



## **NOTA TÉCNICA ASSISTENCIAL CONJUNTA 008/2022**

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-DIAS  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/DIAS  
GERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE-GEICS / DIAS  
GERÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL/DIAS  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE-SUASA / SMSA  
DIRETORIA DE ZONOSE/DIZO  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/DVSA  
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE/SUPVISA

Novembro 2022

Assunto: Recomendações para cuidado assistencial a pessoa com Transtorno de Acumulação (TA) na Atenção Primária no SUS do Município de Belo Horizonte.

### **1. Introdução:**

O aumento sensível do número de casos de pessoas em situação de acumulação no município de Belo Horizonte, e a ausência de uma legislação nacional, estadual e municipal para sistematizar e orientar a atuação dos profissionais na atenção primária na rede SUS-BH, torna premente a observação das instruções descritas nesta nota. O objetivo primordial é prestar um cuidado a pessoa com TA, de forma humanizada, e que promova a integralidade deste cuidado.

### **2. Os desafios do Transtorno de Acumulação (TA) e o olhar vigilante de uma ação integrada, intra e intersetorial**

A gestão e as políticas públicas, os profissionais de saúde e a comunidade têm um grande desafio no enfrentamento do TA. O agravamento do sofrimento da pessoa portadora e de suas condições de saúde é influenciado pelo seu isolamento social e pelo impacto ambiental, inclusive circunvizinho e coletivo, tornando-se uma questão pública e, por vezes, judicial.

A experiência no acompanhamento de alguns casos, do ponto de vista operacional, chamou a atenção para necessidade de estratégias específicas, integrando as ações intra e intersetoriais, do Poder Público Municipal, com destaque para a Saúde e a Assistência Social, além do Poder Judiciário.



Outro aspecto desafiador na atenção ao portador de TA é a escuta acolhedora e o acompanhamento sistemático e vigilante pela equipe multiprofissional dos centros de saúde, principalmente da eSF, NASF-AB, profissionais de apoio, equipes de controle de zoonose e saúde mental. A abordagem deve ser individualizada, utilizando o princípio da integralidade da atenção, por meio de ações multissetoriais, objetivando a assistência à pessoa, além das ações de ordenação do ambiente.

O princípio norteador da atenção deve ser a redução de danos, como um monitoramento regular e contínuo de apoio a pessoa e a família, tendo em vista que o acúmulo será persistente. O que se objetiva neste caso é o manejo menos impactante nos aspectos do sofrimento da pessoa e do ambiente de moradia.

A vinculação do usuário aos serviços de saúde é um fator fundamental para as ações de cuidado. Neste transtorno em específico, em que as relações com os serviços de saúde são muito frágeis ou inexistentes, é fundamental a identificação de um vínculo, uma pessoa de confiança, seja familiar, amigo, vizinho, profissional de saúde ou da Assistência Social, para iniciar a abordagem. O planejamento e implementação das ações direcionadas à oferta assistencial preferencialmente devem ter a participação da pessoa e família, bem como de atores de toda uma rede articulada, inclusive para as ações de limpeza autorizada ou compulsória.

A limpeza ambiental compulsória, por via judicial, deverá ser uma ação realizada depois de esgotadas todas as possibilidades de abordagens assistenciais, sendo frustradas todas as medidas direcionadas para ação de limpeza consentida e autorizada pelo usuário portador de TA. É importante ressaltar que a ação compulsória não exime a ação assistencial, que deve ser contínua.

A suspeita da existência de uma pessoa com TA no território é percebida comumente pelos agentes de combate a endemias (ACE), agentes comunitários de saúde (ACS), por outros profissionais de saúde em visitas domiciliares, como também por denúncias de vizinhos.



O diagnóstico formal requer entrevista conduzida por profissional de saúde treinado, de preferência na casa do paciente, uma vez que a observação da presença de entulhamento é necessária para este diagnóstico. A visita domiciliar permite ao profissional de saúde, principalmente o médico da eSF, clínico ou psiquiatra, avaliar de forma objetiva a proporção da desordem, averiguar a extensão da obstrução/prejuízo resultante e determinar a presença de riscos para a saúde e segurança da pessoa e da família, bem como indicar o diagnóstico.

