

RAE-CEA-9303

**RELATÓRIO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA
SOBRE O PROJETO "MANIFESTAÇÕES PSÍ-
QUICAS NA NEUROCISTICERCOSE"**

**Rinaldo Artes
Miriam T. S. de C. Ferreira**

- São Paulo, Junho de 1993 -

CENTRO DE ESTATÍSTICA APLICADA - CEA
RELATÓRIO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA - NÚMERO 03/93
- CÓDIGO 93P01

TÍTULO: Manifestações Psíquicas na Neurocisticercose.

PESQUISADOR: Orestes Vicente Forlenza.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Hélio Guerra Vieira Filho

INSTITUIÇÃO: Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - F.M.U.S.P.

RESPONSÁVEIS PELA ANÁLISE: Prof. Rinaldo Artes e Miriam Taís Salomão de Castro Ferreira

REFERÊNCIA DESTE TRABALHO:

ARTES, R. e FERREIRA, M. T. S. C. **Manifestações Psíquicas na Neurocisticercose.** São Paulo, IME-USP. 1993. 51p. (RAE-CEA-9303)

FICHA TÉCNICA:

BIBLIOGRAFIA:

AGRESTI, A. (1984). **Analysis of Ordinal Categorical Data.** New York: John Wiley and Sons. 287p.

BMDP Statistical Manual (1981) California: University of California Press.

Classification of Psychiatric Symptoms. An instruction Manual for the Present State Examination and CATEGO Program. Cambridge; Cambridge University Press. 53 p.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E. AND METTUG, P. R. H. (1975). Mini-Mental State: apractical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr Res**, 12, 189.

MICROSOFT WORD FOR WINDOWS - REFERENCE MANUAL. (1991). Redmond: Microsoft Corporation. 890p.

STRUB, R. L., BLACK, F. W. (1986). **Mental Status Examination in Neurology.** 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. 232 p.

SPSSPC+ V.3.0 Software Manual. (1981) For the the IBM PC/XT/AT AND PS/2 (1989) Chicago: SPSS Inc..

WING, J. K., COOPER, J. E., SARTORIUS, N. (1974). **The measurement and classification of Psychiatric Symptoms**. Cambridge:Cambridge University Press. 53 p.

PROGRAMAS COMPUTACIONAIS: WORD FOR WINDOWS, SPSS, BMDP.

TÉCNICAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS:

[Entre parênteses encontra-se a Classificação "Statistical Theory & Method Abstracts (ISI)]

Análise Descritiva Unidimensional (03:010);

Análise de Dados Categorizados (06:030).

ÁREA DE APLICAÇÃO: Psiquiatria.

ÍNDICE

Resumo	5
1. Introdução	6
2. Descrição do Estudo	
2.1 População e Amostra.....	6
2.2 A Avaliação dos Pacientes.....	7
2.3 As variáveis.....	8
3. Objetivos	8
4. Estudo Preliminar dos Dados.....	8
5. Análise Inferencial.....	10
6. Conclusões	13
Apêndices	
A - Descrição das Variáveis	15
B - Recodificação das Variáveis	23
C - Tabelas Descritivas	25
D - Cruzamentos e Testes Estatísticos	40

RESUMO

A Neurocisticercose (NCi) é uma parasitose endêmica, cujas complicações neuropsicológicas já vem sendo estudadas há algum tempo. A experiência médica vem demonstrando que tal doença pode causar também alguns distúrbios psicopatológicos. O objetivo deste estudo é descrever os pacientes com Neurocisticercose sob o ponto de vista psicopatológico. A amostra tomada foi composta por todos os pacientes encaminhados pelo Ambulatório de Neurocisticercose do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas em São Paulo que preenchessem alguns requisitos, durante o ano de 1992. Os pacientes passaram por uma avaliação clínica, radiológica e laboratorial. Foi observada uma grande prevalência de distúrbios com características depressivas; a partir de então, passou-se a dar maior ênfase à possível relação entre a depressão e outros aspectos da doença. Notou-se, ainda, através do Teste de concordância Kappa, uma forte associação entre os primeiros sintomas da NCi e o surgimento das alterações psicopatológicas; além disso, o Teste Exato de Fisher e a estimativa do risco relativo indicam fortes evidências de associação entre a história pregressa e os atuais distúrbios do paciente. Não observou-se, entretanto, evidências de associação entre os distúrbios neuropsicológicos e os psicopatológicos, nem tão pouco entre os distúrbios depressivos e a atividade da doença, ou sua forma anátomo-clínica, ou presença/ausência de epilepsia.

1 - Introdução

A Cisticercose Cerebral (ou Neurocisticercose, que abreviamos por NCi) é uma parasitose endêmica em nosso meio e de alta prevalência em países subdesenvolvidos. As complicações neurológicas relacionadas a esta doença vêm sendo estudadas já há algum tempo. Além das complicações neurológicas, a experiência médica vêm demonstrando que a Neurocisticercose também pode causar certas manifestações psíquicas; quanto a estas, não se tem conhecimento de estudos sistematizados capazes de classificar as possíveis alterações mentais.

O objetivo principal deste estudo é traçar o perfil psicopatológico dos pacientes portadores de Neurocisticercose. A descrição das alterações psíquicas e neurológicas foi feita através de critérios diagnósticos padronizados. Espera-se que este trabalho venha a ser útil na elaboração de futuros estudos ligados às manifestações psíquicas na doença.

2 - Descrição do Estudo

2.1 - População e Amostra

Para esse estudo de caráter observacional, foi considerada a população de pacientes com o diagnóstico de Neurocisticercose do Ambulatório de Neurocisticercose do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas, em São Paulo. A amostra foi composta por todos os pacientes encaminhados durante o ano de 1992 pelos neurologistas do referido ambulatório, desde que preenchessem os seguintes requisitos:

- . idade entre 18 e 59 anos;
- . diagnóstico de Neurocisticercose estabelecido através de tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou provas líquóricas;
- . ausência de outras alterações neurológicas que poderiam estar associadas às manifestações psíquicas;

- . ausência de condições clínicas atuais que poderiam propiciar alterações mentais.

No total, 38 pacientes foram submetidos à avaliação clínica, laboratorial e radiológica.

2.2 - A Avaliação dos Pacientes

Os pacientes selecionados foram submetidos a uma série de avaliações que se utilizam de métodos de investigação psiquiátrica e neuropsicológica, com categorias diagnósticas definidas por critérios sistematizados. Os métodos/critérios utilizados foram:

- . para avaliação psicopatológica: anamnese clínica e entrevista psiquiátrica padronizada segundo o "Present State Examination", o "P.S.E." - ver Wing et al. (1974) - complementadas por uma avaliação padronizada da história pregressa segundo o "SADS-L", todos realizados por um único psiquiatra;
- . para avaliação neuropsicológica: aplicação do "Mini-Mental State", o "M.M.S." - ver Folstein et al. (1975) - pelo mesmo psiquiatra e complementada pela aplicação do "Mental Status Examination", o "M.S.E." - ver Strub & Black (1986) - por uma única psicóloga.

Os pacientes passaram também por uma avaliação radiológica, para a localização e caracterização das lesões. Esse exame foi feito por um único radiologista sem que tivesse conhecimento dos diagnósticos psíquicos e neuropsicológicos. Da mesma forma, um psiquiatra e uma psicóloga aplicaram os métodos citados acima sem o conhecimento do exame radiológico.

