

# Alexandre Kalache

## Uma política para o bem-envelhecer

Criador das cidades amigas do idoso diz que tema é importante para o desenvolvimento do país | NELDSON MARCOLIN

**A**os 62 anos, o médico e pesquisador em saúde pública Alexandre Kalache tem como projeto de vida envelhecer melhorando a vida dos idosos. Antes que tal idéia pareça puro oportunismo – dada a sua idade –, é preciso dizer que Kalache trata do assunto há mais de 30 anos. Foi ele um dos primeiros especialistas a enxergar o enorme desafio que os países em desenvolvimento terão pela frente se não começarem a pensar e agir sobre o envelhecimento da população imediatamente. “Trata-se de encarar o que poderá se transformar em um problema como uma oportunidade de torná-lo um importante tema da política de desenvolvimento”, alerta.

Em 2050 o mundo terá 2 bilhões de idosos segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Mais de 80% deles estarão vivendo em países como o Brasil. Aqui a porcentagem de pessoas idosas irá de 9% a 18% em apenas 17 anos (2005 a 2022). Como adequar a sociedade a essa mudança demográfica brutal? “Começando a pensar e a planejar já”, responde Kalache. Sua percepção de que essa explosão se daria ocorreu em 1976, no período em que fazia mestrado em saúde social na Universidade de Londres. Posteriormente, ele seguiu para o doutorado na Universidade de Oxford, onde foi professor assistente.

Kalache é médico formado pela então Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro

(UFRJ). Durante 4 anos foi instrutor de clínica médica e nos meados dos anos 1970 partiu para a Europa, onde ficou 33 anos, os últimos 13 dirigindo o Programa Global de Envelhecimento e Saúde da OMS. Os dois filhos (um nascido no Rio e a filha na Inglaterra) e uma neta cresceram e ficaram em Londres. No mês passado, Kalache deu por terminado seu ciclo na OMS e agora trabalha como assessor para envelhecimento global da presidência da Academia de Medicina de Nova York. Tem a ambição de criar um Centro Internacional de Políticas para o Envelhecimento no Rio para continuar a pesquisar e sugerir melhorias na qualidade de vida dos idosos. No dia seguinte ao seu retorno ao Brasil, no amplo apartamento da mãe, Lourdes Kalache, no coração de Copacabana, bairro onde nasceu e foi criado, ele falou à *Pesquisa FAPESP*.

■ *O senhor voltou ao Brasil em definitivo para criar o Centro Internacional de Políticas para o Envelhecimento?*

— Não. Vou me dividir entre Nova York e Rio com a intenção de estabelecer aqui esse centro, muito voltado para o envelhecimento como um tema de desenvolvimento. Ou seja, como o Brasil e países semelhantes, que tiveram um envelhecimento rapidíssimo se comparado com o que foi experimentado nos países mais desenvolvidos, podem enfrentar os desafios decorrentes.

■ *O que isso tem a ver com o trabalho em Nova York?*

— O centro estará ligado à Academia de Medicina de Nova York e à Universidade de Londres. A idéia é formar um grupo de organizações não-governamentais, governamentais, acadêmicas e até de iniciativa privada para poder, debaixo desse guarda-chuva, criar um consórcio voltado para o estabelecimento de políticas pautadas no conceito de envelhecimento ativo, que criamos na OMS. Como, por exemplo, o movimento global das cidades amigas dos idosos. O Programa Cidade Amiga do Idoso foi a grande e última atividade que desenvolvi dentro da OMS. E quero dar continuidade a ele mesmo fora da OMS. Agora é a hora de executar. Por exemplo, a go-



vernadora do Rio Grande do Sul, Yeda Crusius, quer fazer de seu estado um estado amigo do idoso. Vou passar uma semana lá para discutir o desenvolvimento de políticas que busquem fazer do Rio Grande do Sul talvez um estado modelo. Para isso, uma força-tarefa envolvendo todas as secretarias de Estado já foi criada. Percorrerei todo o estado, discutirei com grupos acadêmicos, organizações não-governamentais e com o setor privado. E, principalmente, organizarei grupos com os idosos gaúchos para que eles nos contem quais as dificuldades, sugestões e expectativas. Será um processo de baixo para cima.

