

Ribeirão Preto, 29 de abril de 2004

Prezado Editor,

Na edição de janeiro/fevereiro dos Arquivos (Vol. 67 nº 1) li interessante artigo denominado “Picos de pressão intra-ocular: comparação entre curva tensional diária, mini-curva e medida da pressão intra-ocular às 6 horas”. Porém da leitura do referido artigo surgiu-me uma dúvida. Na página 129 é apresentada uma tabela comparativa (tabela 4) referida no texto do seguinte modo: “Comparando-se a Po média da CTD e da Minicurva para o OD não foram observadas diferenças. Para o OE houve diferença tanto para portadores de GPAA como para suspeitos”. Porém, observando a tabela notamos que para o grupo de portadores de GPAA as médias foram 14,96 e 15,33 para OD (diferença de 0,37) e 15,86 e 15,05 para OE (diferença de 0,09). Apesar de meu limitado conhecimento de estatística não consigo ver lógica em se considerar uma diferença de 0,09 como sendo estatisticamente significativa ao mesmo tempo em que uma diferença de 0,37 não seja. A aparente incoerência se repete para o grupo de suspeitos, ou seja, a diferença de 0,48 (OD) foi considerada não significativa enquanto que a diferença de 0,35 (OE) foi considerada significativa sob o aspecto estatístico.

Gostaria de obter esclarecimentos da edição e/ou dos autores.

Certo de sua atenção e esperando ter colaborado com a revista, me despeço com manifestações de consideração e respeito.

Atenciosamente,

André Augusto Homsy Jorge

“Os autores do trabalho foram contactados para a devida resposta, mas não se manifestaram sobre o assunto”.

São Paulo, 19 de abril de 2004

Prezado Editor,

Referente ao artigo “Satisfação do paciente com degeneração macular relacionada à idade após terapia térmica transpupilar” publicada no ABO vol. 67 (2), 2004

Prof. Harley Bicas, aproveito seus excelentes comentários em seu último editorial, gostaria de utilizar o espaço “Cartas aos Editores” buscando esclarecimentos dos autores do trabalho citado a respeito dos seguintes itens:

1. Na conclusão acredito que erroneamente foi colocado “olhos satisfeitos” ao invés de “pacientes satisfeitos”.

2. O critério de “melhora da acuidade visual” não poderia ter sido mais rígido? Acostumei-me a considerar melhora da acuidade visual quando, por exemplo, ganha-se no mínimo, 2 linhas de visão, indo, por exemplo de 20/80 para 20/40.
3. O momento da medida da Acuidade Visual (uma única medida após 1 mês do tratamento) parece inadequado. Talvez após 2 ou 3 meses o efeito da terapia poderia ter sido melhor observado.
4. Como comparar acuidade visual de pacientes “com correção” e sem correção? Será que o paciente 4 cuja visão foi de Cd2,0m (sem correção) antes do tratamento e ficou 20/200 (com correção) sentiu-se satisfeito pelo uso do óculos ou pelo tratamento? E o paciente 16 que CC apresentava 20/400 e, após o tratamento mediu a visão sem correção e estava Cd1,0m. Ele piorou realmente ou tirou o óculos?
5. Acredito que deveriam ter sido selecionados somente casos de DMRI exsudativa e não qualquer DMRI. Quer dizer que a terapia poderia ter efeito sobre um caso cicatricial? Gostaria de parabenizar os autores por buscar soluções para casos tão difíceis e que estas críticas possam ser utilizadas para esclarecer os leitores a respeito da metodologia utilizada.

Atenciosamente,

Dr. João Carlos de Miranda Gonçalves

Curitiba, 11 de maio de 2004

Prezado Editor,

Seguem abaixo as respostas às indagações realizadas pelo Dr. João Carlos de Miranda Gonçalves, referentes ao artigo publicado nos ABO Vol. 67: 2, 2004.

