

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

O Brasil que envelhece vai às urnas: longevidade, democracia e compromissos públicos para 2026

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Helena Akemi Wada Watanabe

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18074>

Submetido em: 2026-09-16

Postado em: 2026-10-15 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

O Brasil que envelhece vai às urnas: longevidade, democracia e compromissos públicos para 2026

Brazil's Aging Population Goes to the Polls: Longevity, Democracy, and Public Commitments for 2026

El Brasil que envejece acude a las urnas: longevidad, democracia y compromisos públicos para 2026

Yeda A. O. Duarte - Escola de Enfermagem da USP

<https://orcid.org/0000-0003-3933-2179>

Helena A. Wada Watanabe – Faculdade de Saúde Pública USP

<https://orcid.org/0000-0002-3951-9091>

Resumo

As eleições de 2026 ocorrem em um Brasil demograficamente distinto daquele para o qual foram desenhadas muitas de suas instituições. Pessoas com 60 anos ou mais representam hoje 23,6% do eleitorado, ao mesmo tempo que o país experimenta crescimento acelerado da longevidade, multimorbidade, dependência funcional e demanda por cuidados. Este ensaio busca analisar por que a transição demográfica e epidemiológica deve ocupar posição estruturante nas plataformas políticas. As pessoas idosas não constituem um bloco eleitoral homogêneo e, assim, a resposta democrática não pode se limitar a benefícios focalizados ou a promessas dirigidas a um segmento. O envelhecimento exige pacto intergeracional capaz de articular promoção da saúde ao longo da vida, reorganização do SUS, implantação efetiva de um sistema de cuidados de longa duração, integração socio sanitária das ILPIs, proteção social, trabalho, cidades, inclusão digital, financiamento e governança intersetorial. É fundamental estabelecer uma agenda de compromissos verificáveis para avaliar plataformas e programas de governo, distinguindo direitos, metas, financiamento, responsabilidades federativas e mecanismos de monitoramento. A qualidade do debate eleitoral será medida pela capacidade de tratar a longevidade como conquista coletiva, responsabilidade pública e política de Estado, sem idadismo, alarmismo fiscal ou competição artificial entre gerações.

Palavras-chave: Eleições 2026; Envelhecimento populacional; Longevidade; Políticas públicas; Saúde pública; Democracia; Cuidado.

Abstract

Brazil's 2026 elections are taking place in a country demographically different from the one for which many of its institutions were designed. People aged 60 and over now represent 23.6% of

the electorate, while the country is experiencing rapid growth in longevity, multimorbidity, functional dependency and demand for care. This essay seeks to analyse why the demographic and epidemiological transitions should occupy a structuring position in political platforms. Older people do not constitute a homogeneous electoral bloc; therefore, the democratic response cannot be limited to targeted benefits or promises directed at a single segment. Population ageing requires an intergenerational pact capable of articulating life-course health promotion, reorganization of the Brazilian Unified Health System, effective implementation of a long-term care system, health and social-care integration of long-term care facilities, social protection, work, cities, digital inclusion, financing and intersectoral governance. Establishing an agenda of verifiable commitments is essential for assessing political platforms and government programmes, distinguishing rights, targets, financing, federative responsibilities and monitoring mechanisms. The quality of the electoral debate will be measured by its ability to treat longevity as a collective achievement, a public responsibility and a State policy, without ageism, fiscal alarmism or artificial competition between generations.

Keywords: 2026 elections; Population ageing; Longevity; Public policy; Public health; Democracy; Care.

