

GRUPO I – CLASSE V – tagColegiado

TC 011.542/2026-8

Natureza: Acompanhamento.

Órgão/Entidade: Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: ACOMPANHAMENTO. BARREIRAS DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL. AUTORIZAÇÃO PARA TRATATIVAS COM VISTAS À CELEBRAÇÃO DE COMPROMISSO CIDADÃO. PROJETO PILOTO NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 3 DO DF. NECESSIDADE DE DEFINIÇÃO DE PLANO DE TRABALHO, INDICADORES, METAS, GOVERNANÇA, PARTICIPAÇÃO ESTRUTURADA DA SOCIEDADE E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO. COMUNICAÇÕES.

RELATÓRIO

Adoto como relatório a instrução produzida no âmbito da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), que obteve a concordância de seus dirigentes (peças 5-7):

“INTRODUÇÃO

1. O câncer representa um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil e no mundo, desde a prevenção, diagnóstico, até o controle da doença. De acordo com estimativas feitas em 2019 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é a primeira ou segunda principal causa de morte antes dos 70 anos de idade em 112 dos 183 países analisados, ocupando, também, o terceiro ou quarto lugar em outros 23 países. Estimativa feita pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) sobre o avanço do câncer para cada ano do triênio de 2023-2025, aponta cerca de 704 mil casos de câncer no Brasil, tendo a maior incidência nas regiões Sul e Sudeste ([https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2024/custo-do-cancer-no-sus/#:~:text=Estimativa%20feita%20pelo%20INCA%20\(Instituto%20Nacional%20do,maior%20incid%C3%Aancia%20nas%20regi%C3%B5es%20Sul%20e%20Sudeste](https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2024/custo-do-cancer-no-sus/#:~:text=Estimativa%20feita%20pelo%20INCA%20(Instituto%20Nacional%20do,maior%20incid%C3%Aancia%20nas%20regi%C3%B5es%20Sul%20e%20Sudeste), acesso em 2/3/2026).
2. De acordo com o INCA/Ministério da Saúde, em página do Gov.br sobre a Estimativa 2026–2028, no Brasil, o câncer de colo de útero segue entre os tumores mais incidentes em mulheres de algumas regiões e mantém uma mortalidade elevada, apesar de ser uma doença amplamente prevenível.
3. No Distrito Federal, foi possível levantar um diagnóstico preliminar das filas existentes para acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero. Em decorrência de trabalhos anteriores e de uma aproximação estratégica desenvolvida com gestores da Administração Central e das Superintendências Regionais, vislumbra-se a oportunidade de celebrar uma parceria com a Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) no formato de Compromisso Cidadão, com o objetivo de buscar soluções para as barreiras de acesso relacionadas ao diagnóstico e tratamento da lesão precursora e do câncer do colo de útero, visando a redução do tempo de espera nas filas e resultados concretos para a vida das usuárias.

Figura 1 – Dados das filas de Espera de Panorama 3 do DF



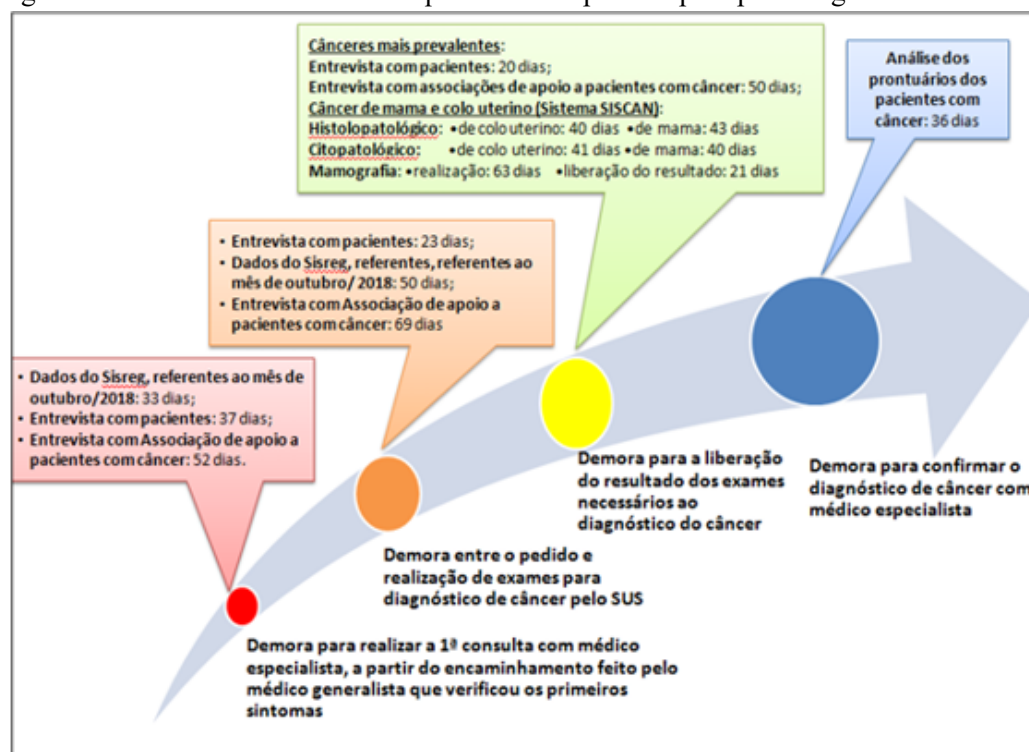
Fonte: Mapa Social do DF, a partir de dados do Sisreg.

HISTÓRICO

Processo do TCU sobre o Câncer

1. Em 2018, a então Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) realizou auditoria operacional com objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer quanto ao acesso a serviços de diagnóstico. O TC 023.655/2018-6 consolidou o relatório da fiscalização de orientação centralizada, sob relatoria do Ministro Augusto Nardes, e resultou no Acórdão 1944/2019 – TCU – Plenário.
2. A auditoria concluiu que o diagnóstico de câncer no Brasil não é realizado em tempo oportuno, resultando em um elevado índice de pacientes que iniciam o tratamento já em **estágios avançados (III e IV)**. Em alguns tipos da doença, cerca de **80% dos casos são detectados tardiamente**, o que reduz drasticamente as chances de sobrevivência, compromete a qualidade de vida dos pacientes e onera o sistema de saúde com tratamentos mais complexos e custos previdenciários elevados. Verificou-se que esse cenário de ineficiência persiste mesmo após recomendações de fiscalizações anteriores, evidenciando falhas estruturais na implementação da política pública.
3. Entre as causas críticas da demora, a fiscalização identificou **gargalos em todas as etapas do itinerário do paciente**, desde a dificuldade para realizar a primeira consulta com especialista até a demora excessiva na liberação de laudos de biópsia. O sistema enfrenta uma rede de exames insuficiente e mal distribuída, além de uma **grave carência de profissionais especializados**, como médicos patologistas e oncologistas. Somam-se a isso deficiências na regulação do acesso, que muitas vezes gera ociosidade em hospitais enquanto as filas crescem, e uma **tabela de remuneração do SUS defasada**, que desestimula prestadores de serviço a ofertarem exames diagnósticos essenciais.

Figura 2 - Conclusões da Auditoria quanto ao tempo de espera para diagnóstico do câncer.



Fonte: TC 023.655/2018-6, elaboração própria.

4. Por fim, a auditoria destacou a **ausência de dados confiáveis e de indicadores de desempenho** que permitam aos gestores monitorar os tempos de espera e os custos reais do diagnóstico. Sem essas informações, as decisões políticas tornam-se frágeis e desconectadas da realidade epidemiológica local. Diante desse diagnóstico, o TCU determinou ao Ministério da Saúde a elaboração de um **plano de ação estruturante** para mitigar a intempestividade, incluindo a criação de diretrizes para linhas de cuidado por tipo de câncer, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação e a avaliação de novos modelos remuneratórios por pacotes de procedimentos.

5. Em monitoramento realizado no ano de 2023, TC 033.435/2023-5, o Acórdão 423/2025-TCU-Plenário considerou em implementação as medidas apresentadas no plano de ação formulado pelo Ministério da Saúde para dar atendimento às deliberações do Acórdão 1.944/2019-TCU-Plenário, e aprovou o plano de monitoramento proposto para continuar o acompanhamento dessas ações.

