

DO CORPO MEDICADO AO CORPO PRÓPRIO: A EXPERIÊNCIA VIVIDA NO PÓS-ALTA PSIQUIÁTRICO

Margarida Alexandra Rodrigues Tomás¹;

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8047-3489>

Marisa do Rosário Soares²;

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal. Centro de Investigação e Inovação do Conhecimento (CCII), Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Almada, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0007-6506-6907>

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes³;

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-2571-7078>

Paula Leal⁴;

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8949-3360>

Olga Maria Martins de Sousa Valentim⁵;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa; RISE-Health, Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Vânia Lúcia Domingues Martins⁶.

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora (UE), Évora, Portugal. Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII), Unidade Local de Saúde Almada-Seixal (ULSAS), Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Almada, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0007-1211-7571>

RESUMO: O primeiro internamento psiquiátrico marca um ponto de rutura na trajetória da pessoa, implicando a introdução da medicação como elemento central na estabilização clínica e na reconstrução da relação com o corpo próprio. Através de uma abordagem fenomenológico-hermenêutica, este estudo analisou as narrativas de pessoas que experienciaram essa transição. Os resultados revelam que a medicação, embora essencial para o controlo sintomático, é frequentemente vivida como fonte de desconexão, devido a efeitos adversos como lentificação, ganho de peso e alteração da vitalidade. Esta descontinuidade entre o corpo habitual e o corpo medicado influencia a adesão terapêutica, que se apresenta como um processo de negociação entre necessidade clínica e preservação da identidade. A experiência vivida pelos participantes evidencia a importância dos cuidados transicionais para minimizar o impacto do pós-alta, promovendo um suporte estruturado e flexível que respeite a singularidade da recuperação. A articulação entre serviços hospitalares e comunitários, aliada a abordagens colaborativas, pode facilitar a adaptação ao quotidiano e favorecer uma maior autonomia na gestão da medicação. O conceito de corpo próprio de Merleau-Ponty permite compreender esta transição como um processo contínuo de reconciliação entre corpo-consciência-mundo. Assim, é fundamental desenvolver intervenções que equilibrem a eficácia terapêutica com a tolerabilidade iatrogénica, favorecendo um percurso de recuperação que valorize a identidade e a qualidade de vida da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade Hospitalar de Psiquiatria. Experiência de Vida. Psicofarmacologia.

FROM THE MEDICATED BODY TO ONE'S OWN BODY: THE LIVED EXPERIENCE IN THE POST-PSYCHIATRIC DISCHARGE

ABSTRACT: The first psychiatric hospitalization represents a turning point in a person's life, introducing medication as a central component in clinical stabilization and reshaping the relationship with the lived body. Using a phenomenological-hermeneutic approach, this study analyzed narratives from individuals who experienced this transition. Findings reveal that while medication is essential for symptom control, it often generates a sense of disconnection due to side effects such as sedation, weight gain, and reduced vitality. This discontinuity between the habitual body and the medicated body influences treatment adherence, which becomes a process of negotiation between clinical need and identity preservation. Participants' experiences highlight the importance of transitional care in minimizing post-discharge challenges by offering structured yet flexible support that respects individual recovery paths. The coordination between hospital and community services, alongside collaborative approaches, can facilitate reintegration into daily life and enhance autonomy in medication management. Merleau-Ponty's concept of the lived body frames this transition as an ongoing reconciliation process between body, consciousness,

and world. Therefore, interventions should aim to balance therapeutic effectiveness with iatrogenic tolerability, fostering a recovery journey that prioritizes identity and quality of life.

KEY-WORDS: Psychiatric Department, Hospital. Life Change Events. Psychopharmacology.

INTRODUÇÃO

O internamento hospitalar psiquiátrico estabelece-se como um evento marcante que resulta do potencial simbólico implícito para a pessoa que se vê aí admitida (TOMÁS; REBELO, 2022). Afinal, trata-se de um espaço em que a pessoa se confronta com a inabilidade de assegurar a vida diária de modo autónomo ou ajustado, sem que uma clara disfuncionalidade corporal se manifeste. A intangibilidade que emerge da problemática da saúde mental, concebe na pessoa uma perceção de insuficiência ou falhanço que culmina perante o seu internamento psiquiátrico (ROE; RONAN, 2003).

