

**“Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”:
Problemas y retos para la promoción de la salud**

Mauro Brigeiro^a

RESUMEN

El presente ensayo propone una reflexión crítica sobre las categorías “envejecimiento exitoso” y “tercera edad” a partir de un análisis de sus postulados, especialmente el que refuerza el proceso de envejecimiento saludable como resultado de una mera opción individual. De ese modo, se busca problematizar las acciones y discursos de la promoción de la salud dirigidos hacia al segmento poblacional de los adultos mayores y al proceso de envejecimiento, subrayando la necesidad de politización del debate de esos temas. El artículo sugiere como primordial la consideración de los diversos modos de gestión de la experiencia de la vejez en el momento de establecer estrategias de promoción de la salud a los que están envejeciendo.

Palabras clave: Promoción de la salud, adulto mayor, anciano, envejecimiento.

**“Successful aging” and “third age”:
Problems and challenges for the health promotion**

Mauro Brigeiro

ABSTRACT

The current essay suggests a critical reflection about the categories "successful aging" and "third age" through an analysis of its postulates, especially which concerning the reinforcement of a healthy aging process as a result of a simple personal option. This way, the intention is to discuss the actions and discourses of health promotion related to the

^a Psicólogo, Magíster en Salud Colectiva del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Docente e investigador, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Correo electrónico: maurobrigeiro@hotmail.com

elderly population and to the aging process, emphasizing the need to politicize the debate on these issues. The article accentuates as fundamental the consideration of the different ways to live the aging process on the moment of establishing strategies of promoting good health to those who are getting old.

Key words: Health promotion, adult, aged, aging.

Este texto parte de la idea de que algunas perspectivas y acciones identificadas con la promoción de la salud, pese a su indiscutible importancia, pueden perderse en sus propósitos al concretarse en contextos sociales e históricos particulares y, aún más, al dirigirse sin ningún nivel de crítica hacia determinados grupos sociales. Con este punto de partida, el presente ensayo versa sobre un tema específico dentro del vasto campo de la promoción de la salud, a saber, la atención al segmento poblacional de los adultos mayores. La argumentación desarrollada aquí se fundamenta en perspectivas críticas recientes acerca de las concepciones de envejecimiento exitoso y tercera edad, para así avanzar en algunas consideraciones del tema, dando prioridad a un aspecto que gana resonancia en el debate interno de la promoción de la salud: el énfasis, tan creciente como problemático en las prácticas sociales y de la salud, al considerar el envejecimiento exitoso y saludable como una tarea de responsabilidad individual.

En este intento, empezaremos por una breve descripción y definición de los términos envejecimiento exitoso y tercera edad, sus condiciones de surgimiento, sus premisas y pautas y los modos como se incorporan en los contextos latinoamericanos contemporáneos. A continuación, resaltamos cómo estas concepciones, al tiempo que operan una nueva configuración del curso de la vida y de las imágenes de la vejez, imponen desafíos a los cuales no pueden permanecer ajenos quienes estén involucrados en la práctica social e investigativa de la promoción de la salud en estos países.

Rice y Lockenhoff¹ afirman que envejecimiento exitoso y tercera edad son, teóricamente, nociones relacionadas y, se puede decir que comparten muchas perspectivas y significados. Envejecimiento exitoso, antes que un concepto, enmarca desde hace mucho, una importante aspiración humana. Deseamos envejecer bien, sin dolor o con el mínimo de sufrimiento. Usualmente, miramos con admiración a aquellos que atraviesan los años revelando

bienestar, realización personal, vivacidad y vigor preservados. Como sabemos, ciencia y aspiraciones sociales están íntimamente relacionadas y, en este sentido, han existido muchos intentos teóricos y científicos encaminados a identificar y establecer qué sea envejecimiento exitoso.

