



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão nº 126 – 2026

CONSULTAS AMBULATORIAIS POR FAIXA ETÁRIA
NA SAÚDE SUPLEMENTAR: 2019 E 2025

Autora: Natalia Lara

Revisão: José Cechin, Cristiana Vidigal e Bruno Minami

Superintendente Executivo: Denizar Vianna

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este estudo analisa a utilização de consultas na saúde suplementar em 2019 e 2025, segundo faixa etária, modalidade de operadora e tipo de consulta, a partir dos dados do Padrão TISS e do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os principais resultados foram:

- Entre 2019 e 2025, a carteira de beneficiários em planos médico-hospitalares cresceu 11,7%. No mesmo período, o grupo de 60 anos ou mais cresceu 21,7% e o de 70 anos ou mais, 27,2%. A participação das pessoas de 60 anos ou mais passou de 14,0% para 15,3% da carteira.
- Nos planos odontológicos, o movimento foi ainda mais intenso: o total de beneficiários aumentou 40,9%, e o de beneficiários com 60 anos ou mais, 92,9%.
- Nas cinco modalidades médico-hospitalares analisadas, o número de consultas por beneficiário aumenta com a idade. Em 2025, um beneficiário com 70 anos ou mais realizou entre 1,4 e 2,0 vezes as consultas de um beneficiário de até 19 anos.
- A intensidade de uso nessa faixa, porém, não cresceu de forma generalizada. Entre 2019 e 2025, na faixa de 70 anos ou mais, ela recuou na autogestão, na medicina de grupo e nas seguradoras e aumentou apenas nas cooperativas médicas e na filantropia.
- O aumento da participação das pessoas de 60 anos ou mais na utilização de consultas decorre, portanto, mais da mudança na composição etária da carteira do que de um aumento do uso por pessoa.
- O perfil do cuidado nessa faixa mudou. A consulta domiciliar foi o único tipo em que a intensidade de uso dos beneficiários de 70 anos ou mais aumentou (de 3,5 para 3,9 consultas por 100 beneficiários), enquanto recuou em todas as demais faixas. O uso do pronto-socorro na faixa de 70 anos ou mais caiu de 1,2 para 1,0 consulta por beneficiário.
- Na odontologia, a relação com a idade se inverte: os beneficiários de 60 anos ou mais consultam menos que os adultos jovens, o que é coerente com a literatura nacional sobre o acesso desse grupo ao cuidado odontológico.

Para operadoras e prestadores, o resultado indica que a utilização de consultas pelas pessoas de 60 anos ou mais continuará a crescer, acompanhando a composição da carteira. O desafio está menos no uso por pessoa e mais na organização da rede para formatos de cuidado que já ganham espaço nessa faixa, como o atendimento domiciliar.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece em ritmo mais rápido do que se projetava há uma década. Segundo a revisão de 2024 das projeções populacionais do IBGE, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passou de 8,7% em 2000 para 15,6% em 2023 e deve chegar a 37,8% em 2070, quando a esperança de vida ao nascer alcançará 83,9 anos (IBGE, 2024). A população total deve começar a diminuir a partir de 2042. A longevidade amplia o período em que as pessoas utilizam os serviços de saúde e torna mais relevante o cuidado continuado, voltado à manutenção da autonomia e da qualidade de vida.

Na saúde suplementar, a participação das pessoas de 60 anos ou mais também avança, mas por razões que vão além da demografia. A permanência no plano é maior nessa faixa, inclusive em períodos de crise econômica (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017), além disso, a legislação assegura aos aposentados e aos empregados demitidos sem justa causa que tenham contribuído para o custeio do plano de saúde coletivo empresarial o direito de manter sua condição de beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assumam o pagamento integral e cumpram os requisitos legais. Esse direito está previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pela Resolução Normativa ANS nº 488/2022 (BRASIL, 1998; ANS, 2022). Na outra ponta, a entrada de beneficiários mais jovens depende da dinâmica do

mercado de trabalho, que responde pela maior parte dos vínculos por meio dos planos coletivos empresariais, e da queda da natalidade, que reduz o número de crianças incluídas como dependentes. A combinação desses fatores, e não apenas a rotatividade dos mais jovens ou o envelhecimento da população, faz com que a composição etária da carteira se altere em ritmo próprio. Projeções do IESS indicam que essa mudança, isoladamente, deve elevar a despesa assistencial per capita em cerca de 11% em dez anos (IESS, 2021).

A ANS trata o envelhecimento como tema regulatório há mais de uma década. Em 2011, a Resolução Normativa nº 265 passou a permitir que as operadoras concedessem bonificação aos beneficiários que participassem de programas de promoção do envelhecimento ativo (ANS, 2011). Em 2016, a agência lançou o Projeto Idoso Bem Cuidado, voltado à qualificação do cuidado aos beneficiários de 60 anos ou mais, com ênfase na atenção primária e em uma rede organizada em níveis de cuidado. A iniciativa chegou a reunir 67 projetos de 49 operadoras e 18 prestadores (INSTITUTO DE LONGEVIDADE, 2018).