■ *De acordo com o Guia Global da Cidade Amiga do Idoso, da OMS, hoje há 35 cidades dentro do programa.*

— Sim, começamos com 35, mas esse número está crescendo – somente em janeiro várias cidades da Europa e do Japão se incorporaram ao programa. Agora, com o Rio Grande do Sul, o número vai crescer porque começaremos com 12 cidades gaúchas como piloto



para depois ampliar para todo o estado. E a idéia desde o início era mesmo essa. Para entender como fizemos esse projeto é preciso contar a história pelo começo. Na minha infância e adolescência, Copacabana era um bairro de jovens. Nasci na maternidade Arnaldo de Moraes, aqui perto, que hoje é virtualmente um hospital geriátrico, o São Lucas. Ou seja, ao longo do meu tempo de vida, 62 anos, Copacabana se transformou de um bairro com muita criança em um bairro de idosos. Hoje já não nascem mais crianças em Copacabana. A grávida daqui terá de dar à luz em Botafogo. Hoje Copacabana tem mais idosos, proporcionalmente, do que o Japão ou a Suécia. Quem são eles? Pessoas como minha mãe, de 89 anos. São os que vieram para cá quando Copacabana se urbanizou e se desenvolveu nos anos 1920, 1930. Mas explodiu nos anos 1940 e 1950. Todos queriam morar em Copacabana.

■ *E não saíram mais daqui.*

— Os filhos foram embora e os netos nem pensam em Copacabana – para eles o bairro é um corredor, eles “passam” por aqui. Ficaram os idosos. E ficaram porque aqui sempre existiu uma grande concentração de serviços. Quando meu pai morreu, minha mãe me perguntou, “Você acha que eu devo mudar daqui?”. Eu falei, “Pense bem antes de fazer essa mudança, porque aqui é onde você está familiarizada, ambientada, você tem tudo na porta, a farmácia, o táxi, os restaurantes, os bancos”. Além do mais, o velho ativo vai para o calçadão, se sociabiliza, é agradável. Mas, note: para cada idoso ativo do lado de fora, temos dois ou três com dificuldade de andar, com problemas de doenças não-preveníveis, muitas vezes mal gerenciadas, mal cuidadas porque os próprios médicos com frequência não têm uma formação adequada, embora existam cada vez mais geriatras trabalhando em Copacabana. De cada três habitantes, um tem mais de 60 anos, o que é muito alto. Higienópolis, em São Paulo, tem esse perfil. Há uma sigla para isso. São os NOEPs, ou seja, *naturally occurring elderly population*. São populações que por uma série de fatores, como essa de Copacabana, vão concentrando idosos de uma forma natural. Não é por política, mas por acidente.

■ *Daí a escolha de Copacabana ser a primeira cidade amiga do idoso?*

— Houve um Congresso Internacional de Gerontologia em junho de 2005, no Rio, e os organizadores me convidaram para fazer a conferência de abertura. Mas pediram uma idéia nova, para chamar a atenção da mídia. Foi aí que pensei em fazer um estudo piloto que é Copacabana Amiga do Idoso e lancei isso no congresso. Deu certo. Saiu no *Fantástico*, *Jornal Nacional*, *Globo Repórter* e nos jornais. Como falei para uma audiência internacional, depois disso as pessoas começaram a me perguntar, “Por que só Copacabana? Por que não Buenos Aires, Genebra, Xangai?” Eu respondia, “E por que não?”. Rapidamente recrutamos na OMS essas 35 cidades, que foram as que fizeram parte do estudo piloto. Fechei com 35 porque queria terminar o projeto antes de sair da OMS. E esse já era um número grande para trabalhar. Fechamos com Xangai, Tóquio, Moscou, Londres, Nova York, Melbourne, Genebra, Liverpool, Nova Délhi, Nairóbi, Istambul, Buenos Aires, Cidade do México, Rio...

■ *Os relatórios do estudo se constituíam em quê?*

— Fizemos primeiro uma pesquisa básica para ver quais são, de acordo com a literatura especializada, os elementos principais que fazem com que um ambiente possa ser mais amigo do idoso. Coisas como moradia, transporte, participação cívica, acesso a informação, acesso a serviços médicos, acesso a serviços sociais, engajamento na vida pública, questão de comunicação e de adaptação na vida da informática para uma população envelhecida. Pegamos estes oito temas e realizamos estudos qualitativos, de grupos focais e com idosos mais jovens, com idosos mais idosos, dos diversos níveis socioeconômicos, em grupos só de mulheres, só de homens, mistos, e depois com prestadores de serviços e com cuidadores do idoso. Depois fizemos outro estudo, usando a mesma metodologia, em torno dos oito temas, que foram aplicados nas 35 cidades. Quando os relatórios retornaram, juntamos todos para encontrar os denominadores comuns do que se pode fazer para um meio urbano se tornar mais amigo do idoso.