O primeiro internamento tem sido descrito como um marco significativo na trajetória de vida do indivíduo, representando um ponto de viragem com impacto relevante (LORENCZ, 1991; NOGUEIRA, 2012). Este evento marca a transição da experiência subjetiva da doença mental para a esfera pública, com o reconhecimento formal da condição clínica através da atribuição de um diagnóstico médico, que pode ou não já estar previamente estabelecido. A necessidade de hospitalização surge, geralmente, em contextos de intensa desorganização psicossocial, sendo que, retrospectivamente, a pessoa tende a interpretar este momento como a constatação de que não estava a conseguir manter-se funcional na comunidade (LORENCZ, 1991; SEED et al., 2016). O primeiro internamento está frequentemente associado ao início do acompanhamento nos serviços de saúde mental, passando a pessoa a integrar um sistema de cuidados mais estruturado e predominantemente hospitalocêntrico (NOGUEIRA, 2012). O plano terapêutico habitualmente adotado inclui a prescrição de psicofármacos, acompanhada por consultas externas que, muitas vezes, decorrem no próprio hospital (XAVIER et al., 2017). No entanto, apenas uma parte das pessoas tem, no pós-alta internamento, acesso a intervenções multidisciplinares que combinam diferentes abordagens terapêuticas (XAVIER et al., 2017).

A hegemonia dos psicofármacos é inexpugnável do tratamento da pessoa que é internada num serviço hospitalar psiquiátrico (OWITI; BOWERS, 2011). Para além do arredar dos espaços do quotidiano inerente ao estar internado, do ambiente terapêutico que os profissionais de saúde intencionam proporcionar, a prescrição medicamentosa e sua consequente toma pela pessoa internada, projeta-se como um dos principais mecanismos terapêuticos que a pessoa internada experiencia. Adicionalmente, é também a medicação que permanece e conserva o seu protagonismo após a alta hospitalar, reforçada como fundamental para a boa evolução clínica da pessoa, já que a adesão medicamentosa constitui o primeiro e principal determinante para o sucesso terapêutico (GUDETA et al., 2023). O período imediatamente após a alta hospitalar é identificado como a fase em que a gestão da medicação se torna particularmente desafiante (BIRKEN; HARPER, 2017). Neste sentido,

a adesão à medicação, no pós-alta hospitalar, pode ser vivida de diferentes formas, sendo percebida como essencial quando contribui para a redução dos sintomas; como ineficaz quando não proporciona alívio das dificuldades enfrentadas; como debilitante devido aos efeitos adversos, tais como sedação ou alteração na fluência do discurso; ou como uma forma de entorpecimento, na medida em que permite esquecer problemas, podendo, em alguns casos, estar associada à automedicação ou ao consumo simultâneo de substâncias psicotrópicas (CUTCLIFFE et al., 2012; OWEN-SMITH et al., 2014; REDDING et al., 2017).

Assim, é focando a experiência vivida da pessoa que após o seu primeiro internamento psiquiátrico, regressa a casa e ao seu quotidiano, que se decide analisar em detalhe as narrativas de pessoas que realizaram esta transição pela primeira vez. Este olhar depara-se com o que MERLEAU-PONTY (1999) estabelece na sua obra seminal - Fenomenologia da percepção - como o *corpo próprio* que conceitualiza a percepção existencial humana centrada numa corporalidade permanente e atualizante que revela a irremissível co-existência de - o corpo habitual e o corpo atual. O *corpo habitual* concentra a historicidade vivida no corpo que sedimenta um saber latente; e o *corpo atual* é a realização contingente do corpo que estabelece um saber vivido em situação.

Neste sentido, estipula-se como objetivo: Compreender a expressão do corpo próprio na experiência vivida do regresso à vida quotidiana após o primeiro internamento num serviço de psiquiatria de agudos.

