

APÊNDICE 2 – ESCALA DE PSICOFARMACOLOGIA FUNCIONAL

Escala de Psicofarmacologia Funcional (EPF)						
		Eu <u>não</u> tenho este sintoma	Eu tenho este sintoma e ...			
			não me incomoda	incomoda um pouco	incomoda muito	não suporto
1	Tenho machucado fisicamente a mim mesmo ou aos outros, por exemplo: cortes, beliscões, arranhões, etc.	0	1	2	3	4
2	Tenho visto ou ouvido coisas que não existem (alucinações).	0	1	2	3	4
3	Tenho apresentado desmaios ou convulsões.	0	1	2	3	4
4	Tenho sofrido acidentes em casa ou no trabalho frequentemente.	0	1	2	3	4
5	As pessoas dizem que tenho pensamentos esquisitos ou que eu acredito em coisas estranhas.	0	1	2	3	4
6	Estou produzindo muita saliva ou babando.	0	1	2	3	4
7	Sinto que estou sendo perseguido(a), mesmo quando as pessoas próximas dizem que não.	0	1	2	3	4
8	Minha forma de falar está diferente ou estranha.	0	1	2	3	4
9	Tenho estado agitado(a) e falado demais.	0	1	2	3	4
10	Tenho tido inflamações ou infecções ou febre com mais frequência.	0	1	2	3	4
11	Sinto às vezes como se o meu corpo ou as coisas não fossem reais, não exerço controle, como se eu estivesse em um sonho ou em um filme.	0	1	2	3	4
12	Estou com dificuldade para escrever ou segurar talheres ou para caminhar.	0	1	2	3	4
13	Provoco vômitos ou uso laxantes ou me exercito de forma exagerada para tentar não engordar.	0	1	2	3	4
14	Estou tendo pressão baixa ou tontura ao levantar ou o coração batendo muito devagar.	0	1	2	3	4
15	Não estou gripado(a) e nem resfriado(a) e venho tendo tosse ou falta de ar ou chiado no peito ou dor de garganta.	0	1	2	3	4
16	Estou tendo que consumir cada vez mais bebidas alcoólicas ou drogas ou cigarros ou fazer sexo ou jogar ou ficar na internet para me satisfazer ou lidar com meus problemas.	0	1	2	3	4
17	Tenho tido dor na língua ou nas gengivas ou nos dentes ou feridas na boca.	0	1	2	3	4

Por favor, continue na próxima página...

		Eu <u>não</u> tenho este sintoma	Eu tenho este sintoma e ...			
			não me incomoda	incomoda um pouco	incomoda muito	não suporto
18	Tenho tido vômitos ou vontade de vomitar.	0	1	2	3	4
19	Tenho tentado e não consigo reduzir a quantidade de cigarros ou de bebidas alcoólicas ou de drogas que consumo.	0	1	2	3	4
20	Tenho emagrecido ou tido diminuição da vontade de comer ou não sou capaz de comer o suficiente.	0	1	2	3	4
21	Sei que estão acontecendo coisas que, somente eu, ninguém mais acredita.	0	1	2	3	4
22	Estou sentindo que meus movimentos estão lentos e difíceis ou meus músculos fracos ou rígidos.	0	1	2	3	4
23	Acredito estar doente, consulto com vários médicos e faço exames, mas ninguém consegue encontrar ou resolver o meu problema.	0	1	2	3	4
24	Tenho tido coceira ou alergia ou descamação ou bolhas ou manchas ou mudança de cor na pele.	0	1	2	3	4
25	Estou com dificuldade para conseguir urinar ou dificuldade para segurar a urina ou tenho acordado à noite para urinar.	0	1	2	3	4
26	Minhas mamas estão aumentando ou estou produzindo leite.	0	1	2	3	4
27	Estou com dificuldade de audição ou zumbido.	0	1	2	3	4
28	Apesar do meu médico pedir, não consigo mais parar de tomar determinado remédio.	0	1	2	3	4
29	Tenho tido tremores.	0	1	2	3	4
30	Tenho contrações musculares involuntárias ou tiques nervosos.	0	1	2	3	4
31	Não estou nem gripado(a) e nem resfriado(a) e fico com o nariz escorrendo ou entupido ou muito seco ou sangrando.	0	1	2	3	4
32	Estou com a menstruação irregular ou tenho tido cólicas menstruais.	0	1	2	3	4
33	Sinto que posso perder o controle ou o juízo a qualquer momento.	0	1	2	3	4
34	Tenho me assustado com facilidade ou fico com a impressão de que alguma coisa ruim está para acontecer.	0	1	2	3	4

Por favor, continue na próxima página...