O efeito do envelhecimento sobre a utilização de serviços pode vir de duas fontes distintas: o aumento do número de pessoas de 60 anos ou mais na carteira (efeito composição) e o aumento do uso

por beneficiário dessa faixa (efeito intensidade). As duas têm implicações diferentes para operadoras e prestadores. A primeira é previsível e acompanha a composição da carteira; a segunda depende do modelo de cuidado, da organização da rede e do comportamento dos beneficiários, e pode ser gerida.

O período recente oferece um recorte adequado para essa análise. O ano de 2019 é o último ano completo antes da pandemia de covid-19, que alterou de forma abrupta o uso de serviços em todas as faixas etárias (SCHRANZ et al., 2023). Em 2025, os efeitos diretos das restrições sanitárias já haviam se dissipado: estudos sobre consultas de rotina mostram que os volumes voltaram ao patamar anterior poucos meses após o choque inicial (SALAS et al., 2022). A comparação entre os dois anos permite observar o que mudou de forma duradoura.

2. MÉTODOS

Os dados de utilização foram obtidos dos arquivos de produção ambulatorial do Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar), disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2026a), referentes às competências de 2019 e 2025. Os dados de beneficiários foram extraídos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), considerando a mediana trimestral do número de beneficiários em cada ano (ANS, 2026b). A preparação da base envolveu etapas de extração, seleção, integração e validação dos registros.

A consulta é um ponto de observação privilegiado. Ela é a porta de entrada do beneficiário no sistema e o momento em que se definem a solicitação de exames, o encaminhamento a especialistas e, em parte, as internações. Mudanças no volume e no perfil das consultas tendem a antecipar mudanças no restante da cadeia assistencial.

O objetivo deste estudo é analisar a utilização de consultas na saúde suplementar em 2019 e 2025, segundo faixa etária, modalidade de operadora e tipo de consulta. Busca-se separar o efeito da mudança na composição etária da carteira do efeito da mudança na intensidade de uso por beneficiário. As consultas odontológicas são analisadas à parte, como contraponto ao padrão observado nas consultas médicas.

Foram selecionados os procedimentos classificados como consultas, a partir dos códigos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). Consideraram-se três tipos de consulta médica (em consultório, em domicílio e em pronto-socorro) e as consultas odontológicas, cujos códigos foram consolidados em uma única categoria. A seleção foi feita no nível do item de procedimento, com preservação dos registros originais, já que um mesmo evento de atenção à saúde pode conter mais de um item.

Os registros de procedimentos foram vinculados aos dados de identificação dos eventos por três chaves: o identificador do evento, a Unidade da Federação e a competência. Verificações de consistência asseguraram a correspondência entre os arquivos e evitaram duplicidades na integração. A existência de mais de um registro associado ao mesmo evento não foi tratada como inconsistência, uma vez que a base de procedimentos tem granularidade por item informado.

A quantidade de consultas corresponde à soma da variável QT_ITEM_EVENTO_INFORMADO para os procedimentos selecionados, e não à contagem de eventos distintos. Registros sem faixa etária ou com faixa incompatível foram mantidos nos totais e apresentados separadamente.

O tratamento de valores atípicos partiu de análises exploratórias da distribuição das quantidades. Registros com quantidades muito superiores às dos demais foram avaliados individualmente, à luz das demais informações do próprio registro e da possibilidade de erro de preenchimento. Somente os classificados como inconsistentes após essa verificação foram excluídos das estatísticas agregadas, e permanecem documentados em arquivo de controle. Uma quantidade elevada, por si só, não foi motivo de exclusão: um ponto de corte uniforme descartaria registros legítimos.

Quadro 1. Códigos TUSS selecionados.

Código TUSS	Tipo de consulta
10101012	Consulta médica – consultório
10101020	Consulta médica – domicílio
10101039	Consulta médica – pronto-socorro
81000030	Consulta odontológica
81000065	Consulta odontológica inicial

Fonte: Elaboração própria a partir da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS/ANS).

Para separar o crescimento do volume de consultas do crescimento da população coberta, calcularam-se taxas de utilização por beneficiário. O numerador corresponde às consultas registradas no TISS no ano; o denominador, à mediana trimestral do número de beneficiários¹ no mesmo ano. Para as consultas médicas, usaram-se os beneficiários de planos médico-hospitalares; para as odontológicas, os de planos exclusivamente odontológicos. As taxas foram estratificadas por faixa etária, modalidade de operadora e tipo de consulta. As consultas domiciliares, por sua baixa frequência, são expressas por 100 beneficiários; os demais tipos, por beneficiário.

