



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO

18/08/2026 - 60ª - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS. Fala da Presidência.) - Declaro aberta a 60ª Reunião, Extraordinária, da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura, que será realizada nesta data, 18 de agosto de 2026.

A audiência pública será realizada nos termos do Requerimento nº 45, da CDH, de 2026, de minha autoria, e também do nº 47, também da CDH, de 2026, de autoria dos Senadores Marcio Bittar e Dr. Hiran, e subscrito pela Senadora Damares Alves.

Qual é o objetivo? Instruir o PL 452, de 2025, que proíbe a adoção de sistema de cotas em processos seletivos de programas de residência médica.

Comunico a todos que esta reunião será interativa, transmitida ao vivo e aberta à participação dos interessados, por meio do Portal e-Cidadania, na internet, no endereço senado.leg.br/ecidadania, ou pelo telefone da 0800 0612211.

O relatório completo, com todas as manifestações, estará disponível no portal, assim como as apresentações que forem utilizadas pelos expositores.

Antes de formar a mesa, já que muitos dos convidados estão ainda chegando, eu farei a minha manifestação como Presidente em exercício nesta Comissão. Desde já agradeço à Presidenta Damares, que mantém este ritual: quem apresentou o primeiro requerimento preside a sessão. Eu deixo claro que, nesta questão de cotas, ninguém tem dúvida de que eu tenho lado, sempre tive lado, tanto que, de todas as políticas de cotas que passaram aqui pelo Congresso, eu fui autor ou fui Relator. Neste caso, eu sou o autor do requerimento. Então, não estranhem. A partir da leitura desta minha fala, eu passarei, então, convidando todos a presidir os trabalhos. E eu vou presidir com equilíbrio necessário os dois campos que têm visões diferentes. O.k.? Então, vamos lá!

Esta audiência pública da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal tem por objetivo debater o Projeto de Lei nº 452, de 2025, que proíbe a adoção de sistema de cotas em programas de residência médica. De autoria do Senador Dr. Hiran, o projeto propõe proibir reserva de vagas sejam elas raciais, sociais ou de qualquer outra modalidade para ingresso em programa de residência médica em instituições de ensino superior públicas ou privadas bem como em unidades hospitalares e instituições afins reconhecidas pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde.

O Exame Nacional de Residência é um processo seletivo unificado, de âmbito nacional, destinado a selecionar candidatos para o ingresso em programas de residência médica e de residência em área profissional da saúde multiprofissional. O exame foi criado com o propósito de democratizar o acesso aos programas de residência, promovendo a igualdade de oportunidades e contribuindo para a redução das desigualdades sociais no nosso país. É justamente nesse ponto que precisamos concentrar a nossa atuação.

O PL 452, de 2025, ao proibir as ações afirmativas nos processos seletivos de residência médica, pode representar um retrocesso a uma política de inclusão que vem sendo construída ao longo dos anos - longos, longos, longos; longa caminhada. Na prática, a proposta atinge mecanismos que possibilitam a reserva de vagas para candidatos negros, pretos e pardos, para pessoas com deficiência entre outros grupos historicamente sub-representados. Precisamos lembrar que

a política de cotas não é um privilégio, é simplesmente um instrumento de correção de desigualdades históricas e de ampliação de oportunidades.

A Lei de Cotas representa um dos mais importantes avanços das últimas décadas na democratização do acesso à educação brasileira. Ela ampliou as oportunidades para estudantes pretos, pardos, indígenas, quilombolas, pessoas com deficiência e oriundos de escolas públicas e também brancos pobres comprovadamente vulneráveis. Esse processo de inclusão precisa alcançar também a formação especializada dos profissionais de saúde.

Quando falamos em residência médica, estamos falando do futuro da medicina brasileira, estamos falando de quem terá acesso às especialidades, aos hospitais, à pesquisa e aos espaços de maior qualificação profissional. Por isso, precisamos perguntar: que medicina queremos construir? Uma medicina que reproduza as desigualdades existentes na sociedade ou uma medicina que reflita a diversidade do povo brasileiro?