6. Destaque-se que os achados e encaminhamentos dessa auditoria serviram de subsídio para a formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), instituída pela Lei 14.758/2023.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Diagnóstico tardio e custo do tratamento

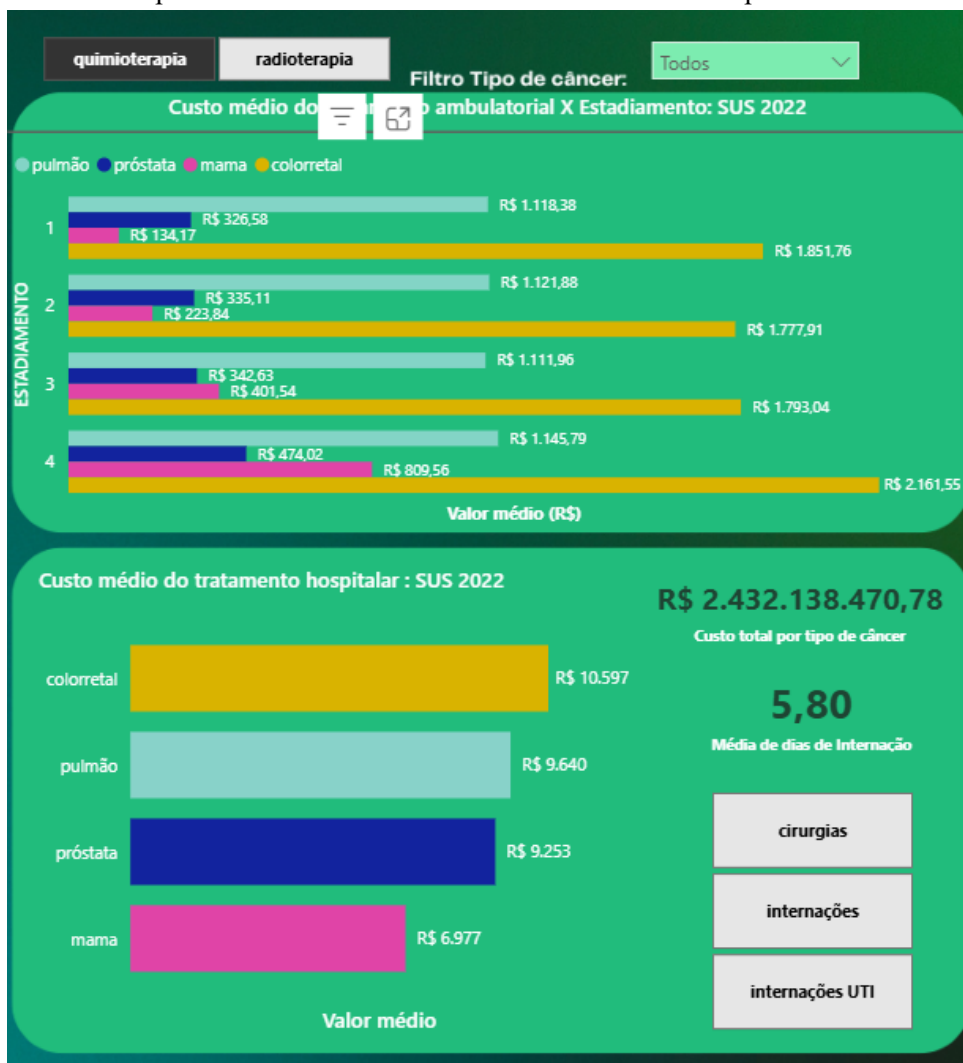
7. A detecção precoce do câncer reduz consideravelmente seu impacto financeiro no sistema de saúde e aumenta as chances de cura. O tratamento eficaz nas primeiras fases é mais barato e permite que as pessoas continuem trabalhando e apoiando suas famílias, o que impacta não apenas o sistema de saúde, mas toda a cadeia econômica.

8. A Organização Panamericana de Saúde identificou que os países de baixa e média renda enfrentam mais dificuldades para oferecer serviços de diagnóstico eficazes, com exames de imagem, laboratório e patologia, todos essenciais para detectar a doença e planejar o tratamento. A OMS encoraja esses países a incorporarem, em seus sistemas de saúde, serviços básicos de diagnóstico precoce que tenham grande impacto e baixo custo, o que facilita a detecção do câncer em fases iniciais e possibilita a aplicação de tratamentos que costumam ser mais efetivos, menos complexos e mais baratos. Estudos realizados em países de alta renda comprovaram que o tratamento de pacientes com câncer diagnosticado precocemente é de duas a quatro vezes menos dispendioso quando comparados aos tratamentos dados às pessoas que tiveram câncer diagnosticado em uma fase mais avançada. (<https://www.paho.org/pt/noticias/3-2-2017->

diagnostico-precoce-do-cancer-salva-vidas-e-reduz-custos-tratamento#:~:text=Diagn%C3%B3stico%20precoce%20do%20c%C3%A2ncer%20salva,Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan%2DAmericana%20da%20Sa%C3%BAde, acesso em 2/3/2026).

9. Estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) sobre o Custo do Câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) apontou que o custo direto do tratamento do câncer, excluindo promoção e prevenção, foi de 3,9 bilhões de reais no ano de 2022. Cerca de 77% dos gastos, equivalentes a 3 bilhões de reais, estão relacionados a tratamento a nível ambulatorial, tais como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Os procedimentos hospitalares, como internações e cirurgias, somaram quase 900 milhões de reais ou 23% dos gastos diretos. Foi analisado, para as principais neoplasias que vêm crescendo no Brasil, o custo médio do tratamento ambulatorial no SUS de acordo com o grau de estadiamento, assim como o custo médio do tratamento hospitalar. A pesquisa apontou que os estadiamentos avançados estão relacionados com maior custo no tratamento, e que estadiamentos precoces estão relacionados com maior chance de cura e tratamento menos agressivos. Por exemplo, para o tratamento de quimioterapia no câncer de mama, o valor médio aumenta 503%, indo de R\$134,17 (estadiamento 1) para R\$809,56 (estadiamento 4). Já o tratamento hospitalar para esse tipo de câncer tem custo médio de R\$ 6.977,00. ([https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2024/custo-do-cancer-no-sus/#:~:text=Estimativa%20feita%20pelo%20INCA%20\(Instituto%20Nacional%20do,maior%20incid%C3%A2ncia%20nas%20regi%C3%B5es%20Sul%20e%20Sudeste, acesso em 3/3/2026\).](https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2024/custo-do-cancer-no-sus/#:~:text=Estimativa%20feita%20pelo%20INCA%20(Instituto%20Nacional%20do,maior%20incid%C3%A2ncia%20nas%20regi%C3%B5es%20Sul%20e%20Sudeste, acesso em 3/3/2026).)

Figura 3 – Custo médio do tratamento de câncer ambulatorial por estadiamento e custo médio do tratamento hospitalar.



Fonte: Dados extraídos do Observatório de Oncologia, acesso em 20/3/2026.

10. De acordo com estimativas do Inca, os tipos de câncer mais incidentes no Brasil em 2026 serão de Próstata e Cólon e reto para homens, e Mama, Cólon e reto e Colo do útero para mulheres (<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/por-estado-e-capital/brasil/brasil-consolidado>, acesso em 3/3/2026):

Figura 4 – Estimativa dos dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil em 2026

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2026 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização primária	Casos	%
Próstata	77.920	30,5%			Mama feminina	78.610	30,0%
Cólon e Reto	26.270	10,3%			Colon e Reto	27.540	10,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.730	7,3%			Colo do útero	19.310	7,4%
Estômago	13.830	5,4%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.650	6,4%
Cavidade Oral	12.260	4,8%			Glândula Tireoide	13.310	5,1%
Bexiga	9.040	3,5%			Corpo do útero	9.650	3,7%
Esôfago	8.750	3,4%			Estômago	8.700	3,3%
Fígado	7.340	2,9%			Ovário	8.020	3,1%
Laringe	7.310	2,9%			Pâncreas	6.910	2,6%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.980	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10

Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA.

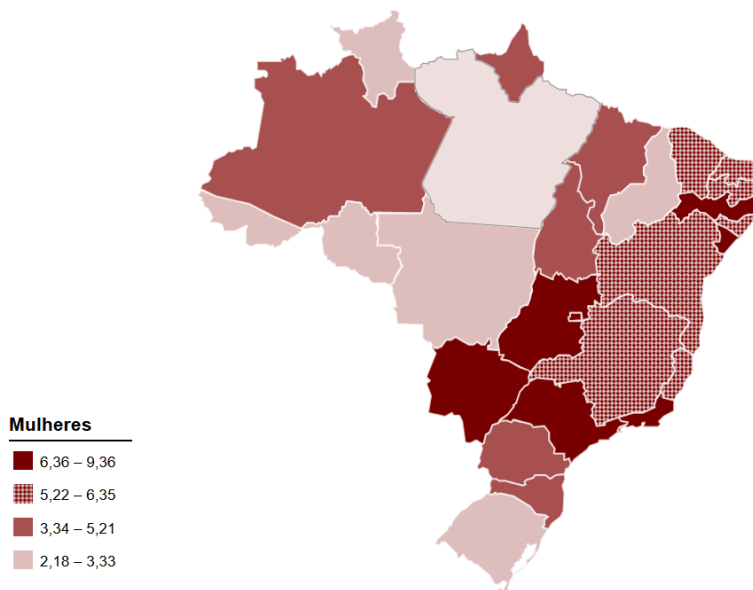
11. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 37% dos casos de câncer no mundo — aproximadamente 7,1 milhões em 2022 — poderiam ser evitados. Três tipos de câncer — pulmão, estômago e colo do útero — representaram quase metade de todos os casos de câncer evitáveis, tanto em homens quanto em mulheres, globalmente. O câncer de pulmão esteve principalmente associado ao tabagismo e à poluição do ar, o câncer de estômago foi amplamente atribuído à infecção por *Helicobacter pylori*, e o câncer de colo do útero foi majoritariamente causado pelo vírus do papiloma humano (HPV) (<https://www.who.int/news/item/03-02-2026-four-in-ten-cancer-cases-could-be-prevented-globally>, acesso em 23/3/2026).

