

Relato de Caso

Percepções Estruturadas Durante Sedação Prolongada em Paciente com HIV Avançado e COVID-19 Grave: Relato de Caso e Análise de Possíveis Correlações Clínico-Fenomenológicas

Rita de Cássia Silva Gonçalves Altunian ¹, Ana Paula Ferraz de Oliveira ², Washington Luiz Silva Gonçalves ^{3,*}

¹ Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA/RIOSAUDE), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Centro Universitário Gama e Souza, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Santa Úrsula, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

* Correspondência: wash.goncalves@gmail.com.

Resumo: Experiências subjetivas durante sedação prolongada em pacientes criticamente enfermos permanecem pouco compreendidas, sendo frequentemente atribuídas ao delirium e à reconstrução retrospectiva de memórias. Relata-se o caso de um paciente masculino, 53 anos, profissional de saúde e docente, com HIV avançado, COVID-19 grave, pneumocistose e histoplasmose pulmonar, que evoluiu com síndrome do desconforto respiratório agudo grave, necessitando de ventilação mecânica invasiva, sedação moderada a profunda, bloqueio neuromuscular e traqueostomia. Após recuperação clínica e retirada gradual da sedação, o paciente relatou experiências perceptivas estruturadas envolvendo sensações de afogamento, aprisionamento, vapores ambientais, percepção alimentar e reconhecimento da voz de familiar. Algumas dessas experiências apresentaram correspondência temporal plausível com eventos registrados em prontuário, incluindo suporte ventilatório, terapias inalatórias, mudanças dietéticas e episódios transitórios de alteração do nível de sedação durante visitas familiares. A discussão considera mecanismos alternativos, como delirium, hipóxia, neuroinflamação associada à COVID-19, vulnerabilidade neurocognitiva relacionada ao HIV e possíveis efeitos do contexto farmacológico utilizado durante a internação. O caso não permite estabelecer relações causais nem confirmar mecanismos específicos de processamento perceptivo durante a sedação, mas sugere que experiências subjetivas complexas podem ocorrer durante a doença crítica e merecem investigação adicional, particularmente no contexto da humanização da assistência em terapia intensiva.

Palavras-chave: Doença crítica; Delirium; Ventilação mecânica; HIV; COVID-19; Humanização da assistência.

Citação: Altunian RCS, Oliveira APF, Gonçalves WLS. Percepções Estruturadas Durante Sedação Prolongada em Paciente com HIV Avançado e COVID-19 Grave: Relato de Caso e Análise de Possíveis Correlações Clínico-Fenomenológicas. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr206.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr206>

Recebido: 25 Maio 2026

Aceito: 18 Junho 2026

Publicado: 25 Junho 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A sobrevivência de pacientes criticamente enfermos submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI) prolongada e à sedação moderada a profunda tem aumentado nas últimas décadas. Paralelamente, cresce o interesse por fenômenos subjetivos relatados após a recuperação da consciência, incluindo memórias fragmentadas, experiências delirantes, recordações de procedimentos e percepções estruturadas ocorridas durante a internação em unidade de terapia intensiva (UTI) [1–3]. Embora muitas dessas vivências sejam tradicionalmente compreendidas dentro do espectro do delirium e das memórias

ilusórias relacionadas à permanência em UTI, persiste o debate sobre em que medida alguns relatos podem incorporar, de forma parcial, sinais fisiológicos, sensoriais e afetivos provenientes do ambiente assistencial [1,4–6]. Estudos prévios demonstram que memórias reais, memórias ilusórias e narrativas delirantes frequentemente coexistem em sobreviventes de doença crítica, constituindo fenômenos complexos e multifatoriais [1–3,5].

No contexto da doença crítica, especialmente sob hipóxia, sedação prolongada, inflamação sistêmica e disfunção neuroinflamatória, alterações da consciência podem emergir por mecanismos envolvendo sofrimento fisiológico, vulnerabilidade cerebral aguda e modulação farmacológica [4,5,7]. Em sobreviventes de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e de internações prolongadas em UTI, experiências de sufocação, ameaças, aprisionamento e perseguição têm sido descritas como componentes recorrentes de memórias delirantes, frequentemente coexistindo com lembranças parcialmente acuradas de eventos assistenciais [1,6,8].

A pandemia de COVID-19 ampliou o interesse nesses fenômenos, sobretudo em pacientes submetidos à VMI prolongada, isolamento social e intensa resposta inflamatória sistêmica [9,10]. Em indivíduos vivendo com HIV avançado e coinfeções oportunistas, esse cenário pode adquirir complexidade adicional, dada a interação entre hipóxia, neuroinflamação, imunossupressão e vulnerabilidade neurocognitiva associada à infecção pelo HIV [9–11]. Apesar disso, relatos que exploram possíveis correspondências entre experiências subjetivas estruturadas e eventos clínicos documentados durante a doença crítica permanecem escassos. Além dos aspectos neurobiológicos, tem crescido o interesse pelo papel de estímulos relacionais significativos, particularmente a voz de familiares, como potenciais moduladores da responsividade e da experiência subjetiva em pacientes criticamente enfermos. Estratégias de cuidado centradas na família têm sido associadas à humanização da assistência e a melhores desfechos psicológicos em sobreviventes de terapia intensiva, embora os mecanismos envolvidos permaneçam incompletamente compreendidos [12–15].

Nesse contexto, relatamos o caso de um paciente com HIV avançado, COVID-19 grave e coinfeções oportunistas que, após recuperação de sedação prolongada associada à VMI, descreveu experiências perceptivas estruturadas com plausível correspondência temporal a eventos fisiológicos, procedimentais e relacionais documentados em prontuário. Além da descrição clínica, apresentamos uma representação esquemática exploratória destinada a contextualizar possíveis mecanismos clínico-fenomenológicos envolvidos neste caso específico, sem pressupor relações causais ou generalizações para outras populações.