Según Neri y Cachioni², la definición posee tres connotaciones generales. La primera se refiere a la realización del potencial individual capaz de generar satisfacción física, psicológica y social según el individuo y su grupo de edad. Es evaluada de acuerdo a condiciones objetivas disponibles, por la visión que la gente e instituciones poseen sobre tales condiciones y por lo que se considera necesario para la realización plena de este potencial. La segunda significación toma como parámetros de envejecimiento exitoso el funcionamiento que más se acerque al de la media de la población más joven, siendo adoptada por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento. La tercera idea de envejecimiento exitoso se relaciona con la identificación de comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño, y de optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. Mediante tales estrategias se compensarían las pérdidas identificadas en el proceso de envejecimiento y se mantendría la estimulación para realizar comportamientos en otros dominios de la vida cotidiana. En esta tercera connotación, los ejemplos para lograr un envejecimiento exitoso suenan afines a la perspectiva de la promoción de la salud: si un adulto mayor tiene una buena capacidad física, la preservación de este potencial y su estimulación a través de la práctica deportiva puede reforzar el sentido de bienestar y favorecer la manutención de vínculos sociales.

Sin embargo, en los tres conjuntos que organizan las diferentes visiones acerca del envejecimiento exitoso, el sujeto que envejece, siempre es el blanco de todo el proceso y, con los apoyos necesarios, el principal ejecutor del mismo. Él es el primer responsable por su salud y su enfermedad. Minkler y Fadem³ realizan una crítica similar sobre la concepción de envejecimiento exitoso promovida recientemente por la Fundación MacArthur y que se ha convertido actualmente en una de las más destacadas referencias sobre el tema. Desarrollada a partir de un largo estudio cuya propuesta era la consolidación de una nueva gerontología, la definición elaborada buscaba la formulación de un paradigma

que pudiera contrastar con la asociación habitual de la etapa de la vejez y los procesos de pérdidas y deterioro. Se pretendía así, formular una teoría que engendrara aspectos positivos del envejecimiento.

La primera característica a destacar en este estudio es la diferenciación realizada entre ‘envejecimiento exitoso’ y ‘envejecimiento normal’. El eje central de esta nueva perspectiva es la idea de que la salud y los problemas relativos al ‘envejecimiento normal’ no son del todo normales, y más bien evidencian el resultado de estilos de vida y otros factores que expusieron las personas al riesgo de enfermedades y discapacidades en la vejez. En oposición, el ‘envejecimiento exitoso’ es descrito como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas. Dicho paradigma propone, primero, que los temores de pérdidas funcionales son con frecuencia superestimados, segundo, que muchas de las pérdidas funcionales verificadas con el paso del tiempo pueden ser evitadas, y, tercero, que muchas pérdidas funcionales de los adultos mayores pueden ser recuperadas.

En este sentido, envejecer exitosamente dependería mayoritariamente de acciones en prevención y promoción de la salud, ya que la desdicha de la vejez asociada al deterioro físico y mental estaría supuestamente bajo nuestro control. Las pérdidas, según este paradigma, están asociadas a factores tales como hábitos cotidianos, alimentación, práctica de ejercicios, etc., todos ellos ‘factibles de control y cambios’. El envejecimiento exitoso, como afirman algunos autores, resulta ser una cuestión de opción individual.^{4,5}

De hecho, y eso no se puede negar, la formulación del concepto en cuestión ha contribuido a innovaciones e incremento de estrategias en salud y de prácticas sociales que han representado una ganancia en términos de calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, las críticas que ha recibido esta propuesta no pueden ser desatendidas. No todas las enfermedades y problemas fisiológicos asociados a la vida avanzada, son factibles de manejo por medio de la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud. La pretensión de control individual sobre los procesos de deterioro identificados en la vejez, desde estadios anteriores del curso de la vida es, cuando menos, osada, especialmente

cuando tratamos de sociedades en desarrollo. Como bien advierten los preceptos de la promoción de la salud, los determinantes de esta no se deben concentrar tan sólo sobre el individuo⁶. Más bien, envejecer con salud requiere otras condiciones durante el curso de la vida, como el acceso a la educación, al trabajo y al descanso, bienes materiales y culturales dignos, políticas públicas inclusivas, etc. Los modelos de envejecimiento exitoso en general, incluyendo el de la Fundación MacArthur, pecan al generalizar premisas particulares y simples a contextos culturales diferenciados y complejos; aprisionan experiencias y valoraciones sociales diversas sobre el envejecer, bajo el auspicio de modelos estrechos y sin validación externa. Homogenizan prescripciones, sin matizar diferencias de género, raza y clase social, e ignoran las demás posibilidades que pueden caracterizar un buen envejecimiento.