A análise é descritiva e compara dois momentos no tempo. Os dados referem-se a procedimentos registrados no Padrão TISS e não permitem inferir a necessidade de saúde dos beneficiários, nem separar mudanças reais de utilização de mudanças na cobertura e na qualidade do registro entre os dois anos.

¹ Para fins desta análise, o número de beneficiários corresponde aos vínculos de indivíduos a planos de saúde registrados no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS). Uma mesma pessoa pode possuir mais de um vínculo, portanto, o número de beneficiários não corresponde necessariamente ao número de indivíduos únicos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 MUDANÇA NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DA CARTEIRA

A Tabela 1 apresenta o número de beneficiários por faixa etária em 2019 e 2025. Na carteira médico-hospitalar, o total passou de 47,0 milhões para 52,5 milhões de vínculos. Na odontológica, de 24,6 milhões para 34,6 milhões.

O crescimento não se distribuiu de forma homogênea. Na carteira médico-hospitalar, o grupo de 60 anos ou mais passou de 6,6 milhões para 8,0 milhões de beneficiários (+21,7%), quase o dobro da expansão total (+11,7%). Sua participação subiu de 14,0% para 15,3%. Na base da pirâmide, o movimento foi o oposto: a faixa de 20 a 29 anos cresceu 5,2%, e a de 30 a 39 anos encolheu 0,4%. A mudança na composição etária da carteira resulta, assim, de dois movimentos simultâneos: a entrada e a permanência de beneficiários de 60 anos ou mais e a estagnação dos adultos jovens.

A Figura 1 mostra que, nas duas segmentações, o crescimento acompanha a idade: quanto superior a faixa, maior a expansão. Na carteira odontológica, o padrão é o mesmo, porém mais acentuado, e o número de beneficiários com 70 anos ou mais cresceu 113,7%. Parte dessa variação reflete a base pequena de partida: em 2019, os beneficiários de 60 anos ou mais eram 7,0% da carteira odontológica, proporção próxima aos 5,5% registrados para os contratos odontológicos em 2016 (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017).

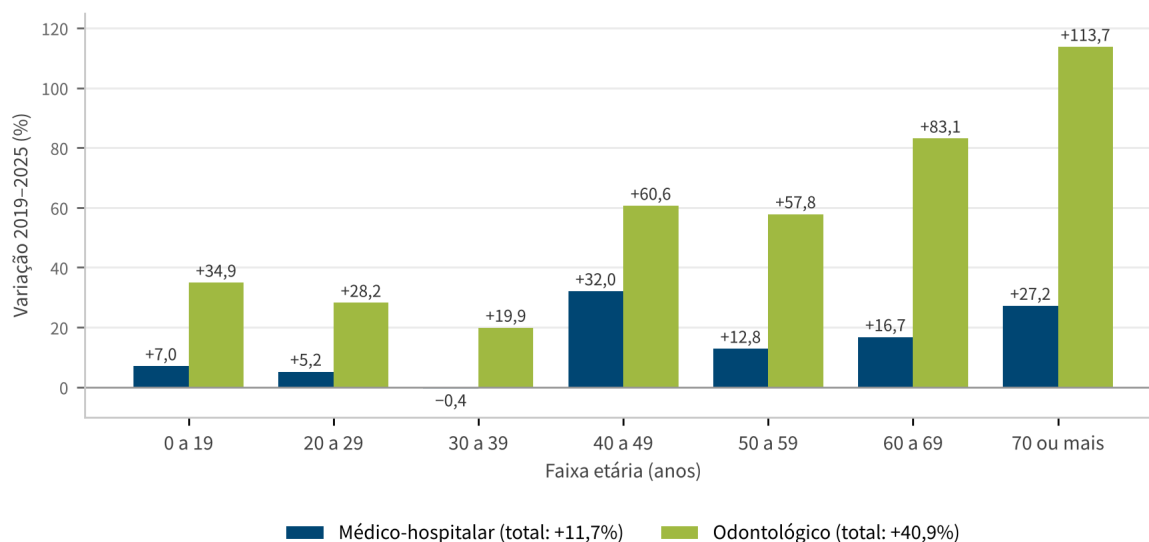
Tabela 1. Beneficiários de planos médico-hospitalares e odontológicos por faixa etária. Brasil, 2019 e 2025.