Queremos médicos negros, brancos, indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência ocupando todos os espaços da formação e da profissão. Queremos que jovens que vieram da escola pública também possam chegar às especialidades médicas. Queremos que a origem social não seja uma barreira intransponível para quem tem talento, dedicação e compromisso com a saúde da população.

O Brasil avançou muito com as políticas de ações afirmativas. As cotas ajudaram a abrir portas que, durante décadas e décadas, permaneceram fechadas para milhões de brasileiros. Não podemos permitir que essas portas sejam novamente fechadas. É preciso ter muito cuidado para que, em nome de uma suposta igualdade, não acabemos produzindo ainda mais desigualdades. Tratar igualmente pessoas que partem de condições profundamente diferentes não significa promover justiça - podem crer. A verdadeira igualdade pressupõe reconhecer as desigualdades e criar mecanismos para superá-las. Por isso esta audiência pública é tão importante.

Precisamos ouvir especialistas, entidades médicas, instituições de ensino, representantes dos movimentos sociais, pessoas com deficiência, estudantes e todos aqueles que têm contribuição a oferecer para este bom e qualificado debate. Não estamos discutindo apenas uma regra de seleção para programas de residência. Estamos discutindo que país queremos, que país queremos construir e que sistema de saúde queremos oferecer às futuras gerações.

A saúde pública brasileira precisa de profissionais qualificados, mas também precisa refletir a diversidade da nossa população. Uma coisa está ligada à outra. As ações afirmativas não diminuem a qualidade. Elas ampliam oportunidades e ajudam a construir uma sociedade mais justa, mais plural e mais democrática.

Espero eu - que estou presidindo os trabalhos - que este debate seja realizado com profundidade, respeito e espírito democrático, inclusive com aqueles que pensam diferente. Que possamos avaliar os impactos do projeto, sobretudo garantir que nenhum brasileiro seja excluído... Repito: sobretudo garantir que nenhum brasileiro seja excluído do sonho de se tornar especialista em Medicina simplesmente pela sua cor, sua origem social, sua condição de deficiência ou por pertencer a um grupo historicamente discriminado.

O Brasil já deu passos importantes na direção da inclusão. Não podemos retroceder. Queremos e precisamos avançar, porque democratizar o acesso à educação é a formação profissional e também é democratizar o acesso a direitos, oportunidades, cidadania; é ter o olhar claro sobre a responsabilidade de todos nós com as políticas humanitárias, e é esse compromisso que deve orientar o nosso debate nesta Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa. Esta é a fala da Presidência.

Vamos agora, conforme já havia anunciado, formatar a mesa. Convidados presenciais. Segundo a Secretaria-Geral, esta ordem foi pela chegada dos nossos convidados.

Chamo para a mesa Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Secretário-Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Seja bem-vindo! *(Palmas.)*

Rosana Machado, Coordenadora-Geral de Trabalho e Política do Ministério da Igualdade Racial. *(Palmas.)* Edilson Martins Melgueiro, Diretor... Seja bem-vindo, mestre! Sente-se aqui do meu lado, como autor e proponente. *(Pausa.)*

Escolha, escolha! Por mim, pode se sentar aqui à mesa, porque ele é autor e proponente. *(Pausa.)*

Convido José Santos Souza Santana, Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *(Palmas.)* Cleber Santos Vieira, Secretário Substituto da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão (Secadi-MEC). *(Palmas.) (Pausa.)*

O.k.

Conforme combinado, o Cleber ficaria na segunda mesa.

Muito bem.

Temos também os convidados por videoconferência.

