

Sexualidade e AIDS na Terceira Idade

Sexuality and AIDS in the Third Age

Suzana Carielo da Fonseca
Alessandra Thomazini
Alexandre Rosafa Gavioli
Fabiana J. Mariza Martos
Ilvana Severo Alves
Juliana Rocha Barroso
Roberto Galassi Amaral
Silvana Baroni Goulart

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo encaminhar uma reflexão que envolve a articulação entre velhice e sexualidade. Esse tema foi motivado pela constatação, através de dados epidemiológicos, de que o Brasil assiste, atualmente, a um crescente aumento de novos casos de AIDS no grupo etário com idade superior a 60 anos. Se, de um lado, esse dado serve para desconstruir o imaginário (estigmatizado) de que “velho não faz sexo”, de outro, ele indica que é preciso problematizar as razões que respondem por esse estado de coisas. Por isso, procurou-se abordar “sexualidade”, “terceira idade” e “HIV/AIDS” como conceitos para, então, explorar de que modo sua associação permite ler a realidade antes referida. Ao final, há uma discussão sobre como, no Brasil, o Estado e as organizações não governamentais estão enfrentando o problema da saúde do idoso para, mais especificamente, deixar ver o sistema de proteção social disponível para o enfrentamento da AIDS neste segmento populacional.

Palavras-chave: Terceira Idade; AIDS; Sexualidade; Gestão social da velhice; Envelhecimento Populacional; Velhice.

ABSTRACT: This paper aims to send a reflection that involves the relationship between age and sexuality. This theme was motivated by the realization, through epidemiological data, that Brazil assists, currently, an increasing number of new AIDS cases in the
This theme was motivated by the realization, through epidemiological data, that Brazil assists, currently, an increasing number of new AIDS cases in the age group older than 60 years. If, on the one hand, this data serves to deconstruct the imagery (stigmatized) that "old does not have sex" on the other, it indicates that we must question the reasons that account for this state of affairs. Therefore, we sought to address "sexuality", "third age" and "HIV / AIDS" as concepts to then explore how their association allows you to read the reality referred to above. Finally, there is a discussion about how, in Brazil, the state and non-governmental organizations are facing the problem of health care for the elderly, more specifically, let see the social protection system available for coping with AIDS in this population segment.

Keywords: *Third Age; AIDS; Sexuality.*

Introdução

O envelhecimento populacional é fato cujas proporções têm instigado pesquisadores e gestores sociais na maioria das sociedades contemporâneas. De modos diferentes, as especificidades da velhice (uma condição que enlaça, de modo complexo, as dimensões biológica, subjetiva e social humanas) e as demandas que lhe são pertinentes têm-se configurado como questões atuais e relevantes não só no campo das ciências (Medicina, Psicologia, Ciências Sociais, Antropologia, Biologia e, mais recentemente, Gerontologia), como também no âmbito do Estado (na esfera das políticas públicas).

Os dados da última Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD/IBGE, 2009) revelaram que, em 2008, já havia 21 milhões de brasileiros com mais de 60 anos: um contingente populacional idoso bem maior do que aquele de países desenvolvidos¹.

¹ Há projeção, por exemplo, de que França, Inglaterra e Itália contem, em 2010, com uma população de 14 a 16 milhões de idosos.

Também que o índice de crescimento dessa faixa etária, nos últimos 10 anos, cresceu e passou de 8,8% a 11,1% do total da população. Se voltarmos nossa atenção, ainda, para o segmento etário acima dos 80 anos, embora ele representasse, em 2008, 1,5% do total populacional, seu crescimento, no mesmo período, atingiu 75%. Vale lembrar que até pouco tempo atrás nosso país era referido como jovem e pobre. A pobreza e a desigualdade social não foram superadas, mas os dados antes mencionados, e projeções feitas pelo IBGE, dão conta de que, em ritmo muito acelerado, estamos nos transformando numa nação “supervelha”. Em 1940, a vida média do brasileiro era de 45,5 anos. Em 2008, passou a ser de 72,86 anos e estima-se que, em 2050, seja de 81,9 anos.

No Brasil, em função da transição demográfica² em curso, é preciso empreender um esforço de abordagem conjunta para que se possam viabilizar ações que estejam em consonância com as necessidades particulares desse segmento etário. Informações preliminares do último censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, indicam que:

a população brasileira passa por um processo de envelhecimento que deverá durar 30 anos, levando à expectativa de que o país deixe de ser majoritariamente jovem, como hoje, e se torne um país maduro em 2040³.

A velocidade de ocorrência dessa transformação tem servido de alerta para o reconhecimento da necessidade de que, sem um planejamento estratégico para enfrentar os desafios impostos pela nova estrutura etária emergente, o que, de fato, é uma conquista (a longevidade) pode se tornar um grande problema (Chaimowics, 1997): tanto do ponto de vista subjetivo, quanto do ponto de vista social. Afinal, o desafio de “viver mais” se desdobra e se articula intrinsecamente com a demanda de “viver bem”. Cabe indagar, portanto, de que modo a sociedade tem-se mobilizado, procurado soluções promotoras

² Os últimos censos demográficos mostraram que o país está, muito rapidamente, caminhando para um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. Na base deste dado encontra-se a crescente queda das taxas de natalidade e mortalidade.

³ *In*: UOL Economia (consultado em 09/11/2010). Ver, também, site da Organização Mundial de Saúde, WHO (World Health Organization) <http://www.who.int/em>.

dessa articulação e, conseqüentemente, enfrentado os impasses impostos à sua concretização.

Neste trabalho, essa discussão é realizada pela via de uma reflexão que envolve a articulação entre sexualidade na terceira idade e a incidência da AIDS nesse segmento populacional. Antes que nos aprofundemos teoricamente nos conceitos que cada um desses termos-chave (sexualidade, terceira idade e AIDS) coloca em cena, gostaríamos de enfatizar o fato de que a ocorrência desse quadro patológico entre idosos é problema cujo enfrentamento demanda ações específicas (preventivas e/ou terapêuticas).