2.3 - As Variáveis

As variáveis foram separadas em cinco grupos, assim denominados: Demográficas, Clínicas, Radiológicas, Psicopatológicas e Neuropsicológicas. O Apêndice A traz uma descrição detalhada de todas as variáveis. Além disso, algumas das variáveis foram recodificadas; a descrição de suas novas categorias está no Apêndice B.

3 - Objetivos

A análise estatística foi orientada para os seguintes objetivos:

1. Qual a prevalência de distúrbios psiquiátricos e neuropsicológicos, e quais as síndromes/alterações identificadas na amostra estudada?
2. Qual a relação entre as alterações psicopatológicas e as neuropsicológicas?
3. Qual a relação entre os perfis psicopatológico e a forma anátomo-clínica? e com a atividade da doença? e com a presença/ausência de epilepsia?
4. Pacientes com NCi e depressão têm mais história pregressa de distúrbios psiquiátricos?
5. Existe alguma relação temporal entre o início do quadro psiquiátrico e a NCi?

4 - Estudo Preliminar dos Dados

Para a maioria das variáveis, que é qualitativa, a análise preliminar concentra-se na construção de sua distribuição de frequências. Já para as variáveis idade, MMS, DAH, BSO, SNR e NSN, que são as únicas quantitativas, foram calculadas algumas medidas descritivas, como média, desvio padrão, quartis, valores mínimos e máximos. O Apêndice C apresenta diversas tabelas que enfocam tal análise descritiva.

As tabelas C1 a C6 apresentam aspectos demográficos da amostra em estudo. Assim, pode-se notar que a amostra foi composta por 18 (47,4%) pacientes do sexo masculino; 27 (71,0%) são considerados da raça branca, 3 (7,9%) da raça negra e 8 (21,1%) mestiços; os pacientes tinham idade entre 18 e 59 anos (conforme requisito para fazer parte da amostra) com média de aproximadamente 37 anos. Ainda, observa-se na amostra 22 (57,9%) pacientes casados, 13 (34,2%) solteiros e 3 (7,9%) em outro estado civil; 33 (86,9%) pacientes procedentes de zona urbana e apenas 5 (13,1%) procedentes de zona rural, provavelmente devido à localização do hospital onde foi feita a amostragem. Finalmente, como característica demográfica da amostra selecionada, 19 (50%) pacientes não têm o primeiro grau completo (desses, 3 são analfabetos), 10 (26,3%) iniciaram o segundo grau mas apenas 4 (10,5%) o

concluíram, e 3 (7,9%) iniciaram algum curso superior mas apenas 1 (2,6%) o concluiu.

Outras tabelas apresentadas no Apêndice C vão de encontro à algumas das questões apresentadas na seção 3, como nos casos mencionados a seguir:

Quanto a prevalência dos distúrbios psiquiátricos e as síndromes mais frequentes na amostra estudada (questão 1), as tabelas C15.1 e C15.2 apontam que, segundo a impressão diagnóstica do psiquiatra, 17 pacientes (44,8%) foram classificados como normais, enquanto que 16 outros pacientes (42,1%) apresentaram síndrome depressiva (8 destes apresentaram a depressão associada a outras síndromes). Já a tabela C19, que traz os resultados do P.S.E., indica que 7 pacientes (18,4%) foram classificados como normais, enquanto que 18 pacientes (47,5%) foram enquadrados em depressão inibida ou depressão neurótica. Pode-se ainda observar o intervalo de confiança (com coeficiente de 95%) para a proporção de pacientes com sintomas depressivos: para a variável Diag tem-se [0,259; 0,583] e para a variável PSE tem-se [0,310; 0,638].

Com relação a história psíquica pregressa dos pacientes (avaliada pelo SADS-L), as tabelas C16.1 e C16.2 mostram que 15 (39,5%) pacientes tinham história normal, enquanto que outros 15 já vinham apresentando algum tipo de estado depressivo (desses 15 pacientes, 10 apresentavam a depressão associada a outros distúrbios).

Quanto a prevalência de distúrbios neuropsicológicos (ainda enfocando a questão 1), a tabela C21 resume a impressão geral dos paciente segundo o M.S.E.; esta indica que apenas 1 paciente (2,6%) pôde ser considerado normal, enquanto 25 pacientes (65,9%) apresentaram alterações cognitivas leves.

Outro aspecto que deve ser valorizado é quanto à possível relação entre o surgimento das alterações psíquicas (segundo o SADS-L) e as primeiras manifestações clínicas da NCi (questão 5). Nesse sentido, a tabela C17 aponta que 15 pacientes (39,5%) não tinham antecedentes psíquicos no início do quadro da NCi, enquanto outros 11 pacientes (28,9%) já apresentavam tais antecedentes antes dos primeiros sintomas da NCi; esta relação, entretanto, parece improvável segundo a opinião médica. Por outro lado, foram encontrados 10 pacientes (26,3%) cujas primeiras manifestações psíquicas foram detectadas somente após o aparecimento da NCi e, segundo o psiquiatra, estas devem estar relacionadas. Há ainda 2 pacientes nos

quais os antecedentes psíquicos são anteriores à NCi e, segundo a opinião do psiquiatra, deve existir alguma relação entre esses fatos (são pacientes que já apresentavam alguma manifestação psíquica que foi interrompida por algum motivo, e que depois do aparecimento da NCi retornou mais freqüente e intensamente).

5 - Análise Inferencial

Para responder algumas outras questões propostas na seção 3, o estudo baseia-se em técnicas para análise de dados categorizados; entretanto, tais técnicas exigem alguns cuidados, principalmente quando se trata de uma amostra pequena, como é o caso. Uma das providências para permitir uma análise mais sofisticada é reduzir ao máximo o número de categorias das variáveis em questão. Tal processo de restrição foi acompanhado ativamente pelo pesquisador; como os resultados da análise preliminar indicaram uma alta prevalência de distúrbios depressivos, esta patologia passou a receber a maior ênfase. A recodificação das variáveis envolvidas em cruzamentos encontra-se no Apêndice B. As técnicas estatísticas utilizadas nessa análise foram: teste de concordância Kappa (k), teste exato de Fisher, teste de Pearson e estimativa do risco relativo (RR) com o respectivo intervalo de confiança ($IC(RR)$, com coeficiente de 95%) - ver Agresti (1984).

Dentre todo o conjunto de variáveis, duas delas caracterizam o paciente em forma de diagnóstico psicopatológico: a impressão diagnóstica do próprio médico (Diagrec) e a classificação do P.S.E. (PSErec). Assim, antes de verificar a associação entre as alterações psicopatológicas com os demais sintomas da NCi, foi feito um teste de concordância (teste Kappa) entre essas duas variáveis. De fato, há evidências de concordância entre a impressão diagnóstica médica e a classificação do P.S.E., conforme indica a tabela D1 ($k=0,48$; a literatura indica que para $k>0,40$ pode-se considerar boa concordância).

Uma das questões propostas na seção 3 refere-se à uma possível relação entre as alterações psicopatológicas e as neuropsicológicas (questão 2). Para responder a essa questão, foram feitos dois cruzamentos com a variável MSErec: o primeiro considerando a variável Diagrec (tabela D3) e o segundo com o PSErec (tabela D4). Em ambos os casos não se verificam evidências de associação entre as alterações neuropsicológicas e as psicopatológicas (para o teste de Fisher, $p = 0,269$ e $p = 0,421$, respectivamente). Ainda, o $IC(RR)$ apresentado na tabela D3 inclui o valor

"1", indicando que o fato de o paciente ter demência não aumenta sua chance de ter síndromes depressivas, segundo a variável Diagrec; para a variável PSErec, a tabela D4 mostra o IC(RR) não contendo o valor "1"; isso indica que paciente com demência têm uma chance aproximadamente 40% ($RR = 1,4$) maior de vir a apresentar sintomas depressivos do que pacientes sem demência.

