento. Neles sensibilizava-se o leitor para as implicações sociais e de saúde pública que esse comportamento envolvia, e informava-se sobre a forma preventiva de atuar perante a deteção dessa situação. Por fim, o leitor era convidado a participar na ação de formação e educação para a saúde a realizar no mês de Junho, com o tema "Fatores que desencadeiam a síndrome de Diógenes. Como intervir?" (Fig. 9).



Figura 9- Aplicação da técnica de “marketing” para divulgação do problema social e de saúde pública na feira “Amostra Social”

Este folheto informativo foi distribuído durante a feira da “Amostra social” nos dias 31 de Maio e 1 de Junho de 2014, no Parque de Miraflores. Foram abordadas mais de 350 pessoas³ das várias faixas etárias, às quais se colocaram duas questões: (1) Se sabiam o que era a Síndrome de Diógenes, e (2) Se conheciam alguém com o comportamento acumulador. A maioria respondeu que tinha conhecimento dos acumuladores, através do canal de televisão de assinatura norte-americano, The Learning Channel (TLC)⁴ e que desconhecia a existência desse problema em Portugal, considerando ser inimaginável tal situação no ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Durante a divulgação deste problema social com implicação na saúde pública, e devido ao fato de se ter utilizado um instrumento de “marketing” que permitia o contacto direto e personalizado com o público-alvo, houve a oportunidade de um visitante adulto, género masculino, expor de uma forma reservada, a sua situação familiar. Nomeadamente o seu irmão, homem de 40 anos, classe social alta, casado, que há 10 anos teve uma perda amorosa e posteriormente um insucesso num negócio. Estes fatores desencadearam o comportamento de acumulação de objetos inúteis num terreno comum.

O visitante pretendia denunciar esta situação não só pelo motivo da acumulação de objetos inúteis na sua parte do terreno e conseqüente perigo de incêndio, mas também pelas condições de insalubridade habitacional a que a cunhada estava sujeita.

No entanto, a vergonha e constrangimentos dos familiares dificultaram, até então, a denúncia para intervenção/tratamento precoce. Esta atitude teve implicações na qualidade de vida do sujeito, assim como na dos que o rodeiam, pelas discussões constantes que levaram ao afastamento entre irmãos.

Após a divulgação apresentada no ato da entrega do folheto informativo, compreendeu que era um problema de saúde mental de possível intervenção; e no sentido de fazer a denúncia anonimamente, foi encaminhado para o Serviço de Saúde Pública da sua área de residência.

4.2 REUNIÃO COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA USP

De acordo com Código Deontológico (Artigo 91º), o enfermeiro deve atuar, responsabilmente, na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; (...) colaborar, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços através da utilização da metodologia científica descrito no Decreto-Lei nº 161/96 (Artigo 5º).

Recordando a exortação da OMS na Declaração de Munique às autoridades da Região Europeia, no sentido de que devem garantir a participação dos enfermeiros na tomada de decisão a todos os níveis do desenvolvimento e implantação das políticas de saúde; e reforçar o papel dos

³Este número foi baseado no cálculo do número de folhetos entregues (200) sendo que metade das pessoas abordadas eram casais e os restantes 50 correspondem aos filhos ou outros familiares.

⁴Este canal é distribuído pela Discovery Communications e, inicialmente, era focado em conteúdo educacional mas a partir de 2001, a rede começou a concentrar-se principalmente nos estilos de vida, vida familiar e as histórias pessoais.

enfermeiros em saúde pública, na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário (Correia, Dias, Coelho, Page, Vitorino, 2001), foi efetuada uma reunião com os profissionais que integram a USP, nomeadamente o coordenador da unidade, a médica de Saúde Pública que intervém nas situações do âmbito da saúde mental, os técnicos de saúde ambiental e a enfermeira especialista em saúde comunitária, com a intenção de apresentar os objetivos do estágio, as atividades já desenvolvidas e delinear a atividade designada de ação de formação, onde os presentes iriam participar e intervir.

No entanto, quando se estava a apresentar o diagnóstico de situação, verificou-se que o tema de insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes existia uma falta de clareza na intervenção dos vários intervenientes da problemática, o que provocou um debate entre todos os presentes.

Numa reunião com a coordenadora do serviço social do ACES também foi referida a dificuldade em comunicar e articular com a USP, no sentido de se dar resposta aos casos apresentados nas reuniões das Comissões Sociais de Freguesia (CSF)⁵ e em esclarecer os vários elementos que compõem a comissão sobre os procedimentos a ter relativamente nas situações relacionadas com a Síndrome de Diógenes.

Esta informação evidencia a existência de um desconhecimento em relação ao modo como algo deve ou deverá ser realizado, ou seja, era um conflito que pertencia à categoria do método, segundo Cushnie, citada por Riley (2004),

Qualquer conflito deve ser utilizado como impulsionador da inovação e do crescimento, o que pode implicar uma mudança organizacional, no sentido em que “qualquer alteração, planeada ou não, ocorrida na organização, decorrente de fatores internos e/ou externos à organização, traz algum impacto nos resultados e/ou nas relações entre as pessoas no trabalho” (Bruno-Faria, 2000 citado por Bohme, 2012:26).

A mudança organizacional inicia-se com a definição de problemas (estadio de consciencialização), seguida do início da ação (estadio de adoção), implementação da mudança e por fim, a Institucionalização da mudança.

Neste sentido, considerou-se que a equipa multidisciplinar da USP tomou consciência da necessidade de mudança e iniciou a sua ação.

Como resultado da reunião, fez-se sentir a necessidade de (1) definir a importância do enfermeiro nas intervenções de insalubridade habitacional; (2) elaborar um fluxograma de intervenção, para a resolução de cada situação, em equipa; 3) organizar um “workshop”, com os vários parceiros envolvidos na problemática (Equipa da Saúde Pública e Técnicos de Serviço Social do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras e a Equipa de Saúde Mental dos pólos do Dafundo e Caxias).

⁵Decreto-Lei nº 115/2006 Secção II, Artº 15.º e 20º - Comissões Sociais de Freguesia (CSF) são órgãos locais de dinamização, articulação de parcerias, apreciação e análise de problemas e das propostas de solução, orientação, encaminhamento e articulação com o Conselho Local de Ação Social (CLAS), com o objetivo de promover o desenvolvimento sócio local, cujas competências são (...) promover a participação da população e agentes da freguesia na procura, conjuntamente, de soluções para os problemas identificados; (...) promover ações de informação e outras iniciativas que visem uma melhor consciência coletiva dos problemas sociais.

A função do enfermeiro estagiário neste processo foi de proporcionar o diálogo e entendimento na equipa multidisciplinar, de modo a que as partes tivessem a oportunidade de partilhar os procedimentos desempenhados por cada um, no âmbito da sua formação profissional, procurando encontrar alternativas de resoluções do problema em que todas as partes pudessem saber as funções pelas quais são responsáveis, bem como os limites da sua atuação, a fim de se estabelecer um compromisso na tomada de decisão (Daff, 1999 citado por Saraiva, 2004).

