

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM SÍNDROME CONSUMPTIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alexciana Santos da Silva¹
Thaynara Figueirêdo Grismino²
Juliana Renally Viana Nascimento³
Letícia da Mata Veríssimo⁴
Louise Passos Vigolvinho Macêdo⁵

RESUMO

O presente relato apresenta uma proposta de assistência de enfermagem a um idoso com oitenta e oito anos, diagnosticado com síndrome consumptiva, admitido num Hospital Universitário do interior da Paraíba, apresentando queixas de diarreia há 5 meses com odor fétido. Foram estabelecidos cuidados terapêuticos, tendo em vista uma assistência de enfermagem de qualidade, um plano de cuidado sistematizado aceitável para essa situação reconhecendo as principais características que abrangem o caso. Inicialmente foi realizada a transcrição dos dados no intuito de construir a história clínica, facilitando dessa forma a identificação das necessidades afetadas do cliente e direcionando o processo de raciocínio para a escolha dos diagnósticos. Foi utilizada a Taxonomia da NANDA-I para a denominação dos diagnósticos de enfermagem e a partir da identificação desses, foram selecionadas as intervenções na Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC e as atividades que melhor se adequaram à realidade de cuidado do cliente. Foram estabelecidos resultados esperados, para determinar a efetividade do cuidado e confirmar a melhora do quadro clínico, para tal foi utilizado a Classificação de Resultados de Enfermagem – NOC. Todas as fases do processo de enfermagem foram elaboradas nesse estudo.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Idoso, Síndrome Consumptiva.

INTRODUÇÃO

A perda de peso tem sido a causa de muitas internações em hospitais, podendo indicar importante sinal de uma doença grave. A diminuição do peso corporal é considerada clinicamente significativa a partir da perda de 5,0% ou mais do peso habitual em 6 a 12 meses (PINHEIRO et al., 2011). No que diz respeito aos idosos, ela deve ser investigada sempre que houver diminuição de 10% ou mais no peso corporal usual. As mudanças no peso podem

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, alexciana.santos@hotmail.com;

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, thayfgrismino@gmail.com;

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, julianaviana0808@gmail.com;

⁴ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, leticia.damata14@gmail.com;

⁵ Professora orientadora: Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, louise.py@hotmail.com.

refletir perda de massa corporal ou de fluidos e associa-se a diversas condições clínicas agudas ou crônicas, como doenças neoplásicas, inflamatórias e infectoparasitárias, distúrbios endócrinos e metabólicos, doenças cardiorrespiratórias, gastrointestinais e neurológicas e a efeitos secundários à medicação e fatores ligados à esfera psicossocial. (MACEDO e ROCHA, 2010).

Nesse contexto a Síndrome Consumptiva consiste na perda involuntária de peso maior que 10% do peso basal em um período de 6 a 12 meses, apresentando como principais sintomas a diminuição de massa magra corporal, atrofia muscular, e depleção proteica (PINHEIRO et al, 2011). Em geral, está associada à febre documentada por mais de 30 dias, fraqueza e diarreia (> 2 evacuações líquidas ou amolecidas/dia). Há associação com aumento da morbidade e da mortalidade e, maior susceptibilidade a infecções oportunistas e tumores (SAVI, 2013).

Os principais fatores que contribuem para síndrome consumptiva são a falta de ingestão adequada, má absorção, irregularidades metabólicas, infecção oportunista não controlada e falta de atividade física. (KRAUSE, 2005)

Apesar de a Síndrome Consumptiva apresentar como principal manifestação a perda de tecido gorduroso, outros sintomas são vistos em pacientes com esta patologia, tais como: dispneia, cansaço e falta de disposição (BISELLI e ATTA, 2005).