2. Relato de Caso

Paciente masculino, 53 anos, profissional de saúde e docente, com diagnóstico prévio de infecção pelo HIV, foi admitido em 09/03/2022 em hospital geral da Baixada Fluminense com dispneia progressiva, diarreia, prostração intensa e insuficiência respiratória aguda (IRA) grave (saturação de O_2 de 90%), em uso de máscara com reservatório sob fração inspirada de oxigênio (FiO_2) de 100%. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou acometimento pulmonar bilateral estimado entre 50–80%, com opacidades em vidro fosco e consolidações multilobares compatíveis com pneumonia viral grave. A testagem para SARS-CoV-2 apresentou resultado positivo, confirmando o diagnóstico de COVID-19.

Em 10/03, houve necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) por piora clínica e dessaturação de oxigênio ($SatO_2 = 84\%$), sendo posteriormente transferido, em 11/03, para o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/FIOCRUZ), hospital de referência em infectologia. Na admissão, apresentava quadro compatível com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) grave, com relação PaO_2/FiO_2 (P/F) de 90. Evoluiu com necessidade de VMI, sedação moderada a profunda (midazolam e

fentânil), bloqueio neuromuscular intermitente (rocurônio/suxametônio), suporte hemodinâmico e tratamento para coinfeções oportunistas.

A avaliação imunoviológica inicial demonstrou imunossupressão importante, com CD4 de 50 células/mm³. Durante a internação, foram diagnosticadas pneumocistose e histoplasmose pulmonar, com confirmação laboratorial e tratamento específico instituído. A pesquisa de antígeno criptocócico foi negativa. Foi realizada tentativa única de pronação, interrompida por intolerância hemodinâmica, caracterizada por elevação acentuada da pressão arterial e da frequência cardíaca. O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal com sobrecarga ventricular esquerda, sem sinais de isquemia aguda. Os principais eventos clínicos, intervenções terapêuticas e desfechos encontram-se resumidos na Tabela 1 e na Figura 1.

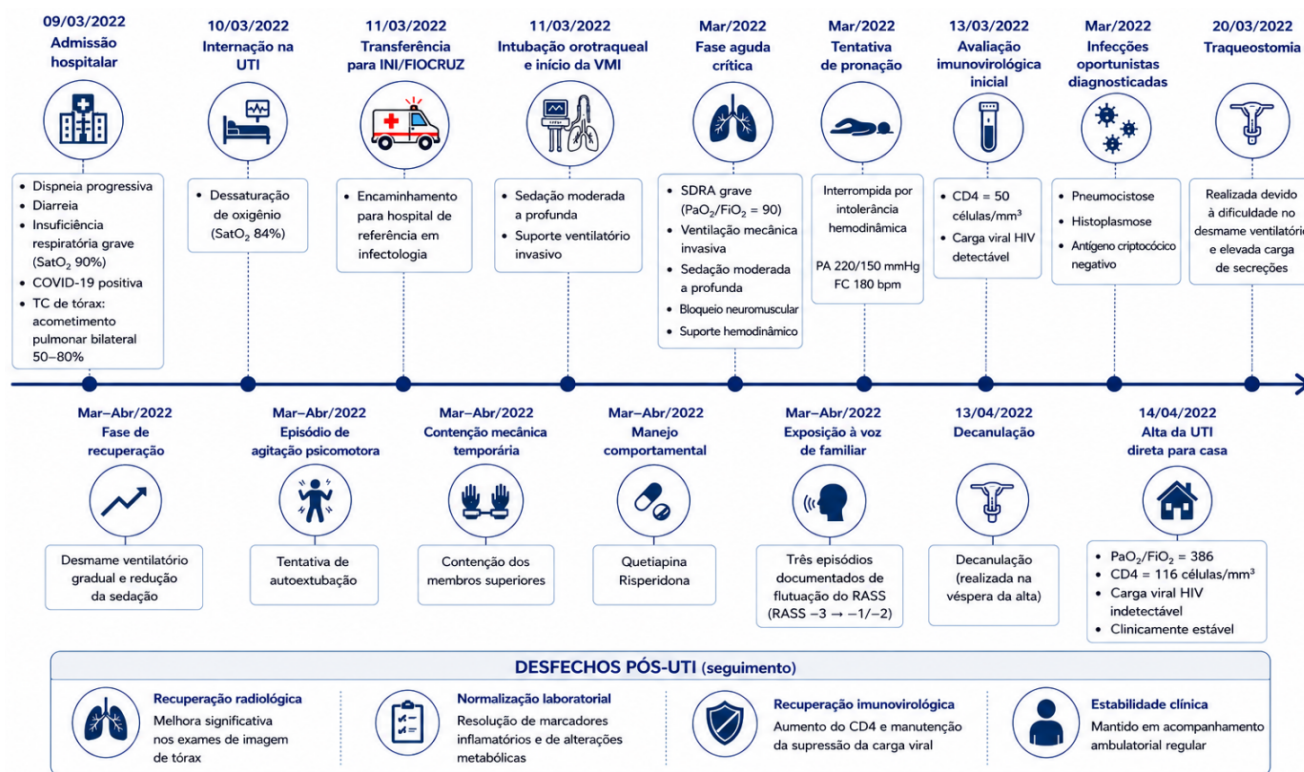
Tabela 1. Características clínicas, evolução terapêutica e desfechos