Resumen

El envejecimiento poblacional brasileño plantea desafíos para la democracia y la organización de las políticas públicas, lo que exige que la longevidad ocupe un lugar central en el debate electoral de 2026. Este ensayo analiza las implicaciones de la transición demográfica y epidemiológica para las plataformas políticas y propone compromisos verificables que orienten su evaluación. La discusión articula evidencia científica, datos demográficos y marcos normativos, reconociendo la heterogeneidad de las personas mayores y las desigualdades acumuladas a lo largo de la vida. Se sostiene que la respuesta pública debe superar las promesas dirigidas a segmentos específicos y los enfoques que reducen el envejecimiento a una amenaza fiscal o a una condición de vulnerabilidad. Se defiende un pacto intergeneracional que integre la promoción de la salud, la reorganización del Sistema Único de Salud de Brasil, la implementación de un sistema de cuidados de larga duración, la articulación sociosanitaria de las instituciones residenciales para personas mayores, el apoyo a quienes cuidan, la protección de los ingresos y del trabajo, la accesibilidad urbana y la inclusión digital. Se propone evaluar los programas de gobierno según la coherencia entre derechos, metas, responsabilidades de los distintos niveles de gobierno, financiación, indicadores y participación social. Se concluye que reconocer la longevidad como una conquista colectiva requiere institucionalizar el envejecimiento como política de Estado, con gobernanza intersectorial, continuidad administrativa y distribución equitativa de las responsabilidades del cuidado, garantizando autonomía, dignidad y participación, sin edadismo ni oposición artificial entre generaciones.

Palabras clave: Envejecimiento poblacional; Longevidad; Democracia; Políticas públicas; Cuidados de larga duración; Equidad intergeneracional.

1 Um país mais velho diante de uma escolha nacional

As eleições gerais de 2026 serão realizadas em um país cuja estrutura etária mudou mais rapidamente do que suas instituições, seus serviços e parte do debate público. Segundo o Tribunal Superior Eleitoral, 37.457.537 eleitoras e eleitores têm 60 anos ou mais, correspondendo a 23,6% do

eleitorado; eram 21,0% em 2022. Apenas o grupo de 70 anos ou mais, para o qual o voto é facultativo, reunia 16 milhões de pessoas em 2025 (TSE, 2025; 2026). O envelhecimento do eleitorado não é projeção remota: já integra a disputa democrática.

O dado não autoriza inferir preferência política comum. Pessoas idosas diferem por geração, gênero, raça, renda, escolaridade, religião, território, trajetória laboral, condição de saúde e acesso à informação. Uma mulher negra de 62 anos que trabalha informalmente, um agricultor de 75 anos, uma professora aposentada de 82 e uma pessoa centenária dependente vivem velhices e relações com o Estado profundamente distintas. Transformar 37 milhões de cidadãos em “voto idoso” homogêneo reproduz idadismo e produz análise eleitoral pobre.

O desafio, portanto, não é perguntar quem conquistará o eleitorado idoso por meio de promessas segmentadas, mas que projeto de país reconhece a transição demográfica como fato estruturante. A longevidade afeta saúde, proteção social, trabalho, produtividade, organização familiar, demanda por cuidado, habitação, mobilidade, tecnologia e finanças públicas. Afeta também jovens e adultos, que envelhecerão e que já assumem responsabilidades de cuidado. Não se trata de agenda de um grupo, mas da reorganização de instituições para uma sociedade de vidas mais longas.

O cenário político polarizado pode empobrecer essa discussão de duas maneiras. A primeira é o silêncio: temas complexos, de maturação longa, perdem espaço para controvérsias de retorno imediato. A segunda é a simplificação: envelhecimento aparece ora como ameaça fiscal, ora como público vulnerável a proteger, sem reconhecimento de participação, diversidade e contribuição social. Uma plataforma democrática deve recusar ambos os extremos.

Este ensaio sustenta que a maturidade das plataformas de 2026 deve ser avaliada por sua capacidade de transformar a longevidade em pacto intergeracional. Isso implica combinar direitos, sustentabilidade, equidade e responsabilidades compartilhadas, com metas, financiamento e governança verificáveis. A questão não é quanto prometer às pessoas idosas, mas como preparar o Brasil para que todos possam envelhecer com dignidade.

2 A nova realidade demográfica e epidemiológica

O Censo de 2022 registrou 32,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Entre 2000 e 2023, sua participação na população passou de 8,7% para 15,6%; as projeções revistas pelo IBGE em 2024 indicam 37,8% em 2070, quando mais de um em cada três habitantes estará nesse grupo. A população deverá parar de crescer por volta de 2041 (IBGE, 2023; 2024). Além do aumento proporcional, envelhece a própria população idosa, com expansão acelerada dos grupos de 80, 90 e 100 anos ou mais.