Eu vou ter, se vocês assim entenderem, o cuidado de chamar um presencial e um por videoconferência. Pode ser? A mesa concorda aqui? *(Pausa.)*

Um presencial e um por videoconferência.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Presidente Paulo Paim.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Senador Dr. Hiran, por favor, autor do projeto e um dos autores de requerimento.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR. Pela ordem.) - Bom, eu quero saudar todos da mesa e todos da plateia - muito boa tarde! - e eu queria solicitar a V. Exa. que inserisse nessa pauta de discussões o Prof. Raul Cutait...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Tranquilo.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - ... que é uma referência da academia.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Eu peço à Secretaria-Geral da Mesa que inclua, como eu também indiquei nomes recentemente...

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - O Prof. Raul Cutait, que é da Academia Nacional de Medicina, que vai se manifestar também. Eu acho que já foi encaminhado lá o... *(Pausa.)*

Muito bem.

Obrigado, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Estamos juntos.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Bom trabalho a todos!

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Com certeza será um debate muito qualificado e do mais alto nível. É uma satisfação ter você aqui na mesa, Senador Hiran.

Passo a palavra, de imediato, por dez minutos para cada um, o.k.? É porque em cinco minutos ninguém consegue completar o pensamento.

Passo a palavra, de imediato, ao Sr. Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Secretário-Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Eu vou pedir a todos que - quando der nove minutos, a campainha toca, é automático - façam um esforço para que concluam o pensamento nesses dez. São em torno de 15 painelistas, pelo que vi aqui.

A partir deste momento, os dez minutos para o Sr. Jerzey Timoteo.

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS (Para expor.) - Boa tarde a todas as pessoas. Uma boa tarde ao Presidente, Senador Paulo Paim, que preside esta audiência. Também saúdo o Senador Hiran, o Dr. Hiran, pela oportunidade da discussão desse importante tema para o Sistema Único de Saúde.

Eu sou Jerzey Timoteo. Sou médico, cirurgião-geral, coloproctologista, negro, preto, formado como coloproctologista no Estado de Sergipe, pela federal de Sergipe. Estou aqui representando o Ministro do Ministério da Saúde. Trago o abraço do Ministro Alexandre Padilha, que não pôde estar presente.

Quero - se puder colocar a apresentação - trazer alguns elementos, para a discussão desta Comissão, de reflexão de seus membros neste debate tão importante.

Então, sou eu que passo ou quem passa? Só para eu... *(Pausa.)*

Perfeito, pode passar.

Então, quem forma o médico que cuida do Brasil?

Pode passar.

Eu começo partindo da Constituição Federal - a saúde é direito de todos e dever do Estado - e dos princípios do Sistema Único de Saúde: o da universalidade, em que todos entram; o da integralidade, em que não podemos só olhar doença, e, sim, a pessoa como um todo; e o da equidade, dar mais a quem mais precisa. Esses são os princípios do SUS, cravados

na Constituição. Então, como um sistema fundado na equidade pode formar seus especialistas por um processo que não considera as desigualdades, como nós já conversamos aqui, no início? É essa a pergunta que o Ministério da Saúde traz à Comissão.

O próximo eslaide.

Onde o Brasil forma e emprega seus especialistas. A residência médica, como está disposto na Lei 6.932, de 1981, é a principal via de formação de especialistas no Brasil. A própria lei diz que é um treinamento em serviço. Ela não é uma pós-graduação, vamos dizer, *lato sensu*, como a gente vê na academia. Ela é algo diferente. É uma modalidade diferente a pós-graduação: é de treinamento em serviço, é a educação pelo trabalho. Ela acontece nos hospitais universitários de ensino, nas emergências, nas unidades de saúde, nas maternidades. São guiados pelos preceptores e preceptoras. Na sua grande maioria, são colegas médicos que fazem a residência acontecer.

Eles, durante o processo de formação, já compõem a equipe de saúde, com escala determinada de até 60 horas, com responsabilidade assistencial e, inclusive na lei, a previsão de plantão.