■ *Foi esse estudo que resultou no guia?*  
— Sim. O guia foi lançado em outubro do ano passado. Agora está se transformando num movimento internacional ainda maior.

■ *Mas isso, por enquanto, é uma tendência. O senhor já tem resultados visíveis desse movimento?*

— Em Nova York já. Estive lá na primeira semana de fevereiro e o prefeito Michael Bloomberg fez o State of the City – a prestação de contas anual – centrado no projeto Age Family in New York. Ele estabeleceu oito comitês, cada um deles voltado para um dos temas do *Guia da Cidade Amiga do Idoso*. Há o comitê *house*, sobre a questão de moradia, o de parques abertos, sobre a questão de acessibilidade aos parques, de como fazer com que sejam mais adequados para o idoso. No Central Park há pistas de patinação, de *skate*, pessoas correndo. Isso não é voltado para o idoso. O que foi mostrado no estudo das 35 cidades é que se deveriam criar vias específicas para quem deseja correr, andar de *skate* ou bicicleta. Assim o idoso também teria uma via segura para caminhar, sem medo de ser abalroado por quem está praticando esportes. Eles pedem banco a cada 200 metros para poder descansar. Em Nova York, no Central Park, não há ainda um número suficiente deles. Mas há mais do que, digamos, no Parque do Ibirapuera, em São Paulo, ou no Aterro do Flamengo, no Rio. Portanto, tudo é relativo e há que respeitar a percepção do idoso que vive naquela localidade específica. Por exemplo, a pesquisa mostrou que os idosos de Genebra acham que a cidade não está suficientemente limpa. Vá explicar isso para um visitante da periferia de uma de nossas cidades. No entanto, o que vale é como se sente o idoso local. O guia tem uma lista com itens que devem ser checados por quem é o responsável por políticas de segurança, de vias públicas, de espaços abertos, de transporte, de moradia etc. É um instrumento para o desenvolvimento de políticas para aquele setor específico e deve ser contextualizada para a realidade local. Por isso farei a peregrinação pelo Rio Grande do Sul.

■ *O senhor já sente alguma dessas melhorias em Copacabana?*



— Há duas coisas imediatas que foram feitas com base no estudo. A primeira foi a criação de um posto policial, 24 horas por dia, 7 dias por semana, dedicado ao idoso. É para resolver problemas de segurança, como as pequenas infrações em geral. A segunda iniciativa, também baseada no Copacabana Amiga do Idoso, será a inauguração em março de um posto de saúde, também aberto 24 horas por dia, 7 dias por semana, perto do metrô, numa área central.

■ *Essas reivindicações foram dos próprios idosos?*

— Também. Em Copacabana hoje se um idoso tem um problema de saúde urgente as pessoas não sabem o que fazer. Geralmente acaba sendo levado para algum pronto-socorro e, às vezes, quando chega lá leva uma bronca, porque PS é lugar para emergências. Queremos fazer agora um Centro de Saúde Amigo do Idoso, com base num outro estudo da OMS, que desenvolvi nos últimos 5 ou 6 anos. Normalmente nos centros de saúde não há um lugar adequado para o idoso esperar, às vezes nem onde sentar, mal tem banheiro. Não raro ele chega cedo, recebe uma senha e, depois de algumas horas, a recepcionista grita, sem o menor respeito, avisando que o atendimento já acabou.

Isso depois de 5, 6 horas de espera. Os letreiros são pouco visíveis, tudo é ruim. É como alguns aeroportos que não estamos familiarizados e não sabemos para onde ir. De repente, uma voz anuncia alguma coisa que você não ouve bem. A gente acaba se irritando. Mas o idoso, não. Ele se sente diminuído, humilhado, culpado de não estar conseguindo entender esse sistema. Nosso objetivo é tornar esse sistema mais amigo do idoso por um lado. Por outro, é preciso treinar o trabalhador de atenção primária, desde o médico de família até o enfermeiro e nutricionista, de um modo que eles ajam de modo mais adequado. Este é um grave problema da transição demográfica. Os trabalhadores da saúde continuam sabendo tudo sobre atenção infantil e muito pouco sobre usuários mais velhos.

