



Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Regiane de Paula Floriano — CRP 06/100895

Psicologia / Neuropsicologia / Sono

Avaliação da Qualidade do Sono (PSQI)

O que é o PSQI?

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), desenvolvido por Buysse e colaboradores (1989) e validado para o português do Brasil por Bertolazi e colaboradores (2011), avalia a qualidade subjetiva do sono ao longo do último mês.

Ele não substitui uma avaliação clínica, mas ajuda a organizar informações importantes sobre os hábitos de sono.

Como responder: pense apenas no último mês e responda da forma mais precisa possível, considerando o que aconteceu na maioria dos dias e das noites.

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

1. Durante o último mês, a que horas você foi deitar à noite, na maioria das vezes?

hh:mm = ____ : ____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente demorou para pegar no sono?

minutos = _____

3. Durante o último mês, a que horas você geralmente saiu da cama pela manhã?

hh:mm = ____ : ____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono por noite você geralmente teve? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama)

horas = _____

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque:

a) Demora mais de 30 minutos para pegar no sono

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

b) Acorda no meio da noite ou muito cedo pela manhã

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

e) Tossiu ou roncou muito alto

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

f) Sentiu muito frio

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

g) Sentiu muito calor

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

h) Teve sonhos ruins ou pesadelos

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

i) Sentiu dores

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

j) Outra razão (descreva): _____

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
0	1	2	3

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

8. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para ficar acordado(a) enquanto dirigia, comia ou participava de alguma atividade social?

Nenhuma vez no último mês	Menos de 1x por semana	1 ou 2x por semana	3x ou mais por semana
0	1	2	3

9. Durante o último mês, o quanto foi um problema para você manter o entusiasmo necessário para realizar suas atividades diárias?

Nenhum problema	Problema muito pequeno	Problema médio	Grande problema
0	1	2	3