Devido a esta reunião se ter realizado a um mês do fim do estágio, a elaboração do fluxograma e organização do “workshop” seriam posteriormente executadas pela enfermeira especialista em saúde comunitária da USP. Quanto à importância do enfermeiro na equipa, deseja-se que este relatório possa ter contribuído para a definição.

4.3 AÇÃO DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Nos cuidados de saúde primários, a Enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade em complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (OE, 2009).

Segundo o Código Deontológico (Artigo 5º), é parte integrante dos cuidados de enfermagem transmitir informação que vise mudança de comportamento, orientar para os recursos adequados em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro.

Neste sentido, considerando que as situações de insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes têm impacto na saúde do indivíduo, dos seus familiares assim como na saúde da comunidade onde estão inseridas; considerando que as situações de insalubridade relacionadas com a Síndrome de Diógenes, denunciadas às entidades públicas se encontravam num grau de cronicidade; considerando que detetores ou coniventes com a situação de insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes têm dificuldade em atuar; e considerando que é importante sensibilizar, formar e envolver a comunidade para a deteção e atuação precoce destas situações; considerou-se pertinente a realização de sessão de formação e de educação para a saúde.



Figura 10 - Sessão de formação e educação para a saúde

Candeias (1997) define educação para a saúde como um processo que tem como objetivo capacitar indivíduos e/ou grupos, para que de uma forma voluntária assumam e ajudem na melhoria das condições de saúde da população. Também é uma técnica que pretende potenciar e rentabilizar os recursos existentes de forma a criar confiança e participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade.

Por consequência, educação para a saúde consiste em dotar as pessoas de conhecimentos, atitudes e valores que as ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo (Candeias, 1997).

Com base na abordagem teórica crítica, em que se considera a aprendizagem como um diálogo em progressão, e utilizando o modelo PRECEDE-PROCEED no sentido em que se pretende ajudar a comunidade a mudar os seus comportamentos, através da avaliação do contexto em que vive, examinando os fatores sociais, fatores internos e ambientais que predispõem os indivíduos para determinados comportamentos ou problema de saúde, desenvolveu-se uma sessão de formação e educação para a saúde sob o tema "Fatores que desencadeiam a insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes: Como intervir?", cujo conteúdo programático (Anexo IV) deu ênfase aos fatores de risco e fatores protetores da saúde mental, assim como a estratégias para prevenir precocemente a Síndrome de Diógenes.

Os destinatários foram os cidadãos sensibilizados para a problemática durante a feira da "Amostra social" e/ou que desejaram participar na ação formativa e educativa.

Dos parceiros políticos esteve a vogal da Ação Social da União de Freguesias como responsável pela cedência gratuita da sala, assim como dos equipamentos audiovisuais e outros (retroprojetor, painel para projeção dos diapositivos, mesas e cadeiras).

Dos parceiros organizacionais esteve a equipa multidisciplinar da USP, representada pelo Coordenador da unidade, a médica de saúde pública que intervém nas situações do âmbito da saúde mental, o coordenador dos técnicos de saúde ambiental e a enfermeira especialista em saúde comunitária, como intervenientes no momento da discussão e esclarecimento de dúvidas.

Os participantes foram seis (6) pessoas do grupo da dinâmica sénior de Linda-a-Velha⁶ convidadas pela vogal da Ação Social da União de Freguesias e duas (2) pessoas da Conferência Vicentina⁷, uma das quais tinha manifestado interesse em participar na sessão, durante a atividade na feira.

Quanto à caracterização do grupo, eram maioritariamente mulheres (6 para 2), as idades estavam compreendidas entre os 60 e 74 anos; quatro (4) tinham 1º ciclo, um (1) o 2º ciclo, e três (3) o curso comercial, correspondente ao 3º ciclo do ensino básico.

⁶Projeto da União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz-Quebrada/Dafundo que pretende desenvolver ações necessárias à construção de autonomia a fim de motivar pessoas que se encontrem sozinhas e que precisem de ajuda, ampliando o seu pensamento crítico sobre a realidade circundante

⁷As Conferências Vicentinas são uma instituição da Igreja Católica com o objetivo de ajudar os mais carenciados, material e espiritualmente através de uma ação pessoal, veiculada pela visita ao irmão necessitado. Fazem parte da Sociedade de São Vicente de Paulo. Presentemente existe a Conferência Vicentina de São José e Imaculada Conceição.

Do conhecimento sobre a Síndrome de Diógenes, quatro (4) tinham algum conhecimento e três (3) nenhum conhecimento. Quando questionados se conheciam alguém que acumulasse objetos ou lixo, dois (2) conheciam alguém, enquanto os restantes não.

Sobre a atividade, os participantes referiram no questionário de avaliação da sessão (Anexo IV) que foi positiva, esclarecedora e educativa, no sentido em que se alertou para agir de forma preventiva através da construção e reforço de laços solidários e propuseram a realização de ações de formação nas escolas e nos grupos de intervenção social das freguesias.

O trabalho de equipa foi evidenciado no sentido em que a intervenção de cada um foi complementar à do outro devido à sua multidisciplinaridade. O objetivo dessas intervenções foi o de proporcionar a discussão relativamente à forma de prevenir a Síndrome de Diógenes através de esclarecimento de dúvidas e incentivando à mudança de comportamento passivo para comportamento ativo na prevenção desta situação social, com impacto na saúde pública.

Como sugestão futura foi feito o incentivo para criação de grupos/rede social de apoio, constituído por familiares, vizinhos ou entidades de serviços sociais da comunidade com a finalidade de se conseguir estabelecer relações significativas com as pessoas vítimas de fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes. Considerando a competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária de liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania, esse grupo seria coordenado por uma equipa multidisciplinar da área da saúde, onde o enfermeiro especialista em saúde mental também teria um papel fundamental na promoção de fatores de proteção da saúde mental, tais como: o desenvolvimento das estratégias de 'coping', autoconceito e sentido da vida, e respetivo encaminhamento.

5 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No planeamento em saúde a avaliação é um processo, composto por: definição do objeto da avaliação; verificação da pertinência; apreciação da adequação; exame dos progressos; apreciação da eficiência, da eficácia e do impacto; e elaboração de conclusões e propostas com vista à ação futura (Imperatori Giraldes, 1993).

Assim, pretende-se com este capítulo avaliar a intervenção comunitária na promoção de comportamentos preventivos da insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes, através da identificação dos aspetos que facilitaram os desenvolvimentos das atividades, as dificuldades que existiram, a forma como essas dificuldades foram ultrapassadas ou não, e os aspetos a melhorar.