A perda de peso é mais preocupante quando ocorre acima de 40 anos de idade, em vista da maior prevalência de neoplasias e de fatores psicossociais e funcionais mais frequentes nessa faixa etária, especialmente em idosos. Constitui fator de risco para aumento na mortalidade em pacientes submetidos a cirurgias eletivas, além de prejudicar a resposta à terapia medicamentosa. (MACEDO E ROCHA, 2010)

O tratamento para o paciente que se apresenta com perda de peso significativa fundamenta-se, na correção do (s) fator (es) causal (is), deve-se ter atenção precoce à nutrição e prevenção da perda de peso durante períodos de estresse ou trauma agudo, em especial durante internações hospitalares. A terapia nutricional deve ser feita criteriosamente, tendo em mente os riscos potenciais da realimentação, além de outras complicações, como infecções (MACEDO e ROCHA, 2010).

A alimentação pela via oral deve ser mantida sempre que possível, mesmo quando se recorre às medidas de suporte nutricional (nutrição enteral ou parenteral), devido aos seus benefícios psicológicos e na manutenção da integridade do trato gastrointestinal. O suporte nutricional, no caso particular do idoso, deve continuar até que se atinja peso dentro de 10%

do valor ideal e o indivíduo consiga se alimentar a ponto de manter o peso nesse nível. Em idosos, além de suporte social adequado, a abordagem da deficiência nutricional deve incluir orientações em relação à dieta, saúde oral, preferências individuais, suplementos dietéticos, tempero de alimentos, assistência à alimentação e supervisão por nutricionista (MACEDO e ROCHA, 2010).

METODOLOGIA

O referido estudo é uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, tendo com objetivo relatar o curso da hospitalização de um idoso com síndrome consumptiva e relacionar o caso a assistência de enfermagem propondo um plano de cuidados para essa determinada situação. A proposta de cuidado foi desenvolvida na Ala Clínica de um Hospital Universitário do interior da Paraíba, a qual ocorreu em Junho de 2019. Os dados foram colhidos no decorrer da internação hospitalar do cliente, sendo acompanhado por um período de dois dias, com encontros de quatro horas em cada dia, para a coleta de dados foi utilizado às técnicas propedêuticas do exame físico e aplicação das escalas de avaliação global da pessoa idosa, sendo elas: Atividades instrumentais da vida diária (Lawton); Atividades de vida diária (Katz); Questionário de Pffefer; Mini exame do estado mental (MEEM). Além de momentos de diálogo com o cliente e sua acompanhante, observando com atenção os detalhes fundamentais para análise do caso. Após a coleta, os dados foram analisados com a finalidade de estruturar e guiar o processo de reconhecimento dos possíveis diagnósticos e alterações das Necessidades Humanas Básicas. A análise foi desempenhada seguindo os passos do processo de enfermagem.

Inicialmente foi realizada a transcrição dos dados no intuito de construir a história clínica, facilitando dessa forma a identificação das necessidades afetadas do cliente e direcionando o processo de raciocínio para a escolha dos possíveis diagnósticos. A Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2018) foi utilizada para a denominação dos diagnósticos. A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem, foram selecionadas as intervenções na Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC (MCLOSKEY e BULECHEK, 2008) e as atividades que melhor se adequaram à realidade de cuidado do cliente. Foram estabelecidos resultados esperados, para determinar a efetividade do cuidado e confirmar a melhora do quadro clínico, para tal foi utilizado a Classificação de Resultados de Enfermagem - NOC (JOHNSON et al, 2004). Por fim, foi realizada a última etapa do

processo de enfermagem que é a avaliação, através desta etapa foi possível mensurar se o plano de cuidados obteve bons resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que o profissional enfermeiro e sua equipe lidem com o cliente de forma qualificada é necessário que haja a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), se concretizado através do Processo de Enfermagem (PE).

O PE caracteriza uma alternativa de reaproximação do enfermeiro com seu cliente, representando uma ferramenta tecnológica que auxilia os enfermeiros na determinação das intervenções e sistematização do cuidado, tem como objetivo incentivar a ação humanizada, direcionar resultados e avaliar a assistência, além de possibilitar uma análise qualificada sobre as condições de saúde do cliente e melhora a eficácia da atuação dos profissionais de Enfermagem (LEADEBAL et al, 2010; MENDONÇA, 2018).