Essa transformação resulta da queda da fecundidade e da mortalidade e da ampliação da sobrevivência. É conquista social, não desastre demográfico. Seus efeitos, entretanto, dependem da capacidade institucional de responder a novas necessidades. Países que envelheceram ao longo de muitas décadas puderam adaptar gradualmente seus sistemas. O Brasil realiza a transição sob desigualdades persistentes, informalidade laboral, restrições fiscais e capacidades municipais muito heterogêneas.

A transição epidemiológica é igualmente complexa. A maior prevalência de doenças crônicas decorre de maior sobrevivência e de exposições acumuladas, não apenas da idade. Multimorbidade, fragilidade, comprometimento cognitivo, problemas de saúde mental, perdas sensoriais e limitações funcionais exigem cuidado longitudinal e coordenado. Doença não equivale automaticamente a

incapacidade: ambientes acessíveis, renda, tecnologias assistivas, vínculos e serviços adequados podem preservar autonomia e participação.

A OMS define envelhecimento saudável como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permite bem-estar na velhice. Essa capacidade resulta da interação entre capacidades físicas e mentais e ambientes. A definição desloca a política da idade cronológica e de doenças isoladas para aquilo que a pessoa consegue ser e fazer em seu contexto (WHO, 2015; Beard et al., 2016).

Estudos como ELSI-Brasil e SABE mostram que envelhecer sintetiza desigualdades acumuladas durante o curso da vida. Trabalho precário, racismo, baixa escolaridade, pobreza, moradia inadequada e acesso desigual aos serviços antecipam perdas funcionais. Mulheres vivem mais, mas acumulam maior carga de cuidado não remunerado e maior prevalência de limitações. Políticas universais precisam ser proporcionais às necessidades e sensíveis a território, gênero, raça e deficiência.

Plataformas eleitorais que tratam envelhecimento apenas como previdência ou assistência ignoram essa complexidade. A transição demográfica exige políticas de curso de vida: infância protegida, educação, trabalho decente, prevenção de doenças, cidades acessíveis e segurança de renda influenciam a velhice futura. Investir no envelhecimento começa muito antes dos 60 anos.

3 O risco de uma disputa entre gerações

O debate fiscal frequentemente apresenta crianças, jovens e pessoas idosas como competidores por recursos escassos. Essa moldura é política e analiticamente inadequada. Famílias, sistemas de proteção e economias são intergeracionais: aposentadorias sustentam domicílios; avós cuidam de netos; adultos cuidam de pais; impostos pagos ao longo da vida financiam bens comuns. O cuidado e a proteção circulam em várias direções.

Isso não elimina conflitos distributivos. Despesas obrigatórias, renúncias fiscais e escolhas orçamentárias condicionam investimento em saúde, educação e cuidado. A resposta, porém, não pode consistir em opor direitos por idade. Deve examinar progressividade, efetividade do gasto, desigualdades internas a cada geração e distribuição de responsabilidades entre Estado, famílias e mercado.

O idadismo fiscal aparece quando a longevidade é descrita como peso improdutivo ou quando todo gasto associado à idade é presumido insustentável. O idadismo protetivo, por outro lado, reduz pessoas idosas à fragilidade e nega agência. O Relatório Global sobre Idadismo mostra que estereótipos, preconceitos e discriminação podem ser institucionais, interpessoais e autodirigidos (WHO, 2021). Uma plataforma responsável deve enfrentar simultaneamente abandono e paternalismo.

Sustentabilidade exige horizonte temporal. Prevenção, reabilitação, atenção primária, cuidado domiciliar e cidades acessíveis podem preservar funcionalidade e evitar custos maiores, mas seus resultados ultrapassam um mandato. Da mesma forma, sistemas de cuidado exigem implantação progressiva. Programas eleitorais deveriam indicar metas de quatro anos articuladas a compromissos de Estado até 2030 e além.

Um pacto intergeracional combina três princípios: universalidade de direitos, prioridade proporcional às necessidades e solidariedade entre etapas da vida. Essa formulação é mais democrática do que políticas baseadas em categorias rígidas ou em apelos corporativos. Também impede que o envelhecimento seja apropriado como bandeira exclusiva de qualquer corrente política.

