

## Sección Estudio de caso

# E quando a cirurgia de coluna complica? Um relato de intervenção psicológica no CTI

## And when spinal surgery complicates? A report of psychological intervention in the ICU

Tatiana de Moura Carvalho  
Brasil – Rio de Janeiro

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – Ministério da Saúde

Trabajo ganador del Premio *Pablo Riso* en la categoría Estudio de caso presentado en sesiones coordinadas en el XII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Existencia

### Resumo

Este trabalho apresenta a análise clínica de "Ana", 18 anos, paciente com cifoescoliose congênita grave, atendida no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). O relato abrange desde o pré-operatório até a alta hospitalar, totalizando um ano e oito meses de internação, sendo um ano e meio em CTI devido a complicações graves (paraplegia, insuficiência respiratória). O objetivo é ilustrar, sob a perspectiva fenomenológico-existencial, como o adoecimento desestabiliza o ser-no-mundo e a importância da intervenção psicológica no contexto de alta complexidade. Aborda-se a atuação do psicólogo à beira do leito, o manejo da relação com a família e a equipe multiprofissional, e o suporte diante do sofrimento físico e psíquico. Conclui-se que o trabalho interdisciplinar e a escuta clínica foram determinantes para a recuperação da paciente e para a articulação entre suas restrições de possibilidades de ser-no-mundo a partir da paraplegia e a abertura para novos horizontes de sentido.

### Palavras-chave

Psicologia hospitalar; Psicologia fenomenológico-existencial; Cuidado interdisciplinar; Cirurgia de Coluna; Atendimento psicológico em CTI.

### Abstract

This work presents the clinical analysis of "Ana," 18 years old, a patient with severe congenital kyphoscoliosis treated at the National Institute of Traumatology and Orthopedics (INTO). The report covers the period from preoperative care to hospital discharge, totaling one year and eight months of hospitalization, including one and a half years in the ICU due to severe complications (paraplegia, respiratory

failure). The objective is to illustrate, from a phenomenological-existential perspective, how illness destabilizes being-in-the-world and the importance of psychological intervention in a high-complexity context. The paper addresses the psychologist's bedside role, the management of the relationship with the family and the multidisciplinary team, and the support provided in the face of physical and psychological suffering. It concludes that interdisciplinary work and clinical listening were decisive for the patient's recovery and for articulating the restrictions on her possibilities of being-in-the-world as a result of paraplegia with the opening toward new horizons of meaning.

### Keywords

Hospital psychology; Phenomenological-existential psychology; Interdisciplinary care; Spinal surgery; Psychological care in the ICU.

### Introdução

Neste trabalho apresento o relato clínico de "Ana", 18 anos, com cifoescoliose congênita grave, acompanhada no INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Internou-se em 2021 para a correção cirúrgica e recebeu alta um ano e oito meses depois, cerca de dois meses na enfermaria e um ano e meio no CTI. O caso ilustra, sob a perspectiva fenomenológico-existencial, como o adoecimento desestabiliza o ser-no-mundo e exige cuidado integral e interdisciplinar. O foco recai sobre: (i) atuação do(a) psicólogo(a) hospitalar na perspectiva fenomenológico-existencial; (ii) atendimento psicológico à beira leito; (iii) importância da família; (iv) relação com a equipe multiprofissional e o trabalho interdisciplinar; (v) relevância do sofrimento físico, além do psíquico.



Instituto Nacional de traumatología y ortopedia

### Contexto hospitalar e linha do tempo pré-operatória

O INTO é referência nacional em ortopedia de alta complexidade, estruturado em Centros de Atendimento Especializados – CAE , com equipes multiprofissionais que incluem Ortopedia, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, entre outros profissionais. No CAE Coluna, onde atuo há mais de 15 anos, são frequentes cirurgias de coluna de alto risco: déficits neurológicos (paraplegia/tetraplegia), infecções, internações prolongadas e óbito.

Meu primeiro contato com Ana ocorreu em 2018, em avaliação ambulatorial pré-operatória. Ela e a avó já haviam sido esclarecidas pela Ortopedia sobre os riscos, mas a doença progredia e comprometia a respiração. À época, aos 15 anos, mostrava tranquilidade e confiança. Criada pelos avós, estava habituada a hospitais e a múltiplas cirurgias. Mantinha contato com a mãe e estudava; sua inteligência e capacidade de articulação se tornaram evidentes ao longo da internação.