12. O câncer do colo do útero é amplamente evitável por meio da vacinação contra o HPV e do rastreamento regular, e pode ser curado quando detectado precocemente e tratado de forma adequada. Ainda assim, é o quarto tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, com cerca de 660 mil novos casos e 350 mil mortes em 2022. A maior incidência e mortalidade ocorrem em países de baixa e média renda, refletindo desigualdades no acesso à vacinação, ao diagnóstico precoce e ao tratamento, além de fatores sociais e econômicos. A doença é causada pela infecção persistente pelo HPV e mulheres vivendo com HIV têm um risco seis vezes maior de desenvolvê-la (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>, acesso em 20/3/2026).

13. A OMS divulgou em 2019 a Estratégia Global para a Eliminação do Câncer do Colo do Útero como Problema de Saúde Pública. O documento define objetivos centrais e metas a serem alcançadas até 2030, com o propósito de colocar o mundo no caminho da eliminação da doença, estabelecendo como referência uma taxa inferior a 4 casos por 100 mil mulheres/ano. A estratégia estabeleceu os chamados alvos 90–70–90 até 2030: 90% das meninas totalmente vacinadas contra o HPV até os 15 anos; 70% das mulheres rastreadas com testes de alta performance aos 35 anos e novamente aos 45 anos; e 90% das mulheres com doença cervical recebendo tratamento adequado — incluindo 90% das lesões pré-cancerosas tratadas e 90% dos casos de câncer invasivo devidamente manejados (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>, acesso em 20/3/2026).

14. No Brasil, temos quase 20 mil novos casos de câncer de colo de útero por ano, e mais de 7 mil mortes. Apesar de ser uma doença amplamente prevenível, o câncer de colo de útero segue entre os tumores mais incidentes em mulheres em algumas regiões, ao passo que essa doença está praticamente desaparecendo em vários países (<https://abrale.org.br/abrale-na-midia/cancer-no-brasil-expoe-pais-dividido-entre-prevencao-e-diagnostico-tardio-veja-tipos-mais-letais-por-regiao/>, acesso em 23/3/2026).

Figura 5 - Neoplasia maligna do corpo do útero: distribuição espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2026, por Unidade da Federação.



Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA.

Marco legal sobre o Câncer

15. De acordo com a Lei 12.732/2012 (Lei dos 60 dias), regulamentada pela Portaria GM/MS 876/2013, o paciente com câncer tem direito de iniciar o primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias, contados a partir da data em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, de acordo com a necessidade terapêutica registrada no prontuário único do paciente.

16. Essa lei foi posteriormente alterada pela Lei 13.896/2019 (Lei dos 30 dias), estabelecendo que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.

17. Em 2021 foi sancionada a Lei 14.238/2021, instituindo o Estatuto da Pessoa com Câncer. Ela estabeleceu um conjunto de diretrizes que visam garantir que todos os pacientes tenham acesso a tratamentos adequados e a informações necessárias para lidar com a doença, promovendo a dignidade e a inclusão social. Diagnóstico precoce, acesso a tratamento adequado e assistência social e jurídica foram alguns dos direitos garantidos no texto da norma.

18. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), sancionada por meio da Lei 14.758/2023, transformou em obrigação legal o que antes estava apenas em normas do Ministério da Saúde. Destaca-se a previsão do cuidado integral, assim definido:

Art. 2º, § 1º - Fazem parte do cuidado integral referido no inciso II do caput deste artigo a prevenção, o rastreamento, a detecção precoce e o diagnóstico do câncer, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos do paciente, bem como o apoio psicológico oferecido a ele e a seus familiares.

19. Ademais, a lei prevê a criação de um banco de dados que permita ao poder público analisar informações sobre casos suspeitos e confirmados de câncer, assim como do processo de assistência prestado ao paciente.

20. Essas leis constituem marco significativo para a proteção dos direitos dos pacientes com câncer no Brasil. Entretanto, a realidade dos usuários em busca de tratamento no SUS é bastante distinta da previsão legal, enfrentando filas que constituem verdadeiras barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento oportunos.

Barreiras de acesso – Filas para consultas e exames

21. Levantamentos realizados pelo Movimento Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC) apontaram que pacientes do SUS aguardam, em média, 50 dias apenas para a confirmação do diagnóstico e até 75 dias para começar o tratamento, com situação mais crítica em alguns estados e enorme disparidade regional. Em São Paulo, dados de março de 2025 apontam fila de mais de 2,5 mil cirurgias oncológicas, com tempo

médio de espera de 161 dias, mais de cinco meses, embora seja a região Sudeste que apresenta maior volume de serviços. O Norte e o Nordeste, por sua vez, registram os maiores atrasos, devido à falta de infraestrutura e de profissionais especializados (<https://www.grupomedcof.com.br/blog/espera-tratamento-cancer-sus/>, acesso em 2/3/2026).

22. As enormes filas para consultas e procedimentos da Atenção Especializada são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como uma situação grave, e tem sido objeto de ações e políticas públicas recentes, como o Programa Nacional de Redução de Filas de 2023 (PNRF), o Programa Mais Acesso a Especialistas de 2024 (PMAE) e o Programa Agora tem Especialistas de 2025 (PATE).

23. As barreiras de acesso para a atenção especializada têm múltiplas causas e realidades diversas entre as diferentes regiões do país: deficiência na gestão regulatória do acesso; sistemas informatizados dispersos que não se comunicam entre si e baixa qualidade dos dados; modelo de atenção fragmentado centrado em procedimentos isolados; modelo de pagamento que não favorece a integração do cuidado; oferta insuficiente de serviços e vazios assistenciais, entre outros. Além disso, a baixa integração entre a atenção primária à saúde (APS) e a atenção especializada à saúde (AES) e a pouca implementação da telerregulação assistencial (uso de teleconsulta para qualificar o encaminhamento) faz com que as filas não sejam reavaliadas pela sua pertinência antes do agendamento, sobrecarregando o sistema com encaminhamentos desnecessários. Esse cenário complexo e as fragilidades de gerenciamento do acesso aos procedimentos da Atenção Especializada têm como resultado um quadro de desconhecimento, por parte dos órgãos de gestão do SUS, quanto à real situação das filas.

24. Esse problema também foi constatado no Distrito Federal, em Auditoria Operacional nas Redes de Atenção à Saúde do DF, realizada em parceria com o Tribunal de Contas do Distrito Federal (TC 019.812/2024-8). Porém, no DF existe uma plataforma construída pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios que permite consultar quantas pessoas estão nas filas de espera para os atendimentos especializados, a partir dos dados do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) - que organiza as filas de acesso para consultas, exames e cirurgias. Entretanto, esse mapa confere transparência apenas para as filas do Panorama 3, ou seja, aquelas objeto de regulação central (no caso do DF, distrital), e ainda assim, com limitações.

Situação do DF

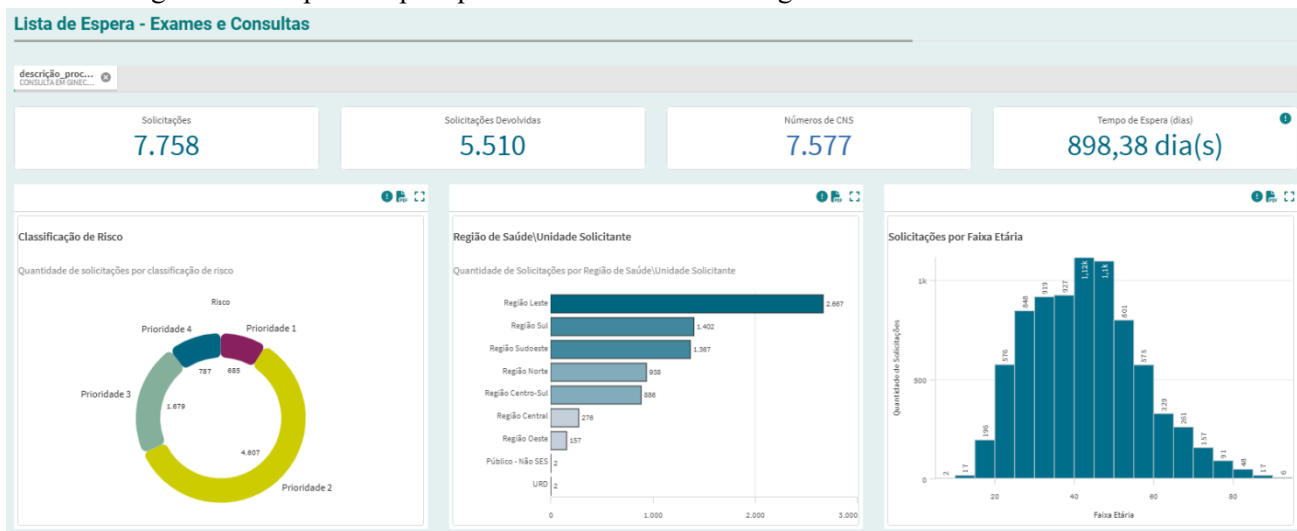
25. O diagnóstico de câncer de colo do útero no DF hoje encontra-se impactado por diversas filas, como para Consulta com Ginecologista-Obstetra (GO) Geral, Exame de colposcopia e Exame de ecografia (US). A realização de procedimentos relacionados ao câncer também é impactada por fila para avaliação de risco cirúrgico com cardiologista e pela falta de anestesista no DF (necessário para biópsias e cirurgias).