Domínio	Dados clínicos
Características do paciente	Masculino, 53 anos, profissional intensivista e docente
Diagnósticos principais (CID)	B59 - Pneumocistose; B24 - HIV/AIDS; B39 - Histoplasmose; U07.1 - COVID-19
TC inicial	50–80% acometimento pulmonar bilateral
Testagem SARS-CoV-2	COVID-19 positivo (+) /Biologia Molecular
Gasometria inicial	pH 7,40; PaO ₂ 51; PaCO ₂ 39; HCO ₃ ⁻ 20; SatO ₂ 87%; P/F 90
Suporte intensivo	Ventilação mecânica invasiva (VMI), sedação profunda, bloqueio neuromuscular
Pronação	Tentativa única interrompida por intolerância hemodinâmica - PA: 220/150 mmHg e FC: 180 bpm
ECG	Ritmo sinusal; sobrecarga ventricular esquerda
Via aérea	Traqueostomia (20/03); decanulação na véspera da alta (13/04)
Coinfeções oportunistas	Pneumocistose clínica-radiológica; histoplasmose confirmada; CrAg negativo
Perfil imunoviológico inicial (13/03)	CV 101 cópias/mL; CD4 50; CD8 137; CD45+ 389
Perfil imunoviolológico alta (14/04)	CV indetectável; CD4 116; CD8 1035; CD45+ 1502
Gasometria alta	pH 7,41; PaO ₂ 96; PaCO ₂ 44; HCO ₃ ⁻ 26; SatO ₂ 96%; P/F 386
Desfecho	Alta direta da UTI para casa

Abreviações: PaO₂/FiO₂ (P/F): relação pressão arterial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio; SDRA: síndrome do desconforto respiratório agudo; UTI: unidade de terapia intensiva; HIV: vírus da imunodeficiência humana; COVID-19: doença causada pelo vírus SARS-CoV-2; CD4: linfócitos T CD4+; CV: carga viral; PEEP: pressão positiva ao final da expiração; PA: pressão arterial; FR: frequência cardíaca; mmHg: milímetros de mercúrio; bpm: batimentos por minuto; RASS: *Richmond Agitation-Sedation Scale*; TARV: terapia antirretroviral; ECG: eletrocardiograma; CRAG: antígeno criptocócico; SatO₂: saturação periférica de oxigênio; pH: potencial hidrogeniônico; pCO₂: pressão parcial de dióxido de carbono; pO₂: pressão parcial de oxigênio; HCO₃⁻: íon Bicarbonato.

Devido à agitação, dificuldade no desmame ventilatório e elevada carga de secreções, foi realizada traqueostomia em 20/03/2022. Durante a evolução clínica foram documentados episódios transitórios de agitação psicomotora, tentativa de retirada de dispositivos invasivos e necessidade de contenção mecânica temporária dos membros superiores. Para manejo comportamental foram utilizados quetiapina e risperidona, conforme registros assistenciais. O paciente evoluiu com melhora clínica e ventilatória progressiva, com retirada gradual da sedação e do suporte ventilatório, permanecendo em aerosolterapia e oxigenoterapia para manejo de secreções, sendo decanulado previamente à alta da UTI. Os principais medicamentos utilizados durante a internação encontram-se resumidos na Tabela 2.

Figura 1. Linha do tempo clínica desde a admissão hospitalar até a alta da unidade de terapia intensiva (UTI).



Abreviações: SDRA, síndrome do desconforto respiratório agudo; UTI, unidade de terapia intensiva; TC, tomografia computadorizada; PaO₂/FiO₂, relação pressão arterial de oxigênio / fração inspirada de oxigênio; RASS, Richmond Agitation-Sedatio Scale; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Tabela 2. Principais fármacos utilizados durante a internação, doses registradas e indicação clínica.

Classe terapêutica	Fármaco	Dose registrada	Indicação clínica no caso
Sedativo	Midazolam	5 mg	Sedação durante ventilação mecânica invasiva
Analgésico opioide	Fentanil	50 mcg	Analgesia e adaptação à ventilação mecânica
Analgésico opioide	Metadona	5 mg	Transição analgésica e controle de desconforto
Bloqueador neuromuscular	Rocurônio	10 mg	Bloqueio neuromuscular em insuficiência respiratória grave
Bloqueador neuromuscular despolarizante	Suxametônio	100 mg	Manejo avançado de vias aéreas
Agente anestésico	Etomidato	2 mg	Procedimentos relacionados ao manejo intensivo
Catecolamina vasoativa	Epinefrina	1 mg	Suporte hemodinâmico
Antiarrítmico	Amiodarona	50 mg	Controle da instabilidade hemodinâmica associada à tentativa de pronação
Antipsicótico atípico	Quetiapina	25 mg	Manejo da agitação psicomotora