Internou-se, aos 18 anos, acompanhada da mãe. Realizei o primeiro atendimento a Ana e sua mãe no mesmo dia que se internaram, fazendo o que chamamos de “Entrevista Psicológica Inicial”, com o objetivo de avaliar alguns aspectos importantes sobre hábitos de vida, reação frente à hospitalização e à doença, experiências prévias de internação, suporte familiar e se possui informações sobre a cirurgia, riscos e benefícios. Ana inicialmente estava tranquila, mas logo “desmonta” num choro e se diz ansiosa “para fazer logo a cirurgia” - tensão típica da passagem do planejamento à intervenção.

### Plano cirúrgico em duas etapas – 1a etapa /Atendimentos psicológicos iniciais

O tratamento previa duas etapas integradas: (1) halo cefálico (espécie de “coroa” fixada ao crânio), com tração progressiva por cerca de dois meses; processo fisicamente exigente para paciente frágil e de baixo peso, com dor e vômitos iniciais, seguidos de relativa adaptação. (2) Artrodese com implantação de próteses metálicas nas vértebras afetadas e a retirada de costelas e vértebras para viabilizá-la.



Figura 1  
Visão lateral da colocação do halo craniano.

O halo cefálico com paciente em tração





1 e 2 - Fotos clínicas de um paciente com cifoescoliose grave, antes e depois da cirurgia

3 e 4 - Exames de imagem da coluna de um paciente antes da cirurgia e após, com a artrodese finalizada.

Os atendimentos psicológicos, em geral semanais, intensificaram-se nos períodos de maior vulnerabilidade. Realizados à beira do leito, com familiar presente e circulação dos demais profissionais, exigiam equilibrar flexibilidade para compartilhar espaço-tempo com procedimentos e assertividade para resguardar a escuta clínica. Com o agravamento emocional em 2022, a equipe passou a preservar o espaço clínico, deixando-nos a sós por mais tempo. A tônica inicial foi a construção e fortalecimento do vínculo terapêutico; oferta de espaço de fala e expressão dos sentimentos; acompanhamento do tratamento, verificando pontos de incômodo, desconforto e não-adesão, e consequentemente lançar mão dos recursos institucionais para viabilizar a adesão, o que inclui uma intensa troca com a equipe do CAE e com a rotina geral do hospital. Às vésperas da segunda etapa, Ana estava tranquila e falava do futuro.

### **Intercorrência intraoperatória e admissão em CTI**

A segunda etapa foi longa e interrompida por intercorrência medular, com instabilidade hemodinâmica e comprometimento respiratório. Houve transfusão de sangue e intubação; o prontuário registrou disfunção ventilatória e locomotora. Ana seguiu para o CTI sedada e com drogas vasoativas; as 72 horas seguintes seriam cruciais para a sua sobrevivência. Instaurou-se uma

rotina de riscos e enfrentamento diário de limites físicos e emocionais. Ana necessitou de múltiplas invasões em seu corpo para manter-se viva. Além da traqueostomia e da ventilação mecânica, alimentava-se por sonda naso-enteral e as eliminações vesicais eram realizadas através de sonda vesical. Havia o dreno da cirurgia e o dreno de tórax. Com exceção das 2 últimas, as demais mantiveram-se até praticamente o término de sua internação. O contato com a família ocorreu no dia seguinte. A mãe foi autorizada a ficar como acompanhante e recebeu acolhimento psicológico, sustentando esperança realista.

No mês seguinte ao da cirurgia, Ana passou a comunicar-se por mímica labial. Diante da paraplegia instalada e na tentativa de revertê-la, realizou-se revisão cirúrgica. No primeiro atendimento após a revisão, estava desanimada, com “dor pelo corpo todo”. Iniciou morfina, mantida por longo período. Ana teria dito à sua mãe que estava morrendo. Acolhi a dor, reforcei a confiança no tratamento e recordei avanços já obtidos — o vínculo terapêutico e a confiança no tratamento são fundamentais para a adesão, constituindo-se uma das tarefas do psicólogo hospitalar.

