

# Condição de saúde ocular em idosos residentes em asilos de Curitiba - Brasil

Ocular condition of the elderly in nursing homes in Curitiba - Brazil

Sandra Zandavalli Ávila<sup>(1)</sup>  
Ayrton Roberto Branco Ramos<sup>(1)</sup>  
Hamilton Moreira<sup>(2)</sup>  
Carlos Augusto Moreira<sup>(3)</sup>  
Carlos Augusto Moreira Júnior<sup>(4)</sup>

## RESUMO

Foi realizado um estudo epidemiológico da condição ocular de 487 indivíduos idosos residentes em asilos de Curitiba - PR. A maioria desta população estudada tinha idade superior a 61 anos (67,1%). Cirurgia ocular prévia foi relatada por 10,5% da população e 70,6% destas constituíram-se de facectomias. Somente 29,6% tinham visão de 20/40 ou melhor, e em 21,3% foi encontrado cegueira legal. A prevalência de degeneração macular senil foi de 25,87% de todos os indivíduos examinados. A prevalência de catarata foi de 38,40% dos indivíduos examinados. Os autores concluíram que a falta de programas de educação social e assistência médica foram os principais fatores contribuintes para a existência de alta prevalência de cegueira legal reversível.

**Palavras-chave:** catarata senil, prevalência, cegueira legal.

## INTRODUÇÃO

Catarata e degeneração macular senil são patologias comumente encontradas na população idosa<sup>(1-8)</sup>. Ambas contribuem significativamente para a morbidade desta faixa etária<sup>(2)</sup>.

A incidência de catarata e degeneração macular senil devem ser determinadas, pois elas são responsáveis pela redução acentuada da acuidade visual, representando grandes custos à sociedade. Em adição a isto, estas patologias diminuem a capacidade visual para o trabalho, bem como a qualidade de vida da população idosa.

A condição social do idoso em nosso meio, devido às suas limitações físicas e/ou econômicas, impossibilita, muitas vezes, o acesso desta população às instituições médicas. O presente estudo dirigiu-se aos asilos e

casas de repouso de Curitiba para avaliar a condição de saúde ocular dos indivíduos residentes nestes estabelecimentos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal em 10 asilos de Curitiba após contato com o órgão do governo do Estado do Paraná encarregado de fiscalizar e catalogar os asilos.

A população em estudo constituiu-se de 641 indivíduos que residiam nos 10 asilos relacionados na listagem da Prefeitura Municipal de Curitiba. Deste total, 487 idosos foram examinados e catalogados. Dos 154 pacientes restantes, 88 negaram-se ao exame e em 66 pacientes foi impossível a realização da história ou do exame oftalmológico devido à não compreensão por parte dos pacientes, falta de cooperação ou pela presença de esta-

(2) Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

(3) Professor Adjunto da Disciplina de Oftalmologia da Universidade Federal do Paraná.

(4) Chefe do Departamento de Otorrino-oftalmologia e Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da Universidade Federal do Paraná.

(1) Estudo realizado em conjunto pela Universidade Federal do Paraná e pela Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

### Endereço para correspondência:

Dr. Hamilton Moreira  
Hospital de Olhos do Paraná  
Rua Presidente Taunay, 483  
CEP 80430-000 - Curitiba - PR.

dos psiquiátricos severos.

Dos 10 asilos visitados somente 2 eram geridos pelo governo, com 295 indivíduos, sendo privados os demais asilos.

Os exames foram realizados por dois alunos do sexto ano do curso de Medicina, durante 6 meses, supervisionados pelos professores que dirimiam dúvidas e reviam os pacientes, caso fosse necessário, entretanto houve treinamento prévio dos examinadores pelos professores e padronização dos examinados.

Prosseguiu-se a investigação através da identificação, história clínica e exame oftalmológico. Quanto à identificação, foram questionados: nome; idade, esta que foi agrupada em seis subgrupos: 40-50, 51-60, 61-70, 71-80, 81-90, 91-100; sexo e ocupação anterior. No que se refere à história pregressa ressaltou-se cirurgias oculares prévias e as doenças sistêmicas associadas, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras patologias (doenças dos aparelhos respiratório, digestivo e locomotor).