Para vocês terem noção, 90% das vagas das residências médicas são custeados pelo poder público, o que nos remete a que 90% de quase toda a força de trabalho dos médicos residentes e das médicas residentes são exercidos dentro da rede própria do SUS ou da rede conveniada do SUS. Só o Governo Federal tem a responsabilidade de pagamento de 35 mil bolsas de residência, e, neste ano de 2026, com residências, o Ministério da Saúde investiu - porque não é gasto, no nosso entendimento - R\$3 bilhões, na nossa Lei Orçamentária Anual.

Próximo, por favor.

Aqui é um pouco essa disposição - vou deixar para, depois, estudos de quem quiser acessar a nossa apresentação - desse comportamento das bolsas custeadas por União, estados, municípios e recursos próprios, que, hoje, estão na ordem de 10% em todo o Brasil.

Próximo, por favor.

O precedente que o Brasil já firmou está cravado na Lei 12.990 e é no que a gente acredita - que foi atualizada agora em 2024 -, com a reserva de vagas em concursos públicos federais, reforçada na decisão do Supremo Tribunal Federal através da ADC 41: a composição da força de trabalho pública é matéria legítima de ação afirmativa. E o PL 452 pede uma exceção a essa decisão, e é por isso que a gente pede... E justamente pede em uma etapa em que o Brasil forma a principal força de trabalho médica, que é a formação de especialistas que atendem ao Sistema Único de Saúde.

Próximo.

Mas de qual Brasil é este que nós estamos discutindo a formação? Deste país que tem 55% da população negros - pretos e pardos -: 112 milhões de brasileiros, na sua grande maioria, que entram todos os dias pelas portas do Sistema Único de Saúde, seja no Samu, seja no transplante, seja na unidade básica de saúde.

Próximo.

E a medicina ainda não se parece com este país. Apesar de 55,5% de população serem negros, nós temos 4,7% de estudantes de Medicina negros em todo o Brasil hoje; 16,2% - eu trouxe uma especialidade: a cirurgia geral - são cirurgiões negros; e 1,7% dos professores que dão aula de Medicina são docentes pretos no nosso Brasil. Essa é a realidade descompassada. E vou dizer: quase que a gente poderia parar por este eslaide para questionar a pertinência deste PL, mas a gente quer trazer outros elementos para esta Comissão.

Próximo eslaide.

Na justificativa do PL 452, ele diz que, após a graduação, esse profissional compete em igualdade de condições. A igualdade no dia da prova não apaga a desigualdade no caminho até ela.

Há estes números que eu quero que vocês gravem. Hoje, 9% é o percentual da reserva de vagas que alcança os aproximadamente 245 mil estudantes de Medicina em todo o Brasil. Esse dado é o último dado atualizado, de 2022, é menos que a média do ensino superior brasileiro. Dos 9%, 97% são a fatia que está nas escolas públicas, nas universidades, por conta da lei, somente 0,3% é inclusão por reserva de vagas nas escolas privadas, que detêm 77% das matrículas de medicina. Então, 4,7% são o total de estudantes de Medicina do país que entraram por reserva de cunho étnico-racial, são 11 mil estudantes de 245 mil estudantes. E são 1,4 mil, quase 1,6 mil, 1,7 mil estudantes de Medicina com alguma deficiência.

A inclusão foi tardia, é menor do que a verificada no conjunto do ensino brasileiro e, nas escolas privadas, opera por dispositivos esporádicos, voluntários e sem regularidade. É quase como se a gente não encontrasse a realidade que o PL

traz como existente. Nós estamos falando aí de 4,7% dos estudantes de Medicina que entraram, pelo menos, por reserva de cunho étnico-racial.

Próximo, por favor.

Um outro elemento é que esse funil é que abastece a residência. Então, nós estamos falando de cotas desse funil. O setor que quase não pratica inclusão é o que mais abastece a residência. Onde está a maior parte das vagas de Medicina hoje no Brasil? Nas escolas privadas. E são os estudantes egressos das escolas privadas que entram na residência, 62% dos médicos residentes se formaram em escolas privadas, onde a reserva de vagas alcança só 0,3%. E o financiamento estudantil, infelizmente, caiu, no período de 2012 a 2022, é o menor índice entre os seis maiores cursos de graduação do país, ou seja, a cota na graduação ainda não terminou o seu trabalho.