Como fatores promotores do desenvolvimento das atividades foram considerados: a comunicação e relação estabelecida com alguns elementos intervenientes na comunidade, nomeadamente a vogal de direção da União de Freguesias a quem cabe o pelouro da ação social. A boa receção da abordagem foi manifestada através da forma como foi acolhido, com satisfação e motivação, o objetivo do projeto de intervenção comunitária, nomeadamente: a) prestando apoio durante a feira “Amostra social”, b) disponibilizando a sala e equipamento para a realização da sessão de educação para a saúde, c) e tendo divulgado essa mesma atividade eletronicamente para elementos constituintes da Comissão Social de Freguesias e Núcleos de Intervenção Social, e d) tendo convidado os elementos que participam na dinâmica sénior que estavam motivados e disponíveis.

A feira “Amostra social” no período da realização do estágio constituiu-se também como um fator facilitador ao permitir o contacto/diálogo com um número significativo de pessoas, com características sociais e económicas diversificadas.

Para a realização do diagnóstico de situação a relação estabelecida com a médica de saúde pública envolvida na resolução das situações de saúde mental, foi esclarecedora para a perceção da complexidade da intervenção em termos das várias entidades envolvidas, morosidade e custos implícitos.

A oportunidade de acompanhar e observar a intervenção da autoridade de saúde e técnico de saúde ambiental na visita domiciliária a uma utente com Síndrome de Diógenes foi determinante para relacionar os dados obtidos nos trabalhos científicos com o caso real, mas principalmente para identificar necessidades e expectativas da pessoa doente, a sua relação com a família e meio ambiente no sentido de planear intervenções de enfermagem para a resolução da situação.

Em relação aos obstáculos sentidos, é de referir o facto de a literatura científica sobre este tema ser reduzida, e nula no que respeita às intervenções da Enfermagem. Para além de, cientificamente pouco trabalhado, ele é também desconhecido da esmagadora maioria da população, incluindo profissionais da área da Saúde. À pouca atenção que o tema tem tido em termos científicos, junta-se como obstáculo à atividade ou a uma planificação mais atempada o

facto de a enfermeira especialista a exercer funções na USP não estar inserida na equipa da resolução das exposições de insalubridade habitacional e não ter conhecimento dos seus procedimentos. Este facto constituiu um fator dificultador de acesso à informação por parte dos técnicos de saúde ambiental, uma vez que os mesmos não entendiam o objetivo do projeto académico nem a pertinência do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar. Esta situação foi ultrapassada na reunião com a equipa que intervém na resolução das exposições de insalubridade habitacional que teve lugar a um mês da conclusão do estágio, por motivos de disponibilidade do coordenador da unidade.

Deste modo, segundo Fachada (2005) o conflito foi enfrentado e resolvido de forma eficaz, porque se diagnosticou a natureza do mesmo e as suas causas, assim como a possibilidade de negociação a fim de permitir ganho para ambas as partes; os intervenientes no conflito disponibilizaram-se para se encontrarem e tinham vontade de resolver a situação; houve escuta ativa embora fosse difícil inicialmente pois estava-se a lidar com problemas, nos quais, os intervenientes estão envolvidos emocionalmente e é natural que cada um tendesse a defender o seu ponto de vista e não escutar os argumentos dos outros. Isto requer empatia e atenção ao conteúdo da mensagem, bem como às emoções e sentimentos e a linguagem não-verbal utilizada. Neste ponto os enfermeiros são profissionais privilegiados uma vez que na sua prática diária a escuta ativa é uma ferramenta utilizada no processo de cuidar; e por fim todas as soluções foram consideradas e ponderadas para a resolução do problema que gerou o conflito, proporcionando desta forma um sentimento de aceitação e de liberdade de expressão das suas opiniões.

“Cada enfermeiro deve desenvolver o seu modo de negociar para poder atingir resultados esperados no desempenho da sua profissão, tendo em conta os objetivos delineados, a conduta ética e os interesses da Instituição” (Saraiva 2009:30).

Relativamente aos objetivos das atividades, considera-se que foram atingidos porque (a) a comunidade foi sensibilizada para a problemática; (b) a equipa multidisciplinar conseguiu identificar a importância do trabalho de equipa na resolução da problemática em estudo, através da discussão do papel de cada grupo profissional presente, assim como, os obstáculos existentes para a resolução da problemática; e (c) iniciou-se a formação de um grupo da comunidade para estabelecerem relações significativas com os utentes, vítimas dos fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes.

Quanto aos ganhos em saúde resultantes destas intervenções, os mesmos não foram visíveis no imediato mas, em termos prospetivos (Palmer, 1989), considera-se que as atividades desenvolvidas tiveram impacto na população que foi abordada durante a Feira da “Amostra social”, ao ter sido informada e alertada para a importância de sinalização ou denúncia destas situações às entidades competentes aos primeiros sintomas. Esse alerta foi mais visível junto dos participantes na ação de formação e educação para a saúde, na medida em que foram capacitados com estratégias de identificação de situações que podem desencadear o comportamento acumulativo e como procedimentos na relação com a vítima quer através de uma atitude de ajuda quer no encaminhamento adequado.

Em termos prospetivos, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e/ou de saúde mental, ao fazerem parte da equipa de resolução das exposições de insalubridade poderão proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica com a elaboração de registos com dados de caracterização dos utentes mais completos, assim como os diagnósticos e procedimentos efetuados, a fim de proporcionar intervenções futuras e trabalhos de investigação em enfermagem, uma vez que os registos encontrados se revelaram insuficientes para a elaboração de um diagnóstico de situação mais concreto, aprofundado e minucioso, porque com base no modelo de Betty Neuman o enfermeiro além das competências específicas da sua especialidade, tem uma visão holística do utente, perspetivando-o como um todo multidimensional, e deste modo consegue compreender os fatores que desencadearam a situação atual; identificar os “stressores” presentes; e planejar intervenções de enfermagem de forma adequada às necessidades expressas, no sentido de atingir a restauração e/ou manutenção do bem-estar do utente, respeitando as suas decisões enquanto pessoa autónoma e ser biopsicossocial, cultural e espiritual.

Em termos de intervenção comunitária, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária poderá estabelecer programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, integrando nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais, tal como foi evidenciado na feira da "amostra social" e na ação de formação e educação para a saúde, mesmo com os obstáculos anteriormente referidos.

No entanto “A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori e Giraldes, 1993: 174).

Portanto, sendo este trabalho único em contexto de estágio, deseja-se que se torne pioneiro e que abra caminho a novos trabalhos relacionados com a Síndrome de Diógenes, no âmbito da enfermagem comunitária e/ou saúde mental.

6 CONCLUSÃO

Perante o exposto, conclui-se que a insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes é um problema complexo com possível início a meio da infância com uma evolução progressiva e silenciosa.

