

**Encefalite herpética: implementação do processo de enfermagem à luz da teoria de Wanda Horta****Herpetic encephalitis: implementation of the nursing process in light of Wanda Horta's theory****Encefalitis herpética: implementación del proceso de enfermería a la luz de la teoría de Wanda Horta**

DOI: 10.5281/zenodo.18136135

Recebido: 31 dez 2025

Aprovado: 02 jan 2026

**Maria Inês Martins de Araújo**

Graduada em Enfermagem

Universidade Estadual do Piauí - UESPI

Teresina- Piauí, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0009-3840-6405>E-mail: [martinsmariaines64@gmail.com](mailto:martinsmariaines64@gmail.com)**RESUMO**

**Introdução:** A encefalite herpética é uma infecção viral aguda do sistema nervoso central, causada principalmente pelo vírus herpes simplex tipo 1, associada a elevada morbimortalidade, especialmente em crianças. Diante da complexidade clínica e do risco de sequelas neurológicas, a atuação da enfermagem torna-se essencial. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em um hospital infantil de referência no estado do Piauí, durante o estágio supervisionado em Enfermagem Pediátrica. A coleta de dados ocorreu por meio de anamnese, exame físico céfalo-podálico, análise de prontuário e aplicação da SAE, utilizando as seis etapas do Processo de Enfermagem, com apoio das taxonomias NANDA, NIC e NOC. **Resultados e Discussão:** O paciente, do sexo masculino, quatro anos de idade, apresentou quadro clínico complexo, com alterações neurológicas, gastrointestinais, respiratórias, nutricionais e de mobilidade. Foram identificados diversos diagnósticos de enfermagem, como dor aguda, padrão respiratório ineficaz, mobilidade física prejudicada, risco de infecção e nutrição desequilibrada. As intervenções implementadas possibilitaram melhora progressiva do estado clínico, evidenciada pelo alívio da dor, estabilização dos sinais vitais, recuperação da mobilidade e normalização das eliminações fisiológicas. **Conclusão:** Evidencia-se que a aplicação da SAE à luz da Teoria de Wanda Horta contribuiu de forma significativa para a organização, segurança e efetividade do cuidado de enfermagem a importância da enfermagem fundamentada em bases científicas e humanizadas no cuidado pediátrico.

**Palavras-chave:** Encefalite herpética; Processo de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem. Enfermagem pediátrica. Wanda Horta.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Herpetic encephalitis is an acute viral infection of the central nervous system, mainly caused by herpes simplex virus type 1, and is associated with high morbidity and mortality, especially in children. Given the clinical complexity and the risk of neurological sequelae, nursing care becomes essential. **Methodology:** This is a descriptive study, in the form of an experience report, developed in a reference pediatric hospital in the state of Piauí, during a supervised internship in Pediatric Nursing. Data collection was carried out through anamnesis, head-to-toe physical examination, medical record analysis, and application of the SNC, supported by the NANDA, NIC, and NOC taxonomies. **Results and Discussion:** The patient, a four-year-old male, presented a complex clinical condition with neurological, gastrointestinal, respiratory, nutritional, and mobility alterations. Several nursing diagnoses were identified, such as acute pain, ineffective breathing pattern, impaired physical mobility, risk of infection, and

imbalanced nutrition. The implemented interventions enabled progressive improvement in the clinical condition, evidenced by pain relief, stabilization of vital signs, recovery of mobility, and normalization of physiological eliminations. **Conclusion:** It is evident that the application of the SNC in light of Wanda Horta's Theory contributed significantly to the organization, safety, and effectiveness of nursing care, reinforcing the importance of scientifically grounded and humanized nursing in pediatric care.

**Keywords:** Herpetic encephalitis. Nursing Process. Systematization of Nursing Care. Pediatric nursing. Wanda Horta.

## RESUMEN

**Introducción:** La encefalitis herpética es una infección viral aguda del sistema nervioso central, causada principalmente por el virus del herpes simple tipo 1, y se asocia a una elevada morbilidad, especialmente en niños. Ante la complejidad clínica y el riesgo de secuelas neurológicas, la actuación de la enfermería se vuelve esencial. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, desarrollado en un hospital pediátrico de referencia en el estado de Piauí, durante una pasantía supervisada en Enfermería Pediátrica. La recolección de datos se realizó mediante anamnesis, examen físico cefalocaudal, análisis de la historia clínica y aplicación de la SAE, las taxonomías NANDA, NIC y NOC. **Resultados y Discusión:** El paciente, de sexo masculino y cuatro años de edad, presentó un cuadro clínico complejo, con alteraciones neurológicas, gastrointestinales, respiratorias, nutricionales y de movilidad. Se identificaron diversos diagnósticos de enfermería, tales como dolor agudo, patrón respiratorio ineficaz, movilidad física deteriorada, riesgo de infección y nutrición desequilibrada. Las intervenciones implementadas permitieron una mejora progresiva del estado clínico, evidenciada por el alivio del dolor, la estabilización de los signos vitales, la recuperación de la movilidad y la normalización de las eliminaciones fisiológicas. **Conclusión:** Se evidencia que la aplicación de la SAE a la luz de la Teoría de Wanda Horta contribuyó de manera significativa a la organización, seguridad y efectividad de la atención de enfermería, reforzando la importancia de una enfermería basada en fundamentos científicos y humanizados en el cuidado pediátrico.