A questão 3 diz respeito a uma possível relação entre aspectos psicopatológicos e: (a) presença/ausência de epilepsia (SNrec); (b) atividade da doença (AD); (c) forma anátomo-clínica da NCi (FAC). Para verificar cada uma dessas possíveis relações foram feitos dois cruzamentos, um deles com Diagrec e o outro com PSErec. De acordo com as tabelas do apêndice D, os resultados obtidos do teste exato de Fisher não indicam evidências de associação entre os aspectos psicopatológicos e as variáveis clínicas citadas acima (tabelas D5 a D10).

A questão 4 proposta na seção 3 refere-se a uma possível relação entre a história pregressa do paciente e os atuais distúrbios psicopatológicos. Conforme apontado no início desta seção, a atenção esteve voltada para o fator depressão, de forma que a questão 6 deve agora ser entendida como "pacientes com NCi e depressão já apresentavam crises depressivas em sua história pregressa?". Os testes de Fisher apresentados nas tabelas D11 e D12 apontam evidências de associação entre a depressão pregressa e a depressão atual dos pacientes ($p = 0,002$ e $p = 0,014$, respectivamente). Ainda, os testes de concordância indicam $k = 0,63$ e $k = 0,49$, enfatizando a associação entre a história passada de depressão e os sintomas depressivos atuais. Da mesma forma, as estimativas para os riscos relativos são 5,1 (para a variável Diagrec, indicando que pacientes com história passada de depressão tem uma chance aproximadamente 5 vezes maior de voltar a ter depressão do que pacientes sem tal história) e 2,0 (para a variável PSErec, com interpretação análoga para chance 2 vezes maior); os intervalos de confiança para a estimativa do risco relativo não incluem o valor "1", confirmando a interpretação acima com 95% de confiança.

Retomando a questão 5 - que foi discutida descritivamente na seção anterior - foi feito um desdobramento da variável PqNC em duas outras: uma que considera a ordem dos fatos (alterações psíquicas e primeiros sintomas de NCi) e outra que registra a eventual relação (possivelmente relacionadas ou não, segundo a opinião médica); os casos em que não haviam antecedentes psíquicos não foram considerados por essas duas novas variáveis. Conforme pode-se notar na tabela D2, os resultados

do teste de Fisher ($p = 0,000$) indicam fortes evidências de associação entre o surgimento da NCi e as primeiras alterações psicopatológicas.

6 - Conclusões

As alterações psicopatológicas mais freqüentes na amostra estudada são as depressivas, às vezes associadas a outros tipos (cerca de 42,1% segundo a impressão diagnóstica e 47,5% segundo o P.S.E.). Semelhantemente, as alterações psicopatológicas pregressas mais freqüentes são as de caráter depressivo (39,5%). Quanto as alterações neuropsicológicas, as mais freqüentes nesta amostra foram as alterações cognitivas leves (65,9%).

A relação temporal entre os primeiros sintomas da NCi e os primeiros distúrbios psicopatológicos indica possível associação entre o surgimento da doença e as alterações psíquicas; em outras palavras, pacientes cujas primeiras manifestações psíquicas surgiram depois dos primeiros sintomas clínicos da NCi provavelmente tiveram os sintomas depressivos causados pela NCi.

Não há evidências de associação entre as alterações neuropsicológicas e as psicopatológicas na amostra estudada. Também não há evidências de associação entre distúrbios de caráter depressivo e forma anátomo-clínica, ou atividade da doença ou presença/ausência de epilepsia. Por outro lado, há fortes evidências de associação entre a história pregressa de depressão e os distúrbios de caráter depressivo detectado nos pacientes segundo a impressão diagnóstica e o teste P.S.E..

Apêndices

Apêndice A: Descrição das Variáveis.

B - Variáveis Clínicas

7. Primeiros sintomas da NCI há (t1):
(0) menos de 1 ano
(1) 1 a 2 anos
(2) 2 a 3 anos
(3) 3 a 5 anos
(4) 5 a 10 anos
(5) mais de 10 anos
8. NCI diagnosticada há (t2):
(0) menos de 3 meses
(1) 3 a 6 meses
(2) 6 a 12 meses
(3) 1 a 2 anos
(4) 2 a 5 anos
(5) mais de 5 anos
9. Quadro diagnóstico inicial (QC):
(1) neurológico
(2) psiquiátrico
(3) assintomático
10. Síndrome neurológica (SN):
(1) epilética
(2) hipertensiva
(3) apoplética
(4) cefaléia
(5) nenhuma
11. Estado do líquido (Lqr):
(0) normal
(1) reações imunológicas
(2) atividade inflamatória
(3) ambas
12. Atividade da doença (AD):
(1) ativa
(2) inativa
13. Forma anátomo-clínica (FAC):
(1) parenquimatosa
(2) cisterno-ventricular
(3) meníngea
14. Uso de corticóides atualmente (Cort):
(1) sim
(2) não

C - Variáveis Radiológicas

- 15. Número de lesões (n)
- 16. Número de cistos íntegros (CI)
- 17. Número de cistos degenerados (CD)
- 18. Número de calcificações (Calc)

Para as variáveis 15 à 18:

- (0) nenhuma
- (1 a 10) número correspondente
- (11) 11 a 20 lesões
- (12) 21 a 50 lesões
- (13) 51 a 100 lesões
- (14) mais de 100 lesões

- 19A. Número de lesões na região Frontal direita (nFD)
- 20A. Número de lesões na região Frontal esquerda (nFE)
- 21A. Número de lesões na região Temporal direita (nTD)
- 22A. Número de lesões na região Temporal esquerda (nTE)
- 23A. Número de lesões na região Parietal direita (nPD)
- 24A. Número de lesões na região Parietal esquerda (nPE)
- 25A. Número de lesões na região Occipital direita (nOD)
- 26A. Número de lesões na região Occipital esquerda (nOE)
- 27A. Número de lesões na região Tálamo direito (nTID)
- 28A. Número de lesões na região Tálamo esquerdo (nTIE)
- 29A. Número de lesões na região Núcleos da base direito (nND)
- 30A. Número de lesões na região Núcleos da base esquerdo (nNE)
- 31A. Número de lesões na região do Sistema ventricular (nSV)
- 32A. Número de lesões na região Sub-aracnóide (nSA)

Para as variáveis 19A à 32A:

- (0) nenhuma
- (1 a 5) valor correspondente
- (6) mais de 5 lesões
- (9) não localizável

- 19B. Tipo das lesões na região Frontal direita (tFD)
- 20B. Tipo das lesões na região Frontal esquerda (tFE)
- 21B. Tipo das lesões na região Temporal direita (tTD)
- 22B. Tipo das lesões na região Temporal esquerda (tTE)
- 23B. Tipo das lesões na região Parietal direita (tPD)
- 24B. Tipo das lesões na região Parietal esquerda (tPE)
- 25B. Tipo das lesões na região Occipital direita (tOD)
- 26B. Tipo das lesões na região Occipital esquerda (tOE)
- 27B. Tipo das lesões na região Tálamo direito (tTID)
- 28B. Tipo das lesões na região Tálamo esquerdo (tTIE)
- 29B. Tipo das lesões na região Núcleos da base direito (tND)
- 30B. Tipo das lesões na região Núcleos da base esquerdo (tNE)
- 31B. Tipo das lesões na região do Sistema ventricular (tSV)
- 32B. Tipo das lesões na região Sub-aracnóide (tSA)