Contextualização do problema

Dados epidemiológicos têm revelado que, se no início, a AIDS era uma infecção que dizia respeito a grupos de risco (toxicômanos, homossexuais e profissionais do sexo, principalmente), com o passar do tempo, ganhou amplitude sua incidência entre heterossexuais não inseridos nesses grupos. Nessa última perspectiva, chama a atenção, também, que nos primeiros tempos, o grupo etário mais atingido pela doença era aquele entre 15 e 49 anos.

Nos últimos anos, porém, verifica-se um aumento crescente de novos casos no segmento populacional com idade superior a 60 anos⁴ (UNAIDS/BRASIL, 2008; Lazzarotto, Kramer, Hädrich, Tonin, Caputo & Sprinz, 2008). Dois fatores contribuíram para a configuração dessa realidade: (1) o incremento da notificação de transmissão do HIV após os 60 anos e (2) o envelhecimento de pessoas infectadas pelo vírus HIV (Gomes & Silva, 2008). Na tabela abaixo⁵, pode-se visualizar melhor esse aumento crescente:

⁴ Idade a partir da qual a pessoa, nos países em desenvolvimento, é classificada como idosa pela Organização Mundial da Saúde, e ingressa no período chamado de “terceira idade”.

⁵ A tabela foi retirada de Gomes e Silva (2008).

TABELA 1Casos de AIDS, segundo faixa etária, por sexo e ano de diagnóstico
Brasil, 1980-2007

Faixa etária (anos) masculino	1980-1995	1996-2000	2001-2007	1980-2007
50-59	4.217	5.532	11.809	21.558
≥60	1.519	1.925	3.964	7.408
Total (0 a > 60)	87.026	91.850	135.418	314.294
Faixa etária (anos) feminino	1980-1995	1996-2000	2001-2007	1980-2007
50-59	1.012	2.527	7.134	10.673
≥60	372	903	2.427	3.702
Total (0 a > 60)	22.626	47.086	90.261	159.973

- FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL, até 30/06/2007 e no SIM, de 2000 a 2006 (Brasil, 2007).

Vale dizer ainda que, com a constatação da ampliação da longevidade humana no mundo inteiro, a indústria farmacêutica vislumbrou a abertura de um novo mercado – com demandas novas e próprias - e passou a trabalhar na criação de medicamentos que contribuíssem, inclusive, para prolongar a vida sexual ativa humana. Ao proporcionar isso, estimulou e promoveu o desenvolvimento de outros setores econômicos relacionados à cadeia mercadológica do sexo. Pesquisadores como Gomes e Silva (2008) têm chamado a atenção para o fato de que o uso de estimulantes para ereção tem possibilitado aos idosos o retorno às atividades sexuais, acrescentando qualidade à vida desses brasileiros.

Segundo os autores acima mencionados, cada vez mais idosos desenvolvem suas atividades sexuais de forma efetiva, contínua e, até mesmo, poligâmica. Soma-se a isso o

aumento do número de canais de comunicação virtual que favorecem o encontro entre eles. Além disso, assistimos, do ponto de vista jurídico, a mudanças no que diz respeito às uniões homoafetivas, à união estável e, até mesmo, à assunção de família paralela (outrora pejorativamente denominada “concubinato”) que, implícita ou explicitamente, formam um conjunto de fatores que catalizam o aumento do universo de conjunções carnais de risco, especialmente na faixa etária antes considerada inativa e, portanto, fora da cadeia sexual (Rodrigues Jr. & Castilhos, 2004).

Se, de um lado, o aumento da incidência do vírus HIV na terceira idade nos faz constatar a quebra de mitos arraigados, tais como “idosos não fazem sexo”; de outro lado, a sua deflagração nos coloca diante de particularidades, impostas pela idade, que não podem ser marginalizadas: quando comparada com sua incidência em jovens, a evolução clínica da doença tende a ser muito mais rápida; há um desenvolvimento precoce e aumento no número de infecções e/ou neoplasias oportunistas, muitas vezes relacionadas com o declínio fisiológico normal e/ou coexistência de doenças relacionadas à idade. A imunossenescência⁶ pode comprometer, também, a eficácia da terapêutica.

Tais considerações indicam a urgência da implementação de medidas efetivas para evitar a tendência crescente de infecção pelo vírus HIV entre a população idosa. O governo brasileiro reconheceu essa urgência e, em 2009, veiculou campanhas educativas relacionadas ao tema (“*Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não*”; “*Clube da Mulher Madura*” e “*Clube dos Enta*”).

Entendemos, entretanto, que é preciso promover uma grande mudança no conjunto de representações culturais que envolvem a relação entre sexo e idade ou, mais especificamente, sexo na terceira idade.

Essa tarefa envolve esforços que devem ser empreendidos, não apenas pelo Estado, mas pelo conjunto da sociedade brasileira, incluindo aí as organizações não governamentais e, também, as empresas privadas.

⁶Disfunções do sistema imunitário relacionadas com a idade que contribuem para uma maior incidência de doenças infecciosas ou mesmo crônico-degenerativas, tais como hipertensão, reumatismo, aterosclerose (*Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 11(2)*. Rio de Janeiro, 2008).

Discussão teórica

“Terceira Idade”: a velhice ressignificada

Segundo Laslett (1987), o uso da expressão “terceira idade” está intrinsecamente vinculado à implantação das *Universités du Troisième*, na França, na década de 70. Embora tenha se constituído uma categoria sócio-etária, ela não estava (e ainda hoje não está) propriamente atrelada a uma demarcação cronológica precisa, mas, sim, a um processo crescente de socialização da gestão da velhice pelo Estado e/ou por organizações privadas (Debert, 1996). Isso porque na base do seu aparecimento encontra-se a universalização do direito à aposentadoria: garantia de “inatividade remunerada” (idem) na idade avançada. O empoderamento econômico desse segmento populacional - antes, à margem do funcionamento econômico-social - propiciou uma mudança cultural importante: a possibilidade (real e efetiva) da dedicação do tempo livre à realização de satisfações pessoais pela via do lazer. Nessa medida, a expressão “terceira idade” tornou-se referência a essa “nova” condição de vida social na velhice. Não sem razão, Laslett (1987) assinala que, historicamente, a emergência da “terceira idade” dependeu fundamentalmente da existência de uma “comunidade de aposentados”.