**Palabras clave:** Encefalitis herpética. Proceso de Enfermería. Sistematización de la Atención de Enfermería. Enfermería pediátrica. Wanda Horta.

## 1. INTRODUÇÃO

A encefalite herpética é uma doença de alta mortalidade (70%), essa patologia é conceituada como um processo inflamatório agudo que acomete o parênquima do encéfalo, decorrente da infecção pelo vírus herpes simples. O agente mais comum de tal afecção é o Herpes Simplex -1 (HSV-1), sendo a causa mais comum associada ao quadro de encefalite viral. A estrutura do vírus do herpes é consideravelmente grande, é um vírus de DNA de fita dupla e dentre seus subtipos, oito afetam humanos (vírus do herpes humano — HHV). Os sintomas de infecção do sistema nervoso central incluem febre, dor de cabeça, convulsões, sinais neurológicos focais e comprometimento da consciência (LE DOARE, K. *et al.*, 2015).

A encefalite por herpes simplex se manifesta geralmente de forma aguda associada à disfunção cerebral causada pelos vírus pertencentes ao tipo 1 (HSV-1) ou tipo 2 (HSV-2). A maioria das encefalites por herpes é causada pelo HSV-1, com o HSV-2 constituindo menos de 10% das infecções. O HSV-1 tem início inespecífico e insidioso em crianças e pode ser devastador, independentemente do tratamento. Essa patologia é classificada como uma condição rara, e, se não tratada, apenas uma minoria de indivíduos se recupera totalmente sem déficits residuais (OSTLER, J. B. *et al.*, 2021).

A transmissão do HSV-1 e HSV-2 ocorre principalmente através do contato direto com as lesões ou secreções de uma pessoa infectada, seja por meio do compartilhamento de objetos pessoais, beijos, relações sexuais ou contato íntimo, além disso, o vírus pode ser transmitido mesmo quando a pessoa infectada não apresenta sintomas visíveis. A infecção primária inicia com afecção da pele ou mucosa e a subsequente replicação viral intra epitelial que causa inflamação e dano tecidual, resultando nas bolhas características do herpes (ZHU; VIEJO-BORBOLLA, 2021).

O HSV-1 na infecção inicial manifesta-se por lesões orais (bolhas de febre), que podem seguir um curso de remissão e recidiva com frequência, gravidade e duração decrescentes, já a infecção pelo HSV-2, geralmente causa lesões genitais, que ocorrem cerca de uma ou duas semanas após a infecção primária. Cerca de 30% da encefalite por herpes simplex é devida à infecção primária, enquanto o restante é atribuído à reativação ou reinfecção pelo HSV-1 (PIRET; BOIVIN, 2020).

Os sintomas mais comuns incluem febre, confusão, comportamento anormal, dor de cabeça, diminuição do estado mental, convulsões, deficiências neurológicas focais, náuseas e vômitos, afasia ou fala alterada, coma e meningismo, que corresponde ao conjunto de sintomas, como rigidez de nuca, cefaleia e fotofobia, que indicam irritação das meninges, as membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Os déficits neurológicos são geralmente agudos, com duração frequentemente inferior a uma semana, e geralmente incluem paralisias focais de nervos crânicos, hemiparesia, disfagia, afasia, ataxia, defeitos do campo visual ou papiledema (GRANEROD. *et al.*, 2010).

A encefalite por herpes simplex infantil apresenta características clínicas, incluindo febre, letargia, alterações comportamentais, sonolência e convulsões focais ou anormalidades neurológicas. Em neonatos geralmente se manifesta entre 1 e 3 semanas de vida e os sintomas incluem irritabilidade, letargia e má alimentação, associadas a tremores ou convulsões (OSTLER, J. B. *et al.*, 2021).

O rastreamento para identificar os casos de encefalite incluem achados no líquido cefalorraquidiano (LCR), a reação em cadeia da polimerase (PCR) amplificada para HSV-1 e HSV-2, sendo positiva para HSV durante a primeira semana de tratamento com aciclovir e se tornando negativa para HSV após 10 a 14 dias de tratamento, a identificação da síntese intratecal de anticorpos IgM específicos para HSV, o hemograma completo, estudos de coagulação e perfil metabólico básico, bem como a tomografia computadorizada (TC), a Ressonância Magnética (RM) que é considerada padrão ouro para o diagnóstico e o eletroencefalograma (EEG) (WAACK, *et al.*, 2022).