(Soa a campanha.)

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS - Um minuto.

E a gente não pode terminar... Esse trabalho mal começou, porque a expansão da medicina se deu justamente num setor que não adota a cota. Então, por isso, é quase como fechar a porta no meio dessa travessia.

Próximo eslaide.

Eu vou tentar concluir o mais rápido possível.

O MEC vai falar junto com a HU Brasil sobre reserva de vaga...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Conclua o seu pensamento. Todos vão poder concluir. Se eu tiver que dar um ou dois minutos a mais, podem controlar que eu darei para todos.

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS - O.k.

O que eu quero dizer neste eslaide, Presidente, é que a reserva de vagas não rebaixa a nota, é a mesma prova, é a mesma exigência de nota mínima. Eu faço remissão ao Exame Nacional de Residência. O candidato optante concorre simultaneamente na ampla concorrência e, se ele alcançar a nota, ele libera a cota para um outro estudante, a vaga reservada segue para o próximo optante. E ainda mais...

(Soa a campanha.)

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS - ... a condição declarada passa por uma confirmação: heteroidentificação...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Pode ter mais um minuto.

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS - ... avaliação biopsicossocial ou documentação étnica, conforme o grupo.

Pode passar os eslaides.

E os eslaides seguintes - pode passar - discorrem sobre exemplos que trago dos Estados Unidos, do Canadá e do Reino Unido, que não falam de cotas - é verdade -, mas falam de uma intencionalidade do sistema de garantir a diversidade. Enquanto o mundo corporativo e o setor público entendem e sabem pelas evidências que a diversidade fortalece a qualidade da assistência, a gente não pode ir na contramão desse movimento mundial.

Pode passar, por favor. Pode passar.

Finalmente, trago outros estudos - esses do ponto de vista de concordância médico-paciente -, estudos americanos e ingleses, em que, na relação médico-paciente, é perceptível o movimento de adesão. Óbvio, a gente não vai garantir médicos pretos, negros, pessoas com deficiência para todo segmento se sentir representado, mas, quanto mais diverso, quanto mais qualidade, mais chance a medicina - pode passar - e o Sistema Único de Saúde têm de acertar e de cuidar melhor das pessoas.

Deixo o último eslaide.

Pode passar. Pode passar. Pode passar.

O que está em causa é a médica de família indígena que atende a comunidade no idioma da própria comunidade; é o paciente pós-AVC em cadeira de rodas guiado por um fisiatra em cadeira de rodas que não só explica, mas demonstra; é a criança cuja pele, como a minha, não parecia tão inflamada, porque a régua que mede a gravidade da pele de uma dermatite atópica crônica foi desenhada para enxergar vermelho e não a pele negra; e o especialista formado e fixado no interior onde a rede depende de quem a escolher.

É isso, queridos.

Esperamos nós que tenham uma boa conclusão, um bom desfecho, um desfecho pró-SUS, um desfecho pró-Brasil, na conclusão dos trabalhos da CDH.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, Sr. Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Secretário-Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Como eu havia dito, não farei nenhum comentário e vou somente chamando os convidados.

Passo a palavra ao Sr. Alcindo Cerci Neto, Conselheiro Federal pelo Estado do Paraná, representante do Conselho Federal de Medicina.

É um à distância e um presencial.

O SR. ALCINDO CERCI NETO (Para expor. *Por videoconferência.*) - O.k.

Boa tarde.

Estão me ouvindo?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Perfeitamente.

O SR. ALCINDO CERCI NETO (*Por videoconferência.*) - O.k.

Muito obrigado pelo convite, Senador Paulo Paim, na pessoa de quem eu cumprimento todos aí da mesa.

É muito importante esta diligência em levar os trabalhos principalmente para aqueles que têm opinião diversa. Agradeço ao colega Jerzey pela sua fala. É extremamente importante que a gente escute todos os lados.