Esses “novos” velhos - via de regra, oriundos da classe média francesa - não só se tornaram independentes financeiramente, como também demonstravam dispor de boa saúde. Tal constatação não passou despercebida, seja de pesquisadores (das mais diferentes áreas da ciência) interessados em discutir “formas de bem-estar que acompanham a velhice”, seja dos mercados de consumo (Debert, 1996). Programas para atender as demandas desse novo contingente populacional foram idealizados (em âmbito público e privado), tomando como ponto de apoio a desconstrução de discursos veiculadores de estereótipos negativos relacionados à velhice (perda, doença, declínio, degeneração). Uma nova imagem foi conferida ao processo de envelhecimento, a partir do estabelecimento de “relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos” (idem: 14).

Segundo Debert, a mídia teve (e, nós diríamos, tem tido) um importante papel na disseminação dessa imagem positiva do envelhecimento associada ao conceito de “terceira idade”:

a publicidade, os manuais de auto ajuda e as receitas dos especialistas em saúde estão empenhados em mostrar que as imperfeições do corpo não são naturais nem imutáveis, e que, com esforço e trabalho corporal disciplinado, pode-se conquistar a aparência desejada. (idem: 20).

Nessa afirmação, a autora toca num ponto fundamental que, na circulação social da expressão “terceira idade”, encontra-se articulado à noção de bem-estar, qual seja: boa aparência. A prescrição de dietas, exercícios e outros cuidados com o corpo passa, então, a fazer parte do discurso sobre qualidade de vida e bem-estar na velhice:

nesse novo ideário, a subjugação do corpo através das rotinas de manutenção corporal é a precondição para a conquista de uma aparência mais aceitável, para a liberação da capacidade expressiva do corpo. (idem: 21).

Note-se que as novas formas de gestão da velhice contribuem para reelaborar as concepções de corpo e saúde, encorajando idosos a adotar estratégias “saudáveis” para favorecer a vida com qualidade. Se, como dissemos, a mídia é um instrumento favorecedor dessa nova imagem da velhice, ela é também responsável pelo interesse crescente da sociedade pelas tecnologias de rejuvenescimento, incrementando o seu consumo. Há um paradoxo aí já que, vista desse ponto de vista, a “terceira idade” constituiria a própria negação do envelhecimento como algo natural. Na verdade, a ideia de rejuvenescimento contém em si a negação da velhice e não a assunção de que ela é uma etapa da vida que difere da juventude.

A novidade contida no uso da expressão “terceira idade” (uma imagem mais positiva do envelhecimento), ao contrário, nos convida a considerar que viver é um processo marcado por “uma experiência heterogênea em que a doença física e o declínio mental [...] são redefinidos como condições gerais que afetam as pessoas em qualquer idade” (p.66). Diversidade e diferença deveriam ser, portanto, significados que emergem deste uso e não, propriamente, a de que ele possa ser lido como uma promessa de eterna juventude.

- Sobre sexualidade, sexo e processo de envelhecimento

Sexualidade e sexo são significantes que, embora relacionados entre si, não têm significados idênticos. Como assinala Negreiros (2004: 77), “sexo” é termo derivado do latim *secare*, que significa seccionar, partir. Isso coloca em cena a relação entre o masculino, o feminino e o andrógino⁷ e, conseqüentemente, a procura de complemento que essa divisão por sexo⁸ pode suscitar. Como se vê, de um lado está a união carnal e a sensação prazerosa que ela pode produzir e, de outro, o desejo de unidade que caracteriza a busca do prazer sexual: “busca esta que configura a sexualidade, em seu sentido lato”. A esse desejo, afirma a autora, dá-se o nome de amor. Segundo ela, desse ponto de vista, o “fazer amor” deve ser entendido como um modo de fazer referência ao ato sexual genital. Considerações que nos levam, portanto, à conclusão de que sexo e sexualidade, de fato, se imbricam, mas não se confundem.

Se, como já discutimos no item anterior, uma nova imagem foi investida na velhice pela introdução da expressão “terceira idade”, talvez valha a pena, agora, colocar em destaque de que modo, ao longo desses anos de sua circulação social, se processaram (ou não) mudanças no que diz respeito à relação entre o avançar da idade e a manutenção do desejo e da atividade sexual. Quando levamos em conta os papéis sociais vinculados às noções de masculino e feminino, a geração que atualmente conta com mais de 60 anos de idade é contemporânea de uma transformação bastante profunda (absorvida ou não por cada um dos sujeitos que a compõe), qual seja: a de um modelo tradicional, no qual se colocava uma fronteira nítida entre a esfera pública (masculina) e a privada (feminina) e a subversão gradativa, mas constante, dessa assimetria radical (Negreiros, 2004). Essa subversão foi operada, inclusive, no que diz respeito à sexualidade na idade avançada.

A introdução da pílula anticoncepcional e de medicamentos para estimular a função erétil masculina são dois exemplos de marcos importantes (em diferentes épocas e contextos) de um movimento de liberação sexual que, segundo Negreiros, atingiu parte da

⁷ Diz-se de ser vivo que tem órgãos reprodutores masculinos e femininos simultaneamente; hermafrodita.

⁸ Negreiros também atenta para o fato de que não se deve confundir sexo com gênero. Isso porque “as diferenças entre sexos são estabelecidas pelo físico (anteriormente até pela metafísica), as diferenças de gênero são explicadas e entendidas como socialmente construídas” (p. 78).

população feminina que hoje está na terceira idade e o segmento populacional idoso masculino. Outro fator a ser levado em conta é o incremento, com as tecnologias digitais, de oportunidades de intimidade sexual entre parceiros de mesma geração e também de gerações diferentes. Não se deve, entretanto, deixar de considerar, por exemplo, que:

as idosas de hoje foram educadas num código de sexualidade ainda muito rígido [...]. Submeteram-se a padrões de sexualidade claros ou implícitos quanto à regulamentação das relações sexuais indesejáveis – entre camadas sociais, raças ou faixas etárias diferentes. Nestas últimas, só era admitido o contato do homem mais velho com mulher mais jovem – esta era a “teúda e manteúda” e muitas vezes tolerada pela esposa que já havia perdido o interesse sexual (ou nunca o tivera, seja pela estimulação inadequada do marido, seja por sua própria repressão sexual), além de pressentir que a outra, embora bela e atraente, seria um objeto facilmente descartável quando a paixão do marido declinasse... (2004: 81).