No exame oftalmológico realizou-se: 1) *inspeção externa*; 2) *teste da acuidade visual*, com tabela de Snellen, que, de acordo com Kahn<sup>(8)</sup>, foi dividida em seis subgrupos: 20/10 a 20/25, 20/30 a 20/40, 20/50 a 20/70, 20/80 a 20/120 e 20/200 ou pior e, naqueles casos onde não foi possível realizar esta avaliação. Um importante aspecto a frisar-se é que foi considerada a melhor acuidade visual do paciente; 3) *A córnea foi classificada em normal e alterada*, esta foi assim denominada quando a mesma impediu o exame do cristalino; 4) *Avaliação do cristalino*: foi realizada através do exame com o oftalmoscópio direto e análise do reflexo vermelho. Classificou-se os cristalinos como: isentos de opacidade, com opacidade, olhos afácicos e impossibilitados de visualização por alguma patologia. Os cristalinos que apresentaram algum grau de

opacidade foram subgrupados em: opacidade leve, moderada e total. Foi considerada opacidade leve quando, apesar da existência de alteração do reflexo vermelho, por opacidade do cristalino, esta não era suficiente para impedir a visualização da papila óptica com detalhes e os vasos através da fundoscopia. Opacidade moderada quando, apesar da existência de alteração do reflexo vermelho, por opacidade do cristalino, esta não foi suficiente para impedir a visualização da papila óptica, porém sem detalhes. Opacidade total quando, devido a alteração do reflexo vermelho, por opacidade do cristalino, esta era suficiente para impedir a completa visualização do fundo de olho à fundoscopia. Esta classificação foi elaborada pelos autores; 5) *Fundoscopia*: a) a papila óptica foi classificada em normal e alterada (borrimentos, aumento da escavação fisiológica e atrofia de papila); b) os campos retinianos e os vasos foram agrupados em normais, com sinais de hipertensão e aterosclerose, sinais de diabete e patologias como coriorretinite, retinose pigmentar e outras; c) em se tratando de mácula foi considerada como: sem alterações, alterada compatível com degeneração senil, com outras patologias e quando seu exame foi impossibilitado. Para considerar-se o indivíduo como portador de degeneração macular senil, procurou-se seguir os critérios de Ferris III<sup>(2)</sup> que afirma que DMS é o termo utilizado para descrever uma coleção de achados oculares, ao exame clínico, que podem levar à cegueira. Por falta de recursos não foi possível realizar-se retinografia e angiofluoresceinografia na população estudada, entretanto, definiu-se como portadores de DMS aqueles indivíduos com acuidade visual abaixo de 20/30<sup>(8)</sup>, na ausência de outras alterações que levassem à queda da acuidade visual e na presença de alterações severas maculares como: drusas, atrofia ou desco-

lamento do epitélio pigmentar da retina, hemorragia sub-retiniana e cicatrizes disciformes.

## RESULTADOS

Observou-se que 67,15% da população estava acima dos 61 anos de idade (Tabela 1).

A distribuição, segundo o sexo, foi de 137 homens (28,13%) para 350 mulheres (71,86%).

Referente a cirurgias oculares prévias, dos 487 indivíduos, 436 (89,53%) não relataram cirurgia oftalmológica anterior e esta foi confirmada por 51 idosos (Tabela 2).

No que se refere às doenças sistêmicas associadas, a hipertensão arte-

TABELA 1  
Distribuição dos idosos por faixa etária

| Faixa etária | F          | %             |
|--------------|------------|---------------|
| 40-50        | 70         | 14,37         |
| 51-60        | 90         | 18,48         |
| 61-70        | 102        | 20,95         |
| 71-80        | 118        | 24,23         |
| 81-90        | 90         | 18,48         |
| 91-100       | 17         | 3,49          |
| <b>Total</b> | <b>487</b> | <b>100,00</b> |

TABELA 2  
Frequência de cirurgia ocular prévia referida pelos indivíduos examinados

| Cirurgia                        | N          | %             |
|---------------------------------|------------|---------------|
| Facetomia                       | 36         | 7,38          |
| Descolamento de retina          | 1          | 0,20          |
| Enucleação*                     | 3          | 0,62          |
| Glaucoma                        | 3          | 0,62          |
| Pterígio                        | 3          | 0,62          |
| Estrabismo                      | 0          | 0,00          |
| Outras**                        | 5          | 1,03          |
| <b>Subtotal</b>                 | <b>51</b>  | <b>10,47</b>  |
| Sem história de cirurgia prévia | 436        | 89,53         |
| <b>Total</b>                    | <b>487</b> | <b>100,00</b> |

\* Considerou-se neste item também a evisceração visto que os indivíduos não sabiam diferenciar entre uma e outra.