Faixa etária	Médico-hospitalar 2019	Médico-hospitalar 2025	Odonto-lógico 2019	Odonto-lógico 2025
0 a 19 anos	11.818.042	12.644.647	5.252.401	7.085.001
20 a 29 anos	6.896.947	7.252.894	4.566.105	5.852.206
30 a 39 anos	9.500.464	9.461.208	6.123.620	7.339.846
40 a 49 anos	7.059.832	9.321.595	4.338.847	6.967.448
50 a 59 anos	5.146.274	5.805.048	2.590.882	4.088.261
60 a 69 anos	3.463.027	4.041.925	1.162.771	2.128.580
70 anos ou mais	3.135.325	3.987.425	551.043	1.177.466
Inconsistentes	95	470	353	117
Total	47.020.005	52.515.211	24.586.020	34.638.924

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS (2026b).

Em 2025, chegaram a 9,5%.

Um dado merece atenção para os próximos anos. A faixa de 40 a 49 anos foi a que mais cresceu na carteira médico-hospitalar (+32,0%), com 2,3 milhões de vínculos a mais. Essa coorte estará na faixa dos 60 anos ou mais na próxima década, o que indica que o efeito composição observado entre 2019 e 2025 tende a se intensificar, e não a se esgotar.

Figura 1. Variação do número de beneficiários por faixa etária e segmentação. Brasil, 2019 a 2025 (%).

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS (2026b). Nota: número de beneficiários correspondente à mediana trimestral de cada ano; exclui registros com faixa etária inconsistente.

3.2 BENEFICIÁRIOS DE 60 ANOS OU MAIS REALIZAM MAIS CONSULTAS

A Tabela 2 apresenta o número de consultas médicas por beneficiário, por modalidade de operadora e faixa etária.

A primeira leitura confirma o gradiente etário. Em todas as cinco modalidades, o número de consultas por beneficiário cresce com a idade, e em 2025 a faixa de 70 anos ou mais consultou entre 1,4 vez (filantropia) e 2,0 vezes (cooperativa médica) mais que a faixa de 0 a 19 anos. O resultado converge com o que se observa em outros países: nos Estados Unidos, as taxas de consulta em consultório são persistentemente mais altas nas faixas etárias mais avançadas (ASHMAN; RUI; OKEYODE, 2017; ASHMAN; SANTO; OKEYODE, 2021). A idade, porém, é em boa parte um indicador indireto da condição funcional. Entre pessoas idosas usuárias do sistema

privado no Brasil, a probabilidade de três ou mais consultas por ano é de 74,3% entre as que têm limitação funcional e de 56,2% entre as que não têm (SILVA et al., 2017).

A segunda leitura indica que a intensidade de uso nas faixas mais avançadas não aumentou de forma generalizada. Entre 2019 e 2025, a intensidade de uso da faixa de 70 anos ou mais caiu na autogestão (-3,3%), na medicina de grupo (-4,2%) e na seguradora (-5,7%). Subiu apenas na cooperativa médica (+4,9%) e na filantropia (+12,6%). Na medicina de grupo, maior modalidade em número de vínculos, a distância entre as faixas mais avançadas e as mais jovens até diminuiu.

Tabela 2. Consultas médicas por beneficiário, por modalidade de operadora e faixa etária. Brasil, 2019 e 2025.

Faixa etária	Autogestão 2019	Autogestão 2025	Coop. médica 2019	Coop. médica 2025	Filantropia 2019	Filantropia 2025	Medicina de grupo 2019	Medicina de grupo 2025	Seguradora 2019	Seguradora 2025
0 a 19 anos	4,0	3,7	4,3	4,1	4,4	4,7	3,9	3,9	2,7	2,7
20 a 29 anos	4,6	4,3	4,5	4,4	4,4	4,6	4,3	4,5	3,1	3,1
30 a 39 anos	5,0	4,8	4,7	4,7	4,2	4,7	4,3	4,6	3,5	3,7
40 a 49 anos	5,5	5,4	5,1	5,1	4,4	5,0	4,6	4,8	3,9	4,1
50 a 59 anos	6,2	5,8	5,9	6,0	5,0	5,6	5,4	5,3	4,6	4,7
60 a 69 anos	6,7	6,5	6,9	7,2	5,3	6,3	6,5	6,2	5,1	5,1
70 anos ou mais	7,0	6,8	7,8	8,2	6,0	6,7	7,4	7,1	5,3	5,0
Variação 70+ (%)	-	-3,3	-	+4,9	-	+12,6	-	-4,2	-	-5,7

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS (2026a; 2026b). Nota: as variações foram calculadas sobre as taxas sem arredondamento e podem diferir das obtidas com os valores da tabela.

Cada modalidade mostra um padrão próprio. Na autogestão, a intensidade caiu em todas as faixas, o que sugere um fator que atinge a carteira inteira, e não um grupo etário. Na cooperativa médica, ocorreu o contrário: o uso caiu entre os mais jovens e subiu nas faixas mais avançadas, e a diferença entre os extremos aumentou. A filantropia cresceu em todas as faixas, sobretudo entre os 60 e 69 anos (+19,3%). Os dados não permitem identificar as causas dessas diferenças, que podem envolver o desenho dos produtos, a existência de rede própria, mecanismos de coparticipação e programas de gestão de crônicos.