Classe terapêutica	Fármaco	Dose registrada	Indicação clínica no caso
Antipsicótico	Risperidona	1 mg	Controle de sintomas comportamentais e agitação
Corticosteroide	Prednisona	20 mg	Tratamento adjuvante da pneumocistose
Corticosteroide	Prednisona	5 mg	Redução gradual do esquema terapêutico
Antifúngico	Anfotericina B	5 mg	Tratamento da histoplasmose
Antifúngico	Itraconazol	100 mg	Consolidação/manutenção do tratamento da histoplasmose
Antibiótico	Azitromicina	500 mg	Tratamento de infecção respiratória
Antibiótico	Levofloxacino	500 mg	Cobertura antimicrobiana respiratória
Antibiótico	Ceftriaxona	1 g	Cobertura antimicrobiana empírica
Antibiótico	Cefepime	2 g	Tratamento de infecção bacteriana grave
Antibiótico	Piperacilina/Tazobactam	4,5 g	Cobertura antimicrobiana de amplo espectro
Antimicrobiano	Clindamicina	300 mg	Tratamento da pneumocistose
Antimalárico/antiparasitário	Primaquina	15 mg	Tratamento da pneumocistose
Sulfona	Dapsona	100 mg	Terapia complementar/profilaxia da pneumocistose
Antiprotozoário	Primetamina	25 mg	Tratamento/profilaxia de infecções oportunistas
Terapia antirretroviral	Tenofovir	300 mg	Tratamento da infecção pelo HIV
Terapia antirretroviral	Lamivudina	300 mg	Tratamento da infecção pelo HIV
Terapia antirretroviral	Dolutegravir sódico	50 mg	Tratamento da infecção pelo HIV
Anti-hipertensivo	Captopril	25 mg	Controle pressórico
Diurético	Furosemida	10 mg	Manejo do balanço hídrico
Procinético	Bromoprida	5 mg	Manejo da intolerância gastrointestinal
Antissecretor gástrico	Omeprazol sódico	50 mg	Profilaxia gastrointestinal
Inibidor da bomba de prótons	Omeprazol	20 mg	Proteção gástrica
Antidiarreico	Racecadotril	100 mg	Controle de sintomas gastrointestinais
Antagonista NMDA	Dextrocetamina	50 mg	Sedação e analgesia adjuvantes

Abreviações: mg, miligrama; mcg, micrograma; HIV, vírus da imunodeficiência humana; NMDA, N-metil-D-aspartato. Nota: As doses apresentadas correspondem aos registros disponíveis em prontuário e não necessariamente representam doses cumulativas ou a totalidade dos esquemas terapêuticos utilizados durante a internação.


Após recuperação da consciência, ainda na UTI, o paciente relatou experiências perceptivas estruturadas, agrupadas em quatro domínios: sofrimento respiratório, fenômenos interoceptivos, percepções auditivas afetivas e narrativas persecutórias. Destacaram-

se sensações recorrentes de submersão e afogamento, estrangulamento, fome de ar e aumento progressivo de pressão na cabeça. Um relato singular descreveu a percepção de estar submerso em uma “câmara”, possivelmente relacionada a estímulos interoceptivos associados à ventilação mecânica e aos ajustes de pressão positiva expiratória final (PEEP).

Ambientes recorrentes com vapores e fumaça apresentaram possível correspondência com terapias inalatórias utilizadas durante a VMI. Outro aspecto relevante foi a percepção positiva associada à mudança da dieta enteral, posteriormente identificada nos registros clínicos. Registros assistenciais documentaram três episódios transitórios de alteração do nível de sedação (*Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS*), associados à exposição à voz da irmã, única familiar autorizada a visitá-lo durante o período pandêmico. Os episódios consistiram em elevação do RASS de -3 para -1/-2, com retorno subsequente ao nível basal.

Nos relatos retrospectivos, o paciente associou tais episódios à tentativa de responder à voz familiar, oferecendo uma possível interpretação fenomenológica para momentos transitórios de maior responsividade observados pela equipe assistencial. Embora possuísse experiência prévia em terapia intensiva, o paciente relatou que as experiências vivenciadas eram percebidas como eventos reais durante sua ocorrência, e não como interpretações associadas ao ambiente hospitalar. Entretanto, a influência de conhecimento prévio, delírium associado à doença crítica e reconstrução retrospectiva não pode ser excluída [1,8,16]. As experiências relatadas e seus possíveis correlatos clínico-fenomenológicos estão sintetizados na Figura 2.

Figura 2. Mapeamento das experiências perspectivas relatadas e seus correlatos clínico-fenomenológicos durante a internação em terapia intensiva.

EXPERIÊNCIAS RELATADAS (após recuperação da consciência)	POSSÍVEL CORRELATO CLÍNICO (evento ou condição durante a internação)	MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS POSSÍVEIS	EVIDÊNCIAS / ACHADOS QUE SUPORTAM A ASSOCIAÇÃO	DESFECHO / EVOLUÇÃO RELACIONADA
1  Sensação de afogamento, sufocação e aprisionamento na água; dificuldade extrema para respirar.	SDRA grave por COVID-19 com hipoxemia refratária (PaO ₂ /FiO ₂ = 90), necessidade de ventilação mecânica invasiva e sedação profunda.	<ul style="list-style-type: none"> Hipoxemia severa Hipercapnia permissiva Quimiorreceptores periféricos Estado de ameaça percebida Delírium hipotivo 	<ul style="list-style-type: none"> SDRA grave documentada Ventilação mecânica invasiva Sedação profunda (RASS -4/-5) Necessidade de bloqueio neuromuscular 	 Melhora progressiva da oxigenação; desmame ventilatório bem-sucedido e recuperação clínica.
2  Ambientes com vapor e necessidade de máscara; sensação de ar frio na face e tratamentos repetidos.	Terapias inalatórias com nebulizações frequentes (broncodilatadores, solução hipertônica, budesonida, N-acetilcisteína) e aspirações traqueais repetidas.	<ul style="list-style-type: none"> Estímulos olfativos e trigeminais Processamento sensorial residual Memória implícita olfativa Integração sensorial subcortical 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de nebulizações seriadas (≥4x/dia) Aspirações traqueais frequentes Uso contínuo de umidificação 	 Redução da necessidade de nebulizações e melhora da função pulmonar.
3  Percepção de mudança no sabor e textura da alimentação (“líquido mais grosso e com outro sabor”).	Mudança da dieta enteral de padrão polimérico para dieta imunomoduladora (fórmula hiperproteica e normocalórica).	<ul style="list-style-type: none"> Estímulos gustativos e interoceptivos Processamento somatossensorial residual Memória implícita interoceptiva 	<ul style="list-style-type: none"> Registro da mudança da dieta enteral no dia 27/03/2022 Administração contínua por sonda enteral 	 Manutenção da tolerância alimentar e adequação nutricional.
4  Excepção à voz da irmã associada a sensação de presença, conforto e retorno momentâneo da consciência.	Presença e comunicação familiar diária (chamadas de vídeo e estímulos auditivos) durante a sedação profunda.	<ul style="list-style-type: none"> Processamento auditivo residual Sistema límbico e vias subcorticais Estímulos emocionalmente salientes Modulação da arousal e da responsividade 	<ul style="list-style-type: none"> Flutuações do RASS de -3 para -1/-2 após exposição à voz familiar (registradas em prontuário) Episódios consistentes em diferentes dias 	 Possível modulação transitória do nível de sedação e responsividade.
5  Percepção de figuras estranhas na UTI e sensação de ameaça ou perseguição.	Episódios de delírium hipotivo associado à sedação profunda, isolamento, ambiente de UTI e inflamação sistêmica.	<ul style="list-style-type: none"> Delírium hipotivo Hipóxia e inflamação sistêmica Alteração da neurotransmissão Distúrbios do ciclo sono-vigília 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de delírium (CAM-ICU positivo) Sedação prolongada com múltiplos fármacos Infeção sistêmica 	 Resolução do delírium com redução da sedação e melhora clínica global.