O tratamento ocorre com a administração de Aciclovir intravenoso que deve ser diluído a uma concentração inferior a 7 mg/mL para administração intravenosa, a infusão deve ser administrada com um bolus de fluido durante pelo menos uma hora para prevenir a disfunção renal por cristalúria. Em adultos a

dose é de 10 mg/kg de peso corporal a cada 8 horas, crianças de até 11 anos e neonatos são tratados com doses mais altas (15-20 mg/kg de peso corporal). Além disso, deve-se ter cuidado especial para evitar extravasamento ou administração intramuscular ou subcutânea, pois a natureza alcalina do aciclovir pode levar a inflamação local e flebite (VARATHARAJ, et al., 2017).

Na prática clínica, o cuidado ao paciente com encefalite herpética adquire grande relevância, pela complexidade de manejo clínico e magnitude da morbimortalidade associada a esse problema. Nesse sentido, a enfermagem assume papel importante desde a investigação diagnóstica, no tratamento e plena recuperação do paciente, principalmente, no que se refere à vigilância dos sinais e sintomas de infecções agudas, monitorização, suporte ventilatório e medicamentoso, sondagem e à realização dos curativos (LE DOARE, K. et al., 2015).

Nesse sentido, a fim de implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que organiza e executa o Processo de Enfermagem (PE) para promover uma prática assistencial integral e personalizada de cuidado, a teórica Wanda de Aguiar Horta destacou-se como uma das pioneiras no Brasil ao desenvolver a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Essa teoria é estruturada pela teórica em seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem (ZHU; VIEJO-BORBOLLA, 2021).

A proposta de Horta fundamenta-se em princípios que valorizam o respeito e a preservação do ser humano em sua singularidade, autenticidade e individualidade. Sua abordagem reforça que a assistência de enfermagem deve ser voltada ao ser humano como um todo, e não apenas à enfermidade, evitando uma visão exclusivamente biológica. Sob esse viés, é selecionada como base para o presente estudo devido à sua abrangência (OSTLER, J. B. et al., 2021).

Além disso, para a realização do Diagnóstico de Enfermagem (DE), é fundamental utilizar uma linguagem padronizada que favoreça o raciocínio clínico e contribua para a sistematização do cuidado de enfermagem. Diante disso, optou-se pela utilização da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para os diagnósticos em enfermagem, *Nursing Interventions Classification* (NIC), para traçar intervenções e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) para traçar resultados esperados, por se tratar de uma linguagem ampla, que respeita a diversidade cultural e pode ser aplicada em diferentes contextos ao redor do mundo. O presente estudo objetiva descrever a experiência de um discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) durante a implementação do PE a um indivíduo com encefalite herpética em hospital infantil de referência (ZHU; VIEJO-BORBOLLA, 2021).

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da implementação do Processo de Enfermagem a um indivíduo com encefalite herpética, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, elaborada por Wanda Aguiar Horta, este cuidado é orientado por princípios que valorizam a enfermagem como uma prática centrada na pessoa. Essa abordagem reconhece a singularidade, a autenticidade e a individualidade de cada ser humano, compreendendo que o cuidado deve ser direcionado ao indivíduo em sua totalidade, e não apenas à sua enfermidade.

Além disso, considera o cuidado de enfermagem como uma ação que integra dimensões preventivas, curativas e de reabilitação, e reconhece o indivíduo como parte de uma família, de uma comunidade e como agente ativo em seu próprio processo de autocuidado.

O presente estudo ocorreu em um hospital infantil, referência na saúde infantil no Piauí, onde são prestados desde de consultas eletivas, até cuidados intensivos e monitorização contínua de pacientes em estado crítico. A SAE e o PE foram estruturados e implementados por responsabilidade dos discentes, supervisionados por enfermeiros plantonistas do hospital e pela enfermeira e docente preceptora de estágio da universidade.

Os discentes cumpriram 6 horas diárias na instituição, realizando a execução da SAE e do PE, aplicando escalas de avaliação diárias, conduzindo protocolos de admissão e alta de pacientes e realizando procedimentos. A experiência se deu ao longo do mês de abril do ano de 2025. O estudo baseou-se na vivência de discentes do curso de bacharelado em Enfermagem da UESPI em um hospital infantil de referência, durante a disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Pediátrica.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1. Histórico de Enfermagem

A primeira fase se iniciou com a anamnese, que foi realizada com a mãe que acompanhava o paciente. Por meio dela, foi verificada a história de doenças pregressas e atuais do assistido e a história clínica que levou à internação hospitalar. No exame físico céfalo-podálico, os discentes identificaram os achados mais importantes que favoreciam ou interferiam na evolução do paciente, sendo o ponto crítico do caso a rápida evolução da patologia com piora no quadro clínico que a princípio tratava-se de uma doença viral com repercussão neurológica a esclarecer pela equipe médica.