A estabilidade do uso por pessoa também aparece na literatura internacional. Entre beneficiários do Medicare, o número médio de consultas na atenção primária praticamente não variou entre 2000 e 2019 (de 2,99 para 3,00 por ano), e o crescimento do período veio das consultas com especialistas, que aumentaram 20,3% (BARNETT et al., 2021).

Na Suécia, o uso de ambulatorios especializados cresceu 21% entre 2007 e 2017, com trajetórias distintas por idade e sexo (KOHNKE et al., 2025). Os dados aqui analisados não distinguem a especialidade do médico consultado, o que impede verificar se o mesmo deslocamento ocorre na saúde suplementar brasileira.

Combinadas, as Tabelas 1 e 2 indicam que o aumento da utilização de consultas pelos beneficiários de 60 anos ou mais entre 2019 e 2025 se explica sobretudo pelo crescimento desse grupo na carteira. Cada beneficiário dessa faixa já consultava mais em 2019 e manteve patamar semelhante em 2025. O que cresceu foi o número de beneficiários nessa condição.

3.3 ANÁLISE POR TIPO DE CONSULTA

Se o número de consultas por beneficiário de 60 anos ou mais pouco mudou, o tipo de consulta mudou. A Tabela 3 desagrega a utilização em

consultas em consultório, em domicílio e em pronto-socorro, considerando o conjunto das operadoras médico-hospitalares.

Tabela 3. Consultas médicas por beneficiário, segundo tipo de consulta e faixa etária. Brasil, 2019 e 2025.

Faixa etária	Consultório 2019	Consultório 2025	Domicílio* 2019	Domicílio* 2025	Pronto-socorro 2019	Pronto-socorro 2025
0 a 19 anos	2,8	2,8	0,2	0,1	1,0	0,9
20 a 29 anos	4,3	3,1	0,2	0,1	1,0	1,0
30 a 39 anos	3,5	3,5	0,2	0,1	0,8	0,8
40 a 49 anos	4,0	4,0	0,3	0,1	0,7	0,7
50 a 59 anos	4,8	4,7	0,5	0,2	0,7	0,7
60 a 69 anos	5,6	5,7	1,1	0,5	0,8	0,7
70 anos ou mais	6,0	6,1	3,5	3,9	1,2	1,0

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS (2026a; 2026b). *Consultas em domicílio por 100 beneficiários.

Na consulta em consultório, que concentra a maior parte do volume, a faixa de 70 anos ou mais realiza mais que o dobro das consultas da faixa de 0 a 19 anos (6,1 contra 2,8 em 2025). A taxa da faixa de 0 a 19 anos, no entanto, reúne grupos com padrões de uso muito diferentes, como as crianças pequenas, que seguem calendário de consultas de puericultura mais intenso, e os adolescentes. Entre 2019 e 2025, o número de beneficiários de 0 a 4 anos caiu 10,1%, e sua participação na faixa de 0 a 19 anos passou de 29,6% para 24,8% (ANS, 2026b), o que tende a reduzir a taxa média do grupo. Nas faixas de 60 anos ou mais, a intensidade ficou praticamente inalterada (de 5,6 para 5,7 entre 60 e 69 anos e de 6,0 para 6,1 entre 70 anos ou mais), o que confirma, no tipo de consulta mais frequente, o resultado da seção anterior. A faixa de 20 a 29 anos

destoa: em 2019, sua taxa (4,3) superava as das faixas de 30 a 49 anos, e em 2025 recuou para 3,1, queda de 28%.

A consulta domiciliar é o achado mais claro a favor da hipótese de que o modelo de cuidado nas faixas mais avançadas está mudando. Trata-se do único tipo de consulta em que a intensidade da faixa de 70 anos ou mais aumentou, de 3,5 para 3,9 consultas por 100 beneficiários, enquanto caiu pela metade ou mais em todas as demais faixas, inclusive na de 60 a 69 anos (de 1,1 para 0,5). O volume ainda é pequeno, mas o atendimento domiciliar se concentra cada vez mais na faixa de 70 anos ou mais, justamente a que mais cresceu na carteira. Para parte desse público, o atendimento no domicílio facilita o acompanhamento contínuo, sobretudo quando há limitações de mobilidade.

A oferta desse tipo de atendimento, porém, não acompanha necessariamente a demanda. Nos Estados Unidos, o número de visitas domiciliares a beneficiários do Medicare cresceu 6,9% entre 2006 e 2011, enquanto a proporção de médicos que as realizavam caiu de 5,1% para 4,5%, com mais profissionais abandonando a prática do que aderindo a ela (SAIRENJI; JETTY; PETERSON, 2016). No Brasil, já se apontava há quase uma década a ausência, na saúde suplementar, de estruturas voltadas à pessoa idosa, como programas de gerenciamento de cuidado e cuidados paliativos (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017), justamente o tipo de modelo que o Projeto Idoso Bem Cuidado procurou estimular. A concentração da consulta domiciliar na faixa de 70 anos ou mais pode ser lida como sinal de que essa lacuna começa a ser enfrentada, ainda que de forma localizada.