4 Saúde: adaptar o SUS a vidas mais longas

O SUS é o principal ativo brasileiro para enfrentar a transição epidemiológica, mas sua organização ainda responde de modo fragmentado a pessoas com necessidades complexas. A atenção centrada em episódios agudos, especialidades isoladas e procedimentos tem baixo desempenho diante de multimorbidade, polifarmácia, fragilidade, demências e dependência.

A atenção primária deve coordenar o cuidado, mas essa atribuição normativa é desigualmente realizada. É necessário ampliar acesso, longitudinalidade, avaliação multidimensional, revisão de medicamentos, reabilitação, saúde mental, saúde bucal, cuidados paliativos, tecnologias assistivas e conexão com assistência social. A estratégia ICOPE oferece referencial para identificar declínios da capacidade intrínseca e organizar planos centrados na pessoa (WHO, 2019).

Hospitais também precisam se adaptar. Pessoas idosas são mais expostas a eventos adversos, delírium, perda funcional e transições inseguras. Planejamento de alta desde a admissão, conciliação medicamentosa, prevenção de declínio, comunicação com a atenção primária e apoio ao cuidador devem integrar padrões assistenciais. Hospitais universitários podem formar profissionais, avaliar modelos e apoiar redes regionais.

A força de trabalho é gargalo. Envelhecimento deve atravessar currículos de graduação, residências e educação permanente. Não basta formar mais especialistas; todas as profissões necessitam competências gerontológicas. A política deve prever distribuição territorial de trabalhadores, equipes multiprofissionais, condições de trabalho e apoio a cuidadores.

Uma plataforma consequente precisa responder: como fortalecerá a APS; como reduzirá filas e vazios assistenciais; como organizará transições e atenção domiciliar; como financiará reabilitação e cuidados paliativos; e quais resultados acompanhará. Listas de procedimentos ou criação de serviços sem integração não constituem política de envelhecimento.

Também é necessário atualizar e operacionalizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006. Seus princípios permanecem atuais, mas indicadores e instrumentos de planejamento não captam adequadamente funcionalidade, continuidade, equidade e participação. Metas devem ser incorporadas aos planos de saúde e pactuadas entre União, estados e municípios.

5 Cuidados de longa duração: construir um sistema, não administrar carências

O crescimento das necessidades de apoio coincide com famílias menores, maior participação feminina no trabalho, aumento dos domicílios unipessoais e redução da disponibilidade de cuidado não remunerado. O modelo brasileiro delegou à família, sobretudo às mulheres, a maior parte do cuidado cotidiano. A preferência por permanecer no domicílio é legítima; a presunção de que sempre haverá uma mulher disponível, qualificada e sem necessidade de renda não é. Quando o Estado oferece pouco, a desigualdade econômica converte-se diretamente em desigualdade de cuidado.

Cuidados de longa duração são apoios continuados para pessoas que, em razão de limitações funcionais, necessitam de ajuda para realizar atividades da vida cotidiana e manter autonomia, dignidade, segurança e participação. Abrangem informação e orientação, apoio ao autocuidado, adaptação da moradia, tecnologias assistivas, cuidado domiciliar, serviços comunitários, centros-dia, apoio e descanso para cuidadores, moradias apoiadas e acolhimento institucional. Não se confundem com tratamento médico, reabilitação ou cuidados paliativos, embora precisem articular-se a eles.

Tampouco se restringem às pessoas idosas: devem compor um sistema de cuidados orientado pelas necessidades ao longo da vida (WHO, 2024; PAHO, 2025).

O desafio brasileiro é deixar de administrar respostas isoladas e construir um continuum territorial. A porta de entrada deve combinar avaliação multidimensional, plano individual de cuidado e gestão de caso, com revisão periódica conforme mudem funcionalidade, ambiente e rede de apoio. A elegibilidade não pode depender apenas de renda, diagnóstico ou disponibilidade familiar; deve considerar grau de dependência, riscos, preferências, condições de moradia, sobrecarga de quem cuida e desigualdades territoriais. Sem uma carteira graduada de serviços, restam duas alternativas inadequadas: sobrecarregar a família ou recorrer tardiamente à institucionalização.