INTEGRAÇÃO PERCEPTIVA RESIDUAL MULTIDOMÍNIO (hipótese integrativa do caso)



FATORES MODULADORES IDENTIFICADOS

- Profundidade e duração da sedação
- Hipoxemia e inflamação sistêmica
- Estímulos sensoriais ambientais (sons, odores, tato, paladar)
- Estímulos emocionais significativos (voz familiar)
- Predisposição individual e vulnerabilidade neurológica

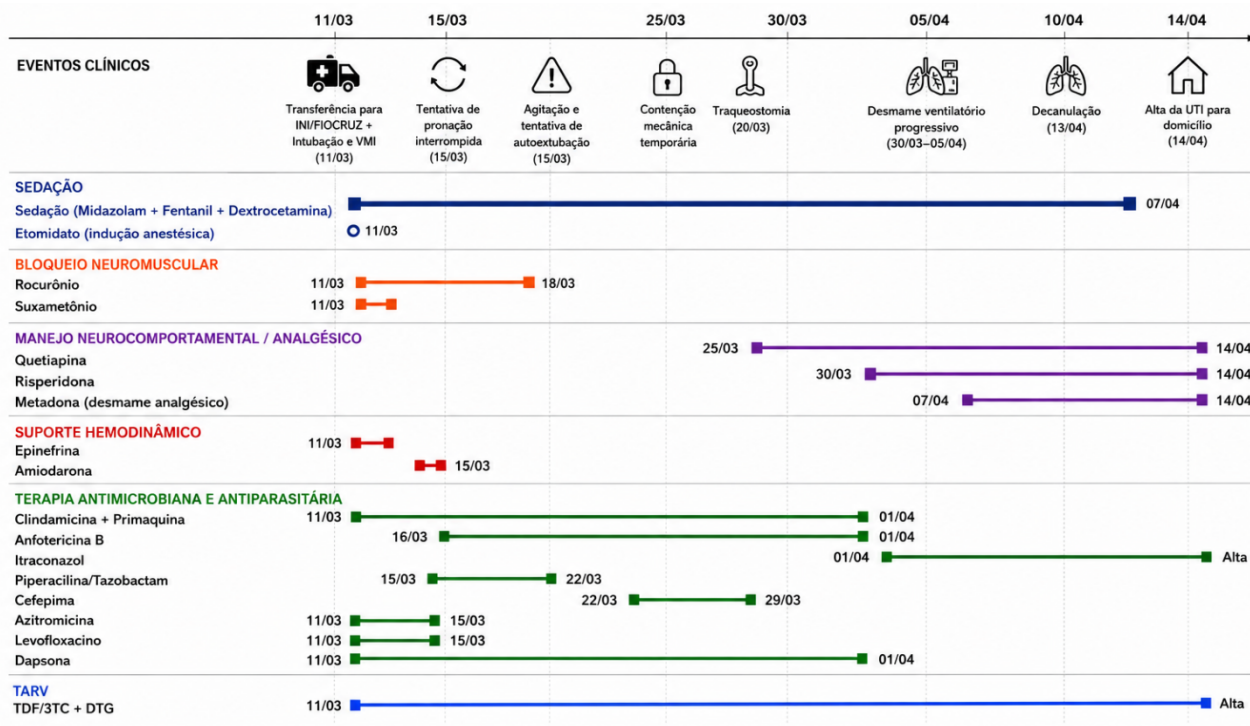


Abreviações: SDR, síndrome do desconforto respiratório agudo; PaO₂/FiO₂, relação pressão arterial de oxigênio / fração inspirada de oxigênio; RASS, Richmond Agitation-Sedation Scale; CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; UTI, unidade de terapia intensiva.

Na alta, o paciente apresentava recuperação gasométrica (PaO₂/FiO₂ = 386) e imunológica (CD4 = 116 células/mm³; carga viral indetectável). A alta, por solicitação do paci-

ente, concordância familiar e avaliação favorável da equipe assistencial, ocorreu diretamente da UTI para o domicílio em 14/04/2022, com seguimento ambulatorial subsequente. A cronologia dos principais medicamentos administrados durante a internação e sua relação temporal com os eventos clínicos encontra-se resumida na Figura 3.

Figura 3. Representação cronológica dos principais eventos clínicos, intervenções terapêuticas e medicamentos considerados mais relevantes para a evolução do caso durante a internação em terapia intensiva.