O fundamental no processo de diagnóstico, é a escuta cuidadosa do sofrimento da pessoa e as implicações do acúmulo na sua vida e nas suas relações, principalmente com a vizinhança. Além de avaliar o significado subjetivo e simbólico deste acúmulo.

É importante também verificar possíveis outros sofrimentos e transtornos associados: psicose, TOC, depressão, dentre outros, realizar a discussão do caso no matriciamento com equipes e profissionais de apoio, principalmente com equipe de Saúde Mental e assistente social, e por fim, construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS), inclusive com a participação da pessoa e sua família, onde se estabelecerão as ações a serem desenvolvidas por cada um dos atores envolvidos.

É desejável evitar a intervenção judicial e a limpeza compulsória, tendo em vista seu aspecto traumático e invasivo. Este tipo de limpeza pode provocar uma quebra dos vínculos com os serviços de saúde, por isso a articulação com toda a rede é fundamental para que o centro de saúde se torne o ponto de apoio para a pessoa e não o responsável por sua perda.

A limpeza consentida, por sua vez, permite a participação da pessoa com TA e requer dos profissionais envolvidos uma habilidade de negociação e argumentação, facilitando o processo de desapego tão difícil para a pessoa.

A retirada dos inservíveis, na limpeza autorizada, deve ser acompanhada por profissionais dos centros de saúde, principalmente aqueles que conseguiram construir um vínculo com a pessoa e sua família.



A pessoa portadora de TA e sua família requerem um acompanhamento sistemático e contínuo após a retirada dos materiais, garantindo, preferencialmente, limpezas regulares para evitar grandes acúmulos.

Nos casos em que houver intervenção judicial e retirada compulsória dos pertences e/ou animais, os profissionais envolvidos deverão acompanhar a situação de saúde mental do usuário, auxiliando-o e dando suporte nesta nova fase. Como se trata de doença, sendo necessário acompanhamento permanente, a família deve aprender a lidar com o paciente. Se não for encontrado um familiar para esse acompanhamento, é necessário buscar alguém com vínculo com a pessoa, seja amigo ou vizinho. Segundo a psiquiatra Dra. Bárbara Perdigão, o mais importante é que os parentes e os vínculos desta pessoa se conscientizem de que estão diante de uma pessoa doente.

"Não existe outra via se não a do afeto, do carinho. Essa alteração do comportamento não tem cura, mas é possível negociar algumas coisas, como fazer uma faxina semanal. Também é importante criar uma rede de ajuda com os vizinhos e tentar inserir a pessoa em alguma atividade da comunidade" (Bárbara Perdigão Stumpf).

A conduta dos profissionais envolvidos na abordagem e acompanhamento deve ser humanizada e cuidadosa, e, seu olhar sistêmico, amplo e integral, lembrando que para além do TA, a pessoa precisa de outros cuidados, como todos os usuários da saúde. No entanto, nestes casos, torna-se imprescindível o acompanhamento da equipe de Saúde Mental, do profissional de Serviço Social e dos técnicos da Assistência Social.

É importante que a equipe saiba lidar com o estigma da doença, não tratando a pessoa como um "acumulador". O diagnóstico deve ser uma ferramenta para lidar com o fenômeno que se apresenta, e deve ser trabalhado junto à pessoa, família e comunidade, para que possa ressignificar o ato da acumulação e o sofrimento mental adjacente.



### 3. Critérios de classificação do TA, competências e responsabilidades dos níveis de atenção

Os critérios para a classificação dos casos de TA foram padronizados para facilitar as equipes de saúde a dimensionar e planejar suas ações para a sua abordagem e acompanhamento assistencial. Seguem também a definição de competências e responsabilidades das Secretarias e Diretorias envolvidas, em todos os níveis de atenção e vigilância, bem como o fluxo de ações para otimizar as atividades que serão desenvolvidas.

Para apoio, acompanhamento e monitoramento dos casos de Transtorno de Acumulação identificados institui, nesta NT, a formação do Comitê Regional Intersetorial de Transtorno de Acumulação, no âmbito da DRES.