A Lei n. 15.069/2024 instituiu a Política Nacional de Cuidados, reconhecendo o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado e determinando implementação transversal e intersetorial. O Decreto n. 12.562/2025 definiu o Plano Nacional de Cuidados como instrumento de planejamento com ações, metas, responsabilidades e vigência, posteriormente detalhado no Plano Brasil que Cuida. Essas normas criam uma base relevante, mas a existência formal da política não garante acesso. O teste para as plataformas de 2026 é indicar como transformar o direito em oferta regular, territorializada, financiada e avaliável (Brasil, 2024; 2025).

Isso exige integração operacional entre SUS e SUAS, sem apagar suas competências. A saúde deve assegurar atenção primária, assistência domiciliar, medicamentos, reabilitação, saúde mental, cuidados paliativos, vigilância e transições seguras. A assistência social deve ofertar proteção, convivência, apoio domiciliar, centros-dia, acolhimento e trabalho social com famílias. Direitos humanos, habitação, mobilidade, previdência, trabalho, educação e justiça também participam. Intersetorialidade, porém, não pode significar responsabilidade difusa: cada entrega precisa de gestor responsável, fluxo pactuado, dados compartilháveis com proteção de privacidade, prazo e fonte de recursos.

O financiamento é o ponto crítico. Um sistema nacional requer cofinanciamento regular entre União, estados e municípios, critérios redistributivos e custos de referência ajustados ao grau de dependência. Repasses por projetos, emendas descontínuas ou filantropia não sustentam equipes e vagas permanentes. Também é necessário formar e proteger a força de trabalho, regular ocupações, promover trabalho decente e oferecer capacitação, descanso e proteção social aos cuidadores familiares. Corresponsabilidade não pode ser utilizada para naturalizar a retirada do Estado.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos integram esse continuum, mas não o esgotam. São domicílios coletivos destinados a pessoas com 60 anos ou mais, governamentais ou não governamentais, e não hospitais de permanência prolongada. Seus residentes preservam o direito à moradia, à convivência, à autonomia possível, à participação nas decisões e ao acesso integral ao SUS. A RDC Anvisa n. 502/2021 estabelece requisitos de funcionamento, mas a conformidade sanitária deve caminhar com qualidade de vida e direitos, não com uma lógica meramente fiscalizatória (Anvisa, 2021).

As ILPIs tornam visível uma falha de arquitetura pública. Embora acolham pessoas com dependência crescente, permanecem situadas sobretudo no campo socioassistencial, enquanto suas necessidades de saúde são frequentemente intensas. A resposta não é medicalizá-las nem convertê-las em estabelecimentos hospitalares, mas garantir referenciamento a equipes da atenção primária, assistência domiciliar quando indicada, acesso a especialidades, urgência, reabilitação, saúde mental, cuidados paliativos, imunização e vigilância. Planos terapêuticos e de cuidado devem acompanhar a pessoa nas transições entre hospital, domicílio e instituição.

Regulação sem financiamento e apoio técnico pode produzir efeito perverso: fecha ou pune instituições vulneráveis sem criar alternativas, deslocando o risco para residentes e famílias. Por outro lado, financiamento sem transparência, fiscalização e participação pode perpetuar violações. Uma política responsável precisa mapear oferta, demanda reprimida, perfil funcional, custos e qualidade; definir padrões nacionais com apoio à adequação; ampliar ILPIs públicas e vagas cofinanciadas onde necessário; fortalecer conselhos, vigilâncias e ouvidorias; prever protocolos contra violência, contenção indevida e negligência; e garantir participação efetiva dos residentes e familiares.

A qualidade não deve ser medida apenas por estrutura física, documentos ou ausência de eventos adversos. Deve incluir suficiência e estabilidade das equipes, autonomia, privacidade, alimentação, vínculos, atividades significativas, acesso à saúde, capacidade funcional, experiência do residente e respeito ao fim de vida. A heterogeneidade das ILPIs - públicas, filantrópicas e privadas, pequenas e grandes, com distintos perfis de dependência - exige regulação proporcional ao risco e informação pública comparável.