26. A primeira fila para o diagnóstico de mulheres com suspeita de câncer é com o especialista Ginecologista-Obstetra Geral (GO-Geral). A usuária que sai da unidade básica de saúde (UBS) com alguma suspeita de câncer precisa passar pelo GO-geral para ter o diagnóstico de câncer e ser encaminhada ao especialista em oncologia. Se a fila GO-geral está impactada, a usuária que tem alguma alteração relacionada ao câncer fica prejudicada no seguimento do diagnóstico.

27. Além disso, as diferentes afecções ginecológicas precisam passar primeiro pelo especialista geral para depois ir para o subespecialista. Por exemplo, o exame de nódulo de mama necessariamente tem que passar pelo GO-geral para depois ir para o mastologista. O mastologista faz o pedido de ecografia e mamografia e, se houver alteração, ele agenda as biópsias. Logo, como todos os casos de suspeita de câncer em mulheres têm que passar primeiro pelo GO-Geral, as pacientes mais graves sofrem maior impacto com a fila de GO-geral.

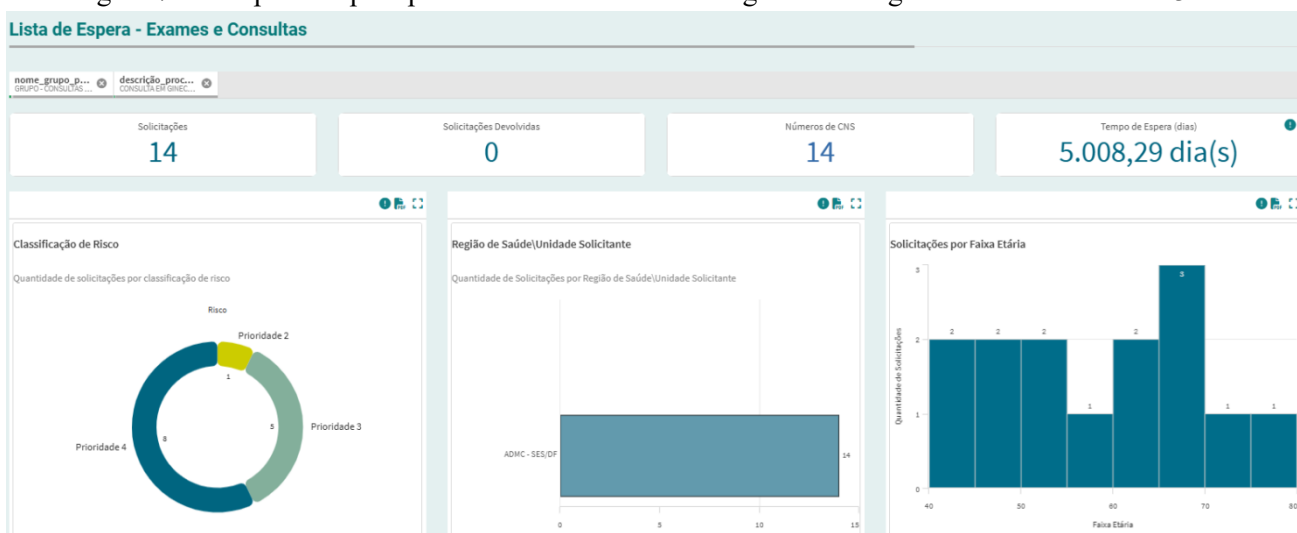
28. Embora haja uma classificação das usuárias na fila de acordo com o grau de prioridade, os tempos de espera na média são bastante elevados, conforme se observa em pesquisa no Mapa Social da Saúde. Em consulta realizada em 28/5/2026, existiam 7.758 solicitações de Consulta em Ginecologia-Geral, com tempo de espera na fila de 898,38 dias. As solicitações são identificadas por região de origem, faixa etária e classificação de risco (prioridades 1 a 4). A consulta com ginecologista-oncologista, por sua vez, tem 14 solicitações apenas, mas tempo de espera de 5.008,29 dias.

Figura 6 - Tempo de espera para Consulta em Ginecologia-Geral no DF - Panorama 3



Fonte: Mapa Social do DF, a partir de dados do Sisreg (<https://paineis-ext.mpdf.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html>, acesso em 28/5/2026).

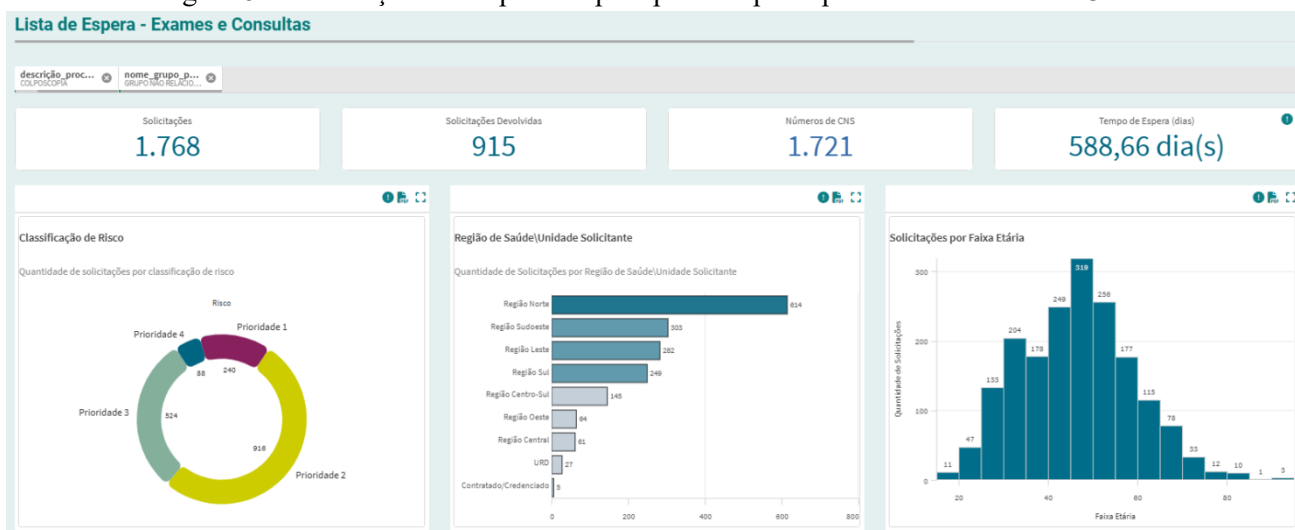
Figura 7 – Tempo de espera para Consulta com Ginecologista-oncologista no DF - Panorama 3



Fonte: Mapa Social do DF, a partir de dados do Sisreg (<https://paineis-ext.mpdf.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html>, acesso em 28/5/2026).

29. O exame de colposcopia também apresenta filas críticas para os diagnósticos de câncer em todo o DF. Esse é o exame que verifica as lesões de colo de útero **quando já há suspeita de câncer**. A usuária pode ter sido detectada detectada por meio do exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau), e a colposcopia vai mostrar o grau da lesão e se o risco é alto, moderado ou baixo. Em consulta realizada em 28/5/2026 havia 1.768 solicitações na fila de Panorama 3, com tempo de espera de 588,66 dias.

Figura 8 – Solicitações e tempo de espera para Colposcopia no DF - Panorama 3

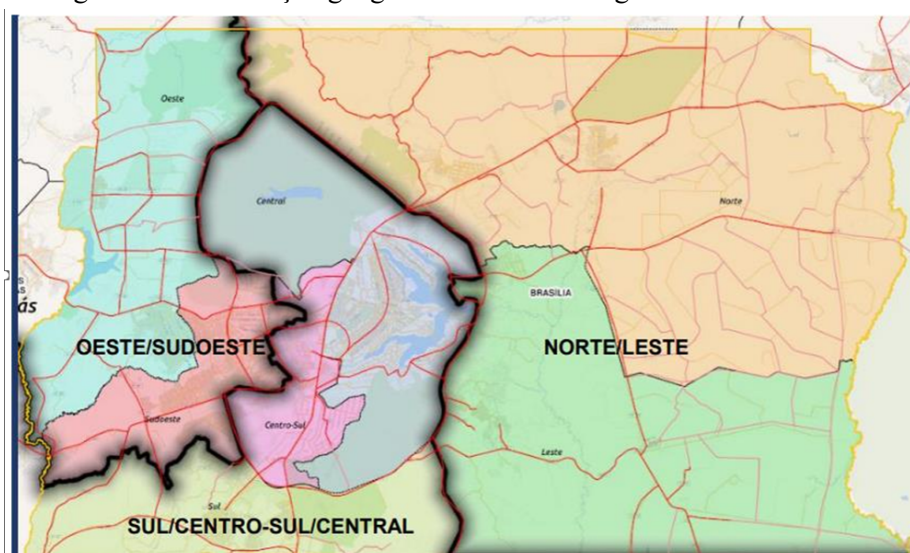


Fonte: Mapa Social do DF, a partir de dados do Sisreg (<https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html>, acesso em 28/5/2026).