Tal consideração nos obriga a indagar se as mudanças nos padrões de sexualidade foram, de fato, profundas. Segundo a pesquisadora, nem tanto assim. Contudo, é preciso levar em conta também que as idosas estão, atualmente,

assumindo papéis não esperados nem pela literatura, nem pelas políticas públicas. Em muitos casos, seus benefícios sociais (aposentadoria, pensão de viúva), constituem-se na única fonte de renda do orçamento familiar [...]. Passam de dependentes a provedoras, o que pode lhes conferir mais confiança em todos as dimensões da vida. Tanto que já se verifica um significativo movimento das mais velhas, nesta geração atual – viagens, lazer, programas culturais, participação política nas comunidades e vizinhanças, universidades de terceira idade e outras atividades na direção do espaço doméstico para o espaço público. (2004: 83).

Como se vê, está em curso, na sociedade atual (inclusive a brasileira) uma transformação cultural importante que confere às mulheres uma posição menos passiva em relação ao seu parceiro: o que vale, também, para desmistificar sua imagem no que

concerne o exercício da atividade sexual. Em 1976, Butler e Lewis já atentavam para o fato de que:

mulheres gozando de boa saúde e que tinham orgasmo quando mais jovens, podem continuar a tê-lo até uma idade bem avançada, mesmo depois dos oitenta anos. Na verdade, algumas mulheres começam a ter orgasmos à medida que se tornam mais maduras. (1976: 22).

Se a questão do prazer ligado ao sexo é tabu que, aos poucos, vai sendo enfrentada pelas mulheres (também as de idade avançada), para os homens, ela se configura pela via da associação entre masculinidade e capacidade de manter um certo número (idealizado) de ereções e ejaculações. Os autores antes referidos assinalam que:

os homens com mais idade não devem cair no frequente ardil de medir sua masculinidade pela frequência com que mantêm relacionamentos sexuais com ejaculações [...] é proveitoso que os homens e mulheres questionem a ideia de que uma ejaculação é algo obrigatório em todo contato sexual e que cada homem determine seu próprio programa de ejaculações. (1976: 28).

Note-se que Butler e Lewis indicam que, o exercício da sexualidade ultrapassa a ideia de que o ato sexual esteja restringido pela conjugação carnal genital. Para eles, a sexualidade é “reação física e emocional ao estímulo sexual [que] está além do impulso e do ato sexual” (1976: 17). Nessa perspectiva, deve-se admitir que no ato sexual estão articuladas, de maneira complexa, as dimensões biológica, psicológica e social. Os pesquisadores lembram, por exemplo, que a impotência masculina pode estar relacionada, dependendo do caso, com dificuldades de natureza física e/ou psicológica e, muitas vezes, são tratáveis. Conclui-se, assim, que “nem idade, nem a maioria das enfermidades, automaticamente implicam o fim do sexo” (1976: 30).

A reflexão encaminhada até o momento nos permite considerar que: (a) idade não é fator que obstaculiza a satisfação sexual; (b) há caminhos diversos e singulares para a expressão satisfatória do desejo sexual, o que amplia a gama do que se denomina “ato

sexual”; (c) que o “fim do sexo” está mais relacionado com a impossibilidade de parceiros encontrarem esses caminhos de satisfação do que, propriamente, com a idade de cada um deles. Desse modo, talvez se deva considerar, como fazem Butler e Lewis, que “pessoas de mais idade que gostam de sexo devem ser encorajadas e apoiadas, assim como receber as informações necessárias e um tratamento adequado se surgir algum problema” (1976: 17).

- HIV/AIDS: na contramão do viver mais e com qualidade

Resta, ainda, examinar de uma maneira mais detalhada, de que modo se articulam sexualidade na terceira idade e a “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” (popularmente, AIDS), ou seja, o que tem levado ao aumento da incidência do vírus HIV nesse segmento populacional. Deve-se partir da consideração de que é no contexto do crescimento da população idosa no Brasil que emerge a discussão sobre a contração da AIDS em idosos. A preocupação com a tendência de ampliação de contaminação nessa faixa etária é o foco do debate, que leva em conta fatores, tais como: vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde, além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual, seja pelo uso de drogas ilícitas. Não se pode perder de vista, também, que:

há poucos anos atrás, envelhecer acarretava, na maioria dos casos, em uma diminuição da velocidade do pensamento e articulação motora, acompanhado de doenças típicas e comuns a essa parcela da população, como no caso das diabetes, hipertensão arterial, etc. Recentemente, conforme relatório da UNAIDS (2002), uma das patologias que vem se apresentando, de forma cada vez mais frequente nessa população, é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou, popularmente, AIDS. Sobretudo no sexo feminino, que apresenta índices de infecção até 40% superior aos verificados no sexo masculino (Wendt)⁹

⁹ AIDS e envelhecimento: repercussões na Saúde Pública. Recuperado em: 20 de maio, 2011, de: <http://www.sissaude.com.br/sissaude/userfiles/AIDS%20e%20envelhecimento.pdf>.