En resumen, la principal crítica que ha recaído sobre el término envejecimiento exitoso y sus dimensiones específicas, muy pertinente a nuestro ver, es la de que puede favorecer la estigmatización de las personas que no alcancen el ideal de ‘envejecer bien’. Se trata aquí de evitar el frágil teorema de que si el individuo es el responsable por la gestión de su envejecimiento con éxito, también lo será cuando no alcance el intento. Tal proposición, incluso ha contribuido al aumento de la estigmatización de los viejos que viven en situaciones de discapacidad⁷.

Estos puntos de vista mantienen su validez cuando pensamos en el modelo de gestión de la experiencia del envejecimiento conocido como ‘tercera edad’, tan de moda en Latinoamérica, y por eso la iniciativa de rescatarlo en esta argumentación. Las definiciones sobre el envejecimiento exitoso, sobre todo las que hacen referencia a la actividad como aspecto favorable durante la vejez, se sintonizan fuertemente con el modelo citado. La producción científica y la argumentación intervencionista del Estado y del movimiento social denotan un fuerte compromiso con esta nueva categoría, sea en parte de Europa o Estados Unidos, o en el ámbito de América Latina, caracterizada por importar las innovaciones extranjeras sobre la problemática. En este continente, la expresión se difundió como la manera más apropiada de referirse a la vejez. El término recibe una significación tan positiva y respetuosa que ha sido aplicado ampliamente, intentando englobar en sí la completa diversidad del segmento social de los más viejos.

Ahora bien: la categoría tercera edad, según sus premisas, es una etapa en que las personas deben abrirse a lo nuevo, a las formas de relacionarse (con la pareja, la familia, con la comunidad), rescatar antiguos proyectos de vida e iniciar otros, involucrarse en el aprendizaje de nuevas habilidades, etc. La categoría tiende a oponerse a la concepción de vejez asociada a la decadencia y la declinación. Al contrario, ofrece un sentido de neutralidad al representar a los viejos, al tiempo que refuerza la idea de progreso o avance. Presupone un sentido continuo, de etapas progresivas – 1ª, 2ª, 3ª – más no necesariamente en descenso. Intenta, así, la propuesta de un nuevo cuadro en el que el curso de la vida seguiría un creciente sin fin, sirviendo al propósito de anular la estigmatización identificada o presumida sobre esta población. Evidentemente, la expresión ‘tercera edad’ tiene su historia relacionada con las intenciones de cambiar las connotaciones negativas existentes en torno a la vejez, afirmando esta etapa como la más propicia para la autorrealización, dada por la supuesta ventaja de la experiencia de vida acumulada.

Claro está que la tercera edad está comprometida con un ideal de transformación del envejecimiento en un problema social, donde son necesarias nuevas definiciones, nuevas formas de categorización que opongán un nuevo vocabulario a un antiguo modo de tratamiento de los viejos⁸. De este mismo modo, se busca invertir algunos sentidos sociales alrededor de este período de la vida y la jubilación. Antes entendido como una etapa de descanso y resguardo, estar retirado viene ahora a significar un período de actividad, realización personal, entretenimiento y diversión. Para alcanzarlo, el recurso más indicado por los expertos es la adhesión a espacios sociales de asociación e integración, aspecto fundamental de los programas y proyectos asociados a la categoría tercera edad.

En las últimas dos décadas, en todo el mundo, los clubes y grupos de convivencia, escuelas y universidades de tercera edad se multiplicaron. En Latinoamérica, Uruguay fue pionero en desarrollar, en 1983, el proyecto de Universidad Abierta para la Tercera Edad, experiencia que se extendió inicialmente a Brasil (que ya poseía grupos de convivencia para retirados) y a Paraguay; más tarde a Bolivia y Argentina y actualmente se encuentra la propuesta en casi todos los países del continente⁹. Varias han sido las investigaciones que demuestran el éxito de tales propuestas, hecho identificado no sólo por los investigadores, autoridades o expertos en el tema, sino también por aquellos que participan de ellas¹⁰⁻¹⁵.