30. Dentre as **causas preliminares** que resultam nessas barreiras de acesso, de acordo com informações apresentadas por gestores e profissionais de saúde do DF, podem ser destacadas, principalmente, a insuficiência de recursos humanos (em especial de médicos ginecologistas) e a falta de equipamentos de colposcopia e de insumos (alças elétricas de LEEP, filtros para aspiração de vapores e espêculos de duto de aspiração).

31. A AudSaúde vem realizando reuniões de aproximação com gestores e profissionais de saúde da SES-DF, nas quais houve sintonia nas preocupações com o tema e interesse em trabalhar conjuntamente de maneira colaborativa para o enfrentamento desse problema. Nesses encontros, vem sendo construída uma proposta para desenvolvimento de projeto piloto que analise a situação das usuárias de câncer de colo do útero na Macrorregião 3 do DF, identificando as causas e buscando possíveis soluções para o problema, que posteriormente poderão ser replicadas no resto do DF ou em outros estados do país.

Figura 9 – Delimitação geográfica das Macrorregiões de Saúde do DF.



Fonte: SES/SUPLANS.

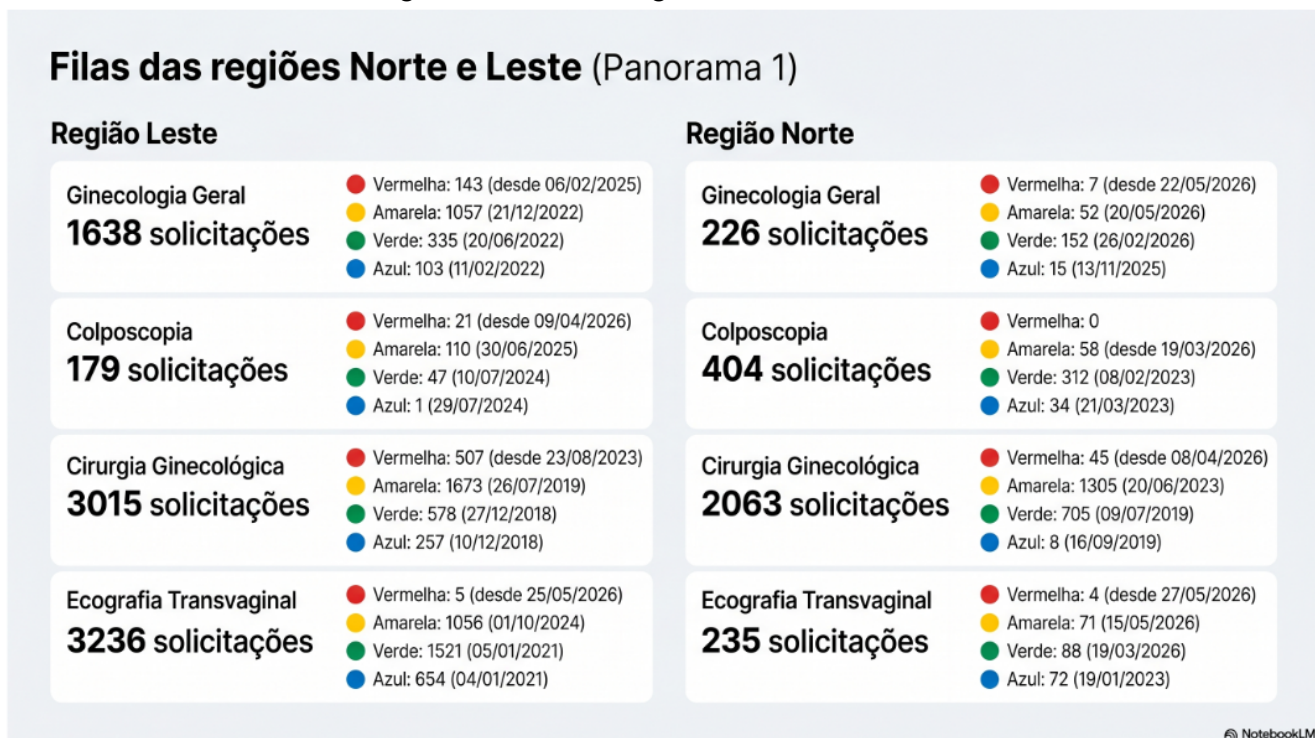
32. A Macrorregião 3 é composta das regiões Leste e Norte do DF, as quais constituiram o escopo da Auditoria Operacional nas Redes de Atenção à Saúde do DF realizada em 2024 (TC 019.812/2024-8), e onde foi desenvolvida uma aproximação com os gestores e profissionais da assistência, facilitando a atuação conjunta e convergente, essencial para a construção de um Compromisso Cidadão articulado pelo TCU.

33. Vale dizer que a Região Leste do DF desde 2017 vem passando pelo processo de Planificação¹, que organizou sua rede de atenção à saúde e os processos de trabalho nas linhas de cuidado de Doenças Crônicas – Diabetes e Hipertensão - e Materno e Infantil. A região Norte, por sua vez, embora ainda não contemplada com essa iniciativa (não planificada), compõe a Macrorregião de saúde 3 juntamente com a Leste, de maneira que as duas já desenvolvem uma atuação articulada para a regulação de vagas e encaminhamento de usuários entre seus serviços de saúde. Essa organização da Rede e a maturidade das Regiões na integração e articulação entre os serviços constituem-se em oportunidade vantajosa para a construção desse trabalho de Compromisso Cidadão.

34. A Macrorregião 3 também se mostra interessante como objeto desse projeto piloto tendo em vista alguns indicadores. A Leste é a região que possui maior número de solicitações de Consulta em Ginecologia-Geral do DF: 2667 das 7.758 solicitações totais (vide figura 4 supra). E a Norte possui o maior número de solicitações de exame de colposcopia do DF: 614 das 1.768 solicitações totais (vide figura 6 supra).

35. Como dito anteriormente, os dados extraídos do Mapa Social do DF referem-se às solicitações de Panorama 3, que passam pela regulação central. Além dos dados expostos nas figuras 4 a 6 supra, as regiões apresentam as seguintes filas de regulação (Panorama 1):

Figura 10 – Filas das regiões Norte e Leste



Fonte: Elaboração própria a partir de dados enviados pelas Regiões Norte (28/6/2026) e Leste (1/6/2026)

36. Diante desse quadro, a AudSaúde vem realizando reuniões com representantes das Superintendências das Regiões Norte e Leste e de secretarias especializadas da Administração Central da SES-DF, levantando informações e construindo parcerias para a construção de um Compromisso Cidadão que busque soluções para esse problema.

37. Em 16/4/2026, foi enviado o OFÍCIO 0020/2026-TCU/AudSaúde (peça 3) para o Secretário de Saúde do DF Juracy Cavalcante Lacerda Júnior, apresentando a ideia do Compromisso Cidadão e solicitando uma reunião para discussão da proposta. A reunião foi realizada em 15/5/2026, na qual o

¹ Planificação é a metodologia desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) a com base na Teoria da Construção Social da Saúde, de Eugênio Vilaça, que visa à organização das Redes de Atenção à Saúde no território, bem como ao aprimoramento e padronização dos processos de trabalho, a partir de linhas de cuidado definidas, trazendo valor em saúde para o cuidado oferecido ao usuário.

Secretário e sua equipe demonstraram interesse e disposição para o desenvolvimento desse trabalho colaborativo, tendo formalizado a resposta por meio do Ofício 1056/2026 - SES/GAB/ASDOC (peça 4).

Requisitos para o Compromisso Cidadão

38. Conforme a última versão do documento em elaboração para a realização de um Compromisso Cidadão (janeiro/2026), o TCU deve verificar se o tema é relevante, envolve múltiplos atores, apresenta interesse público claro e possui condições de transformação por meio de cooperação. A escolha adequada do problema é determinante para garantir que esse instrumento seja direcionado a questões que realmente impactem o cidadão e seja bem-sucedido, e isso inclui a verificação da transformabilidade.

39. Um problema é considerado transformável quando: é mais que um sintoma — possui causas compreensíveis e tratáveis; há capacidade de ação (mandatos, instrumentos e condições institucionais) para intervir; existem atores interessados e com disposição para assumir corresponsabilidade pelo seu enfrentamento; o contexto permite experimentação, aprendizado e ajuste; a mudança esperada gera valor público perceptível.

40. A importância do tema é evidente diante do número de mulheres que não conseguem diagnóstico e tratamento oportuno para uma doença prevenível e tratável, conforme relatado. Isso implica não apenas no avanço da doença e redução de chances de cura, como também gera maior pressão financeira sobre o sistema de saúde, reforçando o interesse público para a atuação do TCU. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estima que o tratamento pode ficar até 37% mais caro quando o diagnóstico é feito em estágio avançado (<https://www.grupomedcof.com.br/blog/espera-tratamento-cancer-sus/>, acesso em 20/3/2026).