Para as variáveis 19B à 32B:

- (1) cistos íntegros
- (2) cistos degenerados
- (3) calcificações
- (4) mais de um tipo

D - Variáveis Psicopatológicas**33. Impressão diagnóstica:****(Diag)**

- (0) normal
- (1) demência
- (2) alterações cognitivas leves
- (3) síndrome depressiva
- (4) síndrome ansiosa
- (5) síndromes depressiva e ansiosa
- (6) síndrome depressiva e demência
- (7) síndrome alucinatória
- (8) síndrome de personalidade

34. História pregressa, segundo**o SADS-L (SADS):**

- (0) normal
- (1) mania
- (2) depressão maior
- (3) psicose esquizoafetiva
- (4) alcoolismo
- (5) personalidade lábil
- (6) depressão menor
- (7) depressão intermitente
- (8) distúrbio de pânico
- (9) D.A.G.
- (10) fobias
- (11) personalidade anti-social
- (12) traços de person. anormal
- (13) tentativa de suicídio
- (14) ciclotomia

35. Relação temporal entre os diagnósticos psiquiátricos (segundo o SADS-L) e as manifestações clínicas da NCI (PqNC):

- (0) sem antecedentes psiquiátricos
- (1) antecedentes psiquiátricos anteriores à NCI (possivelmente relacionados)
- (2) antecedentes psiquiátricos anteriores à NCI (relação improvável)
- (3) NCI anterior aos antecedentes psiquiátricos (possivelmente relacionados)
- (4) NCI anterior aos antecedentes psiquiátricos (relação improvável)

36. Síndromes delirante-alucinatórias (DAH)

37. Comportamento, discurso e outras (BSO)

38. Síndromes neuróticas específicas (SNR)

39. Síndromes neuróticas inespecíficas (NSN)

As variáveis 36 a 39 representam 4 grupos de sintomas (segundo classificação do P.S.E.), onde a cada um deles é atribuído um escore:

DAH (0 - 69)

BSO (0 - 70)

SNR (0 - 46)

NSN (0 - 234)

40. Classes diagnósticas
do P.S.E. (PSE):

- (1) psicose esquizofrênica
- (2) mania
- (3) psicose borderline
- (4) depressão inibida
- (5) psicose depressiva
- (6) depressão neurótica
- (7) neurose obsessiva
- (8) sintomas inespecíficos
- (9) exame normal

E - Variáveis Neuropsicológicas

41. Mini-Mental State (MMS): (escores de 0 a 30, 30 = normal)
42. Impressão geral segundo o M.S.E. (MSE):
- (0) exame normal
 - (1) alterações cognitivas leves
 - (2) demência

43. Atenção (Aten)

44. Funções motoras (FM)

45. Linguagem (Ling)

46. Leitura (Leit)

47. Escrita (Escr)

48. Memória (Mem)

49. Praxia construtiva (PC)

50. Funções cognitivas superiores (FCS)

As variáveis 43-50 representam subítemos do diagnóstico funcional dado pelo M.S.E., onde para cada uma delas as possíveis categorias são:

- (0) exame normal
- (1) acometimento leve
- (2) acometimento importante

51. Diagnóstico localizatório, segundo o M.S.E. (Loc):

- (0) não localizável
- (1) lobos frontais
- (2) sistema fronto-reticular
- (3) sistema retículo-frontal
- (4) estruturas retículo-corticais
- (5) região pré-motora
- (6) região fronto-temporal
- (7) temporal direito
- (8) temporal esquerdo

Apêndice B: Recodificação das Variáveis.

1. Primeiros sintomas da NCI há (t1rec): (0) menos de 3 anos
(1) mais de 3 anos
2. Síndrome neurológica (SNrec): (0) ausência de epilepsia
(1) presença de epilepsia
3. Número de lesões (nrec): (0) de 0 a 3 lesões
(1) de 4 a 9 lesões
(2) 10 ou mais lesões
4. Número de cistos degenerados (CDrec): (0) nenhum
(1) de 1 a 3
(2) 4 ou mais
5. Impressão diagnóstica: (0) normal
(Diagrec) (1) sintomas depressivos
6. História pregressa, segundo (0) normal
o SADS-L (SADSrec): (1) sintomas depressivos
7. Classes diagnósticas (0) normal
do P.S.E. (PSErec): (1) sintomas depressivos
8. Impressão geral segundo (0) alterações cognitivas leves
o M.S.E. (MSErec): (1) demência

Apêndice C: Tabelas Descritivas.

Tabela C1. Distribuição de frequência por sexo.

	freq. abs.	%
masculino	18	47.4
feminino	20	52.6

Tabela C2. Distribuição de frequência por raça.

	freq. abs.	%
branca	27	71.0
negra	3	7.9
mestiça	8	21.1

Tabela C3. Estatísticas descritivas para idade.

média	36.7
desvio padrão	13.7
mínimo	18
máximo	59
nº de pacientes	38

Tabela C4. Distribuição de frequência segundo estado civil.

	freq. abs.	%
solteiro	13	34.2
casado	22	57.9
outros	3	7.9

Tabela C5. Distribuição de frequência segundo a região de procedência.

	freq. abs.	%
zona rural	5	13.1
zona urbana	33	86.9

Tabela C6. Distribuição de frequência por escolaridade.

	freq. abs.	%
analfabeto	3	7.9
1 grau incompleto	16	42.1
1 grau completo	6	15.8
2 grau incompleto	6	15.8
2 grau completo	4	10.5
superior incompleto	2	5.3
superior completo	1	2.6

Tabela C7. Distribuição de frequência segundo o tempo das primeiras manifestações.

	freq. abs.	%
menos de 1 ano	7	18.4
de 1 a 2 anos	3	7.9
de 2 a 3 anos	4	10.5
de 3 a 5 anos	9	23.7
de 5 a 10 anos	3	7.9
mais de 10 anos	12	31.6

Tabela C8. Distribuição de frequência segundo o tempo em que a NCI foi diagnosticada.

	freq. abs.	%
menos de 3 meses	15	39.5
de 3 a 6 meses	7	18.4
de 6 meses a 1 ano	4	10.5
de 1 a 2 anos	3	7.9
de 2 a 5 anos	4	10.5
mais de 5 anos	5	13.2

Tabela C9. Distribuição de frequência segundo o quadro clínico inicial.

	freq. abs.	%
neurológico	31	81.6
psiquiátrico	3	7.9
assintomático	4	10.5

Tabela C10. Distribuição de frequência segundo a síndrome neurológica.

	freq. abs.	%
epilética	21	55.3
hipertensiva	3	7.9
apoplética	2	5.3
cefaleia	3	7.9
epilética + hipertensiva	3	7.9
nenhuma	6	15.8

Tabela C11. Distribuição de frequência segundo o estado do líquido.

	freq. abs.	%
normal	18	47.4
reações imunológicas	1	2.6
atividade inflamatória	3	7.9
ambas	10	26.3
não avaliados	6	15.8

Tabela C12. Distribuição de frequência segundo a atividade da doença.

	freq. abs.	%
doença ativa	27	71.0
doença inativa	8	21.1
não avaliados	3	7.9

Tabela C13. Distribuição de frequência segundo a forma anátomo-clínica da doença.

	freq. abs.	%
perenquimatosa	28	73.7
cisterno-ventricular	5	13.2
mista	3	7.9
não avaliados	2	5.3