Segue as atribuições de cada ponto da rede:

#### 3.1 DRES

- Implementar o Comitê Regional Intersetorial de Transtorno de Acumulação no âmbito da DRES, instituindo e garantindo a participação de um profissional de cada gerência, GEVIS, GERZO, GAERE (RT de saúde Mental e RT de saúde do Idoso), assim como profissionais do centro de saúde (assistente social, psicólogo, eSF e outro que tenha alguma vinculação com a abordagem), o gerente do centro de saúde vinculado ao caso de TA e uma referência técnica da Diretoria Regional de Assistência Social;
- Definir junto a estas gerências, as Referências Técnicas para estes casos;
- Acionar atores e apoio externo, quando necessário;
- Apoiar na condução de situações complexas e intercorrências;
- Articular entre as outras políticas e outros parceiros da rede social, quando necessário;
- Nos casos do ambiente classificado como prioridade média ou alta, e identificadas possíveis situações afetas à Política de

Assistência Social, a DRES encaminhará para Diretoria Regional de Assistência Social (DRAS) para avaliação de vulnerabilidades e riscos, inserção nos serviços, programas e projetos do Sistema Único de Assistência Social – SUAS/BH, após a discussão pelo Comitê.

### **3.2 Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação - GAERE**

- Definir em conjunto com as gerências de saúde, um coordenador para o Comitê Regional Intersetorial de Transtorno de Acumulação;
- Organizar e coordenar o Comitê Regional Intersetorial de Transtorno de Acumulação, que deverá ter em sua composição minimamente uma referência técnica da saúde mental e da saúde do adulto e idoso, uma referência técnica do controle de zoonose, um representante da vigilância sanitária, profissionais do centro de saúde (assistente social, psicólogo, eSF e outro que tenha alguma vinculação com a abordagem), um gerente de centro de saúde vinculado ao caso de TA;
- Designar uma referência técnica para coordenar o comitê, receber as demandas e notificações dos centros de saúde e outros serviços; manter atualizados os dados da regional referentes aos casos de acumulação e monitorar as ações desenvolvidas;
- Participar das reuniões intersetoriais para discussão do caso;
- Atuar de forma integrada com a eSF, GEVIS, DRAS, GERZO;
- Garantir a presença de referência técnica da GAERE e profissional de saúde (enfermeiro ou auxiliar de enfermagem) no local da ação, quando houver limpeza compulsória;
- Garantir equipe técnica (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, ACE, assistente social e equipe da saúde mental) no centro de saúde para assistência aos familiares e usuários, se necessário;



- Articular com os equipamentos de saúde (UPA, CERSAM, SAMU, etc) para atendimento de urgência, se necessário;
- Apoiar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), antes e após o evento de limpeza do imóvel;
- Manter acompanhamento sistemático do caso, mantendo monitoramento e registro das ações realizadas para cada caso;

### 3.3 Atribuições do Gerente do Centro de Saúde:

- Identificar a eSF de referência;
- Participar das reuniões de discussão do caso;
- Definir junto às equipes o gestor do caso: **“É condição obrigatória que o profissional indicado para a gestão do caso, tenha formação profissional e lotação institucional que o autorize o acesso ao prontuário do usuário, eletrônico ou físico”**.
- Acompanhar e dar suporte no que for necessário para condução do caso;
- Articular com a rede local (Comissão Local de Saúde, Igrejas, Organizações da Sociedade Civil) as ações, conforme pactuado no PTS;
- Solicitar apoio aos demais equipamentos e gerências da Regional, se necessário;

### 3.4 Atribuições do Gestor do Caso:

- Levantar o histórico de atendimentos já realizados ao usuário, por meio de informação da eSF e pesquisas nos prontuários eletrônicos;
- Identificar, junto com a eSF e profissionais do serviço de controle de zoonoses, um vínculo (familiar ou outro) para que sejam buscadas alternativas de atenção e cuidados com a pessoa, com o ambiente e animais, caso existam;



- Emitir e atualizar periodicamente relatório fundamentado pelos profissionais da eSF e demais profissionais que estão envolvidos na assistência ao usuário;
- Remeter esse relatório, sempre que atualizado, para o gerente do Centro de saúde e para o Comitê Regional Intersetorial de Transtorno de Acumulação;
- Ser referência para a rede intersetorial;
- Agendar as reuniões intersetoriais de discussão do caso;
- Monitorar todo o processo de condução do caso.