Inicialmente, começando a minha fala, eu gostaria de colocar um limite no que a gente está conversando aqui. Nós não estamos falando aqui, neste momento, da política de cotas, das políticas afirmativas que já são implementadas neste país e são bem-sucedidas no que o colega acabou de dizer - em entrada em graduação, empregos públicos, vagas públicas, concursos... Enfim, não é isso que nós estamos discutindo. O Conselho Federal de Medicina não está aqui discutindo a política nacional de cotas e de inclusão social, com a qual nós concordamos - na graduação. O que nós estamos falando aqui é em relação a um momento de vida do médico, de formação médica, cuja formação vai ser aplicada ao Sistema Único de Saúde, que é a formação do médico especialista, que hoje está um pouco deturpada no que seria ou no que deveria ser, porque hoje - e concordo com o colega Dr. Jerzey - esse aumento indiscriminado de cursos de Medicina levou a residência a ser um ambiente de procura de formação médica que, infelizmente, os médicos não estão tendo na graduação. Então, a gente precisa dar essa baliza técnica do que está falando o Projeto de Lei 452, de 2025. Não estamos aqui, então, a combater o sistema de cotas - não é isso.

O que nós estamos dizendo aqui - o Conselho Federal de Medicina - é que, em termos de residência médica hoje sendo uma continuidade da graduação da Medicina e não um programa à parte, invariavelmente os médicos buscam a residência para sua continuidade formativa de especialidade ou não. Ela é um programa de pós-graduação que não se compara a um programa *lato sensu* ou *stricto sensu*. Ele é um programa de 60 horas semanais de trabalho médico destinado exclusivamente a médicos que saem do sistema de graduação e que queiram se formar ou continuar sua atividade de graduação. Então, esta é a primeira premissa: nós não podemos confundir ações afirmativas na graduação com ações afirmativas na residência médica.

A residência médica - como segunda premissa - é um espaço, é um momento de formação médica no qual os profissionais que têm direito de se submeter à entrada a ela ou não invariavelmente já passaram por um sistema de ações afirmativas. O estudante de Medicina que entra no curso de Medicina... É absolutamente irrelevante para nós professores ou para a formação se ele entrou por um programa de cotas ou por um programa de entrada universal na faculdade. Ele é submetido às mesmas provas, à mesma avaliação, aos mesmos professores. E nós não podemos dar a entender à sociedade que o médico formado que entrou por um sistema de cotas é diferente do médico formado que entrou pelo sistema de vaga universal. Eles são médicos, eles são profissionais.

Aqui, eu não vou discutir as questões sociais do Brasil, que são importantes, mas nós não podemos utilizar a residência para corrigir um problema que foi criado pela abertura indiscriminada de cursos de Medicina justamente pela iniciativa privada. E, aliás, quem toca a iniciativa privada é o próprio Governo, através dos Fies.

Quando a gente coloca aqui "Olhe, você, médico formado na política de cotas, também vai entrar na política de cotas para entrar na residência", nós estamos dando uma mensagem equivocada para a sociedade. A maior injustiça social, do

ponto de vista do CFM, é a formação de médicos que não estão preparados para serem médicos, estejam eles em quaisquer espaços da medicina, incluindo os espaços distantes, os espaços quilombolas, indígenas... Essa é a maior injustiça social. Alguns números. De 2018 a 2024, nós aumentamos em 71% as vagas de Medicina à custa de faculdades particulares; hoje são 287 mil alunos. As vagas de residência cresceram 26%, ou seja, 71% de vagas, e 26% das vagas de residência. O resultado desse déficit de 11 mil vagas de R1: em 2024, acumulam-se no país, então, mais de 210 mil médicos generalistas. E nós estamos criando agora uma entrada diferente para esses 210 mil médicos generalistas que já se submeteram ao sistema de cotas e que, a nosso ver, são médicos como quaisquer outros médicos, que receberam em suas faculdades o mesmo tipo de educação.