Cabe, entretanto, colocar em relevo um alerta feito por Berer (1997): o de que o HIV não reconhece sexo, raça, classe social ou fronteiras. Devido a sua forma de transmissão, todos nós somos potencialmente vulneráveis se levarmos em conta a abrangência mundial dessa epidemia. Acrescente-se a isso o fato de que o HIV é vírus sexualmente transmissível que, ao afetar o corpo, pode demorar alguns (ou muitos!) anos, antes de causar danos sérios à saúde e, finalmente, tornar-se fatal. Mann, Tarantola e Netter (1993) também não nos deixam esquecer que a epidemia do HIV/AIDS é um fenômeno global, altamente dinâmico e instável, cujos maiores impactos dependem exclusivamente do comportamento humano individual e coletivo. O longo intervalo de tempo entre a infecção e o aparecimento das doenças relacionadas, quando associado à expansão global da epidemia, indica a necessidade de se considerar que a carga das doenças provocadas pelo HIV é cumulativa e se desenvolve rapidamente.

Sabe-se que, no mundo, o HIV se dissemina através de algumas rotas de transmissão básicas e estritamente circunscritas – sexo, sangue e da mãe para o feto recém-nascido. Berer (1997: 28) previa que muito proximoamente 90% das novas contaminações iriam resultar de relações sexuais sem proteção. Ele alertava para o fato de que tanto homens quanto mulheres (heterossexuais, bissexuais e homossexuais) corriam risco de contaminação e afirmava: “a prevenção da transmissão sexual do HIV é a chave para a solução da epidemia da AIDS”.

Suas previsões tinham razão de ser: no início de 1992, havia 12,9 milhões de pessoas contaminadas no mundo inteiro. Em 2009, de acordo com a UNAIDS (2010), o panorama era o seguinte:

- 2,6 milhões de novas infecções pelo HIV;
- 1,8 milhões de óbitos relacionados à AIDS;
- aproximadamente 33,3 milhões de pessoas vivendo com HIV;
- em torno de 370.000 crianças que, ao nascer, já apresentavam o HIV;
- na faixa de 0 a 17 anos, 16,6 milhões de crianças perderam seus pais devido ao HIV;
- desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas infectadas e quase 30 milhões de mortes cujas causas estavam relacionadas ao HIV.

Como se vê, os números são alarmantes. Entretanto, Bolduk e Chequer (2008) assinalam que:

as últimas décadas de luta contra o HIV confirmaram que é possível combater a epidemia, desde que haja um compromisso governamental multisetorial, aliado a associações estruturadas com os parceiros da cooperação internacional e com a sociedade civil organizada, que inclui o setor privado e pessoas vivendo com HIV. Aprendemos também que, na ausência de tal compromisso, o HIV pode ter um efeito devastador sobre as vidas humanas, limitando as oportunidades das pessoas, gerando pobreza e causando retrocessos na agenda do Desenvolvimento Humano (Apresentação, UNAIDS, 2008)

Nessa mesma linha argumentativa, Mann, Tarantola e Netter (1993) atentaram para o fato de que a prevenção do HIV é totalmente possível, mas apenas se houver três elementos importantes: informação, serviços de saúde e sociais e um ambiente social apropriado. Tais considerações são de fundamental importância, principalmente quando o que está em causa é o segmento populacional idoso. Isso porque, segundo Gomes e Silva (2008), as populações idosas carecem de informações relativas à AIDS, demonstram enorme preconceito quanto ao uso de preservativos e são vítimas da quase ausência de ações preventivas voltadas para o grupo de que fazem parte. O resultado disso se faz ver, de maneira surpreendente, na investigação realizada por Lazzarotto *et al.* (2008: 1833). Com o foco da investigação voltado para o conhecimento do HIV/AIDS sustentado por 510 idosos brasileiros, habitantes da região do Vale dos Sinos, no Rio Grande do Sul, os pesquisadores concluíram que:

49,4% desconheciam a fase assintomática da infecção pelo HIV e 41,4% acreditavam que a AIDS poderia ser transmitida pelo mosquito. No âmbito dos domínios “prevenção” e “vulnerabilidade”, 25,5% não sabiam da existência da camisinha feminina e 36,9% consideravam a AIDS uma síndrome somente de homens que fazem sexo com homens, profissionais

do sexo e usuários de drogas. Quanto ao “tratamento”, 12,2% ignoravam a sua existência.

Diante de tais resultados, os autores assinalaram a necessidade de implementação de programas de saúde voltados especificamente para essa faixa etária e que contemplassem a lacuna de conhecimento que o estudo científico desvelou. Levando isso em conta é que, no próximo item, procuramos identificar qual é a legislação que protege o segmento etário idoso no Brasil e as políticas públicas que têm favorecido o combate à AIDS nesse grupo populacional.

A velhice no âmbito das políticas públicas e a mobilização do terceiro setor: sobre saúde e qualidade de vida

O idoso e a legislação brasileira

O envelhecimento populacional brasileiro trouxe consigo, segundo Ferraz (2010), além da adequação das políticas já existentes, a necessidade de implantação de outras que estivessem mais próximas das necessidades e demandas suscitadas por esse segmento etário. De acordo com a autora, a primeira iniciativa no sentido de protegê-lo, em âmbito governamental, foi a promulgação da Lei Federal nº 6179, de 11 de setembro de 1974, através da qual se instituiu a “Renda Mensal Vitalícia”, benefício previdenciário que contemplava com 50% do salário mínimo, aqueles cidadãos maiores de 70 anos que, comprovadamente, não tivessem nenhuma fonte de renda.

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, constituiu outro marco importante para a garantia de direitos aos idosos no Brasil. Basta dizer que o texto constitucional proibia, por exemplo, a discriminação por idade. Ferraz (2010) chama a atenção para o fato de que essa “Constituição Cidadã” (nome que a referiu) desencadeou, a *posteriori*, um processo de construção democrática de políticas sociais. Isso significa dizer que ela abriu a possibilidade para a participação da sociedade civil (e uma consequente ampliação da esfera pública) na concretização dos direitos assegurados juridicamente.

Nessa perspectiva é que foi criada, em 1994, a “Política Nacional do Idoso” (Lei n.º 8842/94) que previa a criação dos “Conselhos de Idosos”, em âmbito nacional, estadual e municipal. Tais conselhos “são considerados espaços políticos, democráticos e deliberativos [que] buscam a participação e articulação entre governo e sociedade, visando beneficiar a coletividade” (Ferraz, 2010: 26).