### **3.5. Atribuições da eSF**

- Acompanhar a pessoa de forma integral, cuidando de sua saúde, para além do TA;
- Realizar vigilância a saúde em especial com visitas regulares para o acompanhamento de sua saúde e do acúmulo;
- Apoiar nos processos de limpeza;
- Matriciar os casos, participar da construção do PTS e monitorar sua execução;
- Articular, juntamente com o assistente social, equipe de saúde mental, com a rede intra e intersetorial o acompanhamento do caso.

### **3.6. Profissionais de apoio da APS**

- Matriciar os casos e realizar os acompanhamentos necessários, conforme a competência técnica;
- Apoiar nos processos das limpezas, (quando necessário);
- Participar da construção e execução do PTS;
- Apoiar a eSF no acompanhamento e monitoramento dos casos;
- Atender as pessoas conforme necessidade para além do TA, para outras questões quando necessário.

### **3.7. Equipes de Controle de Zoonoses**

- Realizar visitas periódicas para acompanhamento do impacto ambiental e monitorar o acúmulo;



- Participar da construção e execução do PTS;
- Participar das limpezas;
- Participar do matriciamento dos casos, quando necessário;
- Participar das reuniões de eSF sobre o acompanhamento do caso;
- Realizar ações técnicas pertinentes no domicílio, para além do TA.

Os agentes de combate a endemias, por meio das visitas domiciliares, serão responsáveis também pela identificação inicial de potenciais usuários portadores de transtorno de acumulação (TA). A partir desse levantamento, as Gerências de Zoonoses farão a triagem e classificação ambiental dos imóveis por nível de prioridade: Baixa, Média e Alta. Para os imóveis de Alta e Média prioridade deverá ser preenchido o “Formulário de Risco de Acumulação” e realizado o georreferenciamento para fins de monitoramento e diagnóstico situacional do território.

#### **4. Descrição do Fluxo de abordagem e acompanhamento da pessoa em situação de acumulação**

**4.1** O caso é identificado pela equipe de saúde da família, agente de combate de endemias ou profissionais de apoio a eSF (Assistente Social, NASF AB);

**4.2** – O gerente do Centro de Saúde irá acionar a Gerência de Zoonoses que deverá classificar o ambiente juntamente com a Gerência de Vigilância Sanitária (GEVIS), como prioridade baixa, média e alta, a partir da visita compartilhada (sempre que possível) e análise das condições ambientais e sanitárias.

Nos casos de ambientes classificados como Prioridades Média e Alta, o profissional da GERZO deverá preencher o formulário “Avaliação de Risco de Acumulação no Município de Belo Horizonte”.

**4.2.1 – Prioridade Baixa:** local sem acúmulo de materiais, mas com condições precárias de higiene. Possuem materiais espalhados pelo quintal e podem oferecer risco para alguma zoonose.

**4.2.2 – Prioridade Média:** materiais acondicionados em local protegido das chuvas ou em “bags”, pouco organizados e retirados periodicamente. Oferece risco para roedor ou escorpião. O caso deverá ser encaminhado à Gerência da Unidade de Saúde para que sejam levantados todos os atendimentos realizados a este usuário. Este caso deverá ser discutido e acompanhado pela eSF e Assistente Social da Unidade. A GERZO avalia o tipo de intervenção e insere na agenda de vistoria entre GERZO, GEVIS e DIRF (sendo comércio). A eSF irá avaliar juntamente com a Equipe de Saúde Mental a necessidade de acompanhamento do caso pelo psicólogo e/ou psiquiatra e preencher a Ficha de Identificação de Usuários Acumuladores (Anexo III) e encaminhar uma cópia para a DRES.

Identificadas possíveis situações afetas à Política de Assistência Social, a DRES encaminhará para Diretoria Regional de Assistência Social (DRAS) para avaliação de vulnerabilidades e riscos, inserção nos serviços, programas e projetos do Sistema Único de Assistência Social – SUAS/BH, após a discussão pelo Comitê.

**4.2.3 –Prioridade Alta:** materiais acondicionados a céu aberto, desorganizados, pouca ou quase nenhuma rotatividade e que oferecem risco para proliferação de *Aedes aegypti* e outros animais sinantrópicos transmissores de zoonoses. O caso deverá ser encaminhado à Gerência da Unidade de Saúde para que a eSF possa verificar quais serviços estão sendo ofertados ao usuário.