As fases do processo de enfermagem utilizadas na assistência ao cliente foram: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. Prosseguindo a apresentação do histórico de enfermagem com resumo do caso, em seguida foram mostrados os diagnósticos e o planejamento da assistência de enfermagem.

Histórico de enfermagem

J.E.B, 88 anos, sexo masculino, analfabético, católico, viúvo, aposentado, trabalhava como açougueiro. No momento da coleta residia em Campina Grande-PB. Mora em zona urbana, em casa própria, tipo alvenaria, com esgoto saneado, coleta de lixo e água encanada. Mora com filha e genro que fazem o serviço doméstico e cuidam do idoso. O paciente e a acompanhante foram questionados em relação aos antecedentes familiares, porém não souberam informar. Antecedentes pessoais de cirurgia (hernioplastia), Hipertensão arterial sistêmica HAS há 30 anos, ex-tabagista (parou há 40 anos) e ex-etilista. Fazia uso de Losartana, Espironolactona e Furosemida, as medicações foram suspensas sob justificativa de possível desidratação, ainda em uso de Domperidona e Esomeprazol.

Foi admitido no dia 07 de maio de 2019 no serviço da ala D do Hospital Universitário após ser encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), apresentando queixas de diarreia há 5 meses (cerca de 5 episódios ao dia) com odor fétido, sem presença de sangue ou

sinais de infecção. Ao exame físico apresentava pele hipocorada, higiene preservada, mucosas hidratadas e hipocoradas, ausência de alguns dentes, ausculta cardíaca sem alterações, ritmo cardíaco regular, eupneico, murmúrios vesiculares presentes (MV+) com presença de ruídos adventícios (RA) (roncos) em ambos hemitórax (AHT), ao exame abdominal ruídos hidroaéreos presentes (RHA+), flácido e globoso, eliminações vesicais presentes e eliminações intestinais líquidas persistentes, porém diminuídas segundo informações colhidas (SIC) e presença de edema ++++/++++ em membros superiores (MMSS).

O paciente apresenta-se sonolento, porém orientado, responde as perguntas realizadas, a filha relata que o pai sempre foi muito ativo, mas nunca gostou de sair de casa. Tem dieta hipossódica, alteração no padrão do sono e apetite diminuído, consegue levar o alimento a boca, mas apresenta dificuldade, pois apresenta diminuição da força, além da diminuição da amplitude de movimento. Durante a internação está restrito ao leito, devido à fraqueza e edema, em uso de fralda, apresentando lesão por pressão estágio 2 na região sacral.

Os resultados dos exames apresentaram hipertrofia excêntrica de ventrículo esquerdo, disfunção diastólica, insuficiência mitral leve e tricúspide moderada, dilatação leve do átrio esquerdo e direito, esteatose grau III, cistos nos rins, aterosclerose na aorta e próstata de tamanho aumentado, peptídeo natriurético tipo B (BNP) elevado (5675,7 ng/L), hemoglobina (8,9 g/dl), hemácias (3,73 milhões/ μ L) e hematócrito (28,3%) baixos, proteína C reativa (PCR) aumentado (32,7 mg/dl), uréia aumentada (79 mg/dl) e 25 piócitos/campo. Diagnosticado com diarreia crônica, síndrome consumptiva e hiperplasia prostática benigna (HPB). Apresentando hipótese diagnóstico de Insuficiência renal crônica (IRC), amiloidose e parkinson. SSVV: PA: 90x70 mmHg, FC: 72 bpm, FR: 18 irpm, T: 35.4 °C, SatO₂: 96%.