Abreviações: TARV, terapia antirretroviral; VMI, ventilação mecânica invasiva; TQT, traqueostomia; O₂, oxigenoterapia; HIV, vírus da imunodeficiência humana; COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2.

Durante o acompanhamento ambulatorial pós-UTI, foram identificados registros de avaliações realizadas em (16/05/2022) e (14/06/2022) após a alta. O paciente permaneceu em uso de terapia antirretroviral (TDF/3TC + DTG), itraconazol e reiniciou dapsona, mantendo evolução clínica favorável. Avaliações conduzidas por especialistas em infectologia e neuropsicologia incluíram investigação de possíveis repercussões psicológicas relacionadas à internação crítica. Embora não tenha sido estabelecido diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), foram registrados em prontuário relatos de tristeza, sofrimento emocional e questionamentos existenciais relacionados à sobrevivência e ao processo de recuperação. Não foram localizados registros subsequentes no prontuário institucional analisado, possivelmente em razão da continuidade do acompanhamento em outra unidade de saúde.

3. Discussão

As experiências subjetivas relatadas por pacientes sobreviventes de doenças críticas permanecem um fenômeno pouco compreendido e representam um desafio para a medicina intensiva contemporânea. Embora tradicionalmente interpretadas como manifestações de delirium ou de processos de confabulação associados à recuperação da consciência, evidências crescentes sugerem que experiências perceptivas estruturadas podem ocorrer durante períodos de sedação prolongada e VMI, frequentemente incorporando elementos do ambiente assistencial e do estado fisiológico do paciente [1-3,8,16].

No presente caso, um paciente com COVID-19 grave, HIV avançado, pneumocistose e histoplasmose pulmonar desenvolveu IRA grave, necessitando de VMI, sedação moderada a profunda, bloqueio neuromuscular e suporte intensivo prolongado. Após a recuperação da consciência, relatou experiências organizadas envolvendo sensação de afogamento, aprisionamento, exposição a vapores ambientais, percepção alimentar e tentativas de comunicação com familiar. Algumas dessas experiências apresentaram aparente correspondência temporal com eventos documentados no prontuário, incluindo alterações da VMI, aerosolterapia, modificações na dieta enteral e exposição à voz de familiar [7,9,11].

Entretanto, a interpretação desses achados requer cautela. O delirium associado à doença crítica permanece uma das explicações mais prováveis para experiências perceptivas complexas observadas em pacientes internados em UTI. Trata-se de uma síndrome neuropsiquiátrica multifatorial relacionada à inflamação sistêmica, disfunção de neurotransmissores, privação do sono, uso de sedativos, VMI e gravidade da doença [4–7,17,18]. Além disso, memórias fragmentadas formadas durante períodos de consciência flutuante podem ser reorganizadas retrospectivamente, produzindo narrativas coerentes após a recuperação clínica [1,7,16,18]. No presente caso, diversos fatores reconhecidamente associados ao delirium estavam presentes simultaneamente, incluindo IRA grave, hipoxemia significativa, sedação prolongada, VMI, infecções sistêmicas e permanência prolongada em UTI. Dessa forma, não é possível determinar em que medida as experiências relatadas refletiram percepção direta de estímulos ambientais, processos delirantes ou uma combinação desses mecanismos [7,18].

Outro aspecto relevante refere-se ao potencial papel da hipóxia e da neuroinflamação. A COVID-19 grave está associada a intensa resposta inflamatória sistêmica e alterações neurológicas que podem incluir encefalopatia, delirium e disfunções cognitivas transitórias [9–11]. Paralelamente, indivíduos com HIV grave podem apresentar maior vulnerabilidade a alterações neurocognitivas decorrentes de ativação inflamatória crônica, mesmo na ausência de infecções oportunistas do sistema nervoso central. A coexistência de COVID-19 grave, imunossupressão (HIV) avançada e infecções oportunistas pulmonares constitui um cenário biologicamente plausível para alterações da percepção e da integração de estímulos durante a doença crítica [10,11]. Além dos fatores inflamatórios e infecciosos, o contexto farmacológico da internação merece consideração na interpretação dos fenômenos perceptivos observados.

Um aspecto adicional relevante refere-se ao quadro farmacológico da internação (Tabela 2; Figura 3). O paciente recebeu combinação de sedativos, opioides, bloqueadores neuromusculares e fármacos utilizados no manejo comportamental durante diferentes fases da doença crítica. Estudos prévios demonstram que agentes sedativos e analgésicos podem influenciar a formação, fragmentação e reconstrução de memórias em pacientes criticamente enfermos, contribuindo para experiências subjetivas complexas e, por vezes, desconectadas da realidade objetiva [4,19]. Embora a sedação profunda reduza a probabilidade de formação de memórias explícitas organizadas, evidências experimentais sugerem que determinados níveis de processamento implícito de estímulos sensoriais podem permanecer preservados, especialmente em situações de flutuação do estado de consciência [20,21,23]. Além disso, durante a fase de recuperação foram empregados fármacos direcionados ao controle de agitação, sintomas comportamentais e prevenção de complicações associadas ao delirium, incluindo quetiapina e risperidona (Tabela 2 e Figura 3). A utilização dessas medicações sugere que a equipe assistencial identificou manifestações neurocomportamentais clinicamente relevantes ao longo da internação.

