

Anexos

Anexo 1 : Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQUI-BR)

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar: _____
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir a noite? Número de minutos: _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar? _____
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama) Horas de sono por noite: _____

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência **você teve dificuldade para dormir** porque você:
 - A) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos
 - () 1 = nenhuma no último mês
 - () 2 = menos de uma vez por semana
 - () 3 = uma ou duas vezes por semana
 - () 4 = três ou mais vezes na semana
 - B) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

C) Precisou levantar para ir ao banheiro

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

D) Não conseguiu respirar confortavelmente

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

E) Tossiu ou roncou forte

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

F) Sentiu muito frio

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

G) Sentiu muito calor

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

H) Teve sonhos ruins

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

I) Teve dor

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

J) Outras razões, por favor, descreva:

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a esta razão?

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

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

- () Muito boa
- () Boa
- () Ruim
- () Muito ruim

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

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana

- 4 = três ou mais vezes na semana
8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?
- 1 = nenhuma no último mês
- 2 = menos de uma vez por semana
- 3 = uma ou duas vezes por semana
- 4 = três ou mais vezes na semana
9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?
- Nenhuma dificuldade
- Um problema leve
- Um problema razoável
- Um grande problema
10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?
- Não
- Parceiro ou colega, mas em outro quarto
- Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama
- Parceiro na mesma cama
- Se você tem um parceiro(a) ou colega de quarto pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês você apresentou:
- A) Ronco forte
- 1 = nenhuma no último mês
- 2 = menos de uma vez por semana
- 3 = uma ou duas vezes por semana
- 4 = três ou mais vezes na semana
- B) Longas paradas de respiração enquanto dormia
- 1 = nenhuma no último mês
- 2 = menos de uma vez por semana
- 3 = uma ou duas vezes por semana
- 4 = três ou mais vezes na semana

C) Contrações ou puxões de pernas enquanto dormia

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

D) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

E) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor descreva: _____

Com que frequência, no último mês, você teve essas alterações?

- () 1 = nenhuma no último mês
- () 2 = menos de uma vez por semana
- () 3 = uma ou duas vezes por semana
- () 4 = três ou mais vezes na semana

Anexo 2

Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

Marque a opção que melhor descrever a frequência de consumo dos seguintes alimentos na sua rotina.

Alimentos	Nunca	1 a 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	Diariamente	2 vezes ou mais por dia
In natura ou minimamente processados					
Feijão de todas as cores, ou lentilha, ou grão de bico					
Arroz branco, integral ou parboilizado					
Frutas diversas					
Sucos de frutas					
Amendoim ou outras castanhas sem sal ou açúcar					
Carnes de gado, porco, aves, pescados frescos, resfriados ou congelados					
Ovos					
Legumes (chuchu, abóbora, abobrinha, maxixe, quiabo, berinjela, outros)					
Verduras (Alface, couve, couve-flor, brócolis, espinafre, hortelã, acelga, rúcula)					
Raízes e tubérculos (batata inglesa, batata doce, mandioca, inhame, cenoura, beterraba)					
Leite, iogurte sem açúcar					

Cereais (milho em espiga, aveia, centeio)					
Processados					
Conservas (pepino, azeitona, ervilha, pickles)					
Peixe enlatado					
Queijo					
Doces em calda (pêssego, abacaxi, figo)					
Pães de farinha de trigo					
Ultraprocessados					
Embutidos (mortadela, presunto, salsicha)					
Gelatina					
Hambúrguer					
Macarrão instantâneo (miojo)					
Molhos prontos (maionese, mostarda, <i>catch up</i>)					
Suco em pó					
Pizza					
Refrigerante					
Salgadinho de pacote					
Salgados fritos (pastel, risoles, enroladinho, coxinha, outros)					
Barra de cereais					
Suco de caixinha					
Balas e chicletes					
bebidas lácteas açucaradas					
Biscoitos					
Biscoitos recheados					
Bolo					
Chocolate					
Açúcar					