As escalas aplicadas foram: Atividades instrumentais da vida diária (Lawton), com escore de 16/27, sendo independente para três atividades, dependente parcial para uma atividade e dependente total para cinco atividades; Atividades de vida diária (katz) foi realizada de acordo com as atividades do paciente durante a internação, obteve escore 1/6 sendo considerado com dependência importante; O questionário de Pffefer é aplicado ao cuidador, quanto mais elevado o escore maior a dependência de assistência, nesse caso o cliente teve como escore três, dessa forma não apresenta grande dependência; O mini exame do estado mental (MEEM), teve escore de dezesseis, a nota de corte no caso de analfabetos é dezenove e a escala de depressão geriátrica teve como resultado o escore cinco, sendo considerado normal.

Logo após a análise do caso, foi identificada as Necessidades Humanas Básicas

prevalentes e os diagnósticos de enfermagem (DE). Necessidades psicobiológicas (DE: diarreia; nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais; integridade da pele prejudicada; volume de líquidos excessivos; mobilidade física prejudicada). Posteriormente foi realizado o planejamento assistencial de enfermagem (Quadro 1) e a avaliação da situação atual do cliente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA-I)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Diarreia relacionado à síndrome consumptiva evidenciado por evacuações de fezes líquidas.	<ul style="list-style-type: none"> - Função gastrointestinal. - Controle de sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle da diarreia
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais relacionada à ingestão alimentar insuficiente evidenciado por membranas mucosas pálidas, apetite diminuído e perda de peso.	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora do apetite e da ingesta alimentar. - Estado nutricional. - Aceitação da dieta prescrita. - Manutenção do peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle da nutrição
Integridade da pele prejudicada relacionada à nutrição inadequada, alterações no turgor da pele, extremos de idade, restrição ao leito e umidade evidenciada por alteração na	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatrização por segunda intenção em tempo oportuno. - Integridade tissular da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a pele e lesão.

integridade da pele (lesão por pressão estágio 2).		
Volume de líquidos excessivos relacionado a mecanismo de regulação comprometido evidenciado por edema em MMSS.	- Equilíbrio hídrico e função renal.	- Controle hídrico
Mobilidade física prejudicada relacionado a força muscular diminuída, massa muscular diminuída e rigidez articular evidenciado por movimentos lentos, redução na amplitude de movimentos, dificuldade para virar-se e tremor induzido pelo movimento.	- Melhora no desempenho da mecânica corporal, equilíbrio com apoio, locomoção, movimento articular e motivação. - Diminuição das consequências da imobilidade	- Cuidado com o repouso no leito

Quadro 1. Planejamento da assistência de enfermagem no cuidado de um adulto com Síndrome Consumptiva, inserindo os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA-I, os resultados de enfermagem da NOC e as intervenções de enfermagem da NIC. Campina Grande, 2019.

AVALIAÇÃO: O paciente foi avaliado por dois dias, os diagnósticos foram mantidos, pois não houve melhora significativa no quadro do cliente, mas foi possível avaliar uma melhora no conhecimento relacionado à importância da mudança de decúbito e no posicionamento, melhora no padrão de sono e diminuição na frequência das eliminações intestinais. As intervenções também foram mantidas a fim de alcançar os resultados esperados e podem ser alteradas em avaliações posteriores de acordo com a evolução do caso.

A equipe de enfermagem está em contínuo contato com o cliente e atende todas as suas necessidades, dessa forma a atuação da enfermagem torna-se muito importante através da educação e promoção da saúde, prevenção de doenças, complicações, além de dar apoio psicológico e conduzir essas ações para o autocuidado, visando a recuperação do cliente. ~~Como se sabe~~ a assistência é concedida de forma integral, as orientações e responsabilidades envolvem tanto o cliente quanto sua família, ajudando nas ações de melhora do cliente junto a equipe. Após análise do quadro clínico do cliente, e relacionando aos cuidados de

enfermagem, as ações foram dirigidas de forma individualizada ao cliente em questão, no nível de necessidade apontada. Vale ressaltar que as atividades expostas para cada intervenção foram reproduzidas segundo a NIC (MCLOSKEY e BULECHEK, 2008).