■ *A aplicação do programa leva as diferenças sociais em conta?*

— Deste prédio onde estamos, em Copacabana, é possível ver a favela de Pavão-Pavãozinho muito perto da gente. Todos os contrastes e as contradições do Brasil estão presentes aqui no bairro. Em 150 metros em linha reta é possível ir ao coração da favela, onde há uma das grandes bocas de tráfico do Rio. O Rio está cercado de favelas e o estudo foi feito também com o morador favelado. Vale para todos.

■ *É fato que o idoso rico vive mais do que o idoso pobre mesmo quando este tem toda a assistência médica?*

— Esse é um bom tema para discussão hoje. Michael Marmot, da Universidade de Londres, é provavelmente o maior especialista em saúde pública atualmente. Ele deu uma grande contribuição ao tema ao medir cientificamente essa situação. Marmot demonstrou que se pegarmos um ônibus, daqueles vermelhos de Londres, e rodarmos de Kilburn, que é um bairro pobre, para Hamstead, que é um bairro de rico, a cada 200 metros se ganha 1 ano de vida.

■ *Quanto mais perto do bairro rico, maior a expectativa de vida?*

— É isso aí. Há uma diferença de 10 anos na esperança de vida. Isso mesmo depois de ajustarmos os dados para excesso de peso, dieta inadequada, consumo de fumo e álcool, tudo o que há de

ruim para a saúde, que são os fatores importantes para as doenças crônicas, majoritariamente as dos adultos. Ainda assim continuamos com uma diferença de esperança de vida maior para os ricos. Por que isso ocorre não se compreende muito bem ainda. Mas a suspeita é que tenha a ver com a auto-estima. É aí que entra a cidade amiga do idoso valorizando a cidadania e o auto-respeito. Não é apenas aos 65 anos que uma pessoa se dá conta das desigualdades que se dão ao longo da vida. É duro chegar à velhice. É quando percebemos que nosso tempo passou e a esperança de antes se transforma em desespero. É importante atuar nas sociedades que estão envelhecendo, de modo a poder oferecer alguma segurança de que estaremos amparados quando mais precisarmos de amparo — e não só para conhecer os fatores que indicam quem é que vai morrer mais cedo ou mais tarde. À medida que envelhecemos, nosso interesse é não somente somar mais anos de vida, mas sim mais vida aos anos. É como assegurarmos um mínimo de qualidade de vida a nossos últimos anos. Este é o grande desafio.



À medida que envelhecemos, nosso interesse é não somente somar mais anos de vida, mas sim mais vida aos anos

■ *É a isso que se refere o termo envelhecimento ativo?*

— A definição precisa de envelhecimento ativo é o processo de melhorar as oportunidades de saúde, participação, segurança, de forma a aumentar a qualidade de vida à medida que se envelhece. É um processo de otimização. As oportunidades estão sempre lá. Na sua idade, na minha, na de um jovem de 16 anos ou na de uma criança de 5 anos. Quanto mais cedo e com mais eficácia se aproveitar essas oportunidades, maiores serão os efeitos para a saúde. O segundo pilar do envelhecimento ativo é a participação. A saúde é a chave que lhe permite participar da vida da sociedade. Quer dizer, não é só a saúde pelo fato de estar saudável, mas para aproveitar, estar com energia, participar da vida da sua sociedade, pegar um ônibus quando for preciso, ter acesso a uma biblioteca, a um *show* ou ir à praia quando se tem vontade; estar inserido, e não ser excluído como ocorre tantas vezes com o incapacitado.