L.B.C.O.S, sexo masculino, 4 anos, reside na cidade de Teresina-PI. O paciente acompanhado da mãe procurou o hospital geral próximo ao seu bairro após seguir com quadro arrastado de dor abdominal

associado a distensão abdominal, náusea, vômitos e febre há aproximadamente 2 meses. A mãe informou que há 10 dias evoluiu com hematêmese e hematúria com piora do quadro ao recusar a dieta há aproximadamente 1 mês, evoluindo com astenia intensa, sobretudo nos membros inferiores e queda do estado geral. O paciente apresentou também dificuldade para urinar, e seguia constipado há 5 dias.

Nega alergias medicamentosas. A mãe relata que o filho já refere histórico anterior de crise convulsiva, sem etiologia definida, com atraso do desenvolvimento neuro motor, a medicação de uso é o Depakene 50mg/ml. Os episódios de dor abdominal intensa fazem com que a criança esboce gritos e choros se contorcendo, ocorrem em uma frequência de 6 vezes por dia, durante as crises, sem ainda ter o diagnóstico da doença, a mesma relatou fazer uso por conta própria de dipirona, analgésico e antipirético, na apresentação líquida gotas. Segundo a mãe, há cerca de 1 mês notou a dificuldade do filho para caminhar com fraqueza nos membros inferiores e registrou a ação através de vídeos.

### 3.2. Evolução de Enfermagem

Data: 06/04/2025

14:30 hrs. No 1º DIH, foi internado nesta unidade hospitalar acompanhado de sua mãe, com HD: dor abdominal A/E, hematêmese e hematúria, astenia em MMII. Segue com rebaixamento do estado geral, hipoativo, sonolento, eupneico em ar ambiente, acianótico, afebril, desidratado, hipocorado, apresentando tosse produtiva, deambulando com auxílio devido perda de força em MMII há 10 dias, icterico (+/++++) , pupilas isocóricas e fotorreagentes. A cabeça e seus anexos seguem sem alterações. Tórax tipo normal com boa expansibilidade; AP: MV + com presença de roncos difusos bilateralmente; AC: BNF2TRR; normotensão e normoisfigmo. Abdômen globoso, distendido e doloroso à palpação profunda em região periumbilical, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Extremidades íntegras, sem edemas e normoperfundidas. Dieta via sonda naso enteral (SNE) com boa aceitação. Queixa de constipação intestinal e dificuldade de micção espontânea durante os episódios de dor abdominal. Segue com queixas álgicas em região abdominal, AVP em MSD pérvio e funcionante com HV em curso. Padrão de sono e repouso insatisfatórios devido dor abdominal. Segue aos cuidados da equipe multiprofissional.

SSVV:

P: 111 bpm

T: 36,4 °C

PA: 80/50 mmHg

R: 21 rpm

SAT: 98%

Dor: afirma

Pontuou nas escalas:

Glasgow: 14

Braden: 15

Escala de Hopkins: 7

### 3.3. Diagnóstico de Enfermagem

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA)</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)</b>	<b>RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)</b>
Padrão respiratório ineficaz (00032) Relacionado a: secreção traqueobrônquica (tosse produtiva), presença de roncos difusos Evidenciado por: ausculta de roncos bilaterais, tosse produtiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento respiratório, Terapia de higiene brônquica</li> <li>• Auscultar sons respiratórios regularmente</li> <li>• Incentivar a tosse produtiva eficaz</li> <li>• Manter cabeceira elevada</li> <li>• Oferecer fluidos, se possível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas</li> <li>• Paciente apresentará sons respiratórios claros, sem roncos, com padrão respiratório eficaz</li> </ul>
Débito cardíaco diminuído (00029) Relacionado a: possível comprometimento hepático (icterícia 4+/4+), anemia (hipocorado), astenia Evidenciado por: hipocoramento, astenia em MMII, sonolência, rebaixamento do estado geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento hemodinâmico, Controle da dor</li> <li>• Monitorar sinais vitais e perfusão periférica</li> <li>• Observar sinais de hipoperfusão (palidez, letargia)</li> <li>• Garantir repouso e ambiente calmo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusion tecidual: sistêmica</li> <li>• Sinais vitais estáveis, melhora da coloração e do estado de consciência</li> </ul>
Padrão de sono prejudicado (00095) Relacionado a: dor abdominal persistente Evidenciado por: relato de sono insatisfatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir estímulos durante a noite</li> <li>• Avaliar dor antes de dormir e medicar conforme prescrição</li> <li>• Promover conforto (posicionamento, higiene, temperatura adequada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente relata sono mais reparador, com redução das queixas de cansaço</li> </ul>
Dor aguda (00132) Relacionado a: processos patológicos no trato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar intensidade e localização da dor frequentemente</li> <li>• Medicar conforme prescrição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da dor relatada pelo paciente, melhora</li> </ul>