- Os serviços envolvidos farão levantamento das necessidades do cuidado individual e a captação da pessoa, realizando as visitas domiciliares, com elaboração de relatórios para embasar as discussões do caso, no Comitê Regional de Transtorno de Acumulação.
- A eSF irá preencher a Ficha de Identificação de Usuários Acumuladores (Anexo III), encaminhar uma cópia para a DRES. O caso será discutido em um grupo intersetorial e multiprofissional com Equipe de Saúde Mental (ESM), Assistente Social da Unidade/Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação/GERZO/GEVIS/DIRF (se comércio), familiares e o próprio acumulador para que seja elaborado um Projeto Intersectorial de Intervenção e Projeto Terapêutico Singular.



- O caso deverá ser encaminhado à GAERE, para referência técnica da temática e apresentado ao Comitê Regional de Transtorno de Acumulação, como pauta de reunião.
- Identificadas possíveis situações afetas à Política de Assistência Social, a DRES encaminhará para DRAS para avaliação de vulnerabilidades e riscos, inserção nos serviços, programas e projetos do Sistema Único de Assistência Social – SUAS/BH, se necessário. Sendo caracterizado como público da Assistência Social, a DRAS juntamente com o(s) serviço(s) socio assistencial(is) responsável pelo acompanhamento/atendimento do usuário/família participará da elaboração do Projeto Intersetorial de Intervenção e Projeto Terapêutico Singular.
- **Planejar a visita intersetorial e identificar quais pessoas deverão participar, podendo contar com:**
  - Gerente da Unidade;
  - Representante da eSF, da ESM, assistente social do Centro de Saúde, Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), da GERZO, da DRAS e da GEVIS. A participação da DRAS/serviços socioassistenciais está condicionada àqueles casos que estão sendo acompanhados/atendidos pelos serviços socioassistenciais e mediante parecer técnico sobre a pertinência da visita em conjunto. Casos novos deverão seguir “Fluxo de Identificação e Acompanhamento de Acumuladores - Porta de Entrada e Serviços / Unidades de Referência / SUAS”;
- **Realizar visita intersetorial.** Nessa visita, o controle de zoonoses deverá reforçar a importância de manter local limpo, sem acúmulo de inservíveis, água parada, evitando a proliferação de *Aedes aegypti*, animais sinantrópicos (roedores, escorpiões) e outros potenciais transmissores de zoonoses. Na presença de animais domésticos (cães e



gatos), realizar os procedimentos cabíveis. A GEVIS irá levantar questões legais no descumprimento das leis sanitárias.

