



ISI

Índice de Gravidade da Insônia · 7 itens · 15 anos ou mais

Nome: _____

Idade: ____ Data: __/__/____

Por favor, responda considerando **as duas últimas semanas**. Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua situação.

1 Gravidade da sua **dificuldade para iniciar o sono**

- 0 Nenhuma 1 Leve 2 Moderada 3 Grave 4 Muito grave

2 Gravidade da sua **dificuldade para manter o sono**

- 0 Nenhuma 1 Leve 2 Moderada 3 Grave 4 Muito grave

3 Gravidade do problema de **acordar muito cedo**

- 0 Nenhum 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muito grave

4 Quão **satisfeito(a)** você está com seu padrão de sono atual?

- 0 Muito satisfeito 1 Satisfeito 2 Neutro 3 Insatisfeito 4 Muito insatisfeito

5 Quão **perceptível para os outros** é o seu problema de sono em termos de prejuízo da sua qualidade de vida?

- 0 Nada 1 Pouco 2 Um pouco 3 Muito 4 Demais

6 Quão **preocupado(a) ou aflito(a)** você está com o seu problema de sono atual?

- 0 Nada 1 Pouco 2 Um pouco 3 Muito 4 Demais

7 Em que medida você considera que o seu problema de sono **interfere no seu funcionamento diário** (cansaço, humor, capacidade no trabalho, concentração, memória)?

- 0 Nada 1 Pouco 2 Um pouco 3 Muito 4 Demais

PONTUAÇÃO TOTAL

____ / 28

Some os valores marcados nos 7 itens.

INTERPRETAÇÃO

0–7 Sem insônia clinicamente significativa

8–14 Insônia subclínica (limítrofe)

15–21 Insônia moderada

22–28 Insônia grave

Corte ≥ 15: sugere diagnóstico clínico de insônia (S 86% / E 88%, validação BR).