<p>gastrointestinal Evidenciado por: queixa de dor abdominal intensa, rebaixamento do estado geral, sonolência, dificuldade para deambular</p>	<p>médica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicar medidas não farmacológicas (compressas mornas, posicionamento)</li> </ul>	<p>do bem-estar geral</p>
<p>Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo evidenciado pela integridade da pele prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorar o local de acesso quanto a vermelhidão, edema, calor, drenagem, hematoma, sangramento e redução da sensibilidade. (24/24h)</li> <li>● Evitar a compressão mecânica dos membros do paciente próximo ao cateter periférico</li> <li>● Ensinar o paciente a evitar compressão mecânica de local de acesso periférico.</li> <li>● Manter técnica asséptica rigorosa.</li> <li>● Salinizar as linhas endovenosas entre as administrações de soluções incompatíveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevenção, redução e eliminação do risco de infecção.</li> </ul>
<p>Mobilidade física prejudicada (00085) Relacionado a: perda de força em membros inferiores Evidenciado por: necessidade de auxílio para deambulação, astenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ajudar o paciente a deambular com apoio</li> <li>● Avaliar força muscular regularmente</li> <li>● Orientar sobre o uso de dispositivos de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Paciente deambula com maior segurança e independência gradativa</li> </ul>
<p>Constipação intestinal (00011) Relacionado a: dieta enteral, imobilidade relativa, dor abdominal Evidenciado por: queixa de constipação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorar padrão intestinal diariamente</li> <li>● Estimular ingestão de líquidos, se permitido</li> <li>● Avaliar necessidade de laxantes prescritos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Eliminação regular de fezes sem desconforto</li> </ul>
<p>Eliminação urinária prejudicada (00016) Relacionado a: dor abdominal durante a micção Evidenciado por: dificuldade de micção espontânea durante os episódios de dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar frequência e características da micção</li> <li>● Oferecer suporte durante episódios de dor</li> <li>● Avaliar necessidade de intervenção médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Retorno ao padrão normal de micção, sem dor associada</li> </ul>

<p>Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195) Relacionado a: desidratação, vômitos com sangue (hematêmese), diarreia ou ausência de diurese/micção clara</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar exames laboratoriais (Na, K, ureia, creatinina)</li> <li>• Manter hidratação conforme prescrição</li> <li>• Observar sinais de desequilíbrio (confusão, fraqueza, arritmias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Níveis laboratoriais dentro da normalidade, sem sintomas clínicos de desequilíbrio</li> </ul>
<p>Nutrição desequilibrada: inferior às necessidades corporais (00002) Relacionado a: doença gastrointestinal, uso de SNE Evidenciado por: uso de dieta via SNE, rebaixamento do estado geral, possível hipovitaminose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar aceitação da dieta enteral</li> <li>• Monitorar peso e IMC</li> <li>• Observar sinais de intolerância à dieta (náuseas, vômitos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa aceitação da dieta, manutenção ou ganho de peso adequado</li> </ul>
<p>Integridade da pele prejudicada (00046) – potencial Relacionado à: imobilidade parcial, estado geral rebaixado, desidratação Evidenciado por: risco aumentado, mesmo sem lesões descritas (prevenção é essencial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposicionar paciente a cada 2 horas, se restrito ao leito</li> <li>• Manter pele limpa e seca</li> <li>• Usar coxins ou colchão especial se necessário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pele íntegra, ausência de lesões durante a internação</li> </ul>