\*\* Considerou-se neste item os casos em que os idosos não sabiam a que tipo de cirurgia foram submetidos.

**TABELA 3**  
Frequência de doenças sistêmicas referida pelos indivíduos examinados

| Doenças sistêmicas | F          | %             |
|--------------------|------------|---------------|
| HAS*               | 127        | 26,08         |
| DM**               | 25         | 5,13          |
| HAS + DM           | 17         | 3,49          |
| Outras             | 88         | 18,07         |
| Negaram doenças    | 230        | 47,23         |
| <b>Total</b>       | <b>487</b> | <b>100,00</b> |

\* Hipertensão arterial sistêmica  
\*\* Diabetes mellitus

**TABELA 4**  
Distribuição dos idosos por acuidade visual

| Acuidade visual | F          | %             |
|-----------------|------------|---------------|
| 20/10 a 20/25   | 48         | 9,86          |
| 20/30 a 20/40   | 96         | 19,71         |
| 20/50 a 20/70   | 96         | 19,71         |
| 20/80 a 20/120  | 67         | 13,76         |
| 20/200 e pior   | 104        | 21,36         |
| Impossível      | 76         | 15,60         |
| <b>Total</b>    | <b>487</b> | <b>100,00</b> |

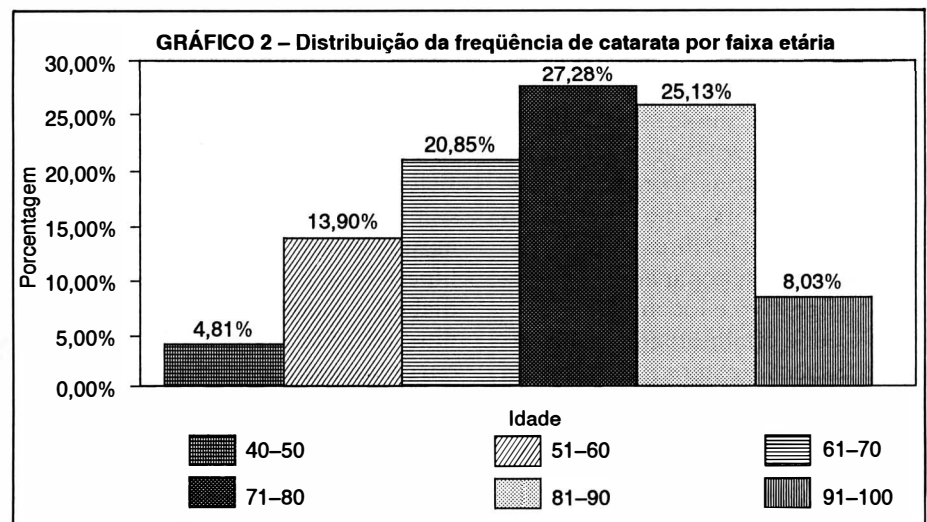
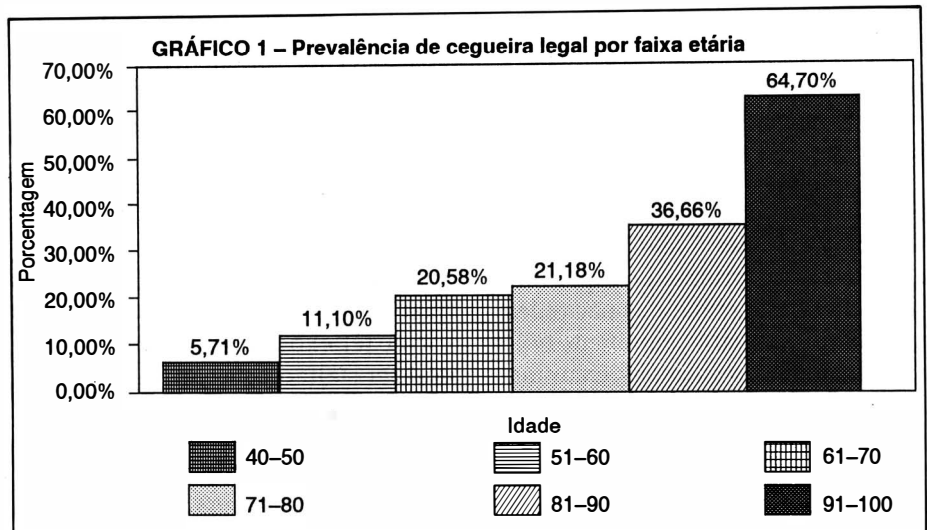
rial foi mencionada por 26,08% da população, seguida por outras patologias do aparelho digestivo ou respiratório e a diabetes mellitus (Tabela 3).