METODOLOGIA

A partir de um estudo qualitativo, de abordagem fenomenológico-hermenêutica, inspirado na fenomenologia da prática de Van Manen (2016), investigou-se a experiência vivida e significado imanescentes ao regresso à vida quotidiana após a primeira hospitalização num serviço de psiquiatria (TOMÁS; REBELO, 2024). O processo de investigação seguiu várias etapas metodológicas, incluindo a realização de entrevistas fenomenológicas, seguidas de uma análise temática e hermenêutica, conduzida com base no método da *epoché* e da redução. Posteriormente, foi elaborada a redação do texto fenomenológico, utilizando o método expressivo do vocativo. Foram estabelecidos critérios de inclusão para a participação no estudo, nomeadamente:

- Idade compreendida entre 18 e 64 anos;
- Histórico de um único internamento no serviço de psiquiatria;
- Retorno ao domicílio após a alta hospitalar;
- Reintegração em atividades compatíveis com uma vida ativa (trabalho, estudo ou voluntariado);
- Fluência na língua portuguesa;
- Acompanhamento ambulatorio pelo serviço de psiquiatria;
- Concordância em participar no estudo e assinatura do consentimento informado.

No total, foram realizadas 15 entrevistas a 12 participantes, tendo sido acauteladas e apreciadas as implicações éticas, com aprovação do Conselho de Administração e respetiva Comissão de Ética de um hospital geral português onde foi conduzido o estudo, bem como com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes.

A partir das narrativas experienciais que ilustram o fenómeno, foram selecionadas aquelas que melhor representam o movimento vivenciado no corpo próprio ao confrontar-se com o corpo medicado, cuja significação se constrói na contingência situacional do pós-alta. Optou-se pela pseudonimização na identificação das narrativas dos participantes, garantindo a sua confidencialidade e anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para os participantes envolvidos, o primeiro internamento psiquiátrico marca uma rutura entre o corpo habitual – o corpo que conheciam antes da medicação – e o corpo atual, agora transformado pelos efeitos iatrogénicos. Este processo de assimilação não é apenas uma adaptação, mas sim uma integração singular e profunda, em que o corpo medicado se torna parte da sua nova realidade.

Importa realçar que, antes do primeiro internamento, nenhum dos participantes utilizava medicação psiquiátrica. Esta mudança é frequentemente vivida como uma experiência desconcertante e até traumática. Como exemplo, vejamos o relato de Joaquim, que ilustra esta transição de forma marcante.

Saí daqui a pensar: estes gajos do hospital mataram-me. Psicologicamente, destruíram-me com a medicação. Foi como se tivesse morrido. Fizeram-me um *shut down*, foi isso que senti. O meu cérebro deixou de funcionar. Foi a pior cena de sempre. Mataram-me para eu poder voltar. Traumático é a palavra que melhor descreve o que senti. Mas, de alguma forma, a mente tenta sempre dar a volta. Eu renasci! De forma bruta, abrupta... e castradora. A medicação mexe com tudo, até com a sexualidade. Não conseguia ter uma ereção, nada. Era chato. Saber que até o corpo não funciona como devia... era chato. (Joaquim, 26 anos)

Este relato evidencia a vivência do corpo medicado como uma autêntica morte simbólica. O internamento psiquiátrico e a introdução da medicação representam, para ele, uma rutura brusca e dolorosa com o corpo que conhecia, mergulhando-o num estado de desconexão que descreve como estar morto ou em “shutdown”.

A experiência revela-se traumática e castradora, associada a uma perda de controlo tanto físico como psicológico. Joaquim percebe o seu corpo como transformado e limitado, sobretudo no domínio da sexualidade, dificultando o seu reconhecimento na nova condição corporal. Ainda assim, no meio desta devastação, surge a noção de renascimento. Apesar de um processo abrupto e marcado pelo sofrimento, há uma procura ativa de superação,

de reconstrução da identidade física e emocional.

Também Ricardo enuncia um corpo próprio desfasado da sua possibilidade de concretização existencial. Um corpo não normal, não próprio, entorpecedor do seu pulsar vital enquanto possibilidade de abertura ao mundo.

Claro que foi um alívio sair daqui [do internamento], claro que foi. Mas saí cheio de medicação, pronto. Eu estava a bezerrar. Bezerrar no sentido em que estava dopado, não estava normal, estava fortemente medicamentado, todo bezerouco. Fiquei gordo, shuhhhh [e abre os braços]. Tive uma paralisia no lábio. Chegava a alturas em que não conseguia raciocinar, aquilo dava-me cabo do sistema. Eu não conseguia fazer nada.

Fui eu que tive de trabalhar a minha mente, fui eu que meditei, fui eu que tive que lidar comigo próprio, porque ninguém me ajudava. Como é que eu me organizava depois de levar com tanta chapada química, chamada chapada psicológica?