### 3.4. Plano Assistencial

Diagnósticos (NANDA)	Intervenções
<p>Padrão respiratório ineficaz relacionado à presença de secreções, evidenciado por tosse produtiva e roncos difusos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>.</li> <li>• Incentivar a tosse eficaz e higiene brônquica.</li> <li>• Realizar fisioterapia respiratória (com equipe especializada).</li> </ul>
<p>Dor aguda relacionada a distensão abdominal, evidenciada por queixa verbal de dor e padrão de sono prejudicado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar intensidade e localização da dor com escala de dor.</li> <li>• Administrar analgesia prescrita e monitorar efeitos.</li> <li>• Aplicar medidas não farmacológicas (ex: compressa morna se indicada).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acompanhar evolução da distensão abdominal e peristaltismo.</li> <li>● Verificar resposta à alimentação por SNE.</li> </ul>
Mobilidade física prejudicada relacionada à astenia e perda de força em MMII, evidenciada por necessidade de auxílio para deambulação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Auxiliar na deambulação segura com supervisão da fisioterapia.</li> <li>● Reposicionar frequentemente no leito para prevenir lesões por pressão.</li> <li>● Estimular exercícios passivos e ativos conforme tolerância.</li> <li>● Avaliar força muscular periodicamente.</li> </ul>
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado à hematêmese e hematúria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorar balanço hídrico rigorosamente.</li> <li>● Avaliar aspecto e volume de vômitos, urina e fezes.</li> <li>● Observar sinais de sangramento ativo.</li> <li>● Acompanhar exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos, função hepática/renal).</li> </ul>
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada à via de alimentação enteral e ao estado geral comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorar aceitação e tolerância à dieta por SNE.</li> <li>● Verificar posicionamento da sonda nasoenteral antes das dietas.</li> <li>● Registrar diarreia, náuseas, vômitos ou distensão abdominal.</li> <li>● Acompanhar ganho/perda de peso e exames laboratoriais nutricionais.</li> <li>● Trabalhar em conjunto com nutricionista.</li> </ul>
Eliminação urinária prejudicada relacionada à dor abdominal e dificuldade para micção espontânea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observar frequência, volume e aspecto da diurese.</li> <li>● Avaliar necessidade de sondagem vesical conforme prescrição.</li> <li>● Estimular a ingestão hídrica (se permitido).</li> <li>● Registrar queixas de dor ao urinar.</li> </ul>
Sono prejudicado relacionado à dor abdominal e desconforto físico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Proporcionar ambiente tranquilo e livre de estímulos noturnos.</li> <li>● Controlar a dor antes do período noturno.</li> <li>● Promover conforto (higiene, posicionamento, silêncio).</li> <li>● Avaliar rotina de sono e fatores que interferem no descanso.</li> </ul>

Integridade da pele prejudicada (potencial) relacionada à mobilidade reduzida e estado nutricional comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inspecionar a pele diariamente, principalmente proeminências ósseas.</li> <li>● Utilizar coxins/almofadas para alívio de pressão.</li> <li>● Estimular mudanças de decúbito a cada 2h.</li> <li>● Hidratar a pele e manter higiene adequada.</li> </ul>
Educação e Apoio Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instruir mãe e família sobre o estado clínico e a evolução.</li> <li>● Envolver a família nos cuidados básicos quando possível.</li> <li>● Oferecer apoio emocional à mãe frente à situação clínica do filho.</li> </ul>

### 3.5. Plano de Cuidados

Após a internação hospitalar com a implementação da SAE e do PE, visando a um acompanhamento holístico e integralizado ao assistido, são traçadas estratégias de cuidado com base nos aspectos não fisiológicos. Nesse sentido, para melhor vigilância do quadro clínico, é necessário: manter monitoramento contínuo dos sinais vitais e do nível de consciência, atentando para qualquer sinal de instabilidade clínica; avaliar e registrar o padrão respiratório, observando a presença de secreções e realizando ausculta pulmonar frequente, em virtude da presença de roncos difusos bilateralmente e tosse produtiva; manter a via aérea permeável e incentivar a higiene brônquica por meio de mudanças de decúbito, aspiração de vias aéreas se necessário e estímulo à tosse eficaz.

Bem como, garantir a hidratação adequada conforme prescrição médica, observando sinais de desidratação e hipoperfusão, realizar controle rigoroso de diurese e avaliar o padrão urinário, especialmente devido ao relato de hematúria e dificuldade de micção durante os episódios de dor, avaliar e registrar o aspecto e a frequência das evacuações, intervindo conforme protocolo institucional diante da constipação. Promover conforto e alívio da dor, avaliando periodicamente a intensidade da dor abdominal e administrando medicação prescrita, bem como posicionando o paciente de forma a reduzir desconfortos. Manter a administração da dieta por sonda nasoenteral (SNE) com controle da aceitação e sinais de intolerância gastrointestinal. Manter vigilância quanto a sinais de agravamento do quadro abdominal, devido à dor intensa, distensão e sensibilidade à palpação.

Além disso, é uma estratégia eficaz na assistência realizar cuidados com o acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito, garantindo sua integridade e funcionamento, além de observar sinais de flebite ou infiltração. Promover medidas para melhorar a qualidade do sono e repouso, minimizando

estímulos noturnos e ajustando horários de intervenções quando possível. Auxiliar na mobilidade e deambulação, sempre com supervisão, devido à perda de força em membros inferiores. Estimular a comunicação do paciente e familiares com a equipe multiprofissional, esclarecendo dúvidas e acolhendo demandas. Realizar registros de enfermagem atualizados e repassar informações relevantes à equipe, garantindo continuidade e integralidade do cuidado. Manter vigilância quanto à evolução do quadro clínico e comunicar prontamente qualquer alteração ao enfermeiro responsável e à equipe médica.