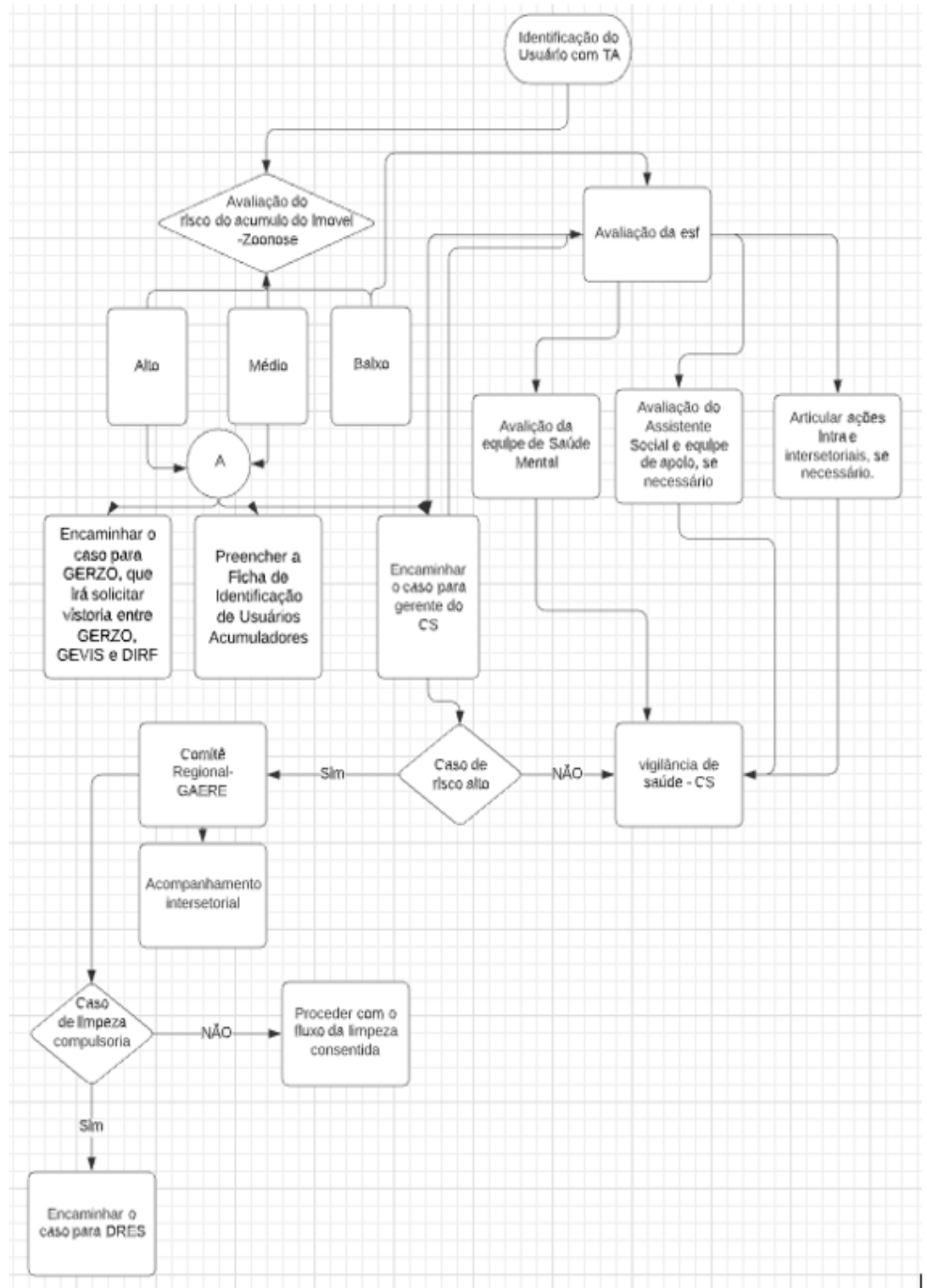
A seguir, o caso deverá ser discutido novamente em reunião Intersetorial, buscando novas estratégias de abordagem na tentativa da aceitação de limpeza do local.

Todo caso em que houver aceitação por parte do usuário para limpeza do local, os formulários “Declaração para Fins de Limpeza de Imóvel” e “Avaliação de Risco de Acumulação no Município de Belo Horizonte” deverão ser providenciados pela GERZO. A “Declaração para Fins de Limpeza de Imóvel” deverá ser preenchida e assinada por profissional de saúde de nível superior e pelo gerente do Centro de Saúde. Todas as cópias destes documentos devem ser arquivadas no prontuário físico do paciente na unidade de saúde e os originais encaminhados para a DRES e DROPE-SLU.

Após a execução das abordagens planejadas, e não havendo sucesso, será aberto um processo administrativo pela DRES, e esta encaminhará para avaliação da Assessoria Jurídica AJU-SA.

**Observação:** todos os formulários e fluxos citados nesta nota técnica constam no manual do “Protocolo de Abordagem e Acompanhamento do Usuário Portador de Transtorno de Acumulação”.