41. A busca por soluções depende da coordenação e articulação de esforços de múltiplos atores públicos e privados da esfera federal e distrital. A Secretaria de Atenção Especializada (SAES) do Ministério da Saúde destaca-se como de suma importância, em especial por ser de sua gestão o Programa Agora Tem Especialista (PATE), que já está em aplicação no DF e apresenta oportunidades de melhoria. A AudSaúde realizou auditoria recentemente nesse programa (TC 015.703/2025-8), que se encontra com proposta de mérito aguardando pronunciamento do gabinete do relator, Ministro Bruno Dantas. Além de ter sido estabelecida uma aproximação do TCU com os servidores dessa secretaria, a proposta de construção do Compromisso Cidadão no DF já foi apresentada e houve abertura para participar na experimentação dessa inovação.

42. Para garantir a representação social na construção desse Compromisso Cidadão, podem ser convidados a colaborar na busca de soluções o Conselho Distrital de Saúde e entidades associativas temáticas, como o Instituto Lado a Lado pela Vida e o Movimento Todos Juntos Contra o Câncer.

43. O Movimento Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC) congrega entidades regionais, desenvolve parcerias com instituições públicas voltadas ao cuidado do paciente com câncer e promove eventos sobre o tema, inclusive com participação do TCU. Em 2015, lançou o Observatório de Oncologia, plataforma on-line para consolidação, análise e publicação de dados abertos e compartilhamento de informações relevantes da área de Oncologia do país. A fim de melhorar a atenção aos pacientes com câncer no Brasil, o Observatório de Oncologia monitora a implementação da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e com os dados, dá suporte aos líderes da saúde na construção de planejamento estratégico e políticas públicas baseadas em evidências.

44. O Instituto Lado a Lado pela Vida realizou em abril desse ano a Edição Especial do Global Fórum 2026, tendo como tema central ‘Os caminhos da atenção oncológica no Brasil: integração do cuidado, decisões em saúde e a navegação do paciente’. O evento contou com a participação da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer (órgão da SES-DF), do Instituto Nacional do Câncer (Inca), setores do Ministério da Saúde, parlamentares da esfera federal e distrital, representantes da indústria farmacêutica, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros.

45. A AudSaúde esteve representada no evento, onde foram iniciados contatos com relevantes atores que podem atuar como colaboradores na construção desse Compromisso Cidadão, como o Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Assessor da Política de Prevenção e Controle do Câncer no DF (Asccan-DF), e com as dirigentes das duas entidades não governamentais, TJCC e Lado a Lado pela Vida, cuja experiência e representatividade social podem somar nesse processo colaborativo.

46. Além desses institutos, outras formas de participação cidadã podem ser sugeridas ao longo do processo, a fim de garantir a representatividade e controle social no acompanhamento dos trabalhos e monitoramento dos resultados.

47. Portanto, muitos atores que podem colaborar nesse Compromisso Cidadão já foram identificados pela AudSaúde e manifestaram abertura para a atuação colaborativa, de maneira que o Tribunal de Contas da União poderá desempenhar relevante papel como facilitador de negociação, indutor de melhorias e garantidor de aprendizagem e monitoramento.

48. Quanto à etapa posterior de monitoramento dos resultados, estes poderão ser mensurados, em curto prazo, pelas informações das filas e tempo médio de espera para as consultas e procedimentos mencionados ao longo dessa instrução, além de poderem ser pactuados outros indicadores relevantes, dentre inúmeros indicadores que são acompanhados e divulgados pelo Observatório de Oncologia (<https://observatoriodeoncologia.com.br/indicadores/2024/indicadores-de-colo-do-utero/>).

49. Logo, percebe-se que, no geral, o problema relatado possui características que atendem a maior parte dos requisitos mencionados, permitindo a construção desse projeto piloto que, com o aprendizado gerado, poderá ser aprimorado e replicado em outras esferas.

50. Ressalte-se que o Acórdão 309/2026 – TCU - Plenário (Ministro-Relator Aroldo Cedraz), decorrente de auditoria operacional realizada para avaliar a supervisão exercida por conselhos federais, inovou ao autorizar a Segecex a iniciar diálogo com os sistemas de fiscalização profissional, no âmbito de acompanhamento contínuo proposto, com o objetivo de analisar a viabilidade de celebração de Compromisso Cidadão, para que, junto com a sociedade, sejam pactuados indicadores de efetividade e estabelecidas as bases para o acompanhamento e a indução de melhorias estruturantes no setor. Vale registrar que o mesmo acórdão, item 9.3, orientou à Segecex que normatize o Compromisso Cidadão no âmbito do TCU, o que está em fase de conclusão.

51. Na mesma linha, o Acórdão 517/2026 – TCU – Plenário (Ministro-Relator Jorge Oliveira), decorrente de auditoria operacional na gestão da aquicultura nacional, autorizou a AudSustentabilidade a estabelecer Compromisso Cidadão visando ao aprimoramento dos procedimentos de cessão de águas da União para aquicultura, no âmbito de processo de monitoramento específico de recomendação dirigida ao Ministério da Pesca e Aquicultura, em articulação com a Marinha do Brasil e o Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos (item 9.8 c/c item 9.4.3).

52. Mais recentemente, o Acórdão 1082/2026 – TCU – Plenário (Ministro-Relator Antônio Anastasia), no âmbito da auditoria operacional realizada na política pública de conectividade das escolas públicas do Brasil, autorizou a Segecex a iniciar diálogo com o Ministério da Educação (MEC) com o objetivo de avaliar a oportunidade e a conveniência da celebração de Compromisso Cidadão, para que, junto com a sociedade, sejam pactuadas ações específicas e estabelecidas as bases para o acompanhamento e a indução de melhorias estruturantes na política pública de conectividade nas escolas (item 9.11).

CONCLUSÃO

53. Mostra-se evidente a relevância do tema selecionado, qual seja, as barreiras de acesso para diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero, neoplasia que é amplamente evitável por meio da vacinação contra o HPV e do rastreamento regular, e que pode ser curada quando detectada precocemente e tratada de forma adequada. Trata-se de um problema de saúde pública que impacta fortemente a vida das pessoas, o sistema de saúde e toda a cadeia econômica do país.

54. Nesse sentido, iniciar um projeto piloto com foco na Macrorregião de saúde 3 do Distrito Federal apresenta inúmeras vantagens: a localização estratégica (facilita atuação dos auditores do TCU e articulação com atores federais, em especial o MS), as parcerias já desenvolvidas ao longo de trabalhos anteriores (SES-DF, Superintendências das Regiões Norte e Leste, entidades representativas da sociedade - TJCC e Lado a Lado pela Vida –, entre outros), e o grau de maturidade da Macrorregião de Saúde 3 para experimentação desse projeto piloto, tendo em vista sua expertise na articulação e integração dos serviços na Rede de Atenção à Saúde, favorecendo que a jornada do usuário na rede seja menos fragmentada e mais eficaz.

55. Diante disso, propõe-se seja autorizado o início da construção de um Compromisso Cidadão para que o Tribunal atue de maneira coordenada e colaborativa com diversos atores relevantes para o tema do câncer de colo de útero no DF, com o objetivo de examinar suas causas e buscar soluções eficazes e estruturantes, gerando resultados perceptíveis diretamente pelo cidadão e melhorias sistêmicas e sustentáveis para a sociedade.

56. Em termos de impacto para o cidadão, estima-se que algumas melhorias possam ser implementadas em curto prazo, diminuindo rapidamente o tempo de espera nas filas, e que mudanças estruturantes

possam ser desenvolvidas a médio e longo prazo, trazendo maior sustentabilidade para as políticas públicas de enfrentamento dessa neoplasia.

PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Ante todo o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo, com base nos precedentes Acórdãos 309/2026, 517/2026 e 1082/2026, todos do Plenário, que seja autorizada a AudSaúde a estabelecer um Compromisso Cidadão com a Secretaria de Saúde do DF para que, junto com representantes da sociedade e demais atores institucionais relevantes, possam examinar as causas e buscar soluções eficazes e estruturantes para as barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero no Distrito Federal, tendo como projeto piloto a Macrorregião de Saúde 3 do DF.”

É o relatório.

VOTO

Aprecio Acompanhamento autuado por iniciativa da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), tendo por objeto as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer do colo do útero no Distrito Federal e por finalidade a construção de solução pactuada, na forma de Compromisso Cidadão (metodologia utilizada), com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e demais atores institucionais e sociais relevantes, tendo como projeto piloto a Macrorregião de Saúde 3 do DF.

2. A unidade técnica contextualizou o problema a partir de trabalhos anteriores do Tribunal sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Apontou que auditoria operacional realizada em 2018 (Acórdão 1.944/2019-TCU-Plenário – rel. Min. Augusto Nardes) concluiu que o diagnóstico de neoplasias malignas no Brasil ocorre tardiamente, com expressivo número de pacientes iniciando tratamento quando já se encontra a doença em estágios avançados, situação que reduz as chances de sobrevida, compromete a qualidade de vida dos pacientes e onera o sistema de saúde. Também foram apontados gargalos em todas as etapas do itinerário do paciente: desde a dificuldade de acesso à consulta especializada até a demora na liberação de laudos e a insuficiência da rede de exames.