Só um ano depois é que a médica me tirou esses comprimidos que me deixavam completamente torcido.

Continuei a tomar a mesma injeção de sempre, que não tem nada a ver com essa medicação. Já não me lembro do nome. Não gosto de me lembrar. Primeiro, porque não decoro nomes de medicamentos. Depois, por aversão àquilo que estou a tomar, que eu, por mim, não tomava. Mas com esta injeção notei diferenças na estabilidade emocional, na memória... pronto, e também comecei a fazer música. Finalmente comecei a fazer música. (Ricardo, de 44 anos)

Sentindo-se privado da configuração e expressão corporal pré-internamento, Ricardo descreve o processo de assimilação do corpo medicado no corpo próprio. A sua vivência é marcada pelo que denomina “chapadas químicas”, um termo que traduz a violência da experiência de um corpo que, sob o efeito da medicação, não correspondia às suas necessidades existenciais. A sensação de desconexão era tanto física como emocional, levando-o a comparar esse estado a um corpo “bezerouco”, dopado e sem vitalidade.

Relata essa experiência como uma forma de imposição química que limitava a expressão do seu eu interior. Não apenas deixou de reconhecer o corpo em que habitava, como desenvolveu uma forte aversão à medicação, evitando recordar ou nomear os fármacos que percebia como opressores. A sua desconexão com o corpo acentuava a sensação de estranhamento consigo próprio, mas também de impossibilidade de si próprio.

Com o tempo, a redução da medicação permitiu-lhe recuperar alguma estabilidade emocional e iniciar um processo de reconexão. A música, que descreve como algo que finalmente pôde retomar, tornou-se o símbolo desta recuperação. Mais do que uma simples atividade, representou o reencontro consigo mesmo e a reafirmação da sua identidade enquanto ser no mundo.

A temporalidade surge como um elemento essencial no processo de recuperação

destes participantes, que enfrentam um percurso longo e desafiante de ajustes terapêuticos. Este processo compromete a capacidade de integração no mundo e exige uma constante adaptação do corpo sob medicação ao corpo próprio.

No dia da alta, estava acelerada, confusa e sem plena noção do que me rodeava. Não sei muito bem explicar... Já não me lembro de algumas coisas, mas... tinha aumentado de peso, o que foi um bocadinho mau para mim. Não estava igual há uns meses atrás. Sinto-me mais cansada, com sono constante, mais prostrada e deprimida. Em casa, passo muito tempo no quarto a dormir, mais calada e no meu canto. A escola não está a correr bem, tenho dificuldades de concentração e sinto-me lentificada. O estudo tornou-se menos produtivo, não consigo focar-me bem e perco-me nas aulas. Ainda não me sinto a 100%.

A psiquiatra prescreveu ontem outro antidepressivo. Estou apreensiva, mas acredito que será para melhor. Tenho sempre essa expectativa, por isso nunca digo que não. Sei que preciso de ter cuidado com a medicação, mas a vontade de melhorar faz-me sentir bem. (Catarina, de 22 anos)

A desvinculação do mundo torna-se evidente quando os estímulos se percebem acelerados sem que Catarina os consiga processar. A sua experiência vivida reflete essa desconexão: “Não sei muito bem explicar”. O corpo, agora mais pesado e arrastado, distancia-se do que era há uns meses: “Não estava igual há uns meses atrás”. Mais calada, isolada no seu canto, sente-se limitada, protegendo-se do mundo enquanto se afasta dele.

Entre a desconexão e a assimilação do corpo medicado no corpo próprio, a afinação da medicação torna-se essencial para que o corpo recupere forma e sentido. A apreensão perante a mudança do antidepressivo evidencia o impacto da medicação sobre a percepção de si. Catarina reconhece que continua deprimida e sem aceder plenamente ao seu potencial. Cada ajuste na medicação redefine o corpo medicado e abre espaço à possibilidade de melhoria, ao desejo de voltar a sentir-se a “100%”.

Este processo de assimilação do corpo medicado no corpo próprio torna-se um processo moroso e difícil, que vai moldando a capacidade de ser no mundo dos participantes.