Tratar o cuidado como infraestrutura pública é reconhecer seu valor social e econômico. O investimento pode preservar funcionalidade, evitar internações e permanências hospitalares inadequadas, permitir participação laboral de familiares e proteger quem cuida. Não se trata de estatizar todas as relações de cuidado, mas de assegurar provisão pública, regulação, cofinanciamento e proteção para que famílias não permaneçam como financiadoras ocultas e compulsórias do sistema.

6 Renda, trabalho e longevidade

A longevidade reorganiza trajetórias de educação, trabalho e aposentadoria. Parte das pessoas deseja permanecer ativa; outra precisa continuar trabalhando por insuficiência de renda; outras enfrentam discriminação, doença ou cuidado familiar. Políticas não podem pressupor capacidade homogênea nem impor prolongamento laboral como solução fiscal universal.

O debate previdenciário deve combinar sustentabilidade, proteção contra pobreza, equidade e diferenças de trajetória. Expectativa de vida média oculta desigualdades regionais, raciais, ocupacionais e de gênero. Trabalhadores expostos a atividades pesadas, informalidade e baixa proteção acumulam riscos distintos. Reformas paramétricas sem considerar essas diferenças podem ampliar injustiças.

Ao mesmo tempo, a proteção social não se resume à previdência. O Benefício de Prestação Continuada é essencial para pessoas idosas pobres, mas não substitui serviços. A política de renda precisa articular previdência, assistência, habitação, alimentação, medicamentos e cuidado, evitando que famílias gastem benefícios destinados à subsistência para comprar apoio que o Estado não oferece.

O trabalho em idades avançadas requer combate ao idadismo, educação ao longo da vida, adaptações, saúde ocupacional e transições flexíveis. A chamada economia prateada pode gerar inovação, mas não deve converter pessoas idosas apenas em mercado consumidor. A agenda pública deve estimular produtos acessíveis, regular práticas abusivas e assegurar inclusão a quem tem baixa renda.

Plataformas deveriam apresentar estimativas de impacto fiscal e distributivo, fontes de financiamento e mecanismos de avaliação. Promessas sem custos identificados são frágeis; austeridade sem análise de efeitos humanos também. Responsabilidade fiscal e social devem ser examinadas conjuntamente.

7 Cidades, tecnologia e participação democrática

A maior parte das pessoas envelhece nos territórios onde construiu vínculos. Mobilidade, calçadas, transporte, segurança, moradia, áreas verdes, comércio, cultura, proteção climática e conectividade determinam participação e funcionalidade. Uma cidade hostil transforma limitações moderadas em dependência; um ambiente acessível amplia autonomia.

Programas de cidades amigas da pessoa idosa devem ultrapassar certificações. Precisam de diagnóstico participativo, metas, orçamento e indicadores. Morar só não equivale a isolamento: renda, preferência, redes e serviços definem risco. O planejamento deve combinar dados com escuta e evitar respostas paternalistas.

A digitalização de bancos, benefícios, saúde e serviços públicos cria oportunidades e barreiras. Inclusão digital envolve conectividade, dispositivos, desenho acessível, suporte presencial e proteção contra fraudes. Não é aceitável retirar canais humanos antes de assegurar capacidade de uso. Plataformas devem tratar acessibilidade digital como direito e requisito de governo.

Desinformação e polarização exigem cuidado analítico. As evidências internacionais são contextuais e não autorizam atribuir a vulnerabilidade informacional a uma incapacidade inerente à idade, sem considerar educação, redes de sociabilidade, arquitetura das plataformas e desigualdade digital. Estereotipar o eleitor idoso como manipulável é idadismo; ignorar golpes e desinformação dirigidos a esse público também é negligência.

A Justiça Eleitoral garante prioridade e recursos de acessibilidade a pessoas com 60 anos ou mais. O voto torna-se facultativo após os 70, mas a participação permanece direito. A democracia deve investir em locais acessíveis, transporte, informação clara e educação midiática, sem presumir desinteresse. Pessoas idosas precisam participar também como candidatas, formuladoras, conselheiras e avaliadoras de políticas.

