

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM LESÃO DE PELE NA REGIÃO SACRA (LLP) NA UTI ADULTO

Maria Alice Valory Alves

RESUMO

As lesões de pele na região sacra (LLP), também conhecidas como úlceras por pressão, constituem uma das complicações mais frequentes e graves entre pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), resultantes da combinação de imobilidade prolongada, redução da perfusão tecidual, comprometimento nutricional e alterações hemodinâmicas. O presente estudo tem como objetivo descrever detalhadamente as ações de enfermagem que fundamentam a prevenção, a avaliação e o tratamento dessas lesões no paciente adulto crítico. Trata-se de revisão integrativa da literatura científica, com consulta a bases de dados especializadas, selecionando publicações compreendidas entre os anos de 2023 e 2026. Os resultados demonstram que a assistência de enfermagem é fator determinante para a redução da incidência dessas lesões, destacando-se como medidas essenciais a avaliação diária do risco, a mudança periódica de decúbito, os cuidados sistemáticos com a integridade da pele, a garantia de suporte nutricional adequado e a escolha correta de curativos e superfícies de alívio de pressão. Conclui-se que a atuação qualificada e contínua da enfermagem é indispensável para evitar o aparecimento de lesões, impedir sua progressão, reduzir tempo de internação e promover a cicatrização, sendo elemento central para a qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente crítico.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Enfermagem. Terapia Intensiva.

EDITADO POR
Edson Silva-Filho

REVISADO POR
Donato Braz Junior e Juliana
Guimarães

RECEBIDO: 31 de Agosto de 2026

ACEITO: 14 de Setembro de 2026

PUBLICADO: 25 de Setembro de
2026

COPYRIGHT

© 2026. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CCBY). O uso, distribuição ou reprodução em outros fóruns é permitido, desde que o(s) autor(es) original(is) e o(s) proprietário(s) dos direitos autorais sejam creditados e que a publicação original neste periódico seja citada, de acordo com a prática acadêmica aceita. Não é permitido uso, distribuição ou reprodução que não esteja em conformidade com esses termos.

RESUMEN

Las lesiones de la piel en la región sacra (LPRS), también conocidas como úlceras por presión, constituyen una de las complicaciones más frecuentes y graves entre los pacientes críticos ingresados en Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Se producen por la combinación de inmovilidad prolongada, reducción de la perfusión tisular, compromiso nutricional y alteraciones hemodinámicas. El presente estudio tiene como objetivo describir detalladamente las acciones de enfermería que sustentan la prevención, la evaluación y el tratamiento de estas lesiones en el paciente adulto crítico. Se trata de una revisión integradora de la literatura científica, con consulta a bases de datos especializadas, seleccionando publicaciones comprendidas entre los años 2023 y 2026. Los resultados demuestran que la asistencia de enfermería es un factor determinante para la reducción de la incidencia de estas lesiones. Destacan como medidas esenciales la evaluación diaria del riesgo, el cambio periódico de decúbito, los cuidados sistemáticos de la integridad cutánea, la garantía de un soporte nutricional adecuado y la elección correcta de apósitos y superficies de alivio de la presión. Se concluye que la actuación calificada y continua de enfermería es indispensable para evitar la aparición de lesiones, impedir su progresión, reducir el tiempo de hospitalización y promover la cicatrización, siendo un elemento central para la calidad y seguridad de la atención prestada al paciente crítico.

Palabras clave: Úlcera por Presión. Enfermería. Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva é o ambiente destinado ao atendimento de pacientes em estado crítico de saúde, que apresentam instabilidade de funções vitais e dependem de suporte tecnológico e terapêutico contínuo para sobreviver. Nesse contexto, os pacientes frequentemente apresentam restrição severa de mobilidade, alterações na circulação sanguínea, distúrbios na nutrição e hidratação, além de comprometimento da consciência e da percepção sensorial, fatores que, em conjunto, elevam substancialmente o risco de desenvolvimento de lesões de pele decorrentes da pressão exercida sobre as proeminências ósseas do corpo. Dentre todas as regiões do corpo, a região sacra é uma das mais afetadas, pois concentra grande parte do peso corporal na posição supina, permanecendo submetida a pressão contínua, associada a forças de cisalhamento e atrito que comprometem gradualmente a circulação local e levam à morte do tecido quando não há intervenção oportuna. (ANVISA, 2023; COFEN, 2024).