No trabalho, eu fazia as coisas, mas demorava um pouco mais por causa da medicação. Percebia isso pelos comentários da colega: ‘Tens que ter mais genica, mais pica, ser mais rápida’. Ouvia e calava, porque percebi que não valia a pena responder. (Marta, de 35 anos)

Embora Marta tivesse assimilado o corpo medicado que lhe trouxe estabilidade e controlo, este ainda não se conciliava plenamente com o mundo à sua volta. Marta sustentou a habitualidade do seu corpo próprio até se confrontar com o desejo de alcançar mais dele.

Quando fui viver com o meu namorado, percebi a necessidade de reduzir a medicação. Antes, a minha mãe fazia tudo, mas agora tinha responsabilidades: gerir uma casa, dividir tarefas. Queria fazer as coisas, mas sentia-me pedrada, sem ação.

Estender roupa? Conseguia, mas a resposta não era imediata. Sentia-me presa. Decidi experimentar deixar a medicação de dia num fim de semana, com ele [o namorado] por perto para supervisionar. Se algo corresse mal, sabia que teria de retomar ou contactar a psiquiatra.

Os primeiros dias foram difíceis. O humor oscilava entre rir e chorar. No terceiro dia, ele ligou-me só para ver como estava. Com o tempo, notámos diferenças: resposta mais rápida, mais capacidade para agir. O corpo já não pesava. Queria fazer... e conseguia. (Marta, de 35 anos)

Apesar de já reconhecer a lentificação do seu corpo, inclusive no trabalho, é ao iniciar a vida com o companheiro que Marta sente novamente a desconexão imposta pelo corpo medicado. Incapaz de sustentar essa habitualidade decide reduzir a medicação para reencontrar um corpo mais ágil.

Ciente dos riscos, delineia estratégias para evitar recaídas. Com o apoio do namorado, atravessa as oscilações trazidas por esta transição. Como resultado, percebe a recuperação de um corpo mais leve e responsivo, capaz de agir com a celeridade que antecipava. Emerge a configuração de limites para a desconexão que a pessoa está disposta a aceitar no corpo próprio, algo que é possível também denotar em Rosa.

A primeira medicação fez-me engordar 5 quilos na barriga no primeiro mês. As calças deixaram de apertar e comecei a sentir-me mal. Foi do género: calma lá, não pode regular uma coisa e desregular outra. Eu disse à doutora: - Como ex-desportista e bailarina, engordar, não! Não me vou sentir bem comigo mesma.

Ela explicou-me que 80% das pessoas que param a medicação sofrem recaídas e que devia continuar para evitar um novo surto. Respondi: - Está bem, mas deve haver uma alternativa que não me faça engordar. Ela acolheu e mudou-me a medicação. Isso foi importante. Se não tivesse mudado, provavelmente teria deixado de tomar. (Rosa, de 41 anos)

Rosa exala convicção ao afirmar que não continuaria uma medicação que transformasse o seu corpo tão profundamente. A sua forma física não é apenas uma questão estética, mas o cerne da sua existência. Sacrificá-la seria renunciar a si mesma. Não há espaço para uma desconexão tão avassaladora entre o corpo medicado e o corpo próprio. Para que essa fusão se torne possível, a medicação foi ajustada, visando a preservação da identidade inscrita na sua corporalidade.

Não obstante, houve um participante que optou por fazer abandono terapêutico, devido à iatrogenia sentida no pós-alta.

Depois do internamento, a medicação era o pior para mim, porque eu não gostava muito dela. Enfim, não gosto de tomar medicação. Queria estar livre, ser como uma pessoa comum, lidar com os meus problemas naturalmente. Estava reticente em tomar a medicação, porque não gostava dos efeitos que me dava: apatia, falta de energia, moleza, aquela sensação de torpor. Acordava de manhã e parecia que estava a morrer de sono. Também tive disfunção erétil, o que foi muito mau para mim. Enfim... sentia-me de facto diferente com a medicação que estava a fazer depois do internamento.