Tabela C14. Distribuição de frequência segundo o uso de corticóides.

	freq. abs.	%
atualmente não	27	71.0
atualmente sim	11	29.0

Tabela C15.1. Distribuição de frequência segundo a impressão diagnóstica, com possíveis combinações das categorias.

	freq. abs.	%
normal	17	44.8
demência	1	2.6
alterações cognitivas leves	1	2.6
síndrome depressiva	8	21.2
síndrome ansiosa	1	2.6
depressão + ansiedade	2	5.3
depressão + demência	2	5.3
síndrome de personalidade	1	2.6
alterações cognitivas leves + síndrome depressiva	1	2.6
demência + síndrome depressiva	1	2.6
síndrome depressiva + síndrome ansiosa	1	2.6
demência + síndrome ansiosa + síndrome alucinatória	1	2.6
alterações cognitivas leves + síndrome ansiosa + síndrome depressiva	1	2.6

Tabela C15.2. Distribuição de frequência segundo a impressão diagnóstica.

	freq. abs.	%
normal	17	34.7
demência	5	10.2
alterações cognitivas leves	3	6.1
síndrome depressiva	16	32.7
síndrome ansiosa	6	12.3
síndrome alucinatória	1	2.0
síndrome de personalidade	1	2.0

Tabela C16.1. Distribuição de frequência segundo o SADS-L, com possíveis combinações das categorias.

	freq. abs.	%
normal	15	39.5
depressão maior	3	7.9
alcoolismo	1	2.6
depressão menor	1	2.6
depressão intermitente	1	2.6
fobias	2	5.3
personalidade anti-social	1	2.6
traços de personalidade anormal	1	2.6
mania + depressão	1	2.6
fobias + distúrbios de pânico	1	2.6
ciclotimia + traços de personalidade anormal	1	2.6
depressão maior + depressão intermitente	1	2.6
depressão maior + psicose esquizoafetiva	1	2.6

(continua)

(continuação da tabela 34.1)

	freq. abs.	%
depressão maior + DAG	1	2.6
distúrbio de pânico + DAG	1	2.6
depressão maior + personalidade lábil + tentativa de suicídio	1	2.6
depressão maior + depressão intermitente + tentativa de suicídio	1	2.6
alcoolismo + personalidade lábil + depressão intermitente	1	2.6
depressão maior + psicose esquizoafetiva + tentativa de suicídio	1	2.6
depressão maior + psicose esquizoafetiva + distúrbio de pânico	1	2.6
depressão maior + personalidade lábil + depressão intermitente	1	2.6

Tabela C16.2 Distribuição de freqüência segundo o SADS-L.

	freq. abs.	%
normal	15	26.3
mania	1	1.7
depressão maior	12	21.1
psicose esquizoafetiva	3	5.3
alcoolismo	2	3.5
ciclotimia	1	1.7
personalidade labil	3	5.3
depressão menor	1	1.7
depressão intermitente	5	8.8
distúrbio de pânico	3	5.3
D.A.G.	2	3.5
fobias	3	5.3
personalidade anti-social	1	1.7
traços de personalidade anormal	2	3.5
tentativa de suicídio	3	5.3

Tabela C17. Distribuição de freqüência para a relação temporal entre o surgimento das manifestações psíquicas e os primeiros sintomas da NCi.

	freq. abs.	%
sem antecedentes psíquicos	15	39.5
antecedentes psíquicos anteriores à NCi (possivelmente relacionados)	2	5.3
antecedentes psíquicos anteriores à NCi (relação improvável)	11	28.9
NCi anterior aos antecedentes psíquicos (possivelmente relacionados)	10	26.3

Tabela C18. Esquema dos 5 pontos para os sub-escores dos grupos de sintomas do P.S.E..

	mínimo	quartil 1	mediana	quartil 3	máximo
Síndromes Delirante-Alucinatórias	0	0	0	0	4
Comportamento, discurso e outras	0	0	0	2	5
Síndromes neuróticas específicas	0	0	0	3	7
Síndromes neuróticas inespecíficas	0	1	3	17	28

Tabela C19. Distribuição de frequência segundo as classes do P.S.E..

	freq. abs.	%
psicose esquisoafetiva	4	10.5
mania	1	2.6
depressão inibida	10	26.3
psicose depressiva	2	5.3
depressão neurótica	8	21.2
neurose obsessiva	1	2.6
sintomas inespecíficos	5	13.2
exame normal	7	18.4

Tabela C20. Estatísticas descritivas para os escores do Mini Mental State.

média	26.9
desvio padrão	5.2
mínimo	12
máximo	30
nº de pacientes	38

Tabela C21. Distribuição de frequência segundo a impressão geral do M.S.E..

	freq. abs.	%
alterações cognitivas leves	23	60.6
demência	4	10.5
exame normal	4	10.5
não avaliados	7	18.4

Tabela C22. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para atenção (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	19	50.0
acometimento importante	13	34.2
exame normal	0	0.0
não avaliados	6	15.8

Tabela C23. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para funções motoras (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	13	34.2
acometimento importante	3	7.9
exame normal	15	39.5
não avaliados	7	18.4

Tabela C24. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para linguagem (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	23	60.6
acometimento importante	1	2.6
exame normal	7	18.4
não avaliados	7	18.4

Tabela C25. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para leitura (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	7	18.4
acometimento importante	2	5.3
exame normal	21	55.2
não avaliados	8	21.1

Tabela C26. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para escrita (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	1	2.6
acometimento importante	1	2.6
exame normal	28	73.7
não avaliados	8	21.1

Tabela C31. Distribuição de frequência por número de lesões, cistos íntegros, cistos degenerados e calcificações.

	lesões		cistos íntegros		cistos degenerados		calcificações	
	freq. abs.	%	freq. abs.	%	freq. abs.	%	freq. abs.	%
nenhum	1	2.6	11	29.0	22	57.9	10	26.3
1 a 10	20	52.6	19	50.0	9	23.7	18	47.4
11 a 20	7	18.4	2	5.3	1	2.6	2	5.3
21 a 50	3	7.9	1	2.6	1	2.6	1	2.6
51 a 100	2	5.3	0	0.0	0	0.0	3	7.9
mais de 100	1	2.6	1	2.6	14	38.8	0	0.0
não avaliados	4	10.5	4	10.5	4	10.5	4	10.5

Apêndice D: Cruzamentos e Testes Estatísticos.

Tabela D1: Número de pacientes classificados segundo Diagrec e PSErec.

PSE*	Diag*		total
	depressão	não depressão	
depressão	13	7	20
não depressão	3	15	18
total	16	22	38

Testes Estatísticos:

- Teste de Concordância Kappa: $k = 0,48$.
- Teste Exato de Fisher (bicaudal): $p = 0,004$.
- Teste de Pearson: $Q = 9,079$ (1 g.l.); $p = 0,003$.

Tabela D2: Cruzamento entre a ordem de aparecimento dos sintomas (psíquicos ou clínicos) e a eventual relação entre tais eles.

relação	ordem de aparecimento		total
	NCi → PQ	PQ → NCi	
possivelmente relacionados	10	2	12
relação improvável	0	11	11
total	10	13	23

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (bicaudal): $p = 0,000$.
- Teste de Pearson: $Q = 16,218$ (1 g.l.); $p = 0,000$.

Tabela D3: Número de pacientes classificados segundo Diagrec e MSErec.

MSE*	Diag*		total
	depressão	não depressão	
demência	3	1	4
alt. cog. leves	10	13	23
total	13	14	27

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,269$.
- Teste de Pearson *: $Q = 1,356$ (1 g.l.); $p = 0,244$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,73$; $IC = [0,83; 3,58]$.