Las ofertas de convivencia e integración que giran alrededor del corte de edad generalmente poseen características diferenciales en términos de sus filosofías, programaciones y actividades; sin embargo, adoptan el modelo de tercera edad como un norte común. Quejas habituales de las personas mayores como depresión, ansiedad y de dolencias físicas, son superadas con la participación en estas actividades de congregación, hecho que incluso se ha extendido con igual éxito, de los espacios urbanos más desarrollados hacia el contexto rural¹⁶. Otro punto en común a subrayar, y que delimita la especificidad de tales acciones y programas, es la baja adhesión de los hombres a estas propuestas. Esta realidad ha sido reiterada en varios estudios sobre el tema¹⁷⁻²³ y acentúa la hipótesis de que estas prácticas encuentran sus límites en su caracterización misma, la cual se interpone a una lógica de género y envejecimiento que todavía merece ser pensada. Hombres y mujeres, pese a los acelerados cambios en las relaciones de género en la actualidad, envejecen de modo particular^{24,25} y las prácticas de promoción de salud deben considerar este aspecto.

Hay otro cuestionamiento por hacer. El éxito fenomenal de estas iniciativas, según Debert²⁶, es proporcional a las precariedades de los mecanismos disponibles actualmente para atender a las personas que experimentan alguna discapacidad en la vejez. Para estos ‘otros viejos’, aspirar a la ‘tercera edad’ no es posible porque los requisitos para ello no siempre son accesibles a todos. Además, las demandas generadas por sus problemas y deficiencias no pueden todas ser atendidas por la tecnología social y biomédica disponible. Así, el problema que se configura es que: “la visibilidad conquistada por las experiencias innovadoras y exitosas cierra el espacio para las situaciones de abandono y dependencia funcional propias del avance de los años. Estas situaciones pasan a ser percibidas como consecuencia de la falta de participación en actividades motivadoras o de la adopción de formas de consumo y estilos de vida inadecuados. En este sentido, la vejez más avanzada puede desaparecer de nuestro espectro de preocupaciones sociales, transformándose en un problema de consumidores descuidados, que fueron negligentes con sus cuerpos”²⁷.

Lo expuesto arriba nos enfrenta a la misión de no aceptar el envejecimiento como una condición excluyente, pero tampoco pretender poner fin a la exclusión mediante la negación de dicho proceso, como respuesta al problema. En primer lugar, como ya fue

dicho, la plasticidad corporal posibilitada por los avances tecnológicos contemporáneos, prometedora de soluciones para la declinación física y mental, posee límites²⁸. Además de no estar disponible para todos, tales tecnologías no ofrecen todavía respuestas a algunos problemas degenerativos reales del envejecimiento humano. En segundo lugar, los problemas asociados a la vejez no están atados únicamente a las condiciones fisiológicas de la gente sino que se encuentran también enmarcados por imposibilidades de los contextos sociales de atender la necesidad de todos y, entre éstas, las necesidades especiales.

Adicionalmente, tomar como obvio que la vejez sea siempre una etapa de la vida caracterizada por la pauperización y abandono resulta un equívoco. Lo mismo en Latinoamérica, en donde la falta de oportunidades de trabajo es reina, la garantía universal de los derechos de los adultos mayores, como el acceso a las pensiones y beneficios sociales, puede reorientar las visiones de vulnerabilidad y promover a los viejos hacia posiciones de poder social y prestigio^{29,30}. Como bien sugiere Tornstam³¹, es necesario seguir con la tarea investigativa sobre las situaciones de vida de los adultos mayores y asumir el reto de hacer visibles los problemas vividos en este período de la vida, tal como pregona la estrategia de incidencia política o advoque para cuestiones relevantes a la promoción de la salud³²⁻³⁴. El desafío radica en que la oferta de salud a las poblaciones en edad avanzada articule los intentos de hacer visibles públicamente determinadas problemáticas del envejecimiento con un estricto rigor investigativo, sin juego de informaciones y generalizaciones indebidas.

Así también, el ideal moderno de vejez activa, circunscrito a la noción de envejecimiento exitoso y tercera edad, no puede estar al servicio de enmascarar las perspectivas que culpan a los individuos sobre sus dolencias, con el fin de que estos asuman la responsabilidad de su salud, adoptando nuevos estilos de vida y, como señala Crawford³⁵, desviando la atención de la responsabilidad social en la aparición de las enfermedades. Parte de la atención en salud a la población vieja es extremadamente costosa y este es un punto imprescindible en el escenario de los debates sobre el tema.