Considerando-se a melhor acuidade visual corrigida do paciente observou-se que 21,36% da população encontrou-se na faixa de 20/200 ou pior. A maior parte, 33,47%, estava entre 20/50 e 20/120. Uma acuidade visual melhor que 20/50 apresentou-se em 29,57% e foi impossível determiná-la em 15,60% dos pacientes os quais não foram capazes de informar corretamente (Tabela 4).

Observou-se que 57,84% da população idosa que apresentou acuidade visual de 20/200 ou pior no melhor olho ocuparam a faixa etária de 71 a 90 anos (Gráfico 1).

Notou-se também que nos diferentes grupos etários houve um decréscimo da acuidade visual com o decorrer da idade (Gráfico 1).

No que se refere a córnea, dos 487 indivíduos somente 16 (3,29%) apre-



**TABELA 5**  
Distribuição de indivíduos com catarata por sexo

|                | Catarata            | Sem catarata        | Total                |
|----------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Sexo feminino  | 127 (36,29%)        | 223 (63,71%)        | 350 (71,87%)         |
| Sexo masculino | 60 (43,79%)         | 77 (56,21%)         | 137 (28,13%)         |
| <b>Total</b>   | <b>187 (38,40%)</b> | <b>300 (61,60%)</b> | <b>487 (100,00%)</b> |

sentaram algum tipo de opacidade corneana.

Observou-se catarata em 187 idosos (38,40%), deste grupo 67,91% eram mulheres e 32,09% eram homens.

Das 350 mulheres examinadas, 127

(36,29%) tinham catarata (Tabela 5).

Dos 137 homens examinados, 60 (43,79%) tinham catarata (Tabela 5).

Considerando-se ambos os sexos, a faixa etária mais acometida por catarata foi a de 71 a 80 anos (27,28%) (Gráfico 2).

**TABELA 6**  
Causas da cegueira legal (20/200 ou pior)

| Patologia            | N          | %             |
|----------------------|------------|---------------|
| Catarata             | 70         | 67,31         |
| DMS                  | 19         | 18,27         |
| Alterações da córnea | 7          | 6,73          |
| Outras alterações*   | 7          | 6,73          |
| Impossível           | 1          | 0,96          |
| <b>Total</b>         | <b>104</b> | <b>100,00</b> |

\* Considerou-se neste item alterações como coriorretinite e hemorragias retinianas

**TABELA 7**  
Frequência de degeneração macular senil por indivíduo examinado

| Mácula           | N          | %             |
|------------------|------------|---------------|
| Normal           | 190        | 39,02         |
| DMS              | 126        | 25,87         |
| Outras*          | 14         | 2,87          |
| Não visualizados | 157        | 32,24         |
| <b>Total</b>     | <b>487</b> | <b>100,00</b> |

\* Classificou-se como outras aquelas patologias como coriorretinites e hemorragias maculares

Do total de 487 pacientes, 104 (21,36%) apresentaram acuidade visual de 20/200 ou pior, ou seja, cegueira legal (Tabela 4). A catarata foi considerada a causa principal de cegueira legal em 70 pacientes deste grupo (67,31%) (Tabela 6).