■ *A estimativa de um aumento da população idosa no mundo, de 11% em 2006 para 22% em 2050, era esperada?*

— Depende para quem você pergunta. Os demógrafos, em geral, se surpreenderam. As pessoas estão vivendo mais. Quando eu nasci, em 1945, em Copacabana existia uma maternidade porque tinha muita criança e uma esperança de vida de 43 anos. No meu tempo de vida, ganhamos 30 anos de esperança de vida. Alguns países da América Latina, que podemos comparar com o Brasil, ganharam muito mais. Chile, Costa Rica, Cuba, além dos uruguaios e dos argentinos, estão com uma esperança de vida ainda maior. A do Chile e da Costa Rica era pior do que o Brasil nos anos 1940. E hoje estão com níveis europeus, por volta de 78 anos de esperança de vida, acima da nossa, que é de 73,2 anos. Estamos vivendo mais, mas isso tem um preço. Temos de nos preparar. Se não, condenamos essas pessoas. Viver mais passa a ser um prêmio vazio. Sobreviver em péssimo estado de saúde, sem qualidade de vida, não dá. A discussão, quando eu era estudante de medicina, era sobre o *boom* demográfico. A taxa de fecundidade total da brasileira em 1975 era de 5,8 filhos. Quase seis filhos na média. Hoje está em dois.

■ *Inclusive nos estados mais pobres?*

— A queda da fecundidade ocorreu em paralelo. Quando a da classe média caiu, em paralelo caíram as faixas mais pobres, nas zonas rurais, nas zonas urbanas e semi-urbanas, no Nordeste, no Amazonas, no Rio Grande do Sul, tudo em paralelo. Estamos falando de 1975. É muito pouco tempo para essa queda. Claro, houve o impacto dos métodos contraceptivos, que não existiam antes. Mas o que contribuiu para essa tremenda baixa na fecundidade é o fato de o Brasil ser um país muito aberto a mudanças de comportamento. Percebi em 1975 que o envelhecimento da população ocorreria mais rápido no Brasil do que vinha acontecendo no resto do mundo. Todos me perguntavam no exterior como é que tinha essa certeza e eu dizia que o país estava se modernizando. A mesma novela que era assistida em Copacabana era vista na periferia do Rio ou na zona rural do Maranhão. No final dos anos 1970 passou o seriado *Malu Mulher*, sobre uma mulher divorciada e emancipada, de grande sucesso, que virou mãe solteira e superava as dificuldades. Aquela heroína da classe média da Zona Sul do Rio teve seus valores disseminados. Era natural pensar, “Se a Malu tem um filho só, por que é que eu vou ter 3? Ou 6, como a minha mãe, ou 18 como a minha avó?”. Esses elementos que mudam comportamentos são importantes, mas não eram enxergados naquela época. A França levou 115 anos para dobrar a proporção de idosos de 7% para 14%. O Brasil vai dobrar de 9% para 18% em 17 anos, de 2005 ao início da década de 2020. Agora, a grande diferença é que os franceses levaram mais de 1 século para ir se adaptando ao envelhecimento, como outros países ricos. Para a França envelhecer foi necessário que a francesa do final do século XIX alcançasse um nível de educação mais alto, para poder fazer uso dos métodos rudimentares de controle da natalidade. Era difícil. Mas, pouco a pouco, de geração em geração, elas conseguiram controlar o número de crianças e aumentar a esperança de vida e, em 115 anos, dobrou a proporção de idosos. No Brasil isso tudo foi comprimido em uma geração.

■ *Como vencer esse desafio?*

— Para nós, profissionais e pesquisadores da saúde, para os responsáveis pelo

desenvolvimento urbano, planejamento, seguro social, comunicação, informática, é se adaptar ao mundo que envelhece muito rápido. Em 2050 teremos mais de 85% dos 2 bilhões de idosos em países como o Brasil.

■ *Mais de 80%?*

— Por volta de 85%. É 1,7 bilhão de pessoas. E estarão em países em desenvolvimento. A grande diferença da França é que primeiro eles enriqueceram e depois envelheceram.

■ *O Brasil tem quantos idosos hoje?*

— Em torno de 18 milhões. E vamos para 33 milhões em 2022. Não dá para esperar até chegar a 20% da população de idosos. Teremos de adaptar e desenvolver as políticas já. Inclusive discutir seriamente e sem medo a questão da Previdência Social e a idade da aposentadoria, que precisa ser revista.

■ *A definição de idoso é de 60 ou mais. Ela não está superada quando vemos pessoas na faixa dos 60 anos ainda muito dispostas física e mentalmente?*

— Essa é uma definição antiga da Organização das Nações Unidas. Os países mais pobres não querem que seja atualizada. Alguém que tenha sido um trabalhador braçal, carregado peso acima da sua capacidade, mal alimentado, com uma infância subnutrida e infecções repetidas, além de trabalhar 12 horas por dia, não vai chegar aos 60 anos, muito menos aos 75, tão bem disposto quanto um nova-iorquino.