O pronto-socorro tem comportamento em “U”: as maiores taxas estão nos extremos, entre os mais jovens (0,9 a 1,0) e na faixa de 70 anos ou mais (1,0 a 1,2). Nesta última, o uso caiu de 1,2 para 1,0 consulta por beneficiário. O resultado diverge de parte relevante da literatura internacional. Em Ontário, no Canadá, as idas ao pronto-socorro aumentaram entre 2003 e 2019 para as pessoas de até 70 anos, enquanto as

internações caíram em todas as faixas (TILLMANN et al., 2021). Na Austrália, as taxas cresceram em todas as idades entre 2003 e 2023, de forma mais intensa entre os maiores de 85 anos (DIOUF et al., 2026). Nos Estados Unidos, entre 1997 e 2007, o aumento concentrou-se nos adultos de 18 a 64 anos, sem variação significativa entre as pessoas idosas (TANG et al., 2010).

A redução observada na saúde suplementar não é explicada pela pandemia, uma vez que 2025 já se encontra fora do período de restrições. Durante a pandemia, aliás, as faixas mais avançadas foram as que menos reduziram o uso do pronto-socorro, tanto na Alemanha (SCHRANZ et al., 2023) quanto em Estocolmo, onde as faixas de 60 a 79 anos já voltavam a crescer em 2021 (DOHENY et al., 2026). Duas hipóteses, não excludentes, podem ser levantadas: a substituição de parte dos atendimentos de urgência por cuidado programado, inclusive domiciliar; e a expansão da teleconsulta após 2020. Há ainda um possível efeito de registro: a ampliação do uso de pacotes no pronto-socorro, que não são captados pelos códigos TUSS de consulta. A base utilizada não permite distinguir entre essas explicações.

3.4 NA ODONTOLOGIA, A RELAÇÃO COM A IDADE SE INVERTE

A Tabela 4 reúne os indicadores das consultas odontológicas. Ao contrário do que ocorre nas consultas médicas, a faixa de 70 anos ou mais é a que menos consulta.

Na cooperativa odontológica, as faixas de 20 a 59 anos realizaram entre 1,1 e 1,3 consulta por beneficiário em 2025, contra 0,4 na faixa de 70 anos ou mais. Entre 2019 e 2025, o uso quase dobrou nas faixas mais jovens (+77,3% a +122,1%) e ficou estável nas mais avançadas (-2,6%). O movimento é oposto ao das consultas médicas: a carteira odontológica de 60 anos ou mais foi a que mais cresceu, mas o uso por beneficiário dessa faixa não acompanhou.

O resultado converge com a literatura nacional. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 34,3% das pessoas idosas haviam consultado um dentista no ano anterior, contra 53,2% dos adultos de 18 a 59 anos, e as que consultaram pagaram diretamente pelo atendimento com mais frequência (66,9% contra 58,8%) (FAGUNDES et al., 2021). A perda dentária acumulada ao longo da vida, a percepção de que ela faz parte do envelhecimento e a cobertura limitada de próteses nos planos são explicações

Tabela 4. Consultas odontológicas por beneficiário, por modalidade e faixa etária. Brasil, 2019 e 2025 — análise com base na utilização observada em 2025.

Faixa etária	Coop. odontológica 2019	Coop. odontológica 2025	Odontologia de grupo 2019	Odontologia de grupo 2025
0 a 19 anos	0,6	1,0	0,2	0,2
20 a 29 anos	0,6	1,2	0,2	0,2
30 a 39 anos	0,6	1,3	0,2	0,2
40 a 49 anos	0,6	1,1	0,2	0,2
50 a 59 anos	0,6	1,1	0,2	0,1
60 a 69 anos	0,6	0,7	0,1	0,1
70 anos ou mais	0,4	0,4	0,1	0,1

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS (2026a; 2026b).

plausíveis para o padrão, mas não podem ser verificadas com os dados aqui utilizados. Do ponto de vista do setor, o crescimento rápido dessa faixa na carteira, combinado ao baixo uso, indica espaço para ampliar o acesso ao cuidado odontológico preventivo, que pode evitar procedimentos de maior complexidade no futuro.

Um cuidado é necessário na leitura desses números, relacionado à qualidade do registro. Uma taxa de 0,1 a 0,2 consulta por beneficiário na odontologia de grupo é muito baixa, e a duplicação do uso na cooperativa odontológica em seis anos pode refletir melhora na informação enviada ao Padrão TISS, e não apenas mais atendimento.