1. Realmente concordamos que a expressão “olhos satisfeitos” causa estranheza. Foi utilizada devido a um dos pacientes (nº 2) ter os dois olhos incluídos no estudo. Portanto, o número de pacientes satisfeitos ou muito satisfeitos foi de 16, sendo que um deles ficou muito satisfeito com o resultado do tratamento realizado em ambos os olhos, totalizando 17 olhos.
2. Tratando-se de uma doença que gera perda acentuada de visão com escassas possibilidades terapêuticas efetivas, optamos por considerar melhora, o ganho de apenas uma ou mais linhas de visão.
3. Concordamos com sua observação, e inclusive, destacamos este fato em nossa conclusão.
4. Os pacientes sem correção eram aqueles que não apresentavam melhora quando corrigidos, incluídos aí os emétopes. Aqueles que apresentavam qualquer melhora quando “corrigidos” foram citados como tal, criando bases para uma efetiva comparação da doença em questão,

excluindo os erros refrativos dos dados. Quanto aos pacientes 4, 16 e 20 ocorreu um erro de digitação. Os pacientes não corrigidos antes do tratamento permaneceram não corrigidos após o tratamento. A mesma coisa com os corrigidos.

5. Foram selecionados apenas casos de DMRI exsudativa. Concordamos que a legenda utilizada para classificar o tipo de membrana foi inadequada e leva a conclusão de que casos não exsudativos foram incluídos. Aonde se lê DMRI trata-se de membranas ocultas, e onde citamos MNVSR trata-se de membranas clássicas.

Dr. Jhony de Polo
Dr. Alexandre Lass Siqueira

São Paulo, 4 de junho de 2004

Prezado Editor,

Comentários dirigidos aos AA. do trabalho "2 Casos de Síndrome de AICARDI" publicado no A. B. O. em 2004 – vol. 67 (2): 341-343.

O trabalho apresenta 2 casos de uma síndrome sistêmica com importante e característica participação ocular.

Os AA. mencionam terem realizado ressonância magnética e oftalmoscopia.

Estes resultados (MRI e Retinografias) precisam sempre constar na publicação.

Os AA. Podem ter um exemplo em nossa publicação: A. B. O. 2003 – vol. 66(2): 227-230.

Dr. Sergio L. Cunha

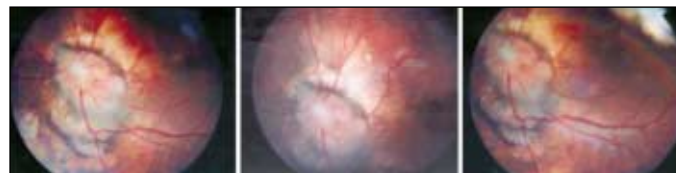
Curitiba, 5 de julho de 2004

Prezado Editor,

Em resposta à correspondência do doutor Sérgio Cunha comentando a falta das fotos no artigo Síndrome de Aicardi - Relato de Dois Casos, os autores agradecem a observação e concordam com a importância da publicação dessas imagens.

Infelizmente, devido a uma falha de comunicação, as fotos não foram publicadas com o artigo original. As mesmas podem ser vistas a seguir.

A Síndrome de Aicardi se caracteriza pela tríade espasmos infantis, agenesia de corpo caloso e lacunas coriorretinianas, frequentemente associada a coloboma do disco óptico. Em ambos os casos o exame oftalmológico foi decisivo para a conclusão diagnóstica.



Caso 1 - Múltiplas áreas de atrofia coriorretiniana (lacunas) ao redor da papila, papila ovalada, com hiperpigmentação em seus bordos e aumento da tortuosidade vascular



Caso 2 - Lacunas coriorretinianas, estafiloma superior à mácula, papila com contornos borrados e aumento da tortuosidade vascular

Atenciosamente,
Dra. Paula Piccoli da Costa

Rio Verde, 19 de junho de 2004

Prezado Editor,

Prof. Harley Bicas, em atenção à suas considerações nos dois últimos editoriais dos ABO relativos à "Carta aos Editores", gostaria de tecer alguns comentários que considero de grande valor para a oftalmologia social.

Comentários referentes ao artigo dos ABO vol. 67 n° 3 de maio/junho 2004 intitulado "Comparação do desempenho e comodidade visual entre lentes fotossensíveis e incolores", de autoria dos ilustres professores Regina C. S. Oliveira e Newton Kara José.