Nas necessidades psicobiológicas identificadas está inserida a necessidade de eliminação e troca identificada pelo diagnóstico de diarreia definida como eliminação de fezes soltas e mal formadas (NANDA, 2018). O diagnóstico foi evidenciado devido a presença de diarreia a mais de cinco meses referida pela acompanhante do idoso, como mencionado no histórico de enfermagem.

A partir desse diagnóstico foram traçadas algumas intervenções com base na NIC (MCLOSKEY e BULECHEK, 2008) com a finalidade de prevenir complicações. É necessário que a equipe de enfermagem tenha um olhar crítico e esteja atenta durante o diálogo com o cliente e o acompanhante, dessa forma é possível estabelecer uma boa comunicação, além de identificar e compreender suas queixas, com a construção do vínculo profissional/cliente se obtém maiores informações como, por exemplo, há quanto tempo está ocorrendo diarreia. As seguintes atividades foram elencadas para a intervenção controle da diarreia: Avaliar o histórico da diarreia; Identificar fatores capazes de causar ou contribuir para a diarreia; Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia; Orientar o paciente e acompanhante para que notifique a enfermagem a cada episódio de diarreia; Monitorar o preparo seguro dos alimentos.

Outra necessidade encontrada foi a de nutrição tendo como diagnóstico a nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, ou seja, ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas (NANDA, 2018). O diagnóstico foi identificado, pois o cliente relatou que estava com apetite diminuído, teve perda de peso e ao exame físico estava com as mucosas hipocoradas. Diante disso, a intervenção escolhida foi o controle da nutrição e as atividades priorizadas foram: Conversar com o cliente e acompanhante em busca de preferências alimentares do cliente; Determinar, junto ao nutricionista, quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para as exigências nutricionais do paciente; Avaliar a tolerância a deglutição; Monitorar a ingestão, registrando o conteúdo nutricional e as calorias consumidas.

O diagnóstico, integridade da pele prejudicada é definido como epiderme e/ou derme alterada (NANDA, 2018) e tem como necessidade identificada a integridade física, o cliente teve esse diagnóstico escolhido, pois estava com uma lesão por pressão na região sacral, essa situação se agrava devido a sua situação clínica como, a sua restrição ao leito, a nutrição

inadequada, além do extremo de idade. Desse modo, as seguintes atividades foram escolhidas para a intervenção cuidados com a pele e lesão: Evitar roupa de cama com textura áspera; Colocar suporte nas áreas edemaciadas; As fraldas devem ser colocadas de forma mais frouxa para evitar formação de mais lesões e complicar a que já existe; Examinar diariamente a pele; Realizar o curativo adequado, com técnica asséptica durante a realização do curativo; Aplicar escala de mensuração de risco (Braden) diariamente; Realizar e orientar sobre a mudança de decúbito a cada 2 horas. Todas as atividades devem ser explicadas com calma e de forma clara para o cuidador, pois ele está em contato frequente com o cliente.

O volume de líquido excessivo é um diagnóstico caracterizado como a entrada excessiva e/ou retenção de líquidos (NANDA, 2018). O cliente apresentava edema ++++/++++ nos MMII. Diante disso, o controle hídrico foi escolhido como intervenção e as seguintes atividades foram elencadas: Pesar o cliente sempre que possível; Registrar de forma precisa a ingestão e eliminação; Monitorar o estado de hidratação; Avaliar a localização e extensão do edema; Monitorar a função renal.

Por fim, a mobilidade física prejudicada é conceituada como limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2018) e apresenta como necessidade a atividade e exercício. As seguintes atividades foram escolhidas para a intervenção cuidados com o repouso no leito: Realizar terapia com exercício como alongamento no leito para melhora da mobilidade articular; Movimentar os membros sem forçar o sistema musculoesquelético; Manter laterais do leito elevadas, conforme apropriado; Virar o cliente imobilizado conforme indicado pela condição da pele; Facilitar pequenas trocas para alívio de pressão do peso corporal; Auxiliar nas atividades de vida diária.