Nesse contexto, a coexistência de delirium, exposição prolongada à sedação, hipóxia grave, neuroinflamação sistêmica e subsequente manejo farmacológico constitui um cenário compatível com a formação de memórias fragmentadas e narrativas subjetivas complexas, descritas em sobreviventes de terapia intensiva [1,2,5]. Embora não seja possível estabelecer relações causais a partir de um único caso, tais elementos oferecem contexto

clínico admissível para interpretação das experiências relatadas após a recuperação da consciência. Os prováveis mecanismos clínico-fenomenológicos potencialmente envolvidos na formação das experiências relatadas neste caso são apresentados de forma exploratória na Figura 4. O esquema sintetiza hipóteses concorrentes e não mutuamente exclusivas, incluindo estímulos fisiológicos e ambientais, delirium, hipóxia, neuroinflamação e a influência do conhecimento prévio do paciente sobre o ambiente de terapia intensiva [4–9,11,19–23].

Figura 4. Representação esquemática ilustrativa com prováveis fatores de contribuição para a formação das experiências subjetivas relatadas após recuperação da consciência do paciente. Os diferentes mecanismos clínico-fenomenológicos não são mutuamente exclusivos e podem ter atuado de forma simultânea ou complementar. O modelo esquemático deve ser interpretado apenas como uma hipótese exploratória destinada a ilustrar possíveis mecanismos envolvidos no caso.



Abreviações: UTI, unidade de terapia intensiva; VMI, ventilação mecânica invasiva; PEEP, pressão positiva ao final da expiração; HIV, vírus da imunodeficiência humana; COVID-19, doença causada por SARS-CoV-2.

Um dos aspectos mais intrigantes do caso foi a documentação de três episódios de elevação transitória do escore RASS durante a exposição à voz da irmã do paciente. Estudos utilizando eletroencefalografia funcional e neuroimagem sugerem que estímulos auditivos emocionalmente relevantes podem continuar sendo processados em estados alterados de consciência, incluindo sedação e coma, embora o significado clínico desses achados permaneça objeto de investigação [12,13,22]. No presente relato, a associação temporal observada não permite inferir preservação consciente da percepção auditiva, mas sugere que estímulos afetivamente significativos podem ter influenciado o comportamento observável mesmo em condições de consciência reduzida [19–23]. Estudos sobre memória implícita durante estados de sedação sugerem que informações ambientais podem ser processadas em diferentes graus, mesmo sem formação de memória explícita posteriormente recuperável [19,20].

A interpretação dos relatos também deve considerar uma limitação importante: o paciente era profissional de saúde com experiência prévia em terapia intensiva e atividade

docente. Esse conhecimento prévio pode ter influenciado tanto a forma como as experiências foram percebidas quanto a maneira pela qual foram posteriormente interpretadas e narradas. Consequentemente, não é possível excluir a contribuição de processos de reconstrução retrospectiva baseados em familiaridade prévia com procedimentos, equipamentos e rotinas da UTI [1,9,10,23].

Apesar dessas limitações, alguns aspectos merecem destaque. A correspondência observada entre determinadas experiências subjetivas e eventos documentados em prontuário, particularmente aqueles relacionados à ventilação mecânica, aerosolterapia, mudanças na dieta enteral e exposição à voz familiar, reforça a importância de considerar a experiência subjetiva do paciente crítico como componente relevante do cuidado intensivo. Esses achados também se alinham ao crescente interesse pela humanização da assistência em UTI, enfatizando a relevância das interações familiares, da comunicação terapêutica e da atenção aos possíveis impactos psicológicos da internação crítica [12,13,15].

Dessa forma, os achados deste relato não demonstram integração perceptiva residual nem permitem estabelecer relações causais entre estímulos ambientais específicos e as experiências posteriormente relatadas. Contudo, sugerem que múltiplos mecanismos potencialmente concorrentes, incluindo delirium, hipóxia, neuroinflamação, processamento residual de estímulos sensoriais e reconstrução retrospectiva de memórias, podem ter contribuído para a formação das experiências descritas. Estudos prospectivos são necessários para compreender melhor a natureza dessas experiências e sua relação com a consciência durante a doença crítica com sedação prolongada.

4. Conclusão

Este relato descreve experiências perceptivas estruturadas relatadas após a recuperação da consciência por um paciente com COVID-19 grave, HIV avançado e infecções oportunistas pulmonares, submetido a VMI, sedação prolongada em UTI. A correspondência observada entre alguns conteúdos experienciados e eventos documentados durante a internação sugere a possibilidade de interação entre estímulos fisiológicos, sensoriais e afetivos presentes no ambiente assistencial e as narrativas posteriormente relatadas. Entretanto, a presença de múltiplos fatores potencialmente envolvidos impede qualquer inferência causal acerca dos mecanismos responsáveis por essas experiências. Além disso, o conhecimento prévio do paciente sobre o ambiente de terapia intensiva deve ser considerado na interpretação dos achados.