8 Envelhecimento como política de Estado: o que exigir das plataformas de 2026

Uma agenda pública para a longevidade não pode ser medida pelo número de vezes que uma plataforma menciona “idosos”. Deve ser avaliada pela coerência entre diagnóstico, direitos, instrumentos, financiamento e resultados. O desafio é retirar o envelhecimento da condição de pauta setorial, comemorativa ou dependente da prioridade pessoal de cada governante e reconhecê-lo como política de Estado.

Política de Estado não significa imobilidade nem consenso sobre todos os instrumentos. Significa preservar direitos, capacidades institucionais e objetivos de longo prazo através das alternâncias democráticas, permitindo que governos legitimamente eleitos inovem, priorizem e corrijam rumos sem reiniciar a agenda a cada mandato. O envelhecimento demográfico é previsível, cumulativo e irreversível no horizonte das próximas décadas; tratá-lo com programas temporários é incompatível com a natureza do fenômeno.

Essa institucionalização exige base legal, autoridade coordenadora, pactuação federativa, planos plurianuais, financiamento protegido, carreira e formação de equipes e redes de cuidados, sistemas de informação, avaliação independente e participação social. Metas nacionais precisam ser desdobradas em responsabilidades da União, dos estados e dos municípios, com apoio diferenciado às localidades de menor capacidade. Conselhos de direitos, instâncias do SUS e do SUAS, universidades, organizações

da sociedade e as próprias pessoas idosas devem participar do planejamento e do controle, reduzindo o risco de captura corporativa ou descontinuidade administrativa.

Intersetorialidade também precisa sair do plano declarativo. Propõe-se que programas de governo apresentem uma matriz de governança capaz de vincular, para cada problema, população-alvo, território, entrega, órgão coordenador, corresponsáveis, fluxo entre serviços, fonte de financiamento, prazo e indicador. Um comitê sem autoridade, equipe, dados e orçamento apenas redistribui reuniões; governança efetiva distribui responsabilidades e torna os resultados exigíveis.

Oito compromissos oferecem um roteiro apartidário. Primeiro, reconhecer o envelhecimento como política de Estado e adotar metas de curso de vida alinhadas à Década do Envelhecimento Saudável. Segundo: atualizar a PNSPI e adaptar o SUS à funcionalidade, à multimorbidade e à continuidade. Terceiro: implementar a Política Nacional de Cuidados como um sistema territorial com carteira de serviços e cofinanciamento regular. Quarto: integrar SUS, SUAS, direitos humanos, previdência, habitação e mobilidade por meio de responsabilidades e fluxos verificáveis. Quinto: apoiar trabalhadores remunerados e não remunerados do cuidado, com formação, trabalho decente, descanso e proteção social. Sexto: combater idadeísmo e desigualdades interseccionais em instituições, trabalho, comunicação e serviços. Sétimo: construir cidades e serviços digitais acessíveis a todas as idades. Oitavo: estabelecer dados, indicadores, transparência orçamentária e participação significativa.

Cada compromisso deve responder a seis perguntas: qual problema pretende enfrentar; qual população e território prioriza; que entrega será realizada; quem responde em cada nível de governo; quanto custará e de onde virá o recurso; e qual indicador permitirá avaliar resultado. Sem essas respostas, a promessa é retórica.

O presidencialismo de coalizão mais fragmentado e o maior peso do Congresso no orçamento tornam insuficiente dirigir a cobrança apenas à Presidência. Eleições de 2026 escolherão presidente, governadores, senadores e deputados. A política de longevidade dependerá de legislação, orçamento, pactuação federativa e capacidade executiva. Plataformas nacionais e estaduais devem ser lidas em conjunto com compromissos legislativos.

Também é preciso proteger continuidade. Políticas de cuidado, formação e redes levam anos para maturar. Mudanças de governo não deveriam desmontar dados, equipes, serviços e pactos. Planos decenais articulados aos planos plurianuais e de saúde, fundos e mecanismos de cofinanciamento, indicadores publicados regularmente e avaliação por instâncias independentes podem reduzir descontinuidade sem eliminar legítimas diferenças programáticas. O critério democrático não é impedir mudanças, mas exigir que sejam justificadas por evidências, debatidas publicamente e compatíveis com direitos.