Duas semanas depois, breve melhora de humor, satisfeita de haver conseguido ficar algumas horas fora da ventilação mecânica. Porém, dois dias depois, seu semblante era de tristeza, apesar do discurso de “estar tudo bem”. Assim fez em muitos atendimentos. Sua expressão facial, seu olhar, tudo em seu rosto dizia de sua tristeza, mas ela verbalizava que estava bem. Lancei mão de vários recursos para tentar que Ana expressasse o que estava sentindo: silencieei, falei e rodeei. Ao silenciar respeitei sua decisão de não entrar em contato, pelo menos comigo e naquele momento, do que lhe acontecia. Depois avancei um pouco e confrontei sua fisionomia ao que verbalizava, utilizando-me de fala refletora de conteúdo não-verbal (Feijóo, 2000, p.133). Também tentei que Ana falasse das questões que eu supunha ser centrais para ela naquele momento perguntando-lhe sobre seu tratamento, avanços e o que os médicos haviam lhe dito, rodeando, para quem sabe, encontrar uma caminho de expressão. Pautando-me pela escuta fenomenológica-existencial, procurava abrir espaço para que o vivido por Ana desde a cirurgia se revelasse. Mas nada funcionou. Em prontuário, lia-se: “paciente chorosa, ansiosa”. Era como se, naquele momento, falar fosse impossível. Continuei oferecendo a minha presença e resolvi intervir no ambiente, amparada em recomendações para CTIs.

Segundo Romano (1999, pp. 62-70), a permanência do paciente no CTI tem o potencial de gerar muitas desordens de origem psicológica, sendo recomendável a redução de ruído, janela com visão externa, relógios/calendários, preservação de sono e ciclo claro/escuro. Com base nisso, solicitei a transferência de Ana para um box com janela e claridade; seu box estava sempre escuro. Pedi, em alguns atendimentos, privacidade sem a mãe, para favorecer a espontaneidade. Aproximadamente dois meses após a

cirurgia, Ana verbalizou pela primeira vez o desânimo, associado a uma infecção urinária, e passou a falar um pouco mais. Trabalhamos sua autonomia diante de valores familiares e religiosos, após ter sido criticada por uma visita da igreja — um primeiro movimento rumo ao “ser-mais-próprio”.

Após um mês no CTI, com imobilidade e paraplegia persistente, surgiram lesões por pressão; evoluíram com infecção, exigindo antibióticos e posteriormente terapia por pressão negativa (dispositivo de sucção acoplado ao corpo, com trocas semanais em centro cirúrgico). Ana evitava falar sobre isso; dizia “estar bem”.

No início de 2022, período clínico-emocional mais estável. A fonoaudióloga iniciou o trabalho de vocalização e teste de ingestão de alguns alimentos pastosos. Ana relatou, feliz, que depois de muito tempo conseguiu ouvir sua voz e adorou poder tomar sorvete! A ferida no ombro melhorou. Essas evoluções a animavam. As bolsas de sangue que foram transfundidas também colaboraram para sua melhor disposição. Aceitou ir ao banho de sol, na maca; viu filmes no seu lap-top, conseguia, enfim, se distrair um pouco da dura realidade da internação no CTI.

Ana vinha se colocando mais nos atendimentos. Passou a nomear sua condição de paraplegia, alegando que não gostava de falar e nem pensar sobre isso, o que já indicava integração da perda à sua história. Para favorecer a expressão, levei um livro de mandalas com frases reflexivas; a escolhida por ela abriu um encontro potente: explicou o sentido, ligou-o ao que estava vivendo e disse estar “aceitando mais” sua situação. Começava ali o reconhecimento de suas restrições e possibilidades.

Em outro atendimento falou de seu desejo de voltar para casa. Apontei que ela, como paciente, tinha uma parte importante para que isto acontecesse, colaborando com o tratamento. Incentivar a adesão ao tratamento, ouvindo e compreendendo as dificuldades do paciente para tal é também tarefa do psicólogo hospitalar.

### **Episódios respiratórios críticos em 2022**

Em março/2022, reação alérgica medicamentosa seguida de mobilização no leito, com dessaturação grave colocou a vida de Ana em risco, com o retorno à ventilação mecânica. Um mês depois, nova queda importante de saturação durante procedimento fonoaudiológico. A partir de então, temor do centro cirúrgico, introspecção, desânimo e recusa de fisioterapia e fonoterapia tornaram-se mais frequentes. Queixas permanentes de cansaço e dor. O movimento em direção à vida fora abalado por riscos de morte. Ana retraía a fala e a mãe necessitou de suporte psicológico. Nos meses seguintes, Ana enfrentou febre, fraqueza, crises de ansiedade e agitação durante procedimentos e que levaram à sedação leve contínua. Dizia estar esgotada e arrependida da cirurgia; chorava muito. Além da escuta e do acolhimento, trabalhamos a imprevisibilidade da vida e a inexistência de controle pleno sobre o futuro, à luz de Heidegger: o Dasein está

sempre em jogo no seu existir, no devir temporal (Sá, 2000). Ana percebeu que a decisão pela cirurgia não fora inteiramente sua — crescera sob a ideia de que “um dia faria”; quando menor, a avó decidia; agora, ela havia crescido e poderia tomar a vida em suas mãos, tomar decisões e se responsabilizar por elas.