As lesões de pele na região sacra representam um grave problema de saúde pública e de qualidade hospitalar, pois geram aumento no tempo de internação, elevam os custos assistenciais, favorecem o surgimento de infecções graves e trazem grande sofrimento físico e emocional ao paciente e à sua família. A ocorrência dessas lesões é reconhecida internacionalmente como um indicador da qualidade da assistência de enfermagem, visto que a grande maioria dos casos pode ser evitada com medidas simples, aplicadas de forma sistemática e contínua pela equipe de saúde. A enfermagem, por manter contato direto, prolongado e constante com o paciente ao longo de todo o período de internação, ocupa posição estratégica e insubstituível nesse processo, sendo a profissional responsável pela avaliação diária da pele, pela identificação precoce dos fatores de risco, pela execução das medidas preventivas e pelo manejo adequado da lesão quando ela já se encontra instalada. (SILVA et al., 2024; COSTA et al., 2024).

Apesar de existirem conhecimentos consolidados sobre as formas de prevenção e tratamento dessas lesões, observa-se que elas continuam ocorrendo em grande número nas unidades de terapia intensiva do país, o que revela a necessidade de fortalecer a aplicação dos conhecimentos científicos, a padronização de condutas e a capacitação da equipe de enfermagem. A adoção de protocolos assistenciais, a utilização de instrumentos validados de avaliação de risco e a organização de rotinas de cuidado são medidas que demonstram resultados positivos na redução da incidência de lesões, devendo ser parte integrante da prática diária da enfermagem na UTI. O presente estudo justifica-se pela importância de reunir e difundir os conhecimentos mais recentes

sobre o tema, de modo a orientar a prática profissional e contribuir para a melhoria da assistência prestada ao paciente crítico. (GOMES et al., 2023; MARTINS; FERREIRA, 2025).

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura científica, realizada por meio de consulta às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e SciELO. Foram selecionados artigos publicados no período de 2023 a 2026, em língua portuguesa, que abordassem diretamente os cuidados de enfermagem com lesões de pele na região sacra em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Foram excluídos trabalhos repetidos, resumos expandidos, textos incompletos e estudos que não se alinharam ao objetivo proposto. Ao final, constituiu-se a amostra de estudos e procedeu-se à leitura, análise e síntese dos achados, organizando os resultados em categorias temáticas. (PICOITO et al., 2023).

DESENVOLVIMENTO

A assistência de enfermagem ao paciente em risco ou portador de lesão sacra inicia-se pela avaliação sistemática e completa do paciente, realizada na admissão e repetida diariamente, ou sempre que houver alteração no seu quadro clínico. Para essa avaliação, recomenda-se a utilização de instrumentos validados, sendo a Escala de Braden a mais amplamente utilizada no Brasil, que permite medir o grau de risco por meio da avaliação de seis fatores: percepção sensorial, umidade da pele, nível de atividade, mobilidade, nutrição e presença de atrito e cisalhamento. Com base no resultado dessa avaliação, a enfermagem planeja e executa as medidas de cuidado de acordo com o grau de risco identificado. A mudança de decúbito é considerada a medida preventiva mais eficaz e deve ser realizada a cada duas horas, ou em intervalos menores nos casos de risco muito elevado, reposicionando o paciente de forma suave e apoiando as proeminências ósseas com travesseiros e coxins, de modo a aliviar a pressão sobre a região sacra e evitar o deslizamento do corpo no leito. (COSTA et al., 2024).

Os cuidados com a integridade da pele são igualmente fundamentais. A pele deve ser mantida limpa, seca e hidratada, utilizando água morna e sabonete de pH neutro, evitando-se esfregações vigorosas, produtos abrasivos e panos ásperos que possam causar microlesões. Deve-se manter especial atenção às regiões expostas à umidade por suor, urina ou fezes, pois a umidade excessiva amacia a pele e aumenta significativamente a probabilidade de lesão. Além dos cuidados

locais, a enfermagem deve acompanhar e estimular a ingestão de água, proteínas, calorias, vitaminas e minerais, com o apoio da equipe de nutrição, pois a boa nutrição é condição essencial para manter a resistência da pele e favorecer o processo de cicatrização. (MARTINS; FERREIRA, 2025).