Como fatores que podem desencadear a Síndrome de Diógenes tem-se a personalidade mórbida (esquizotípica, paranoide, obsessivo-compulsiva), acontecimentos stressantes significativos (relacionadas com transições afetivas, económicas, de desenvolvimento e relacionais), doenças somáticas que no caso dos idosos dificultam o auto-cuidado, colocando-o em risco de quedas, risco de incêndio, contaminação de alimentos, isolamento social e má gestão da medicação (Kim et al, 2001 citado por Ayers et al, 2012), o autoconceito e o “coping” pobres, e solidão.

A intervenção para a resolução do problema implica a atuação de uma equipa multidisciplinar devido à sua componente comportamental e social com repercussões na saúde pública.

A fim de saber o estado do conhecimento sobre a problemática recorreu-se à revisão sistemática da literatura no sentido de identificar e refletir sobre intervenções de Enfermagem que promovessem comportamentos preventivos da Síndrome de Diógenes, na comunidade.

Desta resultaram dois estudos: um dos estudos envolvia a comunidade através da criação de uma 'task-force' e o outro consistia numa intervenção individual, recorrendo-se à técnica cognitiva-comportamental como forma de tratamento.

No entanto, devido à pouca informação e conhecimento sobre a síndrome de Diógenes na literatura, foram desenvolvidas duas atividades na comunidade: uma na Feira da “Amostra social” onde se fez a divulgação e sensibilização dos seus visitantes e colaboradores através de um panfleto e exposição direta; e a outra, em grupo, através de uma sessão de formação e educação para a saúde com a temática “Fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes - como intervir?”.

Também houve a necessidade de reunir com a equipa multidisciplinar da USP para que se partilhassem os procedimentos desempenhados por cada um no âmbito da sua formação profissional e para que o enfermeiro integrasse a equipa de resolução das “queixas de insalubridade” relacionadas com a Síndrome de Diógenes. Esta realidade foi manifestada na ação de formação onde o trabalho de equipa foi evidenciado, no sentido em que as intervenções foram complementares.

Relativamente aos objetivos das atividades, considera-se que foram atingidos, porque (a) a comunidade foi sensibilizada para a problemática; (b) a equipa multidisciplinar conseguiu identificar a importância do trabalho de equipa na resolução da problemática em estudo, através da discussão do papel de cada grupo profissional presente, assim como, os obstáculos existentes para a resolução da problemática; e (c) iniciou-se a formação de um grupo da comunidade para

estabelecerem relações significativas com os utentes, vítimas dos fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes.

A concretização deste relatório só foi possível através do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Diário da República nº 35/ 2011), no sentido em que se teve em vista a resolução do problema identificado, se conceberam e planearam intervenções para a resolução do complexo problema de saúde pública, considerando os recursos disponíveis e as orientações estratégicas das políticas de saúde. Foram mobilizados os responsáveis organizacionais e políticos, sendo que, para tal foi necessário disponibilizar informação baseada na evidência científica para a tomada de decisões em Saúde. Para a concretização das atividades, foi necessário promover um trabalho em parceria/rede a fim de garantir uma maior eficácia das intervenções. Quanto à competência de avaliação das intervenções foi efetuada em termos prospetivos.

Como sugestão futura foi feito o incentivo para criação de grupos/rede social de apoio, constituído por familiares, vizinhos ou entidades de serviços sociais da comunidade com a finalidade de se conseguir estabelecer relações significativas com as pessoas vítimas de fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes.

No entanto, primeiro seria necessário planejar uma sessão de esclarecimento/informação ou mesmo “workshop” com a Comissão Social de Freguesias onde se encontram vários parceiros da comunidade com projetos de intervenção social.

No âmbito da Enfermagem, seria importante formar sobre a problemática, principalmente os enfermeiros das UCC e os que efetuam VD a fim de se desenvolverem estudos sobre métodos interventivos na resolução e prevenção da insalubridade habitacional, relacionada com a Síndrome de Diógenes.

7 BIBLIOGRAFIA

- ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (2013). *Relatório de atividades 2013*. ARSLVT. Oeiras
- ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (2009). *Regulamento interno*. ARSLVT. Oeiras
- Almeida, L.M. (2005). *Da prevenção primordial à prevenção quaternária*. Revista portuguesa de Saúde Pública. 2005: 1. Vol. 23:91-96
Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>
- Almeida, R. e Ribeiro, O. (2011). *Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura*. Revista portuguesa de saúde pública, 2012 30:89-99. Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier Espanha.
Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/5292>
- Ayers, C.R.; Bratiotis, C.; Saxena, S.; Wetherell, J. L. (2012) Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: A collective case study. *Aging & Mental Health* nº 7. Vol. 16:915-921. Taylor & Francis group. San Diego
- Ayers, C.R., Wetherell, S., Golshan, S., Saxena, S. (2011). Cognitive-behavioral therapy for geriatric hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 689–694.
- Bratiotis, C. (2013). *Community hoarding task forces: a comparative case study of five task forces in the United States*. *Health and Social Care in the Community* 21(3): 245–253. Blackwell Publishing Ltd. Omaha
- Bohme, D.C.B. (2012). *A importância do Endomarking nas organizações*. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro.
Disponível em http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/K220080.pdf
- Bonduki, N.. (2002). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais – uma metodologia para avaliar programas de habitação*. São Paulo: IEE/PUC-SP. Citado por Cohen, S.C; Bodstein, R.; Kligerman, D.C.; Marcondes, W.B.(2007). *Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde*. *Ciência e saúde coletiva*. nº1. Vol.12. Rio de Janeiro
Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100022>
- Candeias, N.M.F. (1997). *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. *Revista de Saúde Pública*. 1997:2. Vol. 31. São Paulo
Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>

- Cohen, S.C; Bodstein, R.; Kligerman, D.C.; Marcondes, W.B..(2007).Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. Ciência e saúde coletiva. nº1. Vol.12. Rio de Janeiro
- Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100022>
- Conferências Vicentinas disponíveis em: sjuliaofigueiradafoz.no.sapo.pt/conferenciavicentina.htm e ssvpcmsjc.org.br/site/?p=4
- Cruz, D. (2004). Gestão de Conflitos. Revista Sinais Vitais, 52:60-66.
- Decreto-Lei n.º 137/2013. *Diário da República nº 193/2013*. 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 81/2009. *Diário da República nº 65/2009*. 1ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 28/2008. *Diário da República nº 38/2008*. 1ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 115/2006. *Diário da República nº 114/2006*. 1ªsérie A. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa
- Decreto-Lei nº 104/1998. *Diário da República 93/1998*. 1ª série- A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Diagnóstico social de Oeiras. (2009). *Diagnóstico Social Conselho Local de Ação Social de Oeiras*.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Coordenação nacional para a saúde mental. Lisboa
- Fachada, M. Odete. (2005). *Psicologia das Relações Interpessoais - 1º volume*. 7ª Edição. Edições Rumo. Lisboa.
- Fachada, M. Odete. (2005). *Psicologia das Relações Interpessoais - 2º volume*. 7ª Edição. Edições Rumo. Lisboa.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa
- Leal, C. (2006). *Curso de Estratégias de Marketing Social, do programa eQualificação 69_EstrategiasMkSocial*. Manual Estratégias de Marketing. Dueceira.
- Disponível em www.dueceira.pt/docs/.../69_EstrategiasMkSocialManual.pdf
- Lindon, D.; Lendrevie, J.; Lévy, J; Dionísio, P; Rodrigues, J. (2009). *Mercator XXI Teoria e prática do Marketing*. Título original - Mercator, théoricet pratique du marketing. 12ª Edição. Publicações Dom Quixote. Alfragide
- Nobre, J.R.P. (2012). Relatório de estágio de intervenção comunitária. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6448/1/ESSTFC445.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Potter, P. A. e Perry, A. G., (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