3. No caso específico do Distrito Federal, a AudSaúde levantou diagnóstico preliminar das filas relacionadas ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer do colo do útero e identificou oportunidade de atuação colaborativa com a SES/DF, voltada à redução do tempo de espera e à produção de resultados concretos para as usuárias do SUS.

4. Também foi delimitado o alcance do projeto piloto proposto. A Macrorregião de Saúde 3, composta pelas regiões Leste e Norte, foi escolhida por já ter sido objeto de auditoria operacional anterior nas redes de atenção à saúde do DF, circunstância que favoreceu a aproximação com gestores e profissionais da assistência. Além disso, a área apresenta indicadores relevantes: a Região Leste possui o maior número de solicitações de consulta em ginecologia geral do DF, enquanto a Norte concentra o maior número de solicitações de colposcopia.

5. Informa, ainda, que a AudSaúde, após realizar reuniões com representantes das Superintendências das Regiões Norte e Leste e de secretarias especializadas da Administração Central da SES/DF, enviou ofício ao secretário de Saúde do Distrito Federal para apresentação da proposta. A reunião realizada em 15/5/2026 evidenciou interesse e disposição da secretaria para desenvolver trabalho colaborativo.

6. Por fim, a unidade técnica avaliou a aderência do caso aos requisitos do Compromisso Cidadão, destacando a relevância do tema, a existência de múltiplos atores envolvidos, o claro interesse público e a possibilidade de transformação do problema por meio de cooperação. Foram identificados, ainda, atores institucionais e sociais potencialmente relevantes, como a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, o Conselho Distrital de Saúde e entidades associativas temáticas, a exemplo do Instituto Lado a Lado pela Vida e do Movimento Todos Juntos Contra o Câncer.

7. Assim, propõe que a AudSaúde seja autorizada a estabelecer o referido Compromisso Cidadão com a SES/DF, de modo que, em conjunto com representantes da sociedade e demais atores institucionais relevantes, possam ser examinadas as causas e buscadas soluções eficazes e estruturantes para os entraves identificados no acesso ao diagnóstico e ao tratamento dessa neoplasia.

8. Acolho a proposta, com os ajustes que passo a expor.

II

9. Inicialmente, cumpre assentar a **competência desta Corte** para atuar na matéria. Embora se trate de política pública executada no âmbito do Distrito Federal, as ações de saúde distritais integram o Sistema Único de Saúde e são custeadas também com recursos federais, além de se articularem com políticas, programas e responsabilidades do Ministério da Saúde, entre os quais o Programa Nacional de Redução de Filas, de 2023, o Programa Mais Acesso a Especialistas, de 2024, e, em especial, o Programa Agora Tem Especialistas, de 2025, sob gestão da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, recentemente auditado por este Tribunal (TC 015.703/2025-8 – Acórdão 1.622/2026+Plenário, Relator Ministro Bruno Dantas).

10. Assim, a atuação do TCU não se dirige ao controle abstrato da política local de saúde, mas ao acompanhamento de ação pública que envolve recursos federais, articulação interfederativa e implementação de política nacional de saúde, atraindo a competência fiscalizatória do órgão nos termos dos arts. 70 e 71 da Constituição Federal e da Lei 8.443/1992.

11. Também considero adequada a atuação deste feito na modalidade fiscalizatória acompanhamento. O Acórdão 1.193/2026-TCU-Plenário determinou à AudSaúde a formalização de processo dessa natureza destinado a acompanhar a atuação da SES/DF quanto à implementação de ações voltadas a resolver problemas identificados na rede de saúde distrital, entre os quais se encontram justamente entraves relacionados à organização das redes de atenção, à regulação do acesso e à tempestividade da assistência, que dialogam diretamente com o objeto ora examinado.

12. Além disso, o art. 241 do Regimento Interno do TCU define o acompanhamento como instrumento de fiscalização destinado tanto a examinar, ao longo de período predeterminado, a legalidade e a legitimidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos à jurisdição do Tribunal, quanto a avaliar o desempenho de órgãos, entidades, sistemas, programas, projetos e atividades governamentais sob os aspectos de economicidade, eficiência e eficácia. O art. 242, por sua vez, autoriza que as atividades dos órgãos e entidades jurisdicionados sejam acompanhadas de forma seletiva e concomitante com base em documentos solicitados pelo Tribunal, visitas técnicas, participação em eventos e informações disponíveis em sistemas e sítios eletrônicos.

13. No caso concreto, as ações realizadas nestes autos se ajustam precisamente a essa modalidade de fiscalização: acompanham de forma seletiva, concomitante e orientada a resultados o desempenho das políticas naquilo que afeta o acesso das usuárias do SUS ao diagnóstico e ao tratamento do câncer do colo do útero; **convalido, portanto, a fiscalização na modalidade acompanhamento.**

III

14. No mérito, a proposta se mostra consistente. O problema público foi adequadamente delimitado: não se pretende enfrentar, de modo genérico, toda a política oncológica do Distrito Federal, mas agir sobre barreiras específicas de acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer do colo do útero, com recorte territorial definido na Macrorregião de Saúde 3.

15. Essa demarcação é relevante porque favorece a experimentação, o aprendizado institucional e a obtenção de resultados verificáveis. A Macrorregião 3, como visto alhures, compreende as regiões Leste e Norte do DF, objeto de auditoria operacional anterior nas redes de atenção à saúde, havendo aproximação da unidade técnica com gestores e profissionais da assistência, condição que facilita a atuação conjunta necessária à construção do Compromisso Cidadão.

16. A escolha também se justifica por indicadores concretos. Também como já abordado, a Região Leste apresenta o maior número de solicitações de consulta em ginecologia geral do DF, enquanto a Norte concentra o maior número de solicitações de colposcopia, exame fundamental para diagnóstico de lesões precursoras e do câncer do colo do útero.

17. O tema, ademais, possui evidente relevância social. Trata-se de neoplasia amplamente prevenível e tratável se diagnosticada em tempo oportuno, mas que ainda produz expressivos impactos

sobre as pacientes, o sistema de saúde e os custos públicos associados ao tratamento tardio. A demora no diagnóstico reduz as chances de cura e aumenta a pressão financeira sobre o sistema de saúde.

18. A proposta também se harmoniza com o Referencial de Participação Cidadã do TCU, que orienta sejam as iniciativas dessa natureza centradas em resultados, envolvam o cidadão ao longo do processo, observem o contexto específico da participação e introduzidas gradualmente. No caso concreto, há problema relevante, múltiplos atores identificados, abertura institucional para cooperação, possibilidade de atuação gradual e expectativa de geração de valor público perceptível, a evidenciar a aderência da matéria aos requisitos do Compromisso Cidadão.

19. A iniciativa também é compatível com os precedentes recentes desta Corte. No Acórdão 517/2026-Plenário (relator Min. Jorge Oliveira), o Tribunal autorizou a constituição de processo apartado para monitoramento específico de recomendação, com estabelecimento de Compromisso Cidadão voltado ao aprimoramento de procedimentos de cessão de águas da União para aquicultura.

20. Naquela oportunidade, assentou-se que a iniciativa não substitui o controle tradicional, mas o potencializa, ao criar caminho adicional para que auditores, gestores e sociedade alcancem avanços reais e sustentáveis.

21. No Acórdão 1.082/2026-Plenário (relator Min. Antonio Anastasia), por sua vez, a Corte autorizou o início de diálogo com o Ministério da Educação para avaliar a celebração de Compromisso Cidadão a fim de que, junto com a sociedade, se pactuassem ações específicas e estabelecessem as bases para acompanhamento e indução de melhorias estruturantes na política pública de conectividade nas escolas.

22. Esses precedentes revelam que o Compromisso Cidadão vem sendo concebido como instrumento de atuação colaborativa, orientado à solução de problemas públicos complexos, à indução de aperfeiçoamentos sistêmicos e ao fortalecimento da participação social.

23. Não obstante a consistência da proposta, entendo necessário explicitar algumas balizas importantes à ação colaborativa de modo a preservar sua aderência ao Referencial de Participação Cidadã e permitir avaliações objetivas dos resultados.

24. Em primeiro lugar, o Compromisso Cidadão deverá prever, desde sua fase inicial, indicadores, metas, linhas de base e horizonte temporal mínimo para aferição dos resultados. A unidade técnica informa que os resultados poderão ser mensurados, em curto prazo, por informações relativas às filas e ao tempo médio de espera para consultas e procedimentos, além de outros parâmetros relevantes.

25. Essa previsão deve ser adensada. Sem parâmetros objetivos, há risco de que a avaliação posterior se torne excessivamente qualitativa. Assim, a pactuação deve contemplar, sempre que possível, indicadores como tempo médio de espera para consultas em ginecologia, tempo médio de espera para a realização de colposcopias, quantitativo de solicitações pendentes, taxa de absenteísmo, percentual de usuárias com procedimento realizado dentro do prazo definido e outros marcadores que venham a ser considerados pertinentes pelos atores envolvidos.