### Fluxograma de abordagem e acompanhamento da pessoa em situação de acumulação (adaptado do Protocolo de TA)





### Referências Bibliográficas:

1. Schmidt, D.R., Della Méa, C. P. e Wagner, M.F. (2014). Transtorno da Acumulação: Características clínicas e epidemiológicas. Revista CES Psicologia. 7(2). 27-43.
2. Stumpf, Barbara Perdigão, Hara, Claudia e Rocha, Fábio Lopes. Transtorno de acumulação: uma revisão. Volume 12 - Issue 1 / 2018. <http://www.ggaging.com/about>
3. Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Liang KY, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. Behav Res Ther. 2008;46(7):836-44. DOI: 10.1016/j.brat.2008.04.004
4. Lervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. Am J Psychiatry. 2009;166(10):1156-61. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.08121789
5. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Glaesmer H, de Zwaan M. The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. Behav Res Ther. 2009;47(8):705-9. DOI: 10.1016/j.brat.2009.04.005
6. Bulli F, Melli G, Carraresi C, Stopani E, Pertusa A, Frost RO. Hoarding behaviour in an Italian non-clinical sample. Behav Cogn Psychother. 2014;42(3):297-311. DOI: 10.1017/S1352465812001105
7. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, Rief W, Keshaviah A, Braehler E, et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. J Clin Psychiatry. 2011;72(6):780-6. DOI: 10.4088/JCP10m06380
8. Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Hoarding in an Asian population: prevalence, correlates, disability and quality of life. Ann Acad Med Singapore. 2014;43(1):535-43.
9. The British Psychological Society. A psychological perspective on hoarding: DCP good practice guidelines. The British Psychological Society. Leicester, UK. 2015, 1-62.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
11. Albert U, De Cori D, Barbaro F, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE, Mataix-Cols D. Hoarding disorder: a new obsessive-compulsive related disorder in DSM-V. Journal of Psychopathology. 2015;21:354-64.
12. Orsini, MLP; "Síndrome de Diógenes- desafio para se trabalhar a intersectorialidade"; Apresentação pôster e oral no IV SIMBRAVISA -2008
13. Orsini, MLP; "A intersectorialidade no enfrentamento da dengue e da leishmaniose visceral em Belo Horizonte: potenciais e desafios da participação da Vigilância Sanitária"; TCC, especialização em "Gestão de Sistemas de Saúde", promovida pela PUC-Minas em parceria com a PBH- 2010
14. Stumpf, Barbara Perdigão e Rocha, Fábio Lopes. Síndrome de Diógenes. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010. Vol. 59, nº2, pág. 156-159.



15. American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artes Médicas
16. American Psychiatric Association (APA). (2013 a). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
17. American Psychiatric Association (APA). (2013c). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Recuperado de <http://www.psychiatry.org/dsm5>
18. Almeida R. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura: 1960–2010. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2011. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.
19. Shabbir A, Sabu KO, Datta SS. "Diogenes Syndrome" Revisited. German J Psychiatry. 2009; 12:38–44.
20. Almeida, R., Ribeiro, O. Síndrome de Diógenes: Revisão Sistemática da Literatura. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 30. Nº1 – Lisboa. 2012.
21. Caixeta, Leonardo. Et. AL. Transtornos Psiquiátricos e dengue: Existe uma relação? Arquivos de Neuro-Psiquiatria, SP, Vol. 69, n.6, dez. 2011.
22. Lima, Raymundo. Acumuladores Compulsivos. Revista Espaço Acadêmico, Paraná, N.126, pág. 208-215, Nov. 2011.
23. Pietro, Ildefonso Gómez – Fera. Formas Clínicas Del Síndrome de Diógenes. A Propósito de três Casos. Psiquiatria e Biología, Sevilla, Espanha, Vol. 15, n.3. Pág. 97-99.
24. Silva, Liana Ludielli da. ET. AL. Colecionismo e Abono de Idosos: Estudo de caso. JOPEF, Curitiba, Vol. 13, n.1, Pág. 46-51. Jun. 2012.
25. BOTTINELLI, N. Síndrome de Diógenes: Impactos en el sujeto, la comunidad y los abordajes estatales. Montevideo: Defensor del Vecino de Montevideo, 155p., 2012.
26. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
27. FROST, R. O.; STEKETEE, G.; WILLIAMS, L. Hoarding: a community health problem. Health & Social Care in the Community, v.8, p. 229-234, 2000.
28. PATRONEK, G.J.; LOAR, L.; NATHANSON, J.N. Animal Hoarding: Structuring interdisciplinary responses to help people, animals and communities at risk. Hoarding of Animals Research Consortium, 2006.
29. WORTH, C.; BECK, A. Multiple ownership of animals in New York City. Trans. stud. Coll. Physicians Philadelphia, v.3, n.4, p.280– 300, 1981.
30. FILHO, L.A.C. Acumuladores de animais: Promotores de Bem-estar animal? In: Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão – JEPEX UFRPE, n.13, 2013, Recife. Disponível em: <<http://www.eventosufrpe.com.br/2013/cd/resumos/R0916-1.pdf>>.