Interessa para este trabalho identificar que muito recentemente, apenas em 1999, é que o Ministério da Saúde, através da portaria n.º 1395, promulgou a “Política Nacional de Saúde do Idoso” (PNSI). No texto oficial lê-se:

a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (BRASIL, 2009).

Embora o envelhecimento saudável tenha se constituído foco do PNSI, Ferraz (2010: 30) faz uma importante denúncia: “o apoio aos idosos, praticado no Brasil, [...] ainda é bastante precário”. Nem mesmo a entrada em vigor do “Estatuto do Idoso”, em 2003 (Lei 10.741/2003), que ratifica (artigo 15, parágrafos 1º e 2º) o compromisso do PNSI, temse mostrado instrumento eficiente para assegurar a atenção integral e específica que o Estado deveria prestar a esse segmento populacional. Nos artigos antes referidos, o que está em causa é a inclusão dos idosos no acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS). A autora, contudo, vê como um importante passo, a implantação, neste sistema, de uma nova estratégia de reorganização da atenção básica em saúde: o Programa de Saúde da Família (PSF), ou como ele está estruturado atualmente, Estratégia de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2006: 32). Ela acredita que essa política, que “visa essencialmente fortalecer a inversão do modelo de saúde centrado na cura de doenças para um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças” possa atender com mais qualidade as demandas levantadas para essa população.

- A ação das organizações não governamentais brasileiras no que diz respeito ao combate à AIDS

De acordo com Granjeiro *et al* (2010), pode-se distinguir, no Brasil, três diferentes momentos na resposta à AIDS. **Nos anos 1980**, com a identificação dos primeiros casos da doença, **respostas locais** à epidemia foram construídas, principalmente pelas secretarias estaduais de saúde dos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Essas respostas (prestar assistência aos casos, instituir a vigilância epidemiológica e esclarecer a população sobre a doença) surgiram num momento “marcado por uma confluência de fatores que determinaram a mais ampla reforma sanitária ocorrida no país e consolidaram as bases para a criação do SUS na carta Magna de 1988” (Granjeiro, Escuder, Gianna, Castilho & Teixeira, 2010: 18).

Vale dizer que, nesse momento, o sistema de saúde dos municípios era ainda incipiente e sua ação estava mais direcionada para os atendimentos de urgência do que para a prevenção propriamente dita: quadro que se altera a partir da década de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde¹⁰. Nela, ampliou-se a responsabilidade da esfera da saúde para a área social e possibilitou-se a transferência de recursos e atribuições, para esse fim, aos municípios (antes restritas às esferas estaduais e federais). Essa mudança marcou um processo inicial de descentralização da resposta à AIDS e desconcentração dos serviços assistenciais e preventivos oferecidos à população. Além disso,

esses serviços reuniram as principais lideranças técnicas e os conhecimentos existentes nos primeiros anos da epidemia, subsidiando a adoção das referências que influenciaram a construção da resposta à AIDS no País, particularmente com a incorporação de novas modalidades assistenciais para o cuidado de pessoas vivendo com HIV, como a atenção ambulatorial interdisciplinar, o hospital-dia e a assistência domiciliar terapêutica. (p. 19).

Surgiu, então, no município de São Paulo, o Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRT/AIDS), cuja principal missão era integrar a coordenação do programa

¹⁰ Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que responde pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

estadual da AIDS a uma unidade de excelência na assistência, prevenção, vigilância epidemiológica, pesquisa e capacitação de recursos humanos, o que fortaleceu a Secretaria Municipal de Saúde e influenciou iniciativas similares em outros estados e municípios.

Granjeiro *et al.* (2010: 20) chamam a atenção, ainda, para o fato de que, no conjunto de respostas locais à AIDS, merecem destaque as ações das organizações não-governamentais (ONGs) que, naquele momento, foram responsáveis pelas primeiras intervenções de prevenção realizadas no Brasil. Lembram que, em 1982, elas já demandavam a intervenção do poder público para implantar programas dirigidos à AIDS e, através do ativismo político, desenvolviam estratégias para combater o estigma¹¹, entre as quais ganham destaque a criação de uma rede para envolver comunidade e grupos mais afetados. Os autores colocam ênfase no fato de que a configuração do Programa Nacional de AIDS, em 1985, foi altamente influenciada pelas “referências éticas e técnicas materializadas nas experiências governamentais e não governamentais já existentes”.

Pode-se dizer que a principal característica da resposta brasileira à AIDS, nos **anos 1990**, foi o **fortalecimento do Programa Nacional e sua expansão para todas as regiões do país**. Data dessa década a assinatura de um primeiro acordo de empréstimo como o Banco Mundial, o que contribuiu para dar maior visibilidade ao Ministério da Saúde. Três aspectos foram, segundo os autores, especialmente fortalecidos: (1) contratação de um expressivo número de profissionais oriundos de universidades, de programas estaduais e municipais de AIDS e de ONGs, o que favoreceu o acúmulo rápido de expertise técnica e capacidade normativa; (2) fortalecimento da estrutura de vigilância epidemiológica e do desenvolvimento de uma série de pesquisas que levaram ao aprofundamento do conhecimento sobre a epidemia e suas implicações para a sociedade; (3) disponibilização de um aporte grande de recursos - US\$ 550 milhões até 2002 – para financiar a melhoria da infraestrutura de serviços de diagnóstico e assistência, implantar e manter programas estaduais e municipais, apoiar projetos de ONGs e capacitar profissionais (por meio das universidades e formação de redes de inovação na área de prevenção). Entretanto, não se pode deixar de assinalar que:

¹¹ Menção especial é feita por Granjeiro *et al.* (2010) à criação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA-SP), em 1985.

essa estratégia federal [...] seguiu em direção contrária às diretrizes operacionais do SUS naquele momento, que procurava intensificar a descentralização e fortalecer o comando único em cada território, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB). (p. 20).

Interessante notar, contudo, que concomitantemente à concentração de poder (técnica e de financiamento) em nível federal, estados e municípios foram fortalecidos a tal ponto que, no final de 1998,

havia uma resposta implantada nacionalmente, com programas em todas as secretarias estaduais de saúde, em todas as capitais e em um número de municípios que continha mais de 60% dos casos de AIDS no país. (p. 21).