Dessa forma, todos os cuidados são prestados de forma humanizada, respeitando a dignidade e o conforto do paciente. Todo o processo de cuidar voltado ao indivíduo com Encefalite Herpética contou com a colaboração de uma equipe multiprofissional, onde havia o compartilhamento de decisões sobre as condutas a serem adotadas, visando um melhor prognóstico. Médicos atuando na avaliação de exames clínicos, prescrição medicamentosa e avaliação da evolução do paciente; fisioterapeutas contribuindo com a parte motora; psicólogos atuando a fim de minimizar os danos à saúde mental; e nutricionistas avaliando a dieta e a prescrição dos nutrientes necessários. Vale salientar que a família era assistida todos os dias e a mãe por ser um paciente pediátrico o acompanhava 24 horas.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Déficit no padrão de sono relacionado à dor abdominal evidenciado por queixas de sono insatisfatório.	Melhorar o padrão de sono e proporcionar conforto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar intensidade e localização da dor regularmente.</li> <li>- Administrar analgésicos conforme prescrição médica.</li> <li>- Promover um ambiente tranquilo e confortável.</li> <li>- Posicionar o paciente de forma que minimize o desconforto.</li> </ul>
Dor aguda relacionada a processo patológico gastrointestinal evidenciada por verbalização de dor.	Aliviar ou controlar a dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar sinais vitais e escala de dor.</li> <li>- Administrar medicamentos conforme prescrição.</li> <li>- Aplicar medidas não farmacológicas (ex: compressas mornas).</li> <li>- Registrar resposta às intervenções.</li> </ul>
Déficit na eliminação urinária relacionado à dor e desconforto abdominal evidenciado por dificuldade de micção espontânea.	Promover eliminação urinária eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular micção regular.</li> <li>- Avaliar distensão vesical e volume urinário.</li> <li>- Notificar a equipe médica se necessário.</li> <li>- Estimular ingestão hídrica conforme tolerância.</li> </ul>
Constipação intestinal relacionada à redução da motilidade e dor abdominal evidenciada por queixa do paciente.	Restabelecer padrão intestinal normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evacuações.</li> <li>- Estimular dieta rica em fibras e hidratação via SNE.</li> <li>- Estimular deambulação assistida.</li> <li>- Administrar laxativos se prescritos.</li> </ul>
Déficit no autocuidado para locomoção	Promover mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar na deambulação.</li> <li>- Manter grades elevadas e campainha acessível.</li> </ul>

relacionado à fraqueza em MMII.	segura prevenir quedas.	e	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular exercícios passivos/ativos conforme prescrição.</li> <li>- Avaliar necessidade de fisioterapia.</li> </ul>
Risco de infecção relacionado ao uso de AVP e condição clínica debilitada.	Prevenir infecções associadas a dispositivos invasivos.	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cuidados com AVP conforme protocolo.</li> <li>- Iinspecionar o local quanto a sinais flogísticos.</li> <li>- Utilizar técnica asséptica.</li> <li>- Monitorar sinais de infecção.</li> </ul>
Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais relacionada a uso de SNE.	Garantir aporte nutricional adequado.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar a aceitação da dieta.</li> <li>- Verificar posicionamento/permeabilidade da SNE.</li> <li>- Controlar balanço hídrico e sinais de desidratação.</li> <li>- Registrar evolução nutricional.</li> </ul>

### 3.6. Evolução de Enfermagem

O acompanhamento foi realizado com base na evolução de enfermagem, correspondente à quinta etapa do Processo de Enfermagem, conforme a teoria de Wanda Horta. Diariamente, durante o estágio, o estudante, em conjunto com o enfermeiro preceptor, conduzia a evolução e avaliava as respostas do paciente às intervenções realizadas pela equipe de saúde. Foi realizado um exame físico completo, da cabeça aos pés, com atenção especial aos sinais vitais (notadamente frequência respiratória e dor), estado geral, nível de consciência, alimentação, deambulação e atividade muscular, higiene, controle de diurese, peso e balanço hídrico. Com o diagnóstico clínico confirmado e a administração adequada da medicação, o paciente apresentava respostas positivas às intervenções, evidenciadas pela melhora progressiva no nível de consciência, alívio da dor, aprimoramento do padrão respiratório, maior aceitação alimentar, melhora da atividade motora e da capacidade de deambulação.

## 4. CONCLUSÃO

Com base no relato apresentado, foi possível perceber a relevância fundamental do enfermeiro na assistência direta a uma criança com diagnóstico de Encefalite Herpética. A utilização de uma teoria de enfermagem, como a de Wanda Horta, mostrou-se essencial para o planejamento e direcionamento adequado dos cuidados prestados em um hospital infantil de referência. Nesse contexto, o enfermeiro, enquanto profissional qualificado para lidar com situações de cuidado complexo, deve fundamentar suas ações nas melhores evidências científicas disponíveis. Destaca-se, ainda, que a aplicação das seis fases do Processo de Enfermagem (PE), orientadas por essa teoria, proporcionou aos acadêmicos de enfermagem uma experiência extremamente enriquecedora, não apenas pela contribuição para a evolução clínica positiva do paciente, mas também pelo fortalecimento do trabalho em equipe e pela valorização da enfermagem como ciência aplicada.