Tabela D4: Número de pacientes classificados segundo PSErec e MSErec.

MSE*	PSE*		total
	depressão	não depressão	
demência	3	0	3
alt. cog. leves	13	5	18
total	16	5	21

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,421$.
- Teste de Pearson *: $Q = 1,094$ (1 g.l.); $p = 0,296$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,39$; $IC = [1,04; 1,85]$.

Tabela C27. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para memória (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	15	39.5
acometimento importante	9	23.7
exame normal	7	18.4
não avaliados	7	18.4

Tabela C28. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para praxia construtiva (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	12	31.6
acometimento importante	3	7.9
exame normal	15	39.4
não avaliados	8	21.1

Tabela C29. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico funcional para funções cognitivas superiores (segundo o M.S.E.).

	freq. abs.	%
acometimento leve	10	26.3
acometimento importante	17	44.8
exame normal	4	10.5
não avaliados	7	18.4

Tabela C30.1. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico localizatório do MSE, com possíveis combinações de categorias.

	freq. abs.	%
lobos frontais	2	5.3
estruturas reticulo corticais	1	2.6
região pré-motora	1	2.6
região ronto-temporal	1	2.6
temporal direito	4	10.5
temporal esquerdo	5	13.2
lobos frontais + região pré-motora	1	2.6
sistema fronto-reticular + sistema retículo-frontal	2	5.3
lobos frontais + região ronto-temporal	1	2.6
sist. fronto-reticular + sist. reticulo-frontal + temporal esquerdo	1	2.6
sem padrão localizatório	16	42.1
não avaliados	3	7.9

Tabela C30.2. Distribuição de frequência segundo o diagnóstico localizatório do M.S.E..

	freq. abs.	%
lobos frontais	4	9.1
sistema fronto-reticular	3	6.8
sistema reticulo-frontal	3	6.8
estruturas reticulo corticais	1	2.3
região pré-motora	2	4.5
região ronto-temporal	2	4.5
temporal direito	4	9.1
temporal esquerdo	6	13.6
exame normal	0	0.0
sem padrão localizatório	16	36.5
não avaliados	3	6.8

Tabela D5: Número de pacientes classificados segundo Diagrec e SNrec.

SN*	Diag*		total
	depressão	não depressão	
s/ epilepsia	7	4	11
c/ epilepsia	9	13	22
total	16	17	33

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,195$.
- Teste de Pearson: $Q = 1,517$ (1 g.l.); $p = 0,218$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,56$; $IC = [0,79; 3,05]$.

Tabela D6: Número de pacientes classificados segundo PSErec e SNrec.

SN*	PSE*		total
	depressão	não depressão	
s/ epilepsia	7	2	9
c/ epilepsia	13	5	18
total	20	7	27

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,571$.
- Teste de Pearson *: $Q = 0,096$ (1 g.l.); $p = 0,756$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,08$; $IC = [0,69; 1,69]$.

Tabela D7: Número de pacientes classificados segundo Diagrec e AD.

AD	Diag*		total
	depressão	não depressão	
ativa	11	13	24
inativa	4	3	7
total	15	16	31

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,461$.
- Teste de Pearson *: $Q = 0,278$ (1 g.l.); $p = 0,598$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 0,80$; $IC = [0,37; 1,74]$.

Tabela D8: Número de pacientes classificados segundo PSErec e AD.

AD	PSE*		total
	depressão	não depressão	
ativa	14	4	18
inativa	4	2	6
total	18	6	24

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,480$.
- Teste de Pearson *: $Q = 0,296$ (1 g.l.); $p = 0,586$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,17$; $IC = [0,63; 2,16]$.

Tabela D9: Número de pacientes classificados segundo Diagrec e FAC.

FAC	Diag*		total
	depressão	não depressão	
cisterno-ventricular	3	1	4
parenquimatosa	11	15	26
total	14	16	30

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,249$.
- Teste de Pearson *: $Q = 1,489$ (1 g.l.); $p = 0,222$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,77$; $IC = [0,86; 3,65]$.

Tabela D10: Número de pacientes classificados segundo PSErec e FAC.

FAC	PSE*		total
	depressão	não depressão	
cisterno-ventricular	3	1	4
parenquimatosa	13	6	19
total	16	7	23

Testes Estatísticos:

- Teste Exato de Fisher (monocaudal): $p = 0,648$.
- Teste de Pearson *: $Q = 0,068$ (1 g.l.); $p = 0,795$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 1,10$; $IC = [0,58; 2,08]$.

Tabela D11: Número de pacientes classificados segundo Diagrec e SADSrec.

SADS*	Diag*		total
	depressão	não depressão	
depressão	11	3	14
não depressão	2	11	13
total	13	14	27

Testes Estatísticos:

- Teste de Concordância Kappa: $k = 0,630$.
- Teste Exato de Fisher (bicaudal): $p = 0,002$.
- Teste de Pearson : $Q = 10,780$ (1 g.l.); $p = 0,001$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 5,11$; $IC = [1,39; 18,81]$.

Tabela D12: Número de pacientes classificados segundo PSErec e SADSrec.

SADS*	PSE*		total
	depressão	não depressão	
depressão	11	0	11
não depressão	6	6	12
total	17	6	23

Testes Estatísticos:

- Teste de Concordância Kappa: $k = 0,489$.
- Teste Exato de Fisher (bicaudal): $p = 0,014$.
- Teste de Pearson *: $Q = 7,441$ (1 g.l.); $p = 0,006$.
- Estimativa do Risco Relativo: $RR = 2,00$; $IC = [1,14; 3,52]$.

Obs.: Pearson* indica restrição no teste porque o valor mínimo esperado por casela não é atingido.

**RELATÓRIOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DO
CENTRO DE ESTATÍSTICA APLICADA - CEA**

- 9001-CORDANI, L.K.; RIBEIRO JR., R. da S. Identificação das características de qualidade do óleo de oliva. São Paulo, IME-USP, 1990. 50p. (RAE-SEA-9001)
- 9002-SINGER, J. da M.; CORDANI, L.K.; LATIF, S.A. Estudo da relação entre doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito com fatores de risco. São Paulo, IME-USP, 1990. 74p. (RAE-SEA-9002)
- 9003-BOTTER, D.A.; COUTO JR., E. de B. Avaliação da função renal na nefrototoxicose induzida por uma micotoxina (citrinina). São Paulo, IME-USP, 1990. 102p. (RAE-SEA-9003)
- 9004-RODRIGUES, F.W.; SHIMAMURA, A. Comparação de três critérios de avaliação da FUVEST. São Paulo, IME-USP, 1990. 51p. (RAE-SEA-9004)
- 9005-BUSSAB, W. de O.; KIRA, E.; HASEBE, A.H.; SALZANO, M. Ecologia da Bacia do Rio Jacaré Papira: autodepuração do Córrego do Agrião (Dourado, SP). São Paulo, IME-USP, 1990. 99p. (RAE-SEA-9005)
- 9006-SINGER, J. da M.; HERDEIRO, R.F.C. Verificação da habilidade de uso do fio dental em crianças de 54 a 12 anos. São Paulo, IME-USP, 1990. 32p. (RAE-SEA-9006)
- 9007-PEREIRA, C.A. de B.; CUNHA, D.M.S. Contribuição para o estudo do padrão secretório circorário das gonadotropinas hipofisárias em pacientes portadoras de espaniomenorréia. São Paulo, IME-USP, 1990. 126p. (RAE-SEA-9007)
- 9008-ANDRÉ, C.D.S. de; NEVES, M.M. da C.; TSENG, T.H. Estudo comparativo entre os diferentes métodos de detecção de indivíduos com alto risco de cárie. São Paulo, IME-USP, 1990. 46p. (RAE-SEA-9008)
- 9009-PAULA, G.A.; LEVITES, H. Efeito das ligações protefna-protefna na texturização do pulmão bovino e da proteína de soja por extrusão. São Paulo, IME-USP, 1990. 85p. (RAE-SEA-9009)
- 9010-ANDRÉ, C.D.S. de; et. al. Efeito do cálcio na biodisponibilidade do flúor presente na pasta de Krill Antártico. São Paulo, IME-USP, 1990. 81p. (RAE-SEA-9010)
- 9011-CORDANI, L.K.; SHIMAMURA, A. Efeito da ingestão de glicose pré-exercício em indivíduos normais e diabéticos. São Paulo, IME-USP, 1990. 69p. (RAE-SEA-9011)