- Portaria nº 394-B/2012. *Diário da República nº 231/2012*. 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Ramirez, N.C. e Gois, J.A.P. (2006) *O Síndrome de Diógenes*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, Psilogos nº2, vol. 3:51-56
Disponível em www.psilogos.com/Revista/Vol3N2/Indice6.../Ramirez.pdf
- Regulamento nº 128/2011. *Diário da República nº 35/2011*. 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Riley, J. (2000). *Comunicações em Enfermagem*. 4ª Edição. Lusociência. Loures.
- Saraiva, D. (2009). *Estratégias de Negociação de Conflitos*. Nursing 244:26-30.
- Santos, M.O.G (2011). *Noções introdutórias sobre noções o processo de planeamento*. Universidade de Évora.
Disponível em http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Planeamento_NocoosIntrodutorias_28Jul11.pdf
- Sousa, A.J. (2013). Síndrome de Diógenes - Resíduos domésticos – insalubridade – saúde mental – saúde pública. Recomendação nº 4/A/2013 (artigo 20.º, n.º 1, alínea a), da Lei n.º 9/91, de 9 de abril). Lisboa
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª edição. Lusociência. Loures.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Lusociência. Loures.
- Wasek , G. K. (2005). *Aplicação do marketing social na saúde pública - uma perspetiva do marketing*. Artigos. Disponível em http://www.marketingsocial.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=152:aplicacao-do-marketing-social-na-saude-publica-uma-perspectiva-do-marketing&catid=26:saude&Itemid=2
- Vietta, E.P. (2009). *Hoarding ou Síndrome de Diógenes*. Ribeirão Preto.
Disponível em <http://ed238729.no.comunidades.net/index.php?pagina=1364861003>

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de intervenção

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**PREVENÇÃO DA INSALUBRIDADE HABITACIONAL
RELACIONADA COM A SINDROME DE DIÓGENES**





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO



**PREVENÇÃO DA INSALUBRIDADE HABITACIONAL
RELACIONADA COM A SINDROME DE DIÓGENES
PROJECTO DE ESTÁGIO**

Mestranda: Mirene Nicolau (n^a 120431005)

Professora orientadora: Irene Santos

Enfermeiro Especialista cooperante: Isabel Correia

Santarém, Março 2014

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	3
2.1 INTERVENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	4
2.2 RECURSOS DA COMUNIDADE ENVOLVIDOS.....	5
3. PLANO DE INTERVENÇÃO	7
3.1 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	8
4. CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES	10
5. BIBLIOGRAFIA.....	13

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio II do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pretende-se com este trabalho planear um projeto de intervenção em cuidados especializados em enfermagem comunitária, a desenvolver na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Este estágio tem a duração de 18 semanas, a iniciar a 10 de março a 25 de julho 2014 e tem como objetivos gerais:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Tendo por referência as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (publicadas em Diário da República, nº 35, 2ª Série, pelo Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro), pretende-se neste estágio, com base na metodologia do planeamento em saúde e pela avaliação do estado de saúde de uma comunidade, que se adquira as seguintes competências:

- ✓ Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.
- ✓ Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Estas competências evidenciam-se quando se identificam as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos de determinada área geográfica e se presta e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo articulações necessárias em complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O planeamento em saúde integra diversas etapas sendo a primeira o diagnóstico de situação que consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades permitindo obter um conhecimento efetivo dos mesmos.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de enfermagem comunitária pretende medir o estado de saúde da população, com a finalidade de se obter um instrumento que permita definir prioridades, perspetivar estratégias de intervenção, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados.

De acordo com o modelo de Betty Neuman, cabe ao enfermeiro preservar a integridade da pessoa, atendendo a todas as dimensões que têm efeito sobre as defesas e respostas da mesma aos agentes de stress, de forma a evitar ou a reduzir as suas consequências. Desta forma, as intervenções de enfermagem, segundo Neuman, incluem a prevenção primária (evitando processos de desadaptação), secundária (recuperação da adaptação) e terciária (através da manutenção da adaptação).

Em 2010, o Provedor da Justiça, dirigiu uma carta de recomendação ao Diretor-geral da Saúde relativamente às situações de “insalubridade domiciliária imputada a indivíduos com sintomas da designada síndrome de Diógenes”

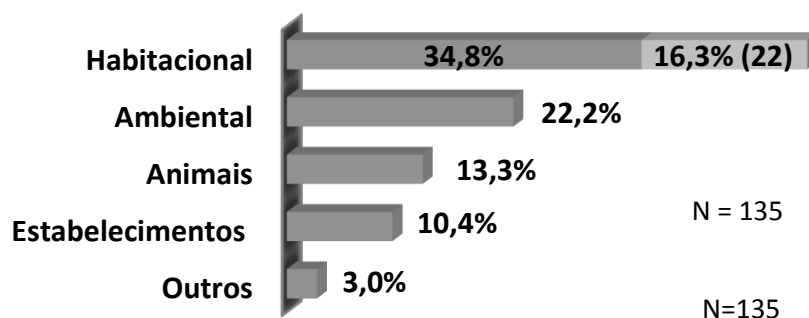
Refere ainda que este assunto tem sido alvo de atenção nos planos europeu e internacional e que em Portugal se tem verificado existir pouca sensibilidade para a problemática, sendo esse “o principal fator impeditivo de uma conveniente identificação e gestão dos casos”.

Segundo o estudo desenvolvido por Rosa Almeida e Óscar Ribeiro (2011), a Síndrome de Diógenes (SD) “apresenta atualmente um interesse crescente no âmbito da investigação clínica, social e de saúde pública, que se caracteriza por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono progressivo do contacto social, no reduzido insight do problema e no comportamento de acumulação de objetos e lixo.”

Neste âmbito, verificou-se que chega à Unidade de Saúde Pública exposições relativas a situações que podem causar incómodo ou constituir risco para a saúde e que se designam de “Queixas de Insalubridade”.