Tal artigo faz comparações diversas entre lentes fotoprotetoras e as de resina comum, conhecidas como CR-39. O comentário a seguir objetiva, tendo em vista o que já foi colocado na "Introdução" do título supracitado, fornecer dados complementares quanto à importância da proteção visual da luz solar.

A necessidade da proteção ocular para a luz solar pode ser adicionalmente ressaltada quando identificamos um fator adicional relevante na geografia brasileira: a potência direta e indireta, mensurada e mapeada, da energia eletromagnética dos raios UV e VIS que atingem nossa superfície terra-mar.

Dados disponíveis no portal da INPE (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais) através de um satélite meteorológico (<http://satelite.cptec.inpe.br>) nos informam (conforme a latitude, cobertura do céu, época do ano e horário do dia) que a incidência das bandas de luz UV + VIS + IV em nosso território varia em torno de 240 a 300 Watts por metro quadrado de radiação direta^{1, 2}. Contudo, outros autores³ informam que a radiação indireta ou difusa pode representar uma potência

muito maior se somada com a direta: até 1200 Watts/m². Isto para a radiação que atinge a superfície da terra. As faixas UV e VIS do espectro eletromagnético são as de maior ameaça à saúde visual⁴.

Também por este motivo, torna-se *clara e intensa* a importância de, não só na prática diária de consultório informar aos nossos examinados sobre esta questão, mas e principalmente, requisitar junto às autoridades competentes o fornecimento de lentes corretivas fotoprotetoras para a população alvo de campanhas visuais gratuitas/públicas. E aos órgãos legislativos e de vigilância sanitária brasileiros cabe o desenvolvimento e fiscalização de uma política de saúde ocular voltada para este conhecimento, que deste modo de fato servirá à sociedade.

Abreviações: UV= luz ultravioleta; VIS=luz do espectro visível; IV=luz infravermelha

REFERÊNCIAS

1. Radiação Ultravioleta. Camada de Ozônio e Saúde Humana. <http://satelite.cptec.inpe.br/uv/>
2. Irradiância Média Diária de UV+VIS+IV. http://www.cptec.inpe.br/satelite/metsat/GlbAS_ultDiar.gif
3. Schneider OS, Vielmo HA. Estufas: controle térmico. In: Kämp AN. Produção Comercial de Plantas Ornamentais. Ed. Guaíba, 2000 pág 129.
4. Absorptive Lenses in: Brooks CW, Boris IM. System For Ophthalmic Dispensing. 2nd Edition, 1996. Ed. Butterworth-Heinemann. Pag 329-341

Atenciosamente,

Dr. Adriano Rogério Toledo
atolledo@uol.com.br

Caldas Novas, 8 de junho de 2004

Prezado Editor,

Prof. Harley Bicas, em atenção ao editorial do último número desta prestigiosa revista científica, no qual lamenta os tropeços e injustiças causados pela recusa de artigos originais para avanços das ciências não aceitos pelo conhecimento constituído, temos uma sugestão:

A criação da seção *Tendências, Debates, Teorias*. Assim, teremos maior interação entre a revista oftalmológica e os leitores, com espaço para publicações de idéias inovadoras, que de outro modo seriam rejeitadas.

Se o Senhor colocar um “nanochop” na alça ou bordo da LIO, que receba informações da variação do campo elétrico na convergência para perto, poderá orientar mudanças na LIO para acrescentar a adição necessária à focalização para 33cm. Precisamos discutir este assunto com os físicos e engenheiros da informática e elástica.

Na certeza de sua atenção e de estarmos no mesmo caminho em defesa da ciência e da arte de Hipócrates, envio protestos de mui estima e consideração.

Atenciosamente,

Dr. Luiz Manoel Gonçalves

IV SIMPÓSIO DE OFTALMOLOGIA IVO CORRÊA MEYER

12 e 13 de novembro de 2004
Porto Alegre - RS

PROMOÇÃO

Associação dos Ex-alunos do Curso Ivo Corrêa Meyer

INFORMAÇÕES: Fone/Fax: (51) 3346-3423 e 3395-4868
E-mail: iicm@terra.com.br