Passado um mês [da alta hospitalar], tinha consulta marcada para continuar a vigilância. Logo nessa consulta, disse à doutora que não gostava da medicação, que me dava disfunção erétil, blá blá blá, essas coisas todas. Mas ela insistiu para que eu continuasse e marcou-me nova consulta. Acho que a essa consulta já nem apareci, porque entretanto já tinha feito o desmame. (Carlos, de 35 anos)

Carlos traz uma perspetiva distinta sobre a experiência do corpo medicado, ilustrando um percurso de rejeição à continuidade da terapêutica psicofarmacológica. Para ele, a medicação dificultava a sua adaptação ao quotidiano após a alta, pois representava um entrave ao seu funcionamento, gerando efeitos que minavam a sua energia vital e a percepção de si próprio. A apatia, a sonolência e a disfunção erétil eram sentidas como impactos negativos que ultrapassavam os benefícios terapêuticos esperados.

A sua decisão de abandonar a medicação reflete a complexidade da adesão terapêutica, especialmente quando a pessoa não encontra um equilíbrio entre os efeitos secundários e a sua necessidade de estabilidade emocional. A ausência na consulta subsequente assinala um desligamento do acompanhamento médico formal, evidencia a tensão entre a imposição biomédica do tratamento farmacológico e revela a busca individual por autonomia e reapropriação do corpo próprio no pós-internamento.

Porém, após um período sem medicação, a ressurgência de um novo surto psicótico projetou Carlos para uma realidade distinta daquela que até então caracterizara a sua vivência do corpo medicado.

Neste último surto, fiquei com uma perspetiva diferente sobre a medicação. Eu não gostava de tomar medicamentos psiquiátricos, não queria de todo. Se tomasse, era um ansiolítico de vez em quando. Mas agora tenho algum receio. É uma das coisas que quero falar com a médica. (Carlos, de 35 anos)

Neste receio inscreve-se um esforço de conciliação que oscila entre a desconexão e a assimilação do corpo medicado no corpo próprio. A iminência do (re)adoecer coloca

a urgência de silenciar novamente a frequência psicótica que irrompe no seu ser. O reconhecimento da fragilidade latente no seu corpo próprio confere um novo significado à medicação. Entre a inevitabilidade da manifestação psicótica e a necessidade de a suprimir, desenha-se um movimento de negociação interna que redefine a relação de Carlos com o seu tratamento.

A experiência vivida pelos participantes evidencia a centralidade da medicação na reconstrução da relação entre o corpo próprio e o corpo medicado após o primeiro internamento psiquiátrico. A prescrição de psicofármacos, essencial para a estabilização clínica, emerge também como um agente de transformação corporal e subjetiva, impondo desafios na sua assimilação à identidade da pessoa (FUSAR-POLI et al., 2017).

Os relatos analisados demonstram como a medicação interfere na percepção e no domínio do corpo próprio. A lentificação, o ganho de peso, a seditação e a sensação de alienação são mencionadas como efeitos que distanciam o corpo atual do corpo habitual pré-internamento (OWEN-SMITH et al., 2014; REDDING et al., 2017; MONCRIEFF et al., 2013). Este desfasamento resulta numa desconexão experiencial, onde os participantes expressam dificuldade em reconhecer-se no corpo transformado, realçando-se como os efeitos adversos da medicação podem criar uma experiência de estranhamento e afastamento do corpo habitual, contribuindo para um sentimento de alienação (DIJKSTRA et al., 2024; CONNEELY et al., 2025).

A adesão à medicação não é, assim, um processo linear, mas um percurso de negociação entre a necessidade terapêutica e a busca pela reapropriação do corpo próprio. Estudos sobre a relação entre adesão medicamentosa e identidade corporal mostram que a rejeição dos efeitos adversos pode levar à redução ou omissão voluntária da medicação, mesmo quando os pacientes reconhecem a sua necessidade clínica (CUTCLIFFE et al., 2012b; OWEN-SMITH et al., 2014; REDDING et al., 2017). Bjornestad et al. (2017) ao investigar a experiência das pessoas sobre o uso de medicamentos antipsicóticos durante e após um primeiro episódio psicótico, estabelece que os participantes consideravam a medicação antipsicótica como significativa para a remissão sintomática durante a fase aguda da doença. Todavia, a recuperação funcional para além da fase aguda foi, no entanto, atribuída principalmente aos esforços individuais e às influências sociais. Neste sentido, é importante o estabelecimento de cuidados transicionais que reconheçam a amplitude experiencial relativamente à toma de psicofármacos - desde imperativos a uma barreira para alcançar o recovery (BJORNESTAD et al., 2017). As intervenções de transição com componentes de ligação são a estrutura de prestação de cuidados preferida pelos utilizadores dos serviços. Estas intervenções abrangem a passagem do internamento para os cuidados ambulatoriais, incluindo ações tanto antes como após a alta hospitalar (HEGEDÜS et al., 2020; BOTHA et al., 2018)