Essas queixas podem ser devido a vários problemas habitacionais, sendo que 16,3% correspondem a situações relacionadas com a síndrome de Diógenes. (Figura 1)

Figura 1 - Distribuição do tipo de “Queixa por insalubridade”, incluindo a habitacional relacionada com a síndrome de Diógenes da área geográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, em 2013



Fonte: Relatório de atividades da USP do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, 2013

2.1 INTERVENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com a delegada de Saúde da Unidade de Saúde Pública, considera-se que as queixas por insalubridade habitacionais envolvem problemas do foro psicossocial, e que portanto, é necessária uma avaliação mais abrangente desde o início do processo de intervenção, quer dos técnicos de saúde ambiental, assistente social, autoridade de saúde e, preferencialmente, de elementos da rede social e da Câmara Municipal, a fim de se elaborar um relatório onde constem o diagnóstico clínico e social.

Mediante as fragilidades psíquicas e sociais identificadas, se não for possível a concordância para a resolução do problema, será necessário o encaminhamento para o Tribunal.

Esta instância tem enquadramento jurídico para desencadear uma limpeza coerciva, com base no parecer clínico da autoridade de saúde.

Nesta sequência, o serviço de Saúde Pública e a Câmara Municipal de Oeiras são informados, simultaneamente, e ativam os mecanismos necessários para a tomada de posse administrativa do imóvel, que decorre somente, durante o tempo de intervenção.

Nesse período, e consoante as necessidades de cada caso, proceder-se-á inicialmente à desinfestação por uma equipa subcontratada pela Câmara Municipal e após o término do período de semivida do produto, procede-se à retirada dos resíduos pelo Serviço Urbanos da Câmara Municipal, seguida da limpeza e desinfecção efetuada por outra empresa privada especializada nesta matéria. E por fim, procede-se aos arranjos e equipamento da habitação de modo a torná-la minimamente confortável.

Durante esta intervenção, o utente não pode permanecer na sua habitação. Portanto, não havendo familiares que os acolham, e mediante a avaliação clínica do caso, pode ser

desencadeado o internamento voluntário ou compulsivo. Nos casos em que não se justifica o internamento o utente pode permanecer numa residência.

A limpeza e a higienização do imóvel e a estadia em residencial em casos de carência económica podem ser suportados pela Segurança Social.

Em relação aos utentes, acontece, algumas vezes que, devido ao período de institucionalização ser superior a um mês, o retorno a casa nem sempre é possível, devido à perda da autonomia e/ou pelo não reconhecimento das novas alterações das condições habitacionais. Nestes casos, o utente é integrado num lar.

Como se pode apreender, estes casos são de intervenção complexa pela multidisciplinaridade necessária e pela exigente articulação de serviços, que implica tempo e número de profissionais envolvidos, e é ligeiramente moroso.

2.2 RECURSOS DA COMUNIDADE ENVOLVIDOS

A Rede Social é uma plataforma de articulação de diferentes parceiros, que tem por objetivo combater a pobreza e exclusão social e promover a inclusão e coesão sociais, promovendo um desenvolvimento social integrado. Desta forma, a Rede Social “assenta no trabalho de parceria alargada, efetiva e dinâmica e visa o planeamento estratégico da intervenção social local, que articula a intervenção dos diferentes agentes locais para o desenvolvimento social”. (Decreto-Lei nº 115/2006)

Nesta sequência, as Comissões Sociais de Freguesia (CSF) como órgãos locais de dinamização, articulação de parcerias, apreciação e análise de problemas e das propostas de solução, orientação, encaminhamento e articulação com o Conselho Local de Ação Social (CLAS), com o objetivo de promover o desenvolvimento sócio-local.

Nesta sequência, pela necessidade de trabalho em parceria e da rentabilização de recursos surgiram os Grupos de Discussão de Caso das Comissões Sociais de Freguesia, tendo sido constituídos pelos vários territórios conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Grupos de Discussão de Caso das Comissões Sociais de Freguesia da área abrangente do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz-quebrada/Dafundo	Núcleo de Intervenção Social em Algés - NISA (Algés)
	Rede de Apoio a Idosos - RAI (Linda-a-Velha)
	Grupo de Técnico Interinstitucional – GTI (Cruz-Quebrada/Dafundo)
União de Freguesias de Carnaxide e Queijas	Grupo de intervenção Social - GIS (Carnaxide)
	Grupo de Local de Intervenção - ELO (Gabinete de Ação Social de Queijas)
União de Freguesias de Oeiras, Paço de Arcos e Caxias	Núcleo de Intervenção da Comissão de Oeiras - (Oeiras e S. Julião da Barra)
	Núcleo de Intervenção de Paço de Arcos - NIPA (Paço de Arcos)
	Núcleo de Intervenção de Caxias - NIC/NACJR (Caxias)
Freguesia de Porto Salvo	Núcleo de Intervenção Comunitária - NIC
Freguesia de Barcarena	Grupo Técnico de Barcarena - GTB
Freguesias de Lisboa Ocidental	Grupo de trabalho de casos de Belém e Ajuda
	Grupo de trabalho de casos de Alcântara e Santo

Fonte: Diagnóstico Social de Oeiras, 2009

Nestes grupos participam vários parceiros locais como sejam:

- Unidade de Saúde Pública;
- Serviço Social;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- Segurança Social;
- Departamento de Saúde Mental do HSFx;
- Polícia de Segurança Pública (PSP);
- Câmara Municipal de Oeiras (CMO);
- Agrupamento de Escolas;
- Em casos extremos, estas atividades são efetuadas em articulação com o Ministério Público, Polícia Municipal, Divisão de Equipamentos e Serviços Urbanos.

3. PLANO DE INTERVENÇÃO

Tendo em consideração os critérios de priorização dos problemas de saúde que estão assentes na identificação das necessidades técnicas (definidas pelos profissionais de saúde) e sentidas (definidas pela sociedade local), e de acordo as dimensões que Imperatori refere como a magnitude (dimensão do problema com recurso aos indicadores de mortalidade), a transcendência social e económica (dimensão com recurso à ponderação por grupos etários) e a vulnerabilidade (dimensão numa perspetiva de potencial de prevenção do problema).

A fim de se evitar a redundância de ações e o desperdício dos recursos da comunidade, este projeto tem como objetivo congrega os esforços coletivos dos profissionais de saúde locais, dos parceiros da comunidade e da população em geral, numa sinergia pluridisciplinar com vista à gestão partilhada dos fatores de risco, e, conseqüentemente à melhoria da qualidade de vida da população da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Neste sentido, tem-se como objetivo geral:

- Promover comportamentos preventivos de insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes, na população do concelho de Oeiras Oriental, em cooperação com os parceiros da comunidade

Em termos de objetivos específicos pretende-se:

- Sensibilizar a população residente na União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz-quebrada/Dafundo, para a problemática da insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes
- Desenvolver ações de formação sobre higiene e saúde aos adultos selecionados pelas assistentes sociais do bairro municipal da Portela, em Carnaxide

O projeto de intervenção na comunidade constitui-se como um instrumento facilitador, pois assume-se como guia orientador para os parceiros envolvidos, ilustrando as diferentes atividades a desenvolver por cada um no sentido de cumprir os objetivos propostos. Contudo, as atividades mencionadas poderão sofrer alterações no decorrer do estágio, conforme as necessidades identificadas/sentidas.