O que parece paradoxal, à primeira vista, pode ser explicado, segundo Granjeiro *et al*, pelo aprofundamento do processo de municipalização do SUS e, conseqüentemente, da criação de um “círculo vicioso” de transferência de recursos e responsabilidades entre os níveis federal, estadual e municipal. Vale dizer, contudo, que a partir da década que tem início **no ano 2000**, a descentralização do poder decisório e de financiamento foi recrudescido pela **exaustão do modelo de gestão federal** (baseado em complexa estrutura gerencial e enorme participação de recursos externos):

o modelo centralizado de resposta conflitava com o avanço da municipalização, tornando cada vez mais defasada a excessiva vinculação dos recursos provenientes do Programa Nacional e o rígido controle desta instância nos gastos e desenvolvimento das ações locais, sem dizer que a centralização colaborava para fortalecer a ideia de uma estrutura programática verticalizada e paralela às estruturas do SUS. (2010: 22).

Foi exatamente nesse período que ganhou força, entre gestores e ativistas de ONGs, a necessidade de **desenvolver estratégias de descentralização** da resposta à AIDS. A assinatura do Segundo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, em 2002, concretizou as políticas de descentralização em curso. Nessa perspectiva, a gestão das

redes e a responsabilidade pela aquisição de insumos, passaram à responsabilidade das secretarias estaduais de saúde e coube à União o controle da qualidade, a adoção de atas de registro de preços para aquisição dos insumos e o ressarcimento dos gastos estaduais e de laboratórios. Na ótica de Granjeiro *et al*, o impacto dessas medidas foi, em grande parte, negativo. Isso porque apenas um número reduzido de estados manteve a regularidade de oferta de exames, atingindo as metas previstas. Por isso, a partir de 2004, o Ministério da Saúde re-centralizou a aquisição dos insumos, mantendo a gestão das redes sob a responsabilidade dos estados.

Após essa breve retrospectiva, gostaríamos de atentar para o fato de que, como já assinalado, o Programa Nacional de Combate à AIDS é que abriu espaço para fomentar e subsidiar atividades de enfrentamento da epidemia por atores sociais, como as organizações não governamentais, cuja contribuição foi enfatizada por Granjeiro *et al*. (2010: 30). Em 2004, entretanto, a transferência de recursos e a gestão dos processos de apoio aos projetos das ONGs foram transferidas para os estados. Levando em conta o já referido impacto negativo da descentralização, os autores colocaram ênfase no fato de que seria preciso, com a maior urgência, implementar, de modo satisfatório, “mecanismos de financiamento das ações de ONG”, o que contribuiria para fortalecer os resultados positivos, em detrimento dos negativos, no que diz respeito aos agravos provocados pela doença.

Considerações finais

O Brasil está vivendo um processo marcado pelo rápido envelhecimento populacional. Processo que implica a necessidade de planejamento de ações para que se possa enfrentar as demandas específicas que tal segmento engendra. Isso ocorre num momento histórico no qual à visão estigmatizada da velhice (marcada pela ideia de perda, degeneração, atrofia, improdutividade, doença) se sobrepõe, gradativamente, uma nova imagem de velho: vinculada à noção de atividade, saúde e autonomia. Vimos que o uso da expressão “terceira idade” aglutina em si esses valores, desvelando condições positivas relativas à vida na idade avançada, entre elas a manutenção do desejo e da atividade sexual.

O uso de medicamentos para estimular a função erétil masculina e o incremento (através das tecnologias digitais) de oportunidades de intimidade sexual entre parceiros de mesma geração, e também de gerações diferentes, tem contribuído para dar maior visibilidade ao fato de que a sexualidade não tem idade. Essa constatação, bem em acordo com a nova e positiva imagem investida na velhice, tem sido articulada, entretanto, a um dado epidemiológico preocupante: o crescimento da taxa de contaminação pelo vírus HIV entre idosos brasileiros. A reflexão realizada neste trabalho permite afirmar que o enfrentamento efetivo desse problema exige que não se marginalize uma discussão mais aprofundada sobre a especificidade do modo como se articulam sexo e sexualidade na terceira idade para que ações específicas - preventivas e/ou terapêuticas – possam ser implementadas junto a esse segmento populacional.

Nessa perspectiva, entendemos que é de crucial importância, de um lado, apoiar e encorajar idosos a buscarem caminhos para sua realização sexual (o que, do nosso ponto de vista, está bem em acordo com a ideia de “viver bem a velhice”). De outro lado, contudo, é preciso garantir que esse segmento populacional não só receba as informações necessárias para evitar a contaminação pelo vírus HIV, como também possa contar com suporte para o debate deste problema de um ponto de vista que contemple suas expectativas e necessidades específicas.

Vale dizer que viver mais e com qualidade é resultado de ações individuais, mas não só: o acesso à saúde é parte do dever do Estado e, também, decorre do modo como se mobiliza a sociedade civil para que esse direito seja usufruído. Não sem razão, vimos que, no combate à AIDS no Brasil, esforços conjuntos (do Estado articulado às Organizações não governamentais têm sido realizados para conter o avanço das taxas de contaminação pelo HIV. Como isso não está acontecendo no segmento populacional idoso, entendemos que seja preciso voltar a atenção para fatores particulares que parecem responder por tal fato. Talvez se deva considerá-los efetivamente como singulares no planejamento das ações especificamente voltadas para esse grupo etário.