A redução progressiva dos fármacos, quando acompanhada por profissionais de saúde, pode facilitar a recuperação da agilidade, da autonomia e do sentido de controlo

sobre o próprio corpo (BJORNESTAD et al., 2017). A articulação entre serviços hospitalares e comunitários, aliada a uma abordagem colaborativa que envolva a pessoa e a sua rede de suporte, poderá contribuir para um processo de transição mais fluído, reduzindo a sensação de vulnerabilidade pós-alta e promovendo um percurso de recuperação que equilibre a adesão terapêutica com a autonomia e qualidade de vida da pessoa (BJORNESTAD et al., 2017; HEGEDŪS et al., 2020; BOTHA et al., 2018).

Deste modo, a implementação de cuidados transicionais assume um papel crucial na promoção de uma continuidade assistencial centrada na pessoa. Para além de assegurarem um suporte estruturado e flexível, estas intervenções devem adaptar-se às necessidades individuais dos utilizadores, reconhecendo simultaneamente os desafios e limites da tolerabilidade iatrogénica.

CONCLUSÃO

O conceito de corpo próprio de Merleau-Ponty ilumina a complexidade do regresso à vida quotidiana após o internamento. Este conceito sublinha que o corpo não é apenas um objeto físico, mas a habitação indivisível do ser, a partir do qual experienciamos o mundo. Como tal, integra uma historicidade, enquanto corpo habitual, mas também uma contemporaneidade, enquanto corpo atual, que se reconhece como próprio quando há um sentido condutivo e congruente entre passado-presente e futuro.

A medicação, apesar de central para o bom prognóstico da pessoa – embora não se constitua como opção terapêutica exclusiva – envolve uma ponderação de prós e contras que são fundamentais para definir os limites entre os sintomas da doença mental, os efeitos do medicamento, e a identidade de cada um.

Reconhecer a dissonância vivida no corpo próprio, decorrente do corpo medicado que desfigura o corpo habitual reconhecido pela pessoa, permite desenvolver intervenções que promovam uma integração harmoniosa entre corpo-consciência-mundo, respeitando a singularidade da experiência de cada indivíduo e favorecendo um processo de recuperação que valorize a identidade e a autonomia.

Assim, os cuidados transicionais são essenciais para garantir uma continuidade assistencial centrada na pessoa, oferecendo suporte estruturado e flexível, ajustado às necessidades individuais e aos limites da tolerabilidade iatrogénica.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BIRKEN, Mary; HARPER, Shelley. Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. **British Journal of Occupational Therapy**, [S. l.], v. 80, n. 7, p. 409–416, 2017. DOI: 10.1177/0308022617697995.

BJORNESTAD, Jone et al. Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. **Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 264–270, 2017. DOI: 10.1080/09638237.2017.1294735.

BOTHA, Ulla A.; COETZEE, Marise; KOEN, Liezl; NIEHAUS, Dana J. H. An Attempt to Stem the Tide: Exploring the Effect of a 90-Day Transitional Care Intervention on Readmissions to an Acute Male Psychiatric Unit in South Africa. **Archives of Psychiatric Nursing**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 384–389, 2018. DOI: 10.1016/J.APNU.2017.12.002.

CONNELLY, M.; ROE, D.; HASSON-OHAYON, I.; PIJNENBORG, G. H. M.; VAN DER MEER, L.; SPEYER, H. Antipsychotics and Identity: The Adverse Effect No One is Talking About. **Community Mental Health Journal**, [S. l.], v. 61, n. 2, p. 228–233, 2025. DOI: 10.1007/s10597-024-01255-w.

CUTCLIFFE, John; LINKS, Paul; HARDER, Henry; BERGMANS, Yvonne; BALDERSON, Ken; EYNAN, Rahel; AMBREEN, Munazah; NEIBAUM, Rosanne. Understanding the risks of recent discharge: The phenomenological experiences: Trying to Survive While Living Under the Proverbial “Sword of Damocles”. **Crisis**, [S. l.], v. 33, n. 5, p. 265–272, 2012. DOI: 10.1027/0227-5910/a000132.