- 9012-ANDRÉ, C.D.S. de; COUTO JR., E. de B. Fatores de risco relacionados à septicemia neonatal de origem hospitalar. São Paulo, IME-USP, 1990. 90p. (RAE-SEA-9012)
- 9013-PAULA, G.A.; CUNHA, D.M.S. Análise probabilística de pressões em silos. São Paulo, IME-USP, 1990. 60p. (RAE-SEA-9013)
- 9014-SANTANA, P.R.; TSENG, T.H. Um estudo naturalístico de comportamentos empáticos em pré-escolares. São Paulo, IME-USP, 1990. 63p. (RAE-SEA-9014)
- 9015-ARTES, R.; LATIF, S.A. Estudo comparativo da decomposição serrapilheira de florestas tropicais entre áreas preservadas e áreas sujeitas à poluição atmosférica. São Paulo, IME-USP, 1990. 46p. (RAE-SEA-9015)
- 9016-BUSSAB, W. de O.; HERDEIRO, R.F.C. Demanda de energia elétrica em habitações de interesse social. São Paulo, IME-USP, 1990. 24p. (RAE-SEA-9016)
- 9017-ANDRÉ, C.D.S. de; SALZANO, M. Transferências de lípidos entre lipoproteínas plasmáticas. São Paulo, IME-USP, 1990. 53p. (RAE-SEA-9017)
- 9018-SINGER, J. da M.; HASEBE, A.H. Comparação de frequência, intensidade de crises e função pulmonar entre crianças asmáticas. São Paulo, IME-USP, 1990. 50p. (RAE-SEA-9018)
- 9019-PEREIRA, C. A. de B.; HERDEIRO, R.F.C. Suplementação de zinco em dieta regional de São Paulo: efeito na biodisponibilidade de zinco. São Paulo, IME-USP, 1990. 54p. (RAE-SEA-9019)
- 9020-TOLOI, C.M. de C.; LEVITES, H. Mortalidade e causa mortis em São Paulo. São Paulo, IME-USP, 1990. 65p. (RAE-SEA-9020)
- 9101-PERES, C. de A.; SANTOS, P. A. B. Modelo cineantropométrico do desenvolvimento da aptidão física de escolares brasileiros (7 a 17 anos). São Paulo, IMEUSP, 1991. 79p. (RAE-SEA-9101)
- 9102-SANTANA, P. R.; KURAUTI, D. A. Caracterização comportamental e sócio-econômica dos clientes infantis de uma clínica-escola de São Paulo. São Paulo, IMEUSP, 1991. 52p. (RAE-SEA-9102)
- 9103-PAULA, G. A.; OHTOSHI, C. Análise dos parâmetros de sobrevivência, crescimento e desovas de caramujos do gênero *Biomphalaria* submetidos a dessecação. São Paulo, IME-USP, 1991. 42p. (RAE-SEA-9103)
- 9104-ANDRÉ, C. D. S. de; INOUE, L. Y. T. Caracterização do consumo alimentar de estudantes universitários do Instituto Adventista de Ensino de São Paulo. São Paulo, IME-USP, 1991. 203p. (RAE-SEA-9104)

- 9105-PERES, C. de A.; NEVES, M. M. da C.; IKEURA, H. Experimentos de simulação do efeito advectivo dos vórtices sobre a biomassa e produtividade primária do fitoplâncton, na Região Costeira de Ubatuba - São Paulo. São Paulo, IME-USP, 1991. 85p. (RAE-SEA-9105.)
- 9106-PEREIRA, C. A. de B.; RISCAL, J. R. Estudo da plora clínica inicial em pacientes com síndrome do pânico tratados com clomipramina. São Paulo, IME-USP, 1991. 61p. (RAE-SEA-9106.)
- 9107-CORDANI, L.K.; NAKANE, E.H. Estudo comparativo entre os diferentes métodos de detecção de indivíduos com alto risco de cárie. São Paulo, IME-USP, 1991. 59p. (RAE-SEA-9107.)
- 9108-CORDANI, L.K.; ORGLMEISTER, G.O. Caracterização de duas estações fixas na Região Costeira de Ubatuba, SP. São Paulo, IME-USP, 1991. 130p. (RAE-SEA-9108.)
- 9109-BUSSAB, W. de O.; BRITO, L. de O. C. de. Comportamento evolutivo das bases adenina, citosina, guanina e uracil e de seus agrupamentos homooligoméricos em RNA's ribossômicos 5s. São Paulo, IME-USP, 1991. 106p. (RAE-SEA-9109.)
- 9110-SINGER, J. da M.; NOMIZO, F.K. Análise de fatores de risco na morbidade e letalidade de pacientes com pneumonia hospitalar adquirida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo. São Paulo, IME-USP, 1991. 58p. (RAE-SEA-9110.)
- 9111-MAGALHÃES, M.N.; DJIBRIL, K. Estudo do perfil sintomatológico de pacientes com transtorno de pânico e agorafobia com ataques de pânico. São Paulo, IME-USP, 1991. 69p. (RAE-SEA-9111.)
- 9112-BUSSAB, W. de O.; OHTOSHI, C. Plano amostral para levantamento da soroprevalência de algumas doenças que causam abortamento em vacas, na cidade de Avaré. São Paulo, IME-USP, 1991. 79p. (RAE-SEA-9112.)
- 9113-PAULA, G. A.; DJIBRIL, K. Perspectivas do emprego de ALLIUM SATIVUM (ALHO) em estudos epidemiológicos de patologias cardiovasculares. São Paulo, IME-USP, 1991. 43p. (RAE-SEA-9113.)
- 9114-BARROSO, L. P.; ARTES, R.; KURAUTI, D. A. Contribuição ao estudo de cultura organizacional e eficácia organizacional. São Paulo, IME-USP, 1991. 38p. (RAE-SEA-9114.)
- 9115-SINGER, J. da M.; NAKANE, E. H. Atitude dos trabalhadores de Indústrias têxteis quanto à prática da atividade física no tempo livre. São Paulo, IME-USP, 1991. 45p. (RAE-SEA-9115.)