Se hace, entonces, necesaria una detenida reflexión sobre las pautas apuntadas por Debert³⁶. Lo que se produce bajo los auspicios del conocimiento científico y de las prácticas de los expertos, haciendo ahora referencia al campo de la promoción de la salud, no se puede

restringir tan sólo a los aspectos técnicos: lo que proponemos y afirmamos produce hechos normativos. Las calificaciones y descalificaciones que se pueden operar al interior de la promoción de la salud para los adultos mayores, asumen el carácter de un estatuto de derecho y de una estipulación de normas. Este es el caso, por ejemplo, de la modelación de la sexualidad de los viejos, promovida actualmente por la gerontología. Los expertos han insistido (y por qué no decir promulgado) en que el curso de la vida sexual coincide con el curso de la vida y, por lo tanto, el ejercicio sexual sólo finaliza con la muerte. En este sentido, los saberes y prácticas especializados cambian los parámetros de normalidad – anormalidad respecto del ejercicio sexual en la vejez. Así, no estar sexualmente activo en la edad avanzada, que antiguamente podía considerarse como algo negativo pero aceptable, bajo esta nueva perspectiva es diagnosticado como signo de enfermedad y se vuelve objeto de medicalización³⁷.

Es de vital importancia que los profesionales y demás actores sociales involucrados con las políticas e intervenciones de promoción de la salud hacia los más viejos consideren como prioridad la politización del debate de las cuestiones ligadas con el proceso de envejecimiento. Es necesaria y bienvenida al centro de la discusión la inclusión de varios otros modos de gestión de la experiencia de la vejez. Esta etapa de la vida, como argumenta Debert³⁸, no representa una realidad homogénea; la edad, por sí sola, no es capaz de uniformar la experiencia de la gente. Hay que considerar la multiplicidad de modos de envejecer, reconsiderar que hay límites en la intención de revertir el proceso de degeneración y dependencia y mirar críticamente la visión fácil de que el deterioro puede ser evitado, siendo accesible a todos la posibilidad de decir no a los efectos indeseables del envejecimiento biológico mediante actividades y tecnologías especializadas.

Resulta primordial, entonces, que las investigaciones y prácticas consideren el punto de vista de los adultos mayores que estamos conduciendo al interior de nuestras intervenciones. Necesitamos considerar, en el campo de la promoción de la salud, la existencia de múltiples concepciones y formas de envejecimiento exitoso según las personas que lo viven³⁹ y preguntarnos acerca de los diversos significados que pueden ser atribuidos por la gente a la salud y los hábitos saludables en la vejez⁴⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Rice C, Lockenhoff C, Carstensen L. En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2002; 34(1-2): 123-131.
- ² Neri A, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. En: Neri A, Debert G. *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus; 1999. pp. 113-140.
- ³ Minkler M, Fadem P. Successful aging: A disability perspective. *J Disabil Policy Studies* 2002; 12(4):229-235.
- ⁴ Scheidt R, Humpherys D, Yorgason J. Successful aging: What's not to like? *J Appl Gerontol* 1999; 18(3):277-282.
- ⁵ Minkler M, Fadem P. Successful aging: A disability perspective. *J Disabil Policy Studies* 2002; 12 (4):229-235.
- ⁶ Restrepo H. Agenda para la acción en promoción de la salud. En: Restrepo H, Malaga, H, orgs. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional; 2001. pp. 34-55.
- ⁷ Minkler M, Fadem P. Successful aging: A disability perspective. *J Disabil Policy Studies* 2002; 12(4): 229-235.
- ⁸ Debert G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. En: Barros MML, org. *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. pp. 49-67.
- ⁹ Cachioni M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. En: Neri A, Debert G, orgs. *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus; 1999. pp. 141-178.
- ¹⁰ Cachioni M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. En: Neri A, Debert G, orgs. *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus; 1999. pp. 141-178.
- ¹¹ Debert G. Gênero e envelhecimento. *Rev Estudos Feministas* 1994; 1(1):33-51.
- ¹² Debert G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP; 1999. pp. 137-191.
- ¹³ Alves AM. Trajetórias de vida e experiência de envelhecimento. En: Goldman S, Paz S, orgs. *Cabelos de Neon*. Niterói/RJ: Talento Brasileiro; 1999. pp.166-185.