Nesse contexto, foi possível entender melhor o caso, o cliente entrou com quadro de diarreia crônica, após a internação os sintomas da diarreia persistiram, mas em menor quantidade, começou apresentar edemas nos MMSS que aumentaram (++++/++++), porém não apresentava edema nos MMII, não estava deambulando em razão do edema, por medo de quedas, por se sentir frágil e sem equilíbrio, após dois dias de internação foi identificado a presença de uma lesão por pressão (estágio 2) na região sacral, causada provavelmente pela falta de mobilidade (restrição ao leito) e umidade, visto que o idoso faz uso de fralda e está com quadro de diarreia. Foram realizados inúmeros exames para encontrar o motivo da diarreia crônica e do edema, segundo as informações colhidas há muitas hipóteses diagnósticas, porém nada muito esclarecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi planejado de forma específica para as necessidades do cliente, porém há outras propostas que possam ser úteis e ideais para o caso. Através do processo de enfermagem foi identificado as reais necessidades do cliente, levando ao reconhecimento dos principais pontos que afetam o cliente, identificando os possíveis diagnósticos e dando continuidade às etapas do processo, prestando desta forma um cuidado efetivo.

Um dos diagnósticos principais do cliente chamou mais atenção por ser uma doença não muito discutida, a síndrome consumptiva, a partir do caso foi possível pesquisar artigos e trabalhos sobre a doença e assim absorver e entender melhor sobre suas manifestações clínicas, causas, tratamento e correlacionar com os sinais e sintomas observados no cliente. Esse raciocínio foi utilizado para direcionar o cuidado ao cliente para certificar a importância de se realizar o planejamento para obtenção dos objetivos estabelecidos.

Foi possível perceber através da sistematização que o processo de enfermagem é ideal para os conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado promovendo um cuidar de enfermagem humanizada, contínua e com qualidade para o cliente.

Portanto, almeja-se que a proposta possa estimular os profissionais sobre a importância de se realizar o processo de enfermagem, é necessário que o processo seja implementado, pois muitas instituições não a utilizam e sabe-se como o planejamento e a ação são essenciais para uma assistência de qualidade. Vale ressaltar que a equipe multiprofissional deve avaliar e replanejar, se necessário, diariamente o cuidado prestado, às ações e os resultados referentes ao estado clínico do cliente.

O estudo apresentou algumas limitações importantes quanto ao tempo de permanência com o indivíduo e por não ter passado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP), portanto algumas questões não puderam ser abordadas. Desse modo, foi realizado um relato de experiência, trazendo singularidade e aspectos observados a partir do olhar do estudante pesquisador, tornando-se um considerável produto científico e de grande valia para fazer ciência.

REFERÊNCIAS

- BISELLI, P.J., ATTA, J.A. Diagnóstico sindrômico. **Rev Med.** v. 84, n.3-4, p. 95-101.
- JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Trad. Regina Garcez. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- KRAUSE, M. V.; MAHAN, L. K. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11^a. ed. São Paulo: Roca, 2005.
- MACEDO, A.V., ROCHA, M.O.C. Avaliação e tratamento da perda de peso involuntária e significativa. **Rev Med Minas Gerais.** v. 20, n. 1, p.115-123, 2010.
- MCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Tradução de Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2018-2020**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- PINHEIRO, K.M.K., MASSAIA, I.F.D.S., GORZONI, M.L, MARROCHI, L.C., FABBRI, R.M.A. Investigação de síndrome consumptiva. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med.** v. 56, n. 2, p. 87-95. São Paulo, 2011.
- SANTANA, N.O.; SANTOS, R.R.S.; CARVALHO, M.O.; SOUZA, L.R.; SOUZA, A.C.R. **Assistência de enfermagem a pacientes com síndrome consumptiva: Um relato de caso**. 2017
- SAVI, L.G.G.F.S. **Importância da intervenção nutricional em pacientes com síndrome consumptiva proveniente da síndrome da imunodeficiência adquirida**. Brasília, 2013.