Quando a lesão já está instalada, a avaliação da enfermagem deve registrar o estágio da lesão, suas medidas, a presença de tecido vivo ou desvitalizado, a quantidade e características da secreção, a presença de odor e sinais de infecção local. Com base nessa avaliação, escolhe-se o curativo adequado, de modo a manter ambiente úmido favorável à cicatrização, absorver o excesso de secreção e proteger a lesão de traumas e contaminação. É fundamental evitar posicionar o paciente sobre a lesão e utilizar superfícies especiais de suporte, como colchões pneumáticos ou de espuma de alta densidade, que reduzem a pressão distribuindo o peso do corpo de forma mais uniforme. A enfermagem também deve orientar a equipe de saúde e os familiares sobre os cuidados necessários, garantindo que as condutas sejam mantidas de forma contínua e uniforme durante todo o período de internação. (LIMA et al., 2026).

RESULTADOS

Os estudos analisados demonstram de forma consistente que a adoção de rotinas estruturadas de avaliação e cuidados de enfermagem reduz significativamente a incidência de lesões sacrais em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Verificou-se que a avaliação diária do risco associada à mudança sistemática de decúbito reduziu em até 40% o aparecimento de novas lesões nas amostras estudadas. Observou-se também que quando os cuidados com higiene, hidratação e nutrição são realizados de forma adequada e contínua, o tempo de cicatrização das lesões instaladas diminui consideravelmente e a taxa de complicações e infecções é significativamente menor. Por outro lado, a ausência de protocolos institucionais, a sobrecarga de trabalho da equipe e a falta de capacitação foram apontadas como as principais barreiras que dificultam a prestação de uma assistência ideal. (SILVA et al., 2024; RAMALHO et al., 2025).

DISCUSSÃO

Os achados reunidos neste estudo confirmam que a lesão de pele na região sacra em paciente crítico é, na grande maioria dos casos, um evento que pode ser evitado, sendo a qualidade da assistência de enfermagem o fator que mais influencia a sua ocorrência ou não. A imobilidade imposta pelo quadro clínico grave torna o paciente especialmente vulnerável, exigindo intervenções

precoces, organizadas e mantidas ao longo de todo o dia. A literatura científica recente destaca que não basta apenas mudar a posição do paciente em horários fixos: é necessário avaliar o risco individualmente, cuidar diariamente da pele, garantir aporte nutricional adequado e escolher corretamente os materiais e curativos utilizados. A padronização dos cuidados por meio de protocolos institucionais melhora a qualidade do atendimento, reduz a variação entre os profissionais e garante que nenhum cuidado essencial seja esquecido. Quando a prevenção não é suficiente e a lesão surge, a conduta técnica adequada da enfermagem é capaz de impedir que ela se aprofunde e se torne ferida grave, reduzindo assim o tempo de internação, os custos de tratamento e o risco de complicações graves como infecção generalizada. (GOMES et al., 2023; ANVISA, 2023).

CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem constitui-se em elemento fundamental e indispensável na prevenção e no tratamento de lesões de pele na região sacra em pacientes adultos internados na Unidade de Terapia Intensiva. Por meio da avaliação diária do risco, da mudança periódica e correta de decúbito, dos cuidados sistemáticos com a integridade da pele, do estímulo e acompanhamento da nutrição e hidratação, e do manejo técnico adequado da ferida, a enfermagem protege o paciente de complicações evitáveis e favorece sua recuperação. Recomenda-se que as instituições de saúde implantem protocolos assistenciais, forneçam materiais adequados e promovam a capacitação contínua da equipe de enfermagem, de modo a garantir uma assistência segura, humanizada e baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 05/2023: Práticas de Segurança do Paciente — Prevenção de Lesão por Pressão. Brasília, 2023.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 736/2024 — Dispõe sobre o Processo de Enfermagem e suas diretrizes gerais. Brasília, 2024.
- COSTA, M. A. S. et al. Estratégias de prevenção de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 3, p. 45–53, 2024.
- GOMES, L. F. et al. Cuidados de enfermagem com úlceras por pressão em pacientes críticos: revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 44, n. 3, p. 1–11, 2023.
- LIMA, P. R. et al. Condutas de enfermagem no tratamento de lesões por pressão em UTI adulto. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 34, e92145, 2026.
- MARTINS, C. R.; FERREIRA, S. B. Nutrição, hidratação e integridade da pele no paciente crítico. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 15, p. 1–14, 2025.

PICOITO, M. A. et al. Revisão integrativa da literatura: guia prático de elaboração. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 24, n. 2, p. 1–12, 2023.

RAMALHO, J. L. et al. Impacto de protocolo de enfermagem na incidência de lesões por pressão em UTI. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 37, n. 1, p. 78–86, 2025.

SILVA, R. F. et al. Fatores associados ao desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes de terapia intensiva. Revista de Enfermagem da USP, v. 58, n. 4, p. 210–218, 2024.