DIJKSTRA, Stéphanie Astrid; RIJKEBOER, Jennifer; NOORDHOF, Arjen; BOYETTE, Lindy-Lou; BERENDSEN, Steven; DE KONING, Mariken; BENNEN, Romy Liza Japien; HOFMAN, Tim; DE HAAN, Lieuwe. Making Sense of Recovery From First Psychosis With Antipsychotic Medication: A Qualitative Phenomenological Study. **Schizophrenia Bulletin**, [S. l.], v. 50, n. 6, p. 1508–1520, 2024. DOI: 10.1093/schbul/sbae104.

FUSAR-POLI, Paolo; MCGORRY, Patrick D.; KANE, John M. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. **World Psychiatry**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 251–265, 2017. DOI: 10.1002/wps.20446.

GUDETA, Dinkinesh Begna; LETA, Kassech; ALEMU, Birhanu; KANDULA, Usha Rani. Medication adherence and associated factors among psychiatry patients at Asella Referral and Teaching Hospital in Oromia, Ethiopia: Institution based cross sectional study. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. e0283829, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0283829.

HEGEDÜS, Anna; KOZEL, Bernd; RICHTER, Dirk; BEHRENS, Johann. Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Psychiatry**, 2020. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00969.

LORENCZ, B. Becoming ordinary leaving the psychiatric hospital. In: MORSE, J. M.; JOHNSON, J. L. (org.). **The Illness Experience: dimensions of suffering**. Newbury Park: SAGE Publications, Inc., 1991. p. 140–200.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MONCRIEFF, Joanna; COHEN, David; PORTER, Sally. The Psychoactive Effects of Psychiatric Medication: The Elephant in the Room. **Journal of Psychoactive Drugs**, [S. l.], v. 45, n. 5, p. 409–415, 2013. DOI: 10.1080/02791072.2013.845328.

NOGUEIRA, Cláudia. Doença psiquiátrica e Itinerários terapêuticos – contributos para uma reflexão sobre a reconfiguração dos cuidados formais de saúde mental. Porto.

OWEN-SMITH, Amanda; BENNEWITH, Olive; DONOVAN, Jenny; EVANS, Jonathan; HAWTON, Keith; KAPUR, Nav; O’CONNOR, Susan; GUNNELL, David. “When you’re in the hospital, you’re in a sort of bubble.”: Understanding the high risk of self-harm and suicide following psychiatric discharge: A qualitative study. **Crisis**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 154–160, 2014. DOI: 10.1027/0227-5910/a000246.

OWITI, J. A.; BOWERS, L. A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, [S. l.], v. 18, n. 7, p. 637–647, 2011. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01713.x.

REDDING, Anna; MAGUIRE, Nick; JOHNSON, George; MAGUIRE, Tess. What is the Lived Experience of Being Discharged From a Psychiatric Inpatient Stay? **Community Mental Health Journal**, [S. l.], v. 53, n. 5, p. 568–577, 2017. DOI: 10.1007/s10597-017-0092-0.

ROE, David; RONEN, Ya’ir. Hospitalization as experienced by the psychiatric patient: a therapeutic jurisprudence perspective. **International journal of law and psychiatry**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 317–32, 2003. DOI: 10.1016/S0160-2527(03)00041-4.

SEED, Tara; FOX, John R. E.; BERRY, Katherine. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 61, p. 82–94, 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014.

TOMÁS, Margarida Rodrigues. **O regresso à vida quotidiana após o primeiro internamento em psiquiatria: a experiência vivida**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2024. Disponível em: <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2168998>.

TOMÁS, Margarida Alexandra Rodrigues; REBELO, Maria Teresa dos Santos. Everyday Life after the First Psychiatric Admission: A Portuguese Phenomenological Research. **Journal of Personalized Medicine**, [S. l.], v. 12, n. 11, p. 19-38, 2022. DOI: 10.3390/jpm12111938.

VAN MANEN, Max. **Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing**. New York: Routledge, 2016.

XAVIER, Miguel; ISABEL, Paixão; MATEUS, Pedro; GOLDSCHMIDT, Teresa; PIRES, Pedro; NARIGÃO, Miguel; CARVALHO, Álvaro De; LEUSCHNER, António. **Relatório da**

Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. [s.l.], 2017.