- 9116-TOLOI, C.M.C.; BOTTER, D. A.; NOMIZO, F. K. Estudo da variabilidade de arritmias ventriculares em portadores de Cardiopatia Chagásica. São Paulo, IME-USP, 1991. 85p. (RAE-SEA-9116.)
- 9117-ANDRÉ, C. D. S.; ORGLMEISTER, G. O. Transferência de habituação do comportamento exploratório entre as condições olfação-visão unilateral e olfação-visão bilateral. São Paulo, IME-USP, 1991. 38p. (RAE-SEA-9117.)
- 9118-PEREIRA, C. A. de B.; BRITO, L. de O. C. de. Análise histométrica e quantitativa das células secretoras do epitélio branquial do Guaru (*Poecilia vivipara*): comparação entre peixes de estuário e de água doce. São Paulo, IME-USP, 1991.
- 9119-PAULA, G. A.; INOUE, L. Y. T. Alterações psiquiátricas no pós-operatório de revascularização do miocárdio. São Paulo, IME-USP, 1991. 75p. (RAE-SEA-9119.)
- 9120-SINGER, J. da M.; SANTOS, P. A. B. Estudo dos parâmetros do nistagmo e da vertigem pela eletrônistagmografia em sujeitos normais. São Paulo, IME-USP, 1991. 53p. (RAE-SEA-9120.)
- 9121-CORDANI, L. K.; RISCAL, J. R. Autoecologia da *Micrasterias arcuata*. São Paulo, IME-USP, 1991. 73p. (RAE-SEA-9121.)
- 9201-CORDANI, L. K.; XAVIER, V. P. Variabilidade individual do Peak Flow pré e pós broncodilatador de pacientes com asma brônquica. São Paulo, IME-USP, 1992. 60p. (RAE-CEA-9201)
- 9202-PEREIRA, C. A. de B.; OLIVEIRA, R. L. M. de. Tolerância e dependência a doses terapêuticas de diazepam em usuários crônicos. São Paulo, IME-USP, 1992. 76p. (RAE-CEA-9202)
- 9203-BUSSAB, W. de O.; SILVA, J. A. P. da. Estudo do aproveitamento dos alunos ingressantes no Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo no ano de 1991. São Paulo, IME-USP, 1992. 55p. (RAE-CEA-9203)
- 9204-BARROSO, L. P.; SANDOVAL, M. C.; MALAGUTTI, S. R. Biodisponibilidade de ferro em extrusado proteico de pulmão bovino. São Paulo, IME-USP, 1992. 44p. (RAE-CEA-9204)
- 9205-ANDRADE, D. F.; YAMAMOTO, W. H. Efeitos do petróleo e do jateamento em comunidades do costão rochoso. São Paulo, IME-USP, 1992. 73p. (RAE-CEA-9205)
- 9206-PAULA, G. A. ; TAVARES, H. R. Ócaros associados ao esterco bovino. Subsídios para controle biológico da mosca do chifre (*Haematobia irritans*). São Paulo, IME-USP, 1992. 36p. (RAE-CEA-9206)

- 9207-CORDANI, L. K. ; GORI, M. E. G. Agrupamento de pacientes alcoolistas, em fase inicial de evolução, a partir de exames clínicos e laboratoriais. São Paulo, IME-USP, 1992. 65p. (RAE-CEA-9207)
- 9208-SINGER, J. da M.; HOSOKAWA, C. S. Critérios estatísticos para o planejamento e operação de redes pluviométricas - o caso do estado de São Paulo. São Paulo, IME-USP, 1992. 77p. (RAE-CEA-9208)
- 9209-TOLOI, C. M. de C.; NEVES, M. M. da C.; ARIZONO, N. Desertificação em ambiente tropical. São Paulo, IME-USP, 1992. 88p. (RAE-CEA-9209)
- 9210-ARTES, R.; AZEVEDO JR., U. L. Transplantes de tecido neural e recuperação de funções cognitivas. São Paulo, IME-USP, 1992. 85p. (RAE-CEA-9210)
- 9211-ANDRÉ, C. D. S. de; et al. Estudos blonômicos da Abelha Augochloropsis iris (Himenoptera: Halictidae). São Paulo, IME-USP, 1992. 48p. (RAE-CEA-9211)
- 9212-SINGER, J. da M.; OLIVEIRA, R. L. M. Erupção dos dentes decíduos em crianças prematuras. São Paulo, IME-USP, 1992. 19p. (RAE-CEA-9212)
- 9213-SINGER, J. da M.; TOLOI, C. M. de C.; XAVIER, V. P. Associação entre poluição atmosférica e mortalidade infantil por doenças respiratórias na Região de São Paulo. São Paulo, IME-USP, 1992. 84p. (RAE-CEA-9213)
- 9214-PEREIRA, C. A. de B.; TAVARES, H. R. Estudo experimental da resolução Modus Ponens Generalizado aplicado ao senso comum. São Paulo, IME-USP, 1992. 66p. (RAE-CEA-9214)
- 9215-CORDANI, L. K.; YAMAMOTO, W. H. Programa de certificação de materiais estratégicos. São Paulo, IME-USP, 1992. 42p. (RAE-CEA-9215)
- 9216-ARTES, R. e GORI, M. E. G. Desempenho psicomotor e de memória em usuários crônicos de benzodiazepínicos antes e após retirada do diazepam. São Paulo, IME-USP, 1992. 48p. (RAE-CEA-9216)
- 9217-BOTTER, D. A.; FERRARI, S. L. de P.; AZEVEDO JR., U. L. Perfil dos antioxidantes plasmáticos e enzimas antioxidantes em células fagocíticas em pacientes hiperlipidêmicos. São Paulo, IME-USP, 1992. 40p. (RAE-CEA-9217)

- 9218-ANDRADE, D. F.; IKEURA, H. Caracterização da resposta inflamatória induzida por corpo estranho em serpentes *Bothrops jararaca*. São Paulo, IME-USP, 1992. 32p. (RAE-CEA-9218)
- 9219-AUBIN, E.C.Q.; ELIAN, S.N.; SILVA, J. A. P. Efeito da lesão do Locus Coeruleus sobre a liberação pulsátil de LH em ratas ovariectomizadas. São Paulo, IME-USP, 1992. 31p. (RAE-CEA-9219)
- 9220-BOTTER, D.A.; FERRARI, S. L. P.; HOSOKAWA, C. S. Caracterização das sub-frações de LDL - Estudo em pacientes dislipidêmicos. São Paulo, IME-USP, 1992. 79p. (RAE-CEA-9220)
- 9221-BARROSO, L. P.; SANDOVAL, M. C.; ARIZONO, N. Incidência parasitária em algumas espécies de peixes antárticos. São Paulo, IME-USP, 1992. 74p. (RAE-CEA-9221)
- 9222-BUSSAB, W. O.; MALAGUTTI, S. R. Influência do petróleo no consumo de oxigênio de *Callinectes danae* (Smith, 1869) (CRUSTACEA-DECAPODA-PORTUNIDAE), em diferentes salinidades. São Paulo, IME-USP, 1992. 44p. (RAE-CEA-9222)
- 9301-SINGER, J. M.; PAES, A. T. Efeito de soluções mineralizantes, na forma de enxaguatórios bucais sobre o pH e composição inorgânica da placa bacteriana. São Paulo, IME-USP, 1993. 40p. (RAE-CEA-9301)
- 9302-SINGER, J. M.; BARROSO, L. P.; TACIRO JR., A. C. Avaliação da qualidade de água e sedimentos do canal de São Sebastião através de testes de toxicidade com *Lytechinus variegatus*. São Paulo, IME-USP, 1993. 91p. (RAE-CEA-9302)

RELATÓRIOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA publicados a partir de 1990. A lista completa desses relatórios (1980 a 1992) poderá ser obtida no:

CENTRO DE ESTATÍSTICA APLICADA - CEA
IME- USP

Caixa Postal 20570
01452-990 - São Paulo, SP