

Escala de Gravidade da Insônia

Nome _____

Idade _____

Data _____ / _____ / _____

1

Por favor, avalie a gravidade atual da sua insônia (nas duas últimas semanas) e circule o número que corresponde à melhor resposta (escolha apenas uma opção por questão), em relação às perguntas abaixo:

a) Dificuldade em pegar no sono

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
0	1	2	3	4

b) Dificuldade em manter o sono

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
0	1	2	3	4

c) Problema de despertar muito cedo

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
0	1	2	3	4

2

Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono?

Muito satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito insatisfeito
0	1	2	3	4

3

Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas? (Por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/executar atividades diárias, concentração, memória, humor, etc.)

Não interfere	Interfere um pouco	Interfere de algum modo	Interfere muito	Interfere extremamente
0	1	2	3	4

4

Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida?

Não percebem	Percebem um pouco	Percebem de algum modo	Percebem muito	Percebem extremamente
0	1	2	3	4

5

Quanto você está preocupado/estressado com o seu problema de sono?

Não estou preocupado	Um pouco preocupado	De algum modo preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
0	1	2	3	4

Interpretação da pontuação: 0-7: ausência de insônia / 8-14: abaixo do limiar da insônia / 15-21: insônia moderada / 22-28: insônia grave.

Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2: 297-307. Morin CM. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press, 1993.

REALIZAÇÃO:



APOIO:



Associação Brasileira do Sono