### **Agravamento sistêmico e cirurgias associadas – a longa agonia**

Complicações graves levaram a novas cirurgias e transfusões de sangue, com prognóstico reservado. Discuti com o intensivista a necessidade de comunicação clara à família, que se mostrou muito impactada. Ana, recordou o choro com a mãe antes de uma cirurgia e o alívio que isso trouxe. Para mim havia dito que “estava tudo bem”. Ao reconhecer a tendência a “parecer forte”, foi convidada a permitir-se a fragilidade; mais tarde agradeceu: “Aprendi que eu posso chorar, que eu posso ser frágil.”

Indicou-se colostomia higiênica para prevenir reinfecções. Ana resistiu por medo, falou sobre isso em alguns atendimentos e por fim autorizou. O procedimento, inicialmente bem sucedido, evoluiu com intercorrências graves, risco de morte e nova sedação. Ao voltar a interagir, Ana consegue falar do quanto é difícil lidar com tantas adversidades e sente-se culpada por “dar trabalho à família”.

Seguiram-se semanas sem condição para atendimento, seja por dor, seja por recusa. Eu continuava ali com ela. Como propõe Kierkegaard (1988, citado em Feijoo, 2000, p.116), o psicoterapeuta que pretende levar o homem a reconhecer-se deve ser “cuidadoso e paciente para chegar onde o cliente se encontra e começar por aí. A fim de desfazer a ilusão, deve-se chegar até ele, para, então, poderem caminhar juntos.”

No segundo semestre de 2022, com menos dor, quis falar. Refletiu sobre sua relação com Deus e com sua religião, seus pontos de convergência e divergência, afirmando que Deus era um conforto para ela. Em outro, relatou que tinha assistido filmes e conseguido se distrair. Porém, as oscilações de humor persistiram; Enfermagem e familiares tinham dificuldade com o entristecimento e o choro de Ana. Chamada, legitimei seu direito de não querer falar, de fazer valer sua vontade e limites; orientei os familiares. No atendimento seguinte, Ana estava animada e conversou sobre política e família; expressou desejo de ver seu irmão. Indagada sobre as variações de humor, refletiu que sempre foi assim e, na situação atual, percebia que a dor a deixava mais triste. A melhora do ânimo era resultado do atendimento anterior, em que foi legitimado o seu direito de se expressar, ou da melhora clínica? Penso que sejam os dois.

### **A virada: desmame com autonomia e pacto interdisciplinar**

Em outubro/2022, completava um ano no CTI. Tentava-se, mais uma vez, o desmame da ventilação, conduzido

pelos fisioterapeutas, com progressos lentos e recusas frequentes. Neste ponto da internação, Ana continuava refletindo acerca de suas questões emocionais, sua ansiedade, oscilações de humor e os gatilhos (procedimentos invasivos e variações clínicas), reconhecendo avançar nessas questões.

No final do ano, reacendeu-se a esperança de alta. Em prontuário constava: “estável, com controle infeccioso, no final da antibioticoterapia.”; “melhora expressiva do humor, dor sob controle”. Em atendimento, Ana projetou fevereiro como meta de alta e disse “o foguete não dá ré”, cujo sentido era que seguiria adiante, sem recaída.

A primeira etapa decisiva para a alta era não depender do ventilador. No início de janeiro/2023, a Psicologia foi chamada: a Fisioterapia avaliava componente emocional na dependência do ventilador. Cabia ao psicólogo transitar por saberes técnicos -modos de ventilação e critérios- para mediar. Ana já havia me relatado não se sentir ouvida: horários inadequados (pós-banho, curativos demorados), exaustão por mudanças de decúbito após enxerto (inclusive à noite) e pedidos nem sempre atendidos para retornar ao ventilador. Ficar fora da ventilação era mais um esforço. Sua resistência era compreensível. Concluí que o desmame exigia intervenção interdisciplinar entre Psicologia, Fisioterapia e Enfermagem. Em interconsulta com uma fisioterapeuta de referência para Ana, argumentei que ela precisava de segurança para ousar respirar sozinha: respeito aos seus limites, horários eleitos por ela e suspensão de procedimentos de Enfermagem durante o desmame. Ana precisava estar no controle.