3.1 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Objetivo Geral - Promover comportamentos preventivos de insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes, na população do concelho de Oeiras Oriental, em cooperação com os parceiros da comunidade				
Objetivos específicos	Atividades	Parceiros envolvidos	Parceiro Responsável	Calendarização
Sensibilizar a população residente na União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz-quebrada/Dafundo, para a problemática da insalubridade habitacional relacionada com a Síndrome de Diógenes	<p>Reunir com os grupos de trabalho da União de freguesia de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-quebrada/Dafundo</p> <p>Participar na atividade desenvolvida pela união de União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz-Quebrada /Dafundo designada de “Amostra social com apresentação em workshop dos fatores desencadeantes de insalubridade habitacional e sobre a síndrome de Diógenes</p> <p>Preparação do workshop: Pesquisa bibliográfica, elaboração dos diapositivos</p>	<p>O Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI)</p> <p>Grupo de Rede de Apoio a Idosos (RAI)</p> <p>Núcleo de Intervenção Social em Algés (NISA)</p> <p>Departamento da Ação social da União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-quebrada/Dafundo</p>	Enfermeiro estagiário	<p>Dia 8 Abril (10h)</p> <p>Dia 7 de Maio (14h30)</p> <p>Dia 29 de Maio (14h30)</p> <p>Dias 30, 31 Maio e 1 de Junho</p> <p>Parque de Miraflores</p>

Objetivos específicos	Atividades	Parceiros envolvidos	Parceiro Responsável	Calendarização
<p>Desenvolver ação de formação sobre higiene e saúde aos adultos selecionados pelas assistentes sociais, do bairro municipal da Portela de Carnaxide</p>	<p>Reunir com a diretora do departamento de habitação dos bairros municipais do Concelho de Oeiras</p> <p>Reunir com as técnicas de serviço social da Câmara Municipal de Oeiras o responsável pelo bairro municipal da Portela, em Carnaxide</p> <p>Reunir com a enfermeira do programa de Saúde Escolar de Carnaxide</p> <p>Identificar as necessidades de formação</p> <p>Preparar, apresentar e avaliar a ação de formação</p>	<p>Departamento da habitação municipal do concelho de Oeiras</p> <p>Técnicas do serviço social dos bairros municipais de Carnaxide</p> <p>Unidade de Cuidados Continuados “Cuidar +”</p>	<p>Enfermeiro estagiário</p>	<p>Dia 9 Abril (14h)</p> <p>Dia 8 Maio (10h) e dia 23 de Maio (10h)</p> <p>Maio</p> <p>Mês de Maio e Junho</p>

4. CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES

MÊS/ SEMANA ATIVIDADE	Março			Abril				Maio				Junho				Julho			Observações	
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	%
Introdução ao estágio																				100
Reunião com a enfermeira cooperante no estágio e coordenador médico																				100
Pesquisa bibliográfica																				100
Elaborar o Diagnóstico de Situação																				80
Reunião com equipa para validação da problemática identificada																				100
Definir o problema e objetivos da intervenção																				100
Elaborar plano de intervenção																				100

MÊS/ SEMANA ATIVIDADE	Março			Abril				Maio					Junho					Julho				Avaliação
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	%		
Desenvolvimento das atividades planeadas																				70		
Construção uma base de dados em Excel																				100		
Tratamento dos dados recolhidos do estudo																				100		
Análise os dados recolhidos																				100		
Avaliação dos resultados obtidos																				100		
Elaboração do relatório final de estágio																				100		
Apresentação/discussão do trabalho em seminário																				100		
Entrega do relatório final																						

5. BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, R.; RIBEIRO, O., (2011). «Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura», *Revista portuguesa de saúde pública*, 2012 30(1), págs. 89 a 99. Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España. DISPONIVEL EM:<http://hdl.handle.net/10773/5292>
- Decreto-Lei nº 115/2006 – Rede Social
- Diagnóstico social de Oeiras (2009). Câmara Municipal de Oeiras
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, nº35/2011 - 2.ª Série. Regulamento nº 128/2011. Ministério da Saúde. Lisboa.
- IMPERATORI, E. e GIRALDES, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- RECOMENDAÇÃO N.º 4/A/2013 (artigo 20.º, n.º 1, alínea a), da Lei n.º 9/91, de 9 de abril)
- Relatório de atividades da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento dos Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, do ano 2013
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusociência.
- TOMEY, A. M., & ALLIGOOD, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

ANEXO II – Fichas de leitura dos estudos resultantes da Revisão Sistemática da Literatura

<i>Identificação do estudo</i>	<i>Título</i>	"Community hoarding task forces: a comparative case study of five task forces in the United States"
	<i>Autor (es)</i>	Christiana Bratiotis
	<i>Local e Data de Edição</i>	Omaha, NE, USA; October 2012
<i>Participantes</i>	Membros da "task force"	
<i>Intervenção</i>	"task force"	
<i>Resultados</i>	<p>As mudanças com base em práticas informais, aplicadas de forma consistente e continuadas, geram práticas formais e políticas informais.</p> <p>Como estratégia adequada para resolução de problemas multidimensionais é necessário recorrer a forças multidisciplinares para resolução de problemas psicológicos e sociais complexos,</p> <p>A utilização do método de estudo de caso limita a generalização dos dados e podem introduzir viés do pesquisador,</p> <p>Em pesquisas futuras devem se concentrar na viabilidade das operações das "task force", por exemplo, na liderança, apoios financeiros, principais funções, a presença da comunidade, ações e resultados.</p>	
<i>Desenho do estudo</i>	Revisão sistemática da literatura de cinco task force	

<i>Identificação do estudo</i>	<i>Título</i>	“Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: A collective case study”
	<i>Autor (es)</i>	Catherine R. Ayersabc, Christiana Bratitisd, Sanjaya Saxenac and Julie Loebach Wetherellbc
	<i>Local e Data de Edição</i>	San Diego, CA, USA, Setembro 2012
<i>Participantes</i>	Terapeutas e pacientes adultos mais velhos com comportamento acumulativo	
<i>Intervenção</i>	Explora a prespetiva do terapeuta e do paciente em relação à técnica cognitivo – comportamental	
<i>Resultados</i>	<p>Prespetiva do terapeuta – Os pacientes têm dificuldade em adquirir nova informação, reter informação recente, de atenção, na tomada de decisões, na categorização, na organização de informação e planeamento, o que sugere que o tratamento cognitivo - comportamental precisa ser modificado para essa população e investir mais no cumprimento dos trabalhos de casa com tarefas concretas e simplificadas para que os pacientes não voltem a cair na rotina de acumulação e para que compareçam em todas as sessões</p> <p>Prespetiva do paciente - os exercícios de exposição direta, a relação terapêutica, e as visitas domiciliaries foram os aspetos mais úteis do tratamento.</p> <p>Para o sucesso do tratamento é fundamental que o terapeuta mantenha uma atitude imparcial e ofereça constante apoio e incentivo.</p>	
<i>Desenho do estudo</i>	Estudo qualitativo	