No que tange a vasos e campos retinianos, 47,67% dos olhos examinados não apresentaram anomalias. O achado mais freqüente foi de alterações hipertensivas e ateroscleróticas (32,65%).

Do total de pacientes, 126 (25,87%) possuíam alguma forma de degeneração macular senil (Tabela 7). A faixa etária mais acometida por esta patologia foi aquela entre 81 e 90 anos (37,78%). De acordo com o sexo observou-se que: 94 mulheres (26,86%) e 32 homens (23,36%) de todos aqueles pacientes examinados tinham algum grau deste tipo de degeneração.

## DISCUSSÃO E ANÁLISE

Nos últimos anos, vários autores têm se preocupado com a epidemiologia das patologias oculares e fatores associados entre idosos, dada a alta prevalência de baixa acuidade visual na população de mais idade<sup>(5,6,7,13)</sup>.

A degeneração senil de mácula e a catarata senil têm sido reportadas como as maiores causas de baixa visão em pacientes idosos<sup>(1,2,9)</sup>, entretanto a comparação da prevalência destas duas patologias é difícil devido às

distinções destas doenças e seus diferentes sítios de localização<sup>(1)</sup>.

A degeneração senil de mácula é uma importante causa de redução da acuidade visual. De acordo com o “The Framingham Eye Study”<sup>(8)</sup> e aquele estudo realizado por Ferris III<sup>(2)</sup>, o rápido crescimento da prevalência da DMS inicia-se após a quinta década, assim como no presente estudo. De fato, o aumento da idade tem grande importância na associação com DMS entre outros fatores, sendo: sexo (50% mais prevalente em mulheres), raça, pressão arterial, hipermetropia, tabagismo, história familiar entre outros<sup>(2,6)</sup>.

Kahn et al<sup>(8)</sup> encontrou uma prevalência de DMS em 2% na faixa de 52–64 anos, 11% na de 65–74 anos e 28% na de 75–85 anos.

Sperduto e Seigel<sup>(14)</sup>, quando analisaram o fundo de olho sem o exame prévio da acuidade visual notaram na idade de 52 a 64 anos uma prevalência de DMS em 35%; 47% no grupo de 65 a 74 anos e 50% no grupo de 75 a 85 anos.

No presente estudo de todos os pacientes examinados, 126 (25,87%) possuíam DMS. A prevalência de DMS por sexo foi de 26,86% para o sexo feminino e 23,36% para o sexo masculino. De acordo com a prevalência de DMS por faixa etária estimou-se que este valor é de 29,41% na faixa etária de 61 a 70 anos, 27,96% na faixa etária de 71 a 80 anos, 37,78% na

faixa etária de 81 a 90 anos e 17,65% na faixa etária entre 91 e 100 anos.

Leske e Sperduto<sup>(9)</sup> apontam alguns fatores de risco para o desenvolvimento da catarata senil, entre eles: aumento da idade, sexo feminino, diferenças geográficas, exposição e altas doses de radiação principalmente à ultravioleta, exposição a microondas, drogas, fatores familiares, hipertensão arterial, fatores metabólicos, miopia e outros. Ainda no mesmo estudo, os autores enfatizam que os fatores genéticos e de meio ambiente também têm função significativa na patogênese da catarata senil. Entretanto eles sugerem que estudos mais apurados devem ser realizados para posterior análise das associações entre estes fatores.

Kahn<sup>(8)</sup> em “The Framingham Eye Study” que compreendeu a análise de 2.500 indivíduos, constatou 5% de catarata em pacientes de 52–64 anos e 46% na faixa etária entre 65 e 85 anos.

Milne e Willianson<sup>(11)</sup> encontraram catarata em 22% dos seus pacientes entre 62 e 79 anos.

Rifaat<sup>(12)</sup> ao estudar 268 pacientes em 8 asilos da Finlândia estimou a prevalência de catarata senil em homens e mulheres separadamente e verificou que 33% de seus pacientes do sexo masculino e 28% dos pacientes do sexo feminino eram portadores de catarata.

O estudo de Sperduto e Seigel<sup>(14)</sup> reportou uma maior freqüência de catarata entre mulheres. Esta diferença foi estatisticamente significativa nos pacientes do grupo de 52–74 anos.