3.5 LIMITAÇÕES

O estudo tem limitações que condicionam a leitura dos resultados. A comparação se apoia em dois anos, e não em uma série. Não é possível saber se 2025 representa um novo patamar ou um ponto de uma trajetória ainda em curso, nem identificar o que ocorreu nos anos intermediários.

Os dados do Padrão TISS dependem da informação enviada pelas operadoras, e a completude e a qualidade desse envio podem ter mudado entre 2019 e 2025. Parte das variações observadas, sobretudo na odontologia, pode decorrer dessas mudanças. A base também não identifica a especialidade médica, o diagnóstico ou a condição funcional do beneficiário, o que impede associar o uso de consultas à necessidade de saúde.

O estudo considerou apenas os códigos TUSS de consulta. Consultas realizadas dentro de pacotes ou registradas em tabelas próprias das operadoras, cada vez mais comuns no pronto-socorro e em especialidades como a oftalmologia, não foram captadas, o que pode subestimar as taxas, sobretudo no pronto-socorro. A teleconsulta, por sua vez, é registrada no

mesmo código da consulta presencial e não pode ser distinguida.

O denominador das taxas é a mediana trimestral do número de beneficiários ao longo de cada ano, o que aproxima a população efetivamente exposta e reduz o efeito de oscilações pontuais da carteira. A mediana, porém, não capta a permanência de cada beneficiário no plano: quem entrou ou saiu ao longo do ano conta no numerador apenas pelas consultas do período em que esteve coberto. Em carteiras que cresceram de forma acelerada dentro do ano, como a odontológica, essa diferença pode afetar levemente as taxas.

Ainda assim, os resultados principais se mantêm consistentes. O gradiente etário de uso aparece em todas as modalidades e nos dois anos, em linha com a literatura. A intensidade de uso na faixa de 70 anos ou mais não aumentou em três das cinco modalidades médico-hospitalares e permaneceu praticamente estável no tipo de consulta mais frequente.

3.6 IMPLICAÇÕES PARA O SETOR

Para as operadoras, o resultado desloca o foco da discussão. Se o aumento da utilização na faixa de 60 anos ou mais vem da composição da carteira, e não de um uso crescente por pessoa, ele é previsível e continuará a ocorrer:

a coorte de 40 a 49 anos, que mais cresceu entre 2019 e 2025, chegará aos 60 anos na próxima década. O planejamento de rede e de precificação pode tratar esse crescimento como dado, e não como risco.

Para a organização do cuidado, o dado mais relevante é a mudança de formato. A concentração da consulta domiciliar na faixa de 70 anos ou mais aponta para um formato de cuidado potencialmente capaz de evitar idas ao pronto-socorro e internações. Avaliar se essa substituição de fato ocorre exige dados de desfecho que este estudo não possui. O setor, no entanto, tem informação suficiente para estruturar programas de cuidado domiciliar e de gestão de condições crônicas voltados a esse público, uma lacuna apontada há anos (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017) e objeto de iniciativas da própria ANS, como o Projeto Idoso Bem Cuidado.

Para a regulação, os resultados reforçam a importância da qualidade dos dados do Padrão TISS. As diferenças observadas na odontologia e em algumas faixas etárias só poderão ser interpretadas com segurança se a completude do envio for monitorada e divulgada. As necessidades desse público também merecem atenção regulatória: entre 2010 e 2012, os beneficiários de 60 anos ou mais responderam por 24,2% das reclamações à ANS, embora representassem 11,8% da carteira, e a maior parte delas dizia respeito a restrições de cobertura (VIEIRA JUNIOR; MARTINS, 2015). Com a ampliação dessa faixa na carteira, iniciativas voltadas ao envelhecimento ativo, como as previstas na RN nº 265/2011, tendem a ganhar relevância.

4. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Entre 2019 e 2025, a saúde suplementar ganhou 1,4 milhão de beneficiários de 60 anos ou mais nos planos médico-hospitalares e 1,6 milhão nos odontológicos. Esse grupo consulta mais que os mais jovens, de 1,4 a 2,0 vezes conforme a modalidade, mas, na maioria das modalidades, não passou a consultar mais do que antes da pandemia. A hipótese de que as pessoas de 60 anos ou mais estão utilizando mais consultas se confirma, portanto, no agregado, e não por pessoa. O principal fator é a mudança na composição etária da carteira.

O estudo mostra, ao mesmo tempo, que o cuidado na faixa de 70 anos ou mais está mudando de formato. A consulta domiciliar se concentrou nessa faixa, e o uso do pronto-socorro recuou, em sentido contrário ao observado em outros países. Na odontologia, a carteira de 60 anos ou mais quase dobrou, mas o uso por beneficiário dessa faixa permaneceu o mais baixo entre todas as faixas.