		Eu <u>não</u> tenho este sintoma	Eu tenho este sintoma e ...			
			não me incomoda	incomoda um pouco	incomoda muito	não suporto
35	Tenho me negado a fazer coisas ou tarefas ou me afastado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
36	Estou com queda de cabelo.	0	1	2	3	4
37	Tenho apresentado episódios de pânico ou crises inesperadas de desespero e medo intenso em que sinto vontade de fugir.	0	1	2	3	4
38	Não tenho mais sentido prazer em coisas que gostava antes.	0	1	2	3	4
39	Fico confuso(a) para realizar tarefas simples que fazia antigamente, por exemplo: cozinhar, pagar contas, dirigir, etc.	0	1	2	3	4
40	Tenho dificuldade em começar ou terminar as minhas atividades ou obrigações.	0	1	2	3	4
41	Faço ou penso coisas de forma repetitiva para ficar calmo(a) ou impedir que algo ruim aconteça.	0	1	2	3	4
42	Tenho pensado que quero morrer ou, então, pensado em cometer suicídio.	0	1	2	3	4
43	Tenho tido sensação de cabeça vazia ou dificuldade para pensar ou raciocinar.	0	1	2	3	4
44	Tenho frequentemente me sentido culpado(a) ou me lamentado das coisas.	0	1	2	3	4
45	Meu humor costuma mudar de depressivo para muito feliz ou eufórico sem motivo aparente.	0	1	2	3	4
46	Não tenho confiança em mim mesmo ou minha visão sobre as coisas, sobre mim ou sobre o futuro são pessimistas.	0	1	2	3	4
47	Frequentemente tenho agido por impulso e depois me arrependo, por exemplo: com compras, palavras, relacionamentos, etc.	0	1	2	3	4
48	As pessoas têm reclamado de meu comportamento.	0	1	2	3	4
49	Tenho descuidado da minha aparência pessoal ou da minha higiene.	0	1	2	3	4
50	Tenho dificuldade para iniciar o sono ou tenho acordado na madrugada e não conseguido dormir mais.	0	1	2	3	4
51	Tenho sentido tonturas ou sensação de que as coisas estão girando ou dificuldade de equilíbrio.	0	1	2	3	4

Por favor, continue na próxima página...

		Eu <u>não</u> tenho este sintoma	Eu tenho este sintoma e ...			
			não me incomoda	incomoda um pouco	incomoda muito	não suporto
52	Não consigo prestar atenção por muito tempo ou cometo erros por descuido nos estudos ou trabalho.	0	1	2	3	4
53	Sinto muita ansiedade ou medo quando estou em um ambiente com muitas pessoas.	0	1	2	3	4
54	Tenho dificuldade em conversar ou me relacionar com outras pessoas.	0	1	2	3	4
55	Frequentemente não consigo controlar minha raiva.	0	1	2	3	4
56	Tenho chorado ou me sentido triste quase todos os dias.	0	1	2	3	4
57	Sinto medo excessivo de alguma coisa ou situação. Por exemplo: de animais, objetos, altura, dirigir, falar em público, etc.	0	1	2	3	4
58	Tenho tido dificuldade em sentir ou expressar emoções.	0	1	2	3	4
59	Tenho estado impaciente quando preciso esperar ou, então, não consigo ficar sossegado(a) ou relaxar quando estou de folga.	0	1	2	3	4
60	Tenho estado ansioso(a) ou nervoso(a) quase todos os dias.	0	1	2	3	4
61	Tenho sentido dores de cabeça.	0	1	2	3	4
62	Não tenho disposição para realizar minhas atividades diárias ou estou muito parado(a) ou apático(a).	0	1	2	3	4
63	Tenho tido sonhos desagradáveis ou sono agitado ou sonambulismo.	0	1	2	3	4
64	Fico constrangido(a) em ter que tomar remédio para problemas de saúde mental.	0	1	2	3	4
65	Estou com dificuldade para aprender ou memorizar ou lembrar as coisas.	0	1	2	3	4
66	Tenho pensamentos ou pesadelos constantes sobre um acontecimento ruim do passado.	0	1	2	3	4
67	Preocupo-me demais com organização ou com coisas de pouca importância.	0	1	2	3	4
68	Minha visão tem estado embaçada ou sensível à luz ou não tenho enxergado direito.	0	1	2	3	4
69	Tenho me sentido abatido(a) ou doente.	0	1	2	3	4

Por favor, continue na próxima página...

		Eu <u>não</u> tenho este sintoma	Eu tenho este sintoma e ...			
			não me incomoda	incomoda um pouco	incomoda muito	não suporto
70	Tenho sentido dificuldade em permanecer sentado(a) ou parado(a). Preciso estar movimentando meu corpo ou minhas pernas o tempo todo.	0	1	2	3	4
71	Tenho engordado ou tido aumento da vontade de comer.	0	1	2	3	4
72	Tenho tido inchaço nas pernas ou em outro local do corpo.	0	1	2	3	4
73	Tenho percebido alterações no paladar ou gosto ruim na boca ou sensação de boca seca.	0	1	2	3	4
74	Tenho tido refluxo ou azia ou má digestão ou dificuldade para engolir os alimentos.	0	1	2	3	4
75	Meu intestino está muito preso (constipação) ou está muito solto (diarreia).	0	1	2	3	4
76	Tenho tido sensação de dormência ou formigamento em alguma parte do corpo.	0	1	2	3	4
77	Tenho tido arrotos ou flatulência ou gases no intestino.	0	1	2	3	4
78	Tenho transpirado ou suado muito ou sentido muita sede.	0	1	2	3	4
79	Estou tendo pressão alta ou o coração batendo muito rápido ou irregular.	0	1	2	3	4
80	Tenho dormido ou bocejado muito.	0	1	2	3	4
81	Tenho tido dor e contratura muscular no pescoço ou na mandíbula.	0	1	2	3	4
82	Tenho tido diminuição do desejo sexual ou dificuldade para ejacular ou para atingir o orgasmo ou para ter ereção.	0	1	2	3	4
83	Venho sentindo dor nos braços ou dor nas pernas ou dores articulares ou câibras.	0	1	2	3	4
84	Tenho sentido dores no peito, na barriga ou nas costas.	0	1	2	3	4
85	Tenho rangido os dentes (bruxismo) ou roído as unhas ou arrancado pelos ou cabelos.	0	1	2	3	4
86	Minha pele está muito oleosa ou seca ou tenho tido caspa ou espinhas.	0	1	2	3	4
87	Tenho tido nos olhos: coceira ou irritação ou vermelhidão ou dor ou sensação de secura.	0	1	2	3	4
88	Tenho sentido calafrios ou ondas de calor.	0	1	2	3	4