No presente estudo avaliou-se 487 idosos residentes em asilos e encontrou-se uma prevalência de catarata senil de 38,40% de todos os indivíduos examinados, no entanto não foram incluídos neste total os pacientes afácicos, ao contrário do estudo de Kahn<sup>(8)</sup>, por exemplo. Do total de indivíduos (350), 67,91% eram mulheres e (137) 32,09% eram homens. A pre-

valência de catarata por sexo foi de 36,29% para o sexo feminino e 43,79% para o sexo masculino. A prevalência de catarata por faixa etária foi de 12,85% no grupo etário de 40 a 50 anos, 28,88% no grupo etário de 51 a 60 anos, 38,23% no grupo etário de 61 a 70 anos, 43,22% no grupo etário de 71 a 80 anos, 52,22% no grupo etário de 81 a 90 anos e de 88,23% no grupo etário de 91 a 100 anos.

Estes dados são consistentes com a literatura em relação a distribuição por sexo, mas são consideravelmente maiores quanto a prevalência de catarata.

Encontrou-se neste estudo 104 (21,36%) pacientes com visão de 20/200 ou pior (cegueira legal) e destes, 70 (67,31%) pacientes eram portadores de catarata, o que contrasta com o registro de cegueira levantado no Canadá (1959-1963) e na Grã-Bretanha (1955-1963), pois, nestes países, a catarata foi responsável por 15% e 20% de todas as formas de cegueira, respectivamente<sup>(8,9)</sup>.

Verificou-se neste estudo que a catarata senil é a causa mais freqüente de cegueira em adultos, concordando com o estudo de Hiatt<sup>(3)</sup>. Foi também constatado naquele estudo que 90% a 95% dos pacientes que eram portadores de catarata senil não complicada obtiveram resultado satisfatório com cirurgia.

A cirurgia de catarata é uma das cirurgias mais freqüentes realizadas em adultos e esta vem sendo realizada ainda com mais freqüência nos últimos anos com técnicas cada vez mais avançadas<sup>(3)</sup>. Assim sendo, este procedimento poderia beneficiar muitos pacientes uma vez que no presente estudo a catarata foi a principal responsável pela redução da qualidade de visão do grupo de indivíduos portadores de acuidade visual de 20/200 ou pior.

Observou-se com base nos dados obtidos que foi bastante alta a fre-

quência de portadores de baixa acuidade visual na população examinada, sendo inclusive superior aos encontrados em estudos semelhantes<sup>(4,8,9,11)</sup>. Esta diferença pode se dever aos diferentes tipos de populações estudadas e à qualidade de assistência médica destas populações. Concluiu-se, portanto, que Curitiba, cidade de 1.608.151 habitantes (segundo Instituto Paranaense de Desenvolvimento e Estatística), onde existe um oftalmologista para cada 14.700 pessoas, índice considerado bom em nosso país, oferece assistência oftalmológica questionável ou mal distribuída à população idosa. Em adição a isto, foi observado pelos autores que em cada instituição havia apenas um médico geral, não capacitado para diagnosticar e tratar patologias oculares. Foi concluído, então, que a população estudada não tinha assistência oftalmológica adequada.

Devido ao fato da visão ser um importante determinante na qualidade de vida dos idosos, onde a redução pode limitar suas atividades diárias, os autores propõem que deve ser dado mais atenção, por parte das autoridades da área médica, aos problemas oftalmológicos dos idosos. Facilitar o acesso desta faixa da população às instituições especializadas é talvez uma das maneiras de melhorar o quadro reportado neste estudo.

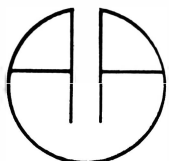
#### SUMMARY

*The eye disorders and need for ophthalmological procedures due to pathological conditions were studied among 487 elderly people living in 10 nursing homes in Curitiba, Brazil. The majority of the population studied were over 61 years old (67.1%). Previous ocular surgery was reported by 10.5% of the population and 70.6% of these were cataract extractions. Only 29.6% had 20/40 visual acuity or*