Dessa forma, este único caso não permite estabelecer mecanismos responsáveis pelas experiências perceptivas relatadas durante a sedação, mas destaca a complexidade dos fenômenos subjetivos observados em pacientes criticamente enfermos e reforça a necessidade de estudos prospectivos para melhor compreender a relação entre experiências perceptivas, doença crítica e recuperação da consciência. Também ressalta a importância de estratégias de cuidado centradas no paciente e na família, contribuindo para o debate sobre a humanização da assistência em terapia intensiva.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Este relato de caso foi elaborado de acordo com as diretrizes CARE (CAse REport Guidelines), visando garantir transparência, completude e rigor na descrição clínica. Foi obtido consentimento livre e esclarecido (TCLE) do paciente para publicação deste relato de caso e das figuras associadas. Declaramos que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Os autores agradecem às equipes multiprofissionais do Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes (HMAPN) e do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz) pela excelência técnica e pelo cuidado humanizado durante todo o tratamento e recuperação do paciente.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. 2001;29(3):573–580. doi:10.1097/00003246-200103000-00019
2. Samuelson K. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—findings from 250 interviews. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(2):76–84. doi:10.1016/j.iccn.2011.01.003
3. Ringdal M, Plos K, Lundberg D, Bergbom I. Outcome after intensive care: memories, health-related quality of life, anxiety and depression. *Anaesth Intensive Care*. 2010;38(2):284–292. doi:10.1177/0310057X1003800212
4. Pandharipande PP, Ely EW. Sedative and analgesic medications: risk factors for delirium and sleep disturbances in the critically ill. *Crit Care Clin*. 2006;22(2):313–327. doi:10.1016/j.ccc.2006.02.002
5. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, Slooter AJC, Ely EW. Delirium. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Nov 12;6(1):90. doi: 10.1038/s41572-020-00223-4. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Dec 1;6(1):94. doi: 10.1038/s41572-020-00236-z.
6. Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, Pun BT, Thompson JL, Shintani AK, Gordon SM, Canonico AE, Dittus RS, Bernard GR, Ely EW. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2010 Jul;38(7):1513–20. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181e47be1.
7. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: an updated hypothesis. *Crit Care Clin*. 2008;24(4):789–856. doi:10.1016/j.ccc.2008.06.003
8. Samuelson KAM, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients—a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007;51(6):671–678. doi:10.1111/j.1399-6576.2007.01333.x
9. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, Collange O, Boulay C, Fafi-Kremer S, Ohana M, Anheim M, Meziani F. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med*. 2020 Jun 4;382(23):2268–2270. doi: 10.1056/NEJMc2008597.
10. Heneka MT, Golenbock D, Latz E, Morgan D, Brown R. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimers Res Ther*. 2020;12:69. doi:10.1186/s13195-020-00640-3
11. Spudich S. HIV and neurocognitive dysfunction. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013;10(3):235–243. doi:10.1007/s11904-013-0179-1
12. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, Cox CE, Wunsch H, Wickline MA, Nunnally ME, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung CL, Hartog CS, Coombs M, Gerritsen RT, Hopkins RO, Franck LS, Skrobik Y, Kon AA, Scruth EA, Harvey MA, Lewis-Newby M, White DB, Swoboda SM, Cooke CR, Levy MM, Azoulay E, Curtis JR. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017 Jan;45(1):103–128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169.
13. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, de Moura RM, Eugênio CS, Haack TDSR, Barbosa MG, Robinson CC, Schneider D, de Oliveira DM, Jeffman RW, Cavalcanti AB, Machado FR, Azevedo LCP, Salluh JIF, Pellegrini JAS, Moraes RB, Foernges RB, Torelly AP, Ayres LO, Duarte PAD, Lovato WJ, Sampaio PHS, de Oliveira Júnior LC, Paranhos JLD, Dantas ADS, de Brito PIPGG, Paulo EAP, Gallindo MAC, Pilau J, Valentim HM, Meira Teles JM, Nobre V, Birriel DC, Corrêa E Castro L, Specht AM, Medeiros GS, Tonietto TF, Mesquita EC, da Silva NB, Korte JE, Hammes LS, Giannini A, Bozza FA, Teixeira C; ICU Visits Study Group Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network (BRICNet). Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 Jul 16;322(3):216–228. doi: 10.1001/jama.2019.8766.
14. Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD, Brummel NE, Thompson JL, Hughes CG, Pun BT, Vasilevskis EE, Morandi A, Shintani AK, Hopkins RO, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW; Bringing to light the Risk Factors And Incidence of Neuropsychological dysfunction in ICU survivors (BRAIN-ICU) study investigators. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med*. 2014 May;2(5):369–79. doi: 10.1016/S2213-2600(14)70051-7.
15. Santuzzi CH, Scardua MJ, Reetz JB, Firme KS, Lira NO, Gonçalves WLS. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática *Fisioter Mov*. 2013 abr/jun;26(2):415–22. doi: 10.1590/S0103-51502013000200019
16. Jones C, Backman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis-generating study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007;51(7):867–873. doi:10.1111/j.1399-6576.2007.01330.x
17. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, Brummel NE, Hughes CG, Vasilevskis EE, Shintani AK, Moons KG, Geervarghese SK, Canonico A, Hopkins RO, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW; BRAIN-ICU Study Investigators. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013 Oct 3;369(14):1306–16. doi: 10.1056/NEJMoa1301372.
18. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care*. 2008;12(Suppl 3):S3. doi:10.1186/cc6149
19. Ghoneim MM, Block RI. Learning and memory during general anesthesia: an update. *Anesthesiology*. 1997;87(2):387–410. doi:10.1097/0000542-199708000-00028
20. Lubke GH, Kerssens C, Phaf RH, Sebel PS. Dependence of explicit and implicit memory on hypnotic state in trauma patients. *Anesthesiology*. 1999;90(3):670–680. doi:10.1097/0000542-199903000-00012

21. Bekinschtein TA, Dehaene S, Rohaut B, Tadel F, Cohen L, Naccache L. Neural signature of the conscious processing of auditory regularities. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009;106(5):1672–1677. doi:10.1073/pnas.0809667106
22. Kondziella D, Friberg CK, Frokjaer VG, Fabricius M, Møller K. Preserved consciousness in vegetative and minimally conscious states: systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(5):485–492. doi:10.1136/jnnp-2015-310958
23. Laureys S, Celesia GG, Cohadon F, Lavrijsen J, León-Carrión J, Sannita WG, Szabon L, Schmutzhard E, von Wild KR, Zeman A, Dolce G; European Task Force on Disorders of Consciousness. Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC Med*. 2010 Nov 1;8:68. doi: 10.1186/1741-7015-8-68.