Referências

- Berer, M. (1997). *Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais: Informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. São Paulo: Brasiliense.
- Bolduc, K. & Chequer, P. (2008). Apresentação. *In: A ONU e a Resposta a AIDS no Brasil*. UNAIDS.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (1999). Portaria 1395/1999/GM. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília.
- Buttler, R.N. & Lewis, M.I. (1976). *Sexo e Amor na Terceira Idade*. São Paulo: Summus Editorial.
- Chaimowics, F.A. (1997). Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *In: Revista de Saúde Pública, 31(2)*: 184-200. São Paulo; Faculdade de Saúde Pública/USP.
- Debert, G.G. (1996). *A invenção da Terceira Idade e a Rearticulação de Formas de Consumo e Demandas Políticas*. Recuperado em 23 junho, 2012, de: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_34/rbcs34_03. GT Cultura e Política da ANPOCS.
- Ferraz, I.M.T. (2010). Vivências de idosos inseridos no Programa de Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC-SP.
- Gomes, S.F. & Silva, C.M. (2008). Perfil dos idosos infectados pela HIV/AIDS: uma revisão. *Editora Vitalle, 20(1)*: 107-22.
- Granjeiro, A., Escuder, M.M., Gianna, M.C., Castilho, E.A.C. & Teixeira, P.R. (2010). Estratégias de Descentralização e Municipalização da resposta à AIDS no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não-governamentais. *In: Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva/Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, 2(2)*: 15-34. Brasília: NESP.
- IBGE/PND (2009). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. *In: Estudos e Pesquisas, Informações Demográficas e Socioeconômicas, 26*.
- IBGE/PND (2009). Dinâmica Demográfica e a mortalidade no Brasil no período 1998-2008. Rio de Janeiro: IBGE.
- Laslett, P. (1987). The emergence of the third age. *In: Aging and Society, 7*.
- Lazarotto, A.R., Kramer, A.S., Hädrich, M., Tonin, M., Caputo, P. & Sprinz, E. (2008). O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *In: Ciências & Saúde Coletiva, 13(6)*: 1833-40.
- Mann, J., Tarantola, D.J.J. & Netter, T.W. (1993). *A Aids do mundo*. Rio de Janeiro: ABIA: IMS: UERJ.
- Negreiros, T.C. (2004). Sexualidade e Gênero no Envelhecimento. *In: Alceu, 5(9)*: 77-86.

Rodrigues Jr., A.L.R. & Castilho, E.A. (2004, jul-ago). A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *In: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 37(4): 312-7.

Wendt, G. (2011). AIDS e envelhecimento: repercussões na Saúde Pública. Recuperado em 20 maio, 2011, de:

<http://www.sissaude.com.br/sissaude/userfiles/AIDS%20e%20envelhecimento.pdf>.

UNAIDS. (2010). Relatório Mundial da Epidemia da AIDS. Boletim Informativo.

Recebido em 02/12/2011

Aceito em 12/12/2011

Suzana Carielo da Fonseca - fonoaudióloga clínica há 22 anos e pesquisadora da área da Saúde (mais especificamente de patologias de linguagem, como afasias e demências) e do campo interdisciplinar da Gerontologia (estudo do envelhecimento humano e da velhice). É docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e líder do Grupo de Pesquisa CNPq “A Fragilização da Velhice e o Exercício Clínico no Campo da Gerontologia”. Idealizadora do Projeto de Extensão Universitária que deu origem ao “Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf)” da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (DERDIC) da PUC-SP e coordenadora, há mais de 5 anos, das atividades nele desenvolvidas: atendimento clínico, inclusão social (programa “Ponto de Encontro”) e atenção às famílias.

E-mail: suzfonseca@estadao.com.br

Alessandra Thomazini - formada em publicidade, artista de circo e produtora cultural, é diretora da Cooperativa Brasileira de Circo e membro do Colegiado Setorial de Circo do Ministério da Cultura/FUNARTE. Desenvolve projetos culturais e sociais que utilizam a temática circense como instrumento de transformação social e consolidação da identidade. Possui experiência no desenvolvimento de projetos de circo-social, produção e assessoria para de Festivais de Circo.

Alexandre Rosafa Gavioli - formado em comunicação social há sete anos, tem experiência em redações de jornais e veículos de comunicação de grande porte e em assessoria de imprensa na área industrial.

Fabiana J. Mariza Martos - assistente social, atuante na área há 15 anos, e que pesquisa temáticas voltadas às questões de vulnerabilidade social. Atua também nas áreas de Responsabilidade Social e Sustentabilidade em grande empresa, em São Paulo.

Ilvana Severo Alves - pedagoga, atuou durante 2 anos como educadora social no Projeto Alfabetização de Garis no Vale do Anhangabaú pelo NTC (Núcleo de Trabalhos Comunitários da PUC-SP) em parceria com a Fundação Educa SP. Atualmente trabalha no SENAC-SP no Programa Educação para o Trabalho e pesquisas temáticas voltadas à Educação em Saúde.

Juliana Rocha Barroso - comunicadora, há 12 anos atua em instituições e projetos de comunicação com foco em questões sociais. É presidente (2009-2013) da Viração Educomunicação, ONG que ajudou a criar e que tem como missão proporcionar o acesso ao direito à comunicação e sua democratização entre adolescentes e jovens em todo o Brasil. Em 2007, foi finalista do Prêmio Ethos de Jornalismo – Empresas e Responsabilidade Social.

Roberto Galassi Amaral - doutorando em Serviço Social, pela UNESP-Franca, tem mestrado em Administração pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007), especialização em Administração de Recursos Humanos pela Universidade São Judas Tadeu (1987) e graduação em Administração de Empresas também pela Universidade São Judas Tadeu (1983). Professor do SENAC-SP, unidade Nove de Julho, nos cursos de especialização em projetos sociais e responsabilidade socioambiental empresarial. Adicionalmente presta serviço de docência, Fundação Instituto de Administração (FIA/USP), FGV Management, Centro Universitário FEI e Fundação Educacional de Barretos. A experiência inclui projetos de consultoria nas áreas de sustentabilidade,

responsabilidade social da empresa, gestão no terceiro setor, investimento social privado, voluntariado empresarial e gestão de pessoas.

Silvana Aparecida Baroni Goulart, coordenadora de projetos sociais há 16 anos. É responsável há 4 anos pela coordenação de um programa no Estado de São Paulo chamado Centro de Desenvolvimento Humano (CDH) que conta com 18 projetos, com foco na geração de trabalho, renda e educação; em que procura trabalhar o relacionamento intergeracional.