Os resultados abrem quatro frentes de investigação. A mais imediata é reconstruir a série anual de 2019 a 2025, incorporando os pacotes e as tabelas próprias, para distinguir tendência de flutuação e localizar o momento das mudanças.

A segunda é estender a análise aos exames e às internações, que respondem pela maior parte da despesa assistencial e são, em grande medida, desencadeados pela consulta. A terceira é verificar se a expansão do cuidado domiciliar na faixa de 70 anos ou mais está associada à redução do uso de pronto-socorro e de internações, o que exige dados por beneficiário. A quarta é investigar as diferenças de intensidade de uso entre modalidades, à luz da estrutura de rede e dos modelos de cuidado.

Os resultados indicam que a mudança na composição etária da carteira já se reflete na utilização observada em 2025, e não apenas nas projeções para a próxima década.

A estabilidade da intensidade de uso na faixa de 60 anos ou mais entre 2019 e 2025 sugere que o crescimento da utilização desse grupo pode ser estimado, em boa medida, a partir da evolução da composição da carteira, o que favorece o planejamento atuarial e de rede. A conjunção desses fatores reforça a necessidade de que operadoras, prestadores e regulador incorporem o efeito composição ao dimensionamento da rede e à estruturação de linhas de cuidado voltadas às pessoas idosas, com foco em autonomia, prevenção e continuidade do cuidado.

5. REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas para população-alvo específica e programas para gerenciamento de crônicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 488, de 29 de março de 2022. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2022.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados abertos: produção ambulatorial do Padrão TISS, competências de 2019 e 2025. Rio de Janeiro: ANS, 2026a.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários (SIB): beneficiários por faixa etária e modalidade, 2019 e 2025. Rio de Janeiro: ANS, 2026b.
- ASHMAN, J. J.; RUI, P.; OKEYODE, T. Characteristics of office-based physician visits, 2014. NCHS Data Brief, Hyattsville, n. 292, 2017.
- ASHMAN, J. J.; SANTO, L.; OKEYODE, T. Characteristics of office-based physician visits, 2018. NCHS Data Brief, Hyattsville, n. 408, 2021.
- BARNETT, M. L. et al. Trends in outpatient care for Medicare beneficiaries and implications for primary care, 2000 to 2019. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 174, n. 12, p. 1658-1665, 2021.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998.
- DIOUF, I. et al. Time trends in the rates of ED visits in Australia, an age-period-cohort approach. Emergency Medicine Australasia, 2026.
- DOHENY, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits in region Stockholm: a population-based study between 2018-2021. BMC Public Health, London, 2026.
- FAGUNDES, M. L. B. et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 24, supl. 2, e210004, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210004.supl.2.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070: revisão 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Impacto do envelhecimento sobre as despesas assistenciais da saúde suplementar (2020-2031). São Paulo: IESS, 2021. (Texto para Discussão, n. 79). Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-06/TD79.pdf>. Acesso em: 7 out. 2026.

INSTITUTO DE LONGEVIDADE. Projeto Idoso Bem Cuidado. 13 mar. 2018. Disponível em: <https://institutodelongevidade.org/longevidade-e-saude/projeto-idoso-bem-cuidado>. Acesso em: 14 out. 2026.

KOHNKE, H. et al. Long-term trends in specialized outpatient health care utilization: an analysis in the context of a primary health care reform. BMC Health Services Research, London, v. 25, 2025. DOI: 10.1186/s12913-025-12924-1.

OLIVEIRA, M.; VERAS, R.; CORDEIRO, H. Supplementary health and aging after 19 years of regulation: where are we now? Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 624-633, 2017. DOI: 10.1590/1981-22562017020.170132.

SAIRENJI, T.; JETTY, A.; PETERSON, L. E. Shifting patterns of physician home visits. Journal of Primary Care & Community Health, v. 7, n. 2, p. 71-75, 2016. DOI: 10.1177/2150131915616366.

SALAS, J. et al. Infant, pediatric and adult well visit trends before and during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. BMC Health Services Research, London, v. 22, 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-07719-7.

SCHRANZ, M. et al. Changes in emergency department utilisation in Germany before and during different phases of the COVID-19 pandemic, using data from a national surveillance system up to June 2021. BMC Public Health, London, v. 23, art. 799, 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-15375-7.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, supl. 1, 5s, 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051000243.

TANG, N. et al. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. JAMA, Chicago, v. 304, n. 6, p. 664-670, 2010.

TILLMANN, B. W. et al. Acute healthcare resource utilization by age: a cohort study. PLoS One, San Francisco, v. 16, n. 5, e0251877, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0251877.

VIEIRA JUNIOR, W. M.; MARTINS, M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3817-3826, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.11082014.



**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

contato@iess.org.br