26. Em segundo lugar, deve ser definida a governança do Compromisso Cidadão. Ações colaborativas não dispensam organização formal. É necessário que fiquem claros os papéis dos participantes, a instância responsável pela coordenação dos trabalhos, a periodicidade das reuniões, a forma de registro das decisões, os produtos esperados e os mecanismos de prestação de contas sobre as medidas pactuadas.

27. Em terceiro, a dimensão propriamente cidadã da iniciativa deve ser reforçada. A instrução já prevê a possibilidade de participação do Conselho Distrital de Saúde e de entidades associativas temáticas, tais como o Instituto Lado a Lado pela Vida e o Movimento Todos Juntos Contra o Câncer. Também registra que outras formas de participação poderão ser sugeridas ao longo do processo a fim de garantir representatividade e controle social.

28. Essa diretriz deve ser convertida em orientação expressa. O Referencial de Participação Cidadã distingue níveis de envolvimento que vão desde o levantamento de informações à consulta e ao engajamento, este último caracterizado pela participação ativa do público na concepção e na entrega do serviço. Por isso, não basta que o Compromisso se desenvolva apenas entre o TCU, gestores e especialistas. É recomendável que sejam incorporadas, de forma estruturada, as percepções das usuárias do SUS, de conselhos de saúde, de entidades representativas de pacientes e de organizações da sociedade civil com atuação reconhecida na área oncológica.

29. O objetivo não é transferir a decisão técnica ao público nem transformar o processo em mera coleta de reclamações, mas qualificar o diagnóstico, validar gargalos reais da jornada da paciente, ampliar a legitimidade das soluções pactuadas e permitir que as medidas adotadas reflitam a experiência concreta das pacientes.

30. Em quarto lugar, deve ser prevista estratégia de encerramento ou transição do projeto piloto. O Compromisso Cidadão não pode converter-se em acompanhamento indefinido sem critérios de conclusão. Ao final do período pactuado, a AudSaúde deverá avaliar os resultados alcançados, as medidas implementadas, os obstáculos remanescentes, a necessidade de continuidade do acompanhamento e a possibilidade de replicação da metodologia em outros territórios ou linhas de cuidado.

31. Essas balizas não alteram a essência da proposta da unidade técnica. Ao contrário, conferem-lhe maior densidade metodológica e reforçam sua compatibilidade com os precedentes desta Corte e com o Referencial de Participação Cidadã.

32. Mantendo todo o escopo temático e territorial, ajusto a proposta da unidade instrutora em um ponto: em vez de autorizar, desde logo, o estabelecimento do Compromisso Cidadão, **autorizo a AudSaúde a conduzir as tratativas com vistas à sua celebração**, pactuando com os partícipes o plano de trabalho, os indicadores de efetividade e as bases de monitoramento, com observância das orientações a serem exaradas em normatização da Segecex, atualmente em fase de conclusão.

33. O ajuste não é meramente formal: preserva a voluntariedade, que é da essência do instituto, resguarda a aderência a norma superveniente e assegura celebrações sobre diagnóstico causal validado e linha de base confiável.

34. Ademais, parabeno a AudSaúde pela iniciativa, que traduz o espírito da atual gestão deste Tribunal de aproximar o controle externo do cidadão e de induzir melhorias estruturais nas políticas públicas.

35. Por fim, ressalto que a atuação ora autorizada não afasta o exercício regular das competências fiscalizatórias do Tribunal, e a cooperação institucional não impede a adoção de medidas de controle externo caso venham a ser identificadas irregularidades ou omissões relevantes.

Ante o exposto, VOTO pela aprovação da minuta de acórdão que ora submeto à deliberação do Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em tagDataSessao.

MINISTRO JHONATAN DE JESUS
Relator

DECLARAÇÃO DE VOTO

Senhor Presidente,

Senhores Ministros,

Senhora Procuradora-Geral,

Gostaria de me congratular com o eminente Ministro Jhonatan de Jesus pela excelência do trabalho que acaba de apresentar e pela sensibilidade com que conduziu a apreciação deste processo, que trata de tema de inegável relevância social e de grande impacto para a vida das mulheres do Distrito Federal.

A fiscalização ora apreciada transcende os aspectos meramente administrativos e alcança um dos direitos mais fundamentais assegurados pela Constituição: o direito à saúde. Quando o Tribunal de Contas da União acompanha a efetividade das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, contribui para que os serviços públicos sejam mais acessíveis, mais eficientes e mais capazes de oferecer atendimento digno e oportuno às cidadãs. Trata-se de atuação que produz benefícios concretos para milhares de mulheres e fortalece o compromisso institucional desta Casa com a melhoria das políticas públicas.

Cumprir destacar que a fiscalização ora sob exame representa importante desdobramento de auditoria operacional realizada em 2018 sob minha relatoria, apreciada mediante o Acórdão 1.944/2019-TCU-Plenário, que concluiu que o diagnóstico de neoplasias malignas no Brasil ocorre tardiamente, com expressivo número de pacientes iniciando tratamento quando já se encontra a doença em estágios avançados, situação que reduz as chances de sobrevivência, compromete a qualidade de vida dos pacientes e onera o sistema de saúde.

Na mesma auditoria foram apontados gargalos em todas as etapas do itinerário do paciente, desde a dificuldade de acesso à consulta especializada até a demora na liberação de laudos e a insuficiência da rede de exames. Tais achados levaram a AudSaúde a propor esta fiscalização com recorte específico em algumas áreas do Distrito Federal.

Também merece especial registro o fato de que este trabalho adere à iniciativa **Compromisso Cidadão**, que prestigia uma atuação cada vez mais próxima da sociedade e orientada às demandas que afetam diretamente a população. Essa iniciativa encontra plena sintonia com a diretriz estabelecida pela Presidência de Vossa Excelência, Ministro Vital do Rêgo, de aproximar o Tribunal de Contas da União dos cidadãos, reforçando o papel pedagógico e indutor desta Corte na promoção de políticas públicas mais eficazes e centradas nas necessidades da população.

Ao dirigir seu olhar para um tema tão sensível quanto a saúde da mulher, o Tribunal reafirma que o controle externo moderno não se limita à verificação da regularidade dos gastos públicos, mas busca avaliar, sobretudo, se as políticas públicas estão produzindo os resultados esperados e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Com essas considerações, renovo meus cumprimentos ao eminente Relator, Ministro Jhonatan de Jesus, à unidade técnica responsável pelos trabalhos, AudSaúde, e a todos os servidores envolvidos nesta fiscalização, que bem traduz a vocação desta Casa de exercer um controle externo cada vez mais relevante, preventivo, próximo da sociedade e comprometido com a entrega de melhores serviços públicos aos cidadãos.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 5 de agosto de 2026.

JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES

Ministro

ACÓRDÃO Nº 2064/2026 – TCU – Plenário

1. Processo TCProcesso nº TC 011.542/2026-8.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Acompanhamento.
3. Interessados/Responsáveis: não há.
4. Órgão/Entidade: Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
5. Relator: Ministro Jhonatan de Jesus.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde).
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de acompanhamento acerca das barreiras impostas às usuárias do SUS quanto ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero no Distrito Federal,

ACORDAM os ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, por unanimidade, com fundamento no art. 43, I, da Lei 8.443/1992, e nos arts. 241 e 242 do Regimento Interno do TCU, ante as razões expostas pelo relator, em:

9.1. convalidar a autuação do presente processo na modalidade acompanhamento;

9.2. autorizar a Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde) a conduzir tratativas com vistas à celebração de Compromisso Cidadão com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), com a participação de representantes da sociedade e demais atores institucionais relevantes, com o objetivo de examinar as causas e buscar soluções eficazes e estruturantes para as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer do colo do útero no Distrito Federal, tendo como projeto piloto a Macrorregião de Saúde 3 do DF;

9.3. orientar a unidade técnica a observar, na condução do Compromisso Cidadão, as seguintes diretrizes:

9.3.1. definir, em conjunto com os atores participantes, indicadores, metas, linhas de base e horizonte temporal para avaliação dos resultados;

9.3.2. explicitar a governança do compromisso, com definição de responsabilidades, periodicidade das reuniões, forma de registro das decisões e produtos esperados;

9.3.3. assegurar a participação estruturada de pessoas usuárias do SUS, conselhos de saúde, entidades representativas de pacientes e organizações da sociedade civil com atuação pertinente ao tema;

9.3.4. prever estratégia de avaliação, encerramento ou transição do projeto piloto, contemplando análise dos resultados alcançados, obstáculos remanescentes e eventual possibilidade de replicação da metodologia.

9.4. informar a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Ministério da Saúde acerca desta deliberação.

10. Ata nº 30/2026 – Plenário.

11. Data da Sessão: 5/8/2026 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-2064-30/26-P.

13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: Vital do Rêgo (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Augusto Nardes, Bruno Dantas, Jorge Oliveira, Antonio Anastasia, Jhonatan de Jesus (Relator) e Odair Cunha.

13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa e Weder de Oliveira.

13.3. Presidente não votou (Resolução-TCU 375/2025, art. 3º).

(Assinado Eletronicamente)

VITAL DO RÊGO

Presidente

(Assinado Eletronicamente)

JHONATAN DE JESUS

Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)

CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA

Procuradora-Geral