*better, and 21.3% were found to be legally blind. The prevalence of age related macular degeneration was 25.87% of the individuals examined. The prevalence of senile cataract was 38.40% of the individuals. The authors concluded that lack of education was the main factor contributing for such a high amount of reversible legal blindness.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EIFRIG, D. E.; SIMONS, K. B. - An overview of common geriatric ophthalmologic disorders. *Geriatrics* 38(4): 55-77, 1983.
2. FERRIS III, F. L. - Senile macular degeneration: Review of epidemiologic features. *Am. J. Epidemiol.* 118(2): 132-151, 1983.
3. HIATT, R. L. Blindness: The physician's role in preservation. *Geriatrics* 38(12): 97-99, Dec, 1983.
4. HILLER, R.; SPERDUTO, R. D.; EDERER, F. - Epidemiologic associations with cataract in the 1971-1972 national health and nutrition examination survey. *Am. J. Epidemiol.* 118(2): 239-249, 1983.
5. HU, T. S.; LAO, Y. X. - An epidemiologic survey of senile cataract in China. *Dev Ophthalmol.* 15: 42-51, 1987.
6. HYMAN, L. G.; LILIENFELD, A. M.; FERRIS III, F. L.; FINE, S. L. - Senile macular degeneration: A case control study. *Am. J. Epidemiol.* 118(2): 213-227, 1983.
7. JOSÉ, N. K.; CONTRERAS, F.; CAMPOS, M.; et al - Estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica para reduzir a cegueira por catarata em Campinas-Brasil e Chimbote-Peru. *Arq. Bras. Oftal.* 52(4): 91-96, 1989.
8. KAHN, H. A.; LEIBOWITZ, H. M.; GANLEY, J. P. et al - The Framingham eye study I-II. *Am. J. Epidemiol.* 106(1): 17-41, 1977.
9. LESKE, M. C.; SPERDUTO, R. D. - The epidemiology of senile cataracts: A review. *Am. J. Epidemiol.* 118(2): 152-165, 1983.
10. MacDONALD, A. E. - Causes of blindness in Canada: an analysis of 24.605 cases registered with the Canadian National Institute for the blind. *Can. Med. Assoc. J.* 92: 264-279, 1965.
11. MILNE, J. S.; WILLIANS, J. Visual acuity in older people. *Gerontol Clin. (Basel)* 14: 249, 1972.
12. RIFAAT, R.; KIVELE, S. L. Occurrence of eye disorders and need for treatment in the elderly in nursing homes. *Acta. Ophthalmol. Copenh.* 67(6): 657-663, Dec. 1989.
13. SOMMER, A. - Cataracts as an epidemiologic problem. *Am. J. Ophthalmol.* 83(3): 334-339, March 1977.
14. SPERDUTO, R. D.; SEIGEL, D. Senile lens and senile macular changes in a population-based sample. *Am. J. Ophthalmol.* 90: 86-91, 1980.



# AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY

ANNUAL MEETING  
NOV. 13 A 18 - 1993  
CHICAGO - IL

PARTE AÉREA



**VARIG**

SAÍDA 12 NOV. 93



**US\$ 970, \***

SÃO PAULO / CHICAGO / SÃO PAULO

VOLTA VIA NEW YORK + US\$ 115, (US\$ 1.085,)  
VOLTA VIA MIAMI + US\$ 104, (US\$ 1.074,)

**PARTE TERRESTRE**

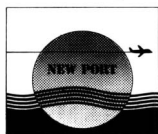
**6 DIAS / 5 NOITES - CHICAGO**

THE CHICAGO ALLERTON US\$ 350, P/ PESSOA APTO DUPLO  
THE PALMER HOUSE HILTON US\$ 325, P/ PESSOA APTO DUPLO  
THE OXFORD HOUSE US\$ 313, P/ PESSOA APTO DUPLO

*(ÔNIBUS GRATUITO DO HOTEL AO CENTRO DE CONVENÇÕES E VICE / VERSA)*

\* TARIFA GN10 - MIN. 10 DIAS / MAX. 30 DIAS - SUJEITA A ALTERAÇÃO SEM PRÉVIO AVISO

*EM SUAS VIAGENS DE NEGÓCIOS OU FÉRIAS, CONSULTE SEMPRE A*



**NEW PORT TURISMO**

Av. São Luis, 165 - 14.o and.  
Fone:(011) 258-2111- Fax: 259-2968