No dia seguinte, alinhamos com a chefia de Enfermagem e com Ana. Ela definiu o melhor horário de início; iniciaria com duas horas fora do ventilador, crescendo 30 minutos/dia; seria atendida por fisioterapeutas escolhidos por ela; seu pedido para retornar ao ventilador seria respeitado. Redigi o acordo e a planilha de metas diárias, entregue à Ana, Enfermagem e Fisioterapia; alinhei com os acompanhantes. Ela começou com duas horas e, no fim de janeiro, alcançou 11 horas. Na primeira semana de fevereiro, concluiu o desmame da ventilação mecânica, mantendo apenas cateter de oxigênio.

### **A dialética dos possíveis e dos necessários**

Agora ela estava pronta para pensar na vida fora do hospital. Projetou-se no futuro, falou de seus planos. Agora podíamos falar em cadeira de rodas e em reabilitação. Os atendimentos de janeiro e fevereiro de 2023 favoreceram a articulação entre as restrições de suas possibilidades de ser-no-mundo a partir da paraplegia e a abertura para novos horizontes de sentido. Ana queria voltar a estudar e ingressar em uma faculdade. Movimentava-se na dialética do necessário e dos possíveis. Em termos Kierkegaardianos: “reconhecer seus limites e arriscar nos possíveis constitui-se no eu em liberdade” (Feijoo, 2000, p. 114)

Em fevereiro de 2023, foi ao banho de sol em cadeira de rodas, com sonda nasointestinal, cilindro de oxigênio e demais dispositivos. Publicou no Instagram a foto e falou sobre a coragem e a liberdade de aceitar seu novo normal. Vieram as “desinvasões” finais: sentar, retomar alimentação via oral, vocalizar sem cânula, desmame de morfina, retirada da cânula e fechamento da traqueostomia. O Serviço Social articulou a rede do território para o pós-alta; a família adaptou a casa.

### **Conclusão**

Em março de 2023, Ana recebeu alta. Um dia de alegria para ela, para a família, para a equipe — e para mim. O cirurgião responsável destacou que a 'virada clínica' ocorreu quando Ana decidiu não desistir, apoiada pela intervenção psicológica contínua.

Quando a cirurgia de coluna complica, o trabalho psicológico, articulado ao esforço multiprofissional, pode ser determinante, e nesse caso foi, para atravessar uma longa e difícil internação, com muitas restrições e perdas e alcançar um possível melhor:

não apenas a sobrevivência, mas possibilitar a reconstrução de sentidos diante do adoecimento e da deficiência.

### **Referências bibliográficas**

Evangelista, P. E. R. A. (2017). Daseinanalyse de uma senhora com afasia de expressão. In: A.M.L.C Feijoo & M. B. M. F. Lessa (Org). *Fenomenologia e práticas clínicas II* (pp. 131-145). Rio de Janeiro, RJ: IFEN.

Feijoo, A. M. L. C. (2000). *A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológico-existencial*. São Paulo, SP: Vetor.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

De Sá, R. N. (2000). A noção heideggeriana de cuidado (sorge) e a clínica psicoterápica. *Veritas (Porto Alegre)*, 45(2),259-266. <https://doi.org/10.15448/1984-6746.2000.2.35062>

*Prontuário Médico da paciente - Volumes 1 a 12* (2012 -2023) – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Rio de Janeiro, RJ.

### **Curriculum**

Formada em Psicologia pela UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especializada em Psicologia Clínica pelo IFEN – Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial do Rio de Janeiro, especializada em Psicopedagogia pelo Instituto Superior de Educação Pró-Saber, Psicóloga do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO. Experiências de trabalho anteriores atuando como psicóloga na área da educação pública e na área clínica voltada à violência doméstica e de gênero.

### **Correo de contacto:**

[tatiana.mourac@yahoo.com.br](mailto:tatiana.mourac@yahoo.com.br)

**Fecha de entrega:** 11/10/2025

**Fecha de aceptación:** 11/12/2025