■ *Isso comprovaria que o peso do ambiente é maior do que o da genética?*

— Só de 20% a 25% da velhice bem-sucedida se deve a fatores hereditários ou genéticos. O que determina realmente o sucesso na velhice são o ambiente e o estilo de vida. Não só o estilo de vida como praticar esporte ou ter boa dieta. Há três outros fatores de personalidade que são muito importantes. São eles: otimismo, auto-eficácia e auto-estima. Ser otimista por natureza é importante. Ter auto-eficácia também, ou seja, essas são aquelas pessoas que conseguem comandar bem os próprios recursos – pode-se ter poucos, mas deve-se usar com eficácia aquilo que se tem, inclusive a saúde. E uma boa auto-estima, se querer bem. De alguma for-



Não há nada provado, que tenha sido demonstrado, com base empírica e em evidências, que evite o envelhecimento. Nada que tenha convencido pesquisadores sérios

ma esses três fatores refletem no futuro e talvez sejam a chave para entender os determinantes sociais de saúde. Se alguém foi sempre maltratado pela sociedade, essa pessoa não terá auto-eficácia e muito menos auto-estima. Ser otimista nessa situação é duro. E isso acaba por influir não só no número de anos que se vai viver, mas também na forma e na qualidade de vida que se terá.

■ *O que existe hoje de procedimentos anti-envelhecimento na área médica?*

— Durante os 13 anos em que dirigi o programa da OMS cada vez que chegava e-mail com o assunto *anti-ageing* ou anti-envelhecimento, eu nem abria. Se viesse por carta, para o lixo.

■ *Por quê?*

— Não há nada provado, nada que tenha sido demonstrado, com base empírica e em dados e evidências, que evite o envelhecimento. Nada que tenha convencido a mim ou pesquisadores sérios, que respeito. Na verdade, é uma contradição de termos... Anti-envelhecimento? Só existe uma alternativa a ele e eu com certeza prefiro envelhecer se a única es-

colha for morrer cedo. Coisas como esses tratamentos ortomoleculares, por exemplo. Dá muito lucro para quem vende essa ilusão e muita esperança para aqueles que acreditam. É muito mais fácil acreditar numa pílula mágica que se toma pela manhã do que caminhar uma hora todos os dias.

■ *Como vê o recente estudo internacional que mostrou que se as pessoas chegam aos 70 anos em boa forma física em média são tão felizes e saudáveis em termos mentais quanto alguém de 20 anos?*

— Não é de estranhar, porque o idoso que chega bem aos 70 anos normalmente tem boa alimentação e aproveita seus recursos da forma mais eficaz, ganha a tal da auto-eficácia. Mas há muitos outros que não a têm.

■ *Por que tanto empenho em trabalhar com idosos? Isso não é uma tarefa para jovens?*

— Eu tive velhos fantásticos na minha família. A parte do meu pai é sírio-libanês, com aqueles valores intensos. A parte de mãe é italiano-portuguesa, bem mediterrânea. Quando era criança, não tinha televisão. Os idosos da família eram velhos apaixonados, que guardavam e contavam histórias, que vinham do Líbano, da Grécia, da Itália, em primeira mão, do povo. E eu ficava fascinado, gostava de estar entre eles. E fui muito mimado por eles. Só tive carinho, não recebi nada de mau.

■ *Sempre pensou em ser pesquisador?*

— Sempre quis fazer saúde pública, sem estar necessariamente em hospital ou consultório. Foi muito interessante quando cheguei em Londres e vi aquela sociedade cheia de velhos, coisa que ainda não existia aqui, nem em Copacabana quanto mais no Brasil. Pensei, “Que incrível, deve ser ótimo envelhecer aqui, tem tantos serviços disponíveis”. Dois meses me peguei pensando, “Deve ser péssimo envelhecer aqui, não tem vida familiar como eu tive com aqueles velhos todos integrados, aqui tanta gente está isolada, deprimida...” ■

> É possível baixar o *Guia Global da Cidade Amiga do Idoso* no endereço [www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)