Para os cuidados de longa duração, as plataformas deveriam assumir compromissos adicionais: estimar necessidades atuais e futuras; definir cobertura progressiva de apoio domiciliar, centros-dia, moradias apoiadas e ILPIs; estabelecer responsabilidades sanitárias e socioassistenciais sobre os residentes; criar padrões de qualidade centrados na pessoa; garantir apoio a cuidadores; e informar custos e fontes de financiamento. Sem esse detalhamento, “valorizar a pessoa idosa” permanece uma declaração sem capacidade de produzir cuidado.

9 Considerações finais

Em 2026, quase um quarto do eleitorado brasileiro terá 60 anos ou mais. O dado é politicamente relevante, mas seu significado mais profundo não está no tamanho de um segmento eleitoral. Está no fato de que a democracia decide hoje como o país responderá a uma transformação que atravessará todas as gerações.

O envelhecimento não deve ser instrumentalizado como ameaça fiscal, reserva de votos ou objeto de tutela. Pessoas idosas são cidadãs diversas, com interesses, necessidades e visões distintas. O compromisso democrático é construir instituições capazes de sustentar vidas longas com autonomia, cuidado e participação.

Uma plataforma responsável precisa ir além de benefícios pontuais. Deve reorganizar o SUS, construir um sistema de cuidados de longa duração, integrar as ILPIs à rede socio sanitária sem descaracterizá-las como moradia, apoiar quem cuida, enfrentar desigualdades, adaptar cidades e serviços digitais, proteger renda e trabalho e criar governança e financiamento. Deve mostrar metas e custos, fontes de financiamento, não apenas intenções.

O pacto necessário não opõe jovens e idosos. Reconhece que todos envelhecem e que as condições da velhice são produzidas durante o curso da vida. Investir em longevidade é investir em infância, educação, prevenção, trabalho decente, proteção social e ambientes. É também distribuir de modo justo os custos e benefícios do cuidado.

A qualidade das eleições de 2026 será medida não somente pela competição entre projetos, mas pela capacidade do debate de incorporar mudanças que já transformaram o país. O Brasil que envelhece vai às urnas. Cabe às plataformas demonstrar se a política também envelheceu no melhor sentido: ganhou horizonte, responsabilidade e maturidade. Transformar o envelhecimento em política de Estado será uma das provas mais concretas dessa maturidade.

Referências

- AMORIM, M. S. et al. Envelhecimento e saúde pública: construção de indicadores para monitorar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2025.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- BEARD, J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, London, v. 387, p. 2145-2154, 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- BRASIL. Decreto n. 12.562, de 23 de julho de 2025. Regulamenta o Plano Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 jul. 2025.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 3 out. 2003.
- BRASIL. Lei n. 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 dez. 2024.
- BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 5 jan. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 out. 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Brasil que Cuida: Plano Nacional de Cuidados. Brasília, DF: MDS, 2025.

- IBGE. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
- IBGE. Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.
- LEBRÃO M. L. et al. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. Rev. bras. epidemiol. v. 21, n. Suppl 02, p: 1-21, 2018.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. American Journal of Epidemiology, Oxford, v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018.
- PAHO. Policy on long-term care 2025-2034. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2025.
- TSE. Mais de 158 milhões de eleitores estão aptos a votar nas Eleições 2026. Brasília, DF: Tribunal Superior Eleitoral, 2026.
- TSE. Voto do eleitorado 70+ é fundamental para a cidadania e a democracia brasileiras. Brasília, DF: Tribunal Superior Eleitoral, 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on ageism. Geneva: WHO, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Long-term care for older people: package for universal health coverage. Geneva: WHO, 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023. Geneva: WHO, 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015.

Contribuições de autoria:

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte: concepção do artigo, redação do rascunho original, escrita, revisão e edição

Helena Akemi Wada Watanabe: escrita, revisão e edição

Conflito de interesses

As autoras declaram ausência de conflito de interesses

Declaração de disponibilidade de dados de pesquisa

Dados utilizados nesta pesquisa foram obtidos em sites oficiais e nas referências bibliográficas devidamente citadas.

Declaração de Uso de Inteligência Artificial

IA foi utilizada no levantamento bibliográfico, na organização das referências bibliográficas e para a revisão da tradução dos resumos em inglês e espanhol

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.