ANEXO III – Poster e panfleto utilizado na feira “Amostra social”

Unidade de Saúde Pública

Agrupamento dos Centros de Saúde
de Lisboa Ocidental e Oeiras

ACUMULADORES DE OBJETOS E LIXO

Síndrome de Diógenes

Alvo de atenção nos planos
europeu e internacional

O que desencadeou
esta acumulação de
objetos e lixo ?



Insalubridade habitacional

Problema de Saúde Pública

Autores:

Enfermeira Mirene Ruth Nicolau, mestranda do Curso de Enfermagem comunitária

Colaboradores:

Enfermeira Isabel Correia, Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária

Equipa de Saúde Pública do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Enfermeira Irene Santos, RN, MSc, PhD, professora no Inst. Politécnico Santarém

Síndrome de Diógenes

A síndrome de Diógenes surge em pessoas de qualquer classe social e a sua prevalência é igual entre homens e mulheres.

Embora possa acontecer em qualquer idade, as pessoas com maior risco são os idosos, que vivem sozinhos, incapazes de estabelecer relações significativas e relutantes em receber ajuda.

(ALMEIDA e RIBEIRO, 2011)

Se este assunto é lhe pertinente, inscreva-se no Workshop que decorrerá no mês de Junho



Workshop

"Fatores desencadeantes do Síndrome Diógenes: O que fazer?"

Inscrições: 961 158 444

Autores:

Enfermeira Mirene Ruth Nicolau, mestranda do Curso de Enfermagem comunitária

Colaboradores:

Enfermeira Isabel Correia, Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária
Equipa de Saúde Pública do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras
Enfermeira Irene Santos, RN, MSc, PhD, professora no Inst. Politécnico Santarém



Bibliografia:

ALMEIDA, R.; RIBEIRO, D., (2011). «Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura», Revista portuguesa de saúde pública, 2012, 30(1), págs. 89 a 99. Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España. DISPONÍVEL EM: <http://hdl.handle.net/10773/5292>

Unidade de Saúde Pública
Agrupamento dos Centros de Saúde
de Lisboa Ocidental e Oeiras

Síndrome de Diógenes Acumuladores de Objectos ou Lixo

O que desencadeou esta acumulação de objetos e lixo?



<http://www.blogodisea.com/sindrome-de-diogenes.html>

Síndrome de Diógenes

A Síndrome de Diógenes caracteriza-se por uma rejeição dos padrões sociais. Que se pode observar no desleixe pessoal e/ou habitacional; no isolamento progressivo; não reconhecimento do problema; e no **comportamento de acumulação de objetos e lixo.**

(ALMEIDA e RIBEIRO, 2011)

Insalubridade habitacional



<http://todominis.com/wp-content/uploads/2013/04/casas-de-mulhercas-originales.jpg>

Quais os fatores desencadeantes?

Geralmente este comportamento de acumulação de objectos tem início ou é agravado por uma situação de perda que leva ao isolamento, como por exemplo, a morte de um familiar próximo, a notícia de uma doença grave, um acontecimento negativo que fragilizou a pessoa: divórcio, despedimento, reforma; ou então situações que provocaram uma frustração profunda no indivíduo.

Esse comportamento de acumulação surge como uma manifestação de revolta contra o mundo ou/e para preenchimento do vazio interior:

No entanto, as dificuldades na visão, audição e olfato; as limitações físicas que impedem a locomoção, a higiene pessoal e habitacional; ou doenças mentais, podem contribuir para esse comportamento.

(ALMEIDA e RIBEIRO, 2011)

Porque é um problema social e de saúde pública?

- Socialmente, a alteração do comportamento de qualquer um, merece a atenção e resposta da comunidade à causa do problema seja ele afetivo, financeiro e/ou de eventual tratamento clínico.
- A falta de higiene pessoal e habitacional atrai baratas, ratos, piolhos, pulgas, provoca maus cheiros. Tornando-se um risco para a segurança habitacional e de saúde pública.

Como proceder?

* Se tiver conhecimento de alguém com estes sintomas solicite apoio junto da:





- * **Câmara Municipal**
- * **Junta de freguesia,**
- * **Rede Social**
- * **Unidade de Saúde Pública** da sua área de residência.

* Se for familiar, ou o próprio, procure ajuda junto da equipa da **Unidade de Saúde** onde está inscrito.

ANEXO IV – Conteúdo programático e folha de avaliação da sessão

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

“Fatores que desencadeiam a Síndrome de Diógenes. Como intervir?”

Objetivos	Método	Conteúdos	Recursos	Duração
 Definir as características da Síndrome de Diógenes	Expositivo	<p>Apresentação do objetivo da sessão</p> <p>Apresentação das características da Síndrome de Diógenes e das pessoas que apresentam esse comportamento</p>	<p>Computador</p> <p>Projeter</p> <p>Power-point</p>	5 min
 Identificar os fatores de risco e fatores protetores da Síndrome de Diógenes	Expositivo	<p>Apresentação do Plano Nacional de Saúde Mental e seus objetivos</p> <p>Apresentação dos fatores de risco, especificamente: Stress, Perda e Luto</p> <p>Apresentação dos fatores protetores, especificamente: Autoconceito e sentido da vida</p>		20 min
 Identificar intervenções comunitárias/familiares e seus constrangimentos	Expositivo	Apresentação das intervenções da comunidade/família e respetivos constrangimentos		10 min
 Debater estratégias preventivas da Síndrome de Diógenes	Inter- ativo	<p>Apresentação de casos e papel interventivo dos presentes</p> <p>Avaliação da sessão de educação para a saúde</p> <p>Síntese: Salientar a importância do envolvimento da comunidade, quer individualmente quer em grupo, na prevenção da Síndrome de Diógenes</p>	<p>Papel</p> <p>Caneta</p>	15 min

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

"Fatores que desencadeiam a Síndrome Diógenes: Como intervir?"

INSTITUIÇÃO/ENTIDADE que representa: _____

GÉNERO: Masculino Feminino

IDADE: _____ LOCAL de RESIDÊNCIA: _____

ESCOLARIDADE: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

Aspetos menos bons

Aspetos positivos

Sugestões

Obrigada pela colaboração