-
- ¹⁴ Motta FM. *Velha é a Vovozinha: identidade feminina na velhice*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 1998. pp. 86.
- ¹⁵ Peixoto CE. De volta às aulas ou como ser estudante aos 60 anos. En: Veras RP, org. *Terceira idade: desafios para o Terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997. pp. 41-74.
- ¹⁶ Heck RM, Langdon JM. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. En: Minayo MC, Coimbra Jr. C, Orgs. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. pp. 129-151.
- ¹⁷ Debert G. Gênero e envelhecimento. *Rev Estudos Feministas* 1994; 1(1):33-51.
- ¹⁸ Debert G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, FAPESP; 1999. pp. 137-191.
- ¹⁹ Peixoto CE. De volta às aulas ou como ser estudante aos 60 anos. En: Veras RP, org. *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997. pp. 41-74.
- ²⁰ Sant'Anna MJG. UnATI: a velhice que se aprende na escola. En: Veras RP, org. *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997. pp. 75-102.
- ²¹ Motta FM. *Velha é a vovozinha: identidade feminina na velhice*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 1998. pp.128.
- ²² Cabral BL. A vida começa todo dia. *Rev Estudos Feministas* 1997; 5(1):159-168.
- ²³ Nunes A. O aprendizado de idosos de um programa de universidade de terceira idade a partir de suas escolhas. En: Goldman S, Paz S, orgs. *Cabelos de Neon*. Niterói, Rio de Janeiro: Talento Brasileiro; 1999. pp.186-197.
- ²⁴ Ginn J, Arber S. Only connect: Gender relations and ageing. En: Ginn J, Arber S, eds. *Connecting gender and ageing: A sociological approach*. Buckingham: Open University Press, 1995. pp. 1-15.
- ²⁵ Ginn J, Arber S. Gender, age and attitudes to retirement in mid-life. *Aging and Society* 1996; 16: 27-55.

-
- ²⁶ Debert G. Terceira idade e solidariedade entre gerações. En: Debert G, Goldstein D, Orgs. Políticas do corpo e o curso da vida. São Paulo: Sumaré; 2000. pp. 301-317.
- ²⁷ Debert G. Terceira idade e solidariedade entre gerações. En: Debert G, Goldstein D, Orgs. Políticas do corpo e o curso da vida. São Paulo: Sumaré; 2000. p. 303.
- ²⁸ Featherstone M, Hepworth M. The mask of aging and the postmodern life course. En: Featherstone M, Hepworth M, Turner B, eds. The body: social process and cultural theory. London: SAGE; 1991. pp. 371-389.
- ²⁹ Debert G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP; 1999. pp. 195-231.
- ³⁰ Debert G. Terceira idade e solidariedade entre gerações. En: Debert G, Goldstein D, Orgs. Políticas do Corpo e o Curso da Vida. São Paulo: Sumaré; 2000. pp. 301-317.
- ³¹ Tornstan L. The quo vadis of gerontology: on the scientific paradigm of gerontology. The Gerontologist 1992; 32(3):318-326.
- ³² Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud: Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Ontario, Canadá, Noviembre de 1986. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS; 1996. pp. 367-372.
- ³³ Albarrán JM. Marcos conceptuales de la promoción de la salud: reflexiones para la práctica. En: Del Bosque S, Gonzales J, Madriaga A, comps. ¡Manos a la Salud! México: Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social (CIESS). OPS/OMS; 1998. pp. 31-44.
- ³⁴ Restrepo H. Agenda para la acción en promoción de la salud. En: Restrepo H, Málaga H, Orgs. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Internacional; 2001. pp. 34-55.
- ³⁵ Crawford R. Usted es peligroso para su salud: aspectos ideológicos y políticos de culpabilizar la víctima. En: De la Cuesta Benjumea C, comp. Salud y Enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. pp. 47-77.

³⁶ Debert G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. En: Barros MML, Org. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. pp. 49-67.

³⁷ Brigeiro M. Vejez y sexualidad masculina: ¿reír o llorar? Rev Latinoame Psicolog 2002; 34(1-2):83-93.

³⁸ Debert G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP; 1999. pp. 39-69.

³⁹ Scheidt R, Humpherys D, Yorgason J. Successful aging: What's not to like? J Applied Gerontol 1999; 18(3):277-282.

⁴⁰ Pill R. Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y las conductas saludables. En: De la Cuesta Benjumea C, comp. Salud y Enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. pp. 97-126.