## REFERÊNCIAS

- HANLEY, D. F.; JOHNSON, R. T.; WHITLEY, R. J. Sim, a biópsia cerebral deve ser um pré-requisito para o tratamento da encefalite por herpes simplex. **Archives of Neurology**, v. 44, n. 12, p. 1289-1290, dez. 1987.
- TYLER, K. L. Infecções pelo vírus herpes simplex do sistema nervoso central: encefalite e meningite, incluindo a doença de Mollaret. **Herpes**, v. 11, supl. 2, p. 57A-64A, jun. 2004.
- LE DOARE, K. et al. Consulta de quinze minutos: manejo da encefalite herpética neonatal e infantil. **Archives of Disease in Childhood - Education and Practice Edition**, v. 100, n. 2, p. 58-63, abr. 2015.
- OSTLER, J. B. et al. Regulação da infecção produtiva por herpesvírus neurotrópico e do ciclo de latência-reativação pelo receptor de glicocorticoide e fatores de transcrição induzidos por estresse. **Vitamins and Hormones**, v. 117, p. 101-132, 2021.
- ZHU, S.; VIEJO-BORBOLLA, A. Patogênese e virulência do vírus herpes simplex. **Virulence**, v. 12, n. 1, p. 2670-2702, dez. 2021.
- SMITH, J. S.; ROBINSON, N. J. Prevalência específica por idade da infecção pelo vírus herpes simplex tipos 2 e 1: uma revisão global. **Journal of Infectious Diseases**, v. 186, supl. 1, p. S3-28, 15 out. 2002.
- HJALMARSSON, A.; BLOMQVIST, P.; SKÖLDENBERG, B. Encefalite por herpes simplex na Suécia, 1990-2001: incidência, morbidade e mortalidade. **Clinical Infectious Diseases**, v. 45, n. 7, p. 875-880, 1 out. 2007.
- PIRET, J.; BOIVIN, G. Estratégias imunomoduladoras na encefalite causada pelo vírus herpes simplex. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 33, n. 2, p. 18, mar. 2020.
- GRANEROD, J. et al. Causas da encefalite e diferenças em suas apresentações clínicas na Inglaterra: um estudo prospectivo multicêntrico de base populacional. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 10, n. 12, p. 835-844, dez. 2010.
- HUPPATZ, C. et al. Etiologia da encefalite na Austrália, 1990-2007. **Emerging Infectious Diseases**, v. 15, n. 9, p. 1359-1365, set. 2009.
- GEORGE, B. P.; SCHNEIDER, E. B.; VENKATESAN, A. Taxas de hospitalização por encefalite e mortalidade de pacientes internados nos Estados Unidos, 2000-2010. **PLoS One**, v. 9, n. 9, e104169, 2014.
- WHITLEY, R. J.; GNANN, J. W. Encefalite viral: infecções familiares e patógenos emergentes. **The Lancet**, v. 359, n. 9305, p. 507-513, 9 fev. 2002.
- ALONSO-VANEGAS, M. A. et al. Encefalite recorrente por vírus herpes simples após cirurgia neurológica. **World Neurosurgery**, v. 89, p. 731.e1-731.e5, maio 2016.
- WAACK, A. et al. Encefalite por vírus herpes simplex-1 secundária à radioterapia de cérebro inteiro para carcinoma de células renais metastático. **Radiology Case Reports**, v. 17, n. 12, p. 4746-4751, dez. 2022.

VARATHARAJ, A. et al. Encefalite granulomatosa focal por herpes simplex tipo 1 responsiva a corticoides em adultos. **Practical Neurology**, v. 17, n. 2, p. 140-144, abr. 2017.

MCGRATH, N. M. et al. Síndrome opercular anterior, causada por encefalite por herpes simples. **Neurology**, v. 49, n. 2, p. 494-497, ago. 1997.

DENES, E. et al. Síntese intratecal de anticorpos específicos como marcador de encefalite por herpes simplex em pacientes com PCR negativo. **Swiss Medical Weekly**, v. 140, p. w13107, 2010.

SUTTER, R. et al. Eletroencefalografia para diagnóstico e prognóstico de encefalite aguda. **Clinical Neurophysiology**, v. 126, n. 8, p. 1524-1531, ago. 2015.

TAYLOR, M.; GERRIETS, V. Aciclovir. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 7 maio 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482185/>.

RASCHILAS, F. et al. Resultados e fatores prognósticos para encefalite por herpes simples em pacientes adultos: resultados de um estudo multicêntrico. **Clinical Infectious Diseases**, v. 35, n. 3, p. 254-260, 1 ago. 2002.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Educação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.