Concordar com a política de cotas na residência especificamente é dizer que sim, os médicos formados por cotas e os médicos formados por entrada de vaga universal são diferentes e não são - não são.

Números em relação a isso.

Nós temos aqui: estudo publicado pela *Revista Brasileira de Educação Médica*, Valle, 2024, avalia o coeficiente de rendimento final do egresso da Unesp, no qual se constata que os alunos que entraram pelo sistema de cotas e os alunos que entraram pelo sistema de vaga universal têm absolutamente uma irrelevância estatística em termos de aquisição de conhecimentos. Outro estudo - nacional também, longitudinal - acompanhou 707 médicos na UnB e mostrou também que não houve diferença estatística significativa na taxa de aprovação para residência médica entre cotistas e não cotistas.

Então, veja: inserção profissional do médico é uma coisa; o estabelecimento de políticas de cota - tornando, para alguns grupos de médicos, praticamente impossível a entrada no sistema de especialização - e a admissão de que os médicos são diferentes, para o Conselho Federal de Medicina, é um problema seriíssimo - seriíssimo.

A política de cotas funciona e exaure a sua função reparadora na graduação, principalmente aqui na residência médica. E tem estudos internacionais também - o colega Jerzey mostrou aí - do efeito *mismatch* na literatura dos Estados Unidos - em países como os Estados Unidos - que concluem que a aplicação de reserva de vagas em etapas avançadas e de alta competitividade técnica, como a residência, reduz a objetividade dos critérios acadêmicos e gera distorções do mérito. Aliás, a nossa Constituição, apesar de não ter a palavra meritocracia, é toda baseada no mérito: concurso público, prova.

A residência médica lida com a vida humana em estado crítico; é um aperfeiçoamento contínuo, é uma busca contínua. Nós não podemos admitir que nós coloquemos no mercado de trabalho especialistas que foram especialistas não pelo seu mérito acadêmico ou pela sua competência técnica, mas, sim, por uma questão social. Isso gera, sim, um risco à sociedade. Não interpretem que há diferenças na formação médica: não há interferências na formação médica, não há diferenças. Acesso é outra coisa, mas, quando se cria acesso por um lado, se retira o acesso por outro lado.

A posição do Conselho Federal de Medicina já é histórica. Que bom a gente poder falar numa audiência pública. Infelizmente as nossas ideias às vezes não podem ser ouvidas, porque o Judiciário interpreta até de uma maneira equivocada, mas aqui, num espaço democrático - que é a Casa do Povo, o Congresso Nacional -, a gente pode falar o que o Conselho Federal de Medicina, que representa os médicos, pensa.

Existe aqui...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Da mesma forma que ouvimos o primeiro convidado, estamos ouvindo o segundo, com o mesmo respeito com que cada um expressa o seu ponto de vista. Pode continuar.

O senhor tem mais três minutos.

O SR. ALCINDO CERCI NETO (Por videoconferência.) - Tenho quanto tempo, Senador?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Mais três minutos.

O SR. ALCINDO CERCI NETO (Por videoconferência.) - Ah, eu estou indo rápido demais, então. Muito obrigado, Senador, pelo seu ato democrático, por ouvir o contraditório.

Continuando aqui, o Conselho Federal de Medicina já expõe isso em várias peças técnicas de divulgação - no seu Parecer CFM 21, de 2015, e em várias pautas. Nós somos acionados em diversas situações, por exemplo, em que as políticas de cotas acabam até ultrapassando mais do que a metade das pautas e das vagas de residência médica, e infelizmente nós, Estado brasileiro, criamos um problema de termos 500 cursos de Medicina: seremos 1,2 milhão de médicos em pouco mais de dez anos, as vagas de residência não crescem a contento e nós estamos retirando oportunidade desses médicos que estão entrando no mercado de trabalho e que querem se especializar, porque nós não conseguimos aumentar o número de residência. E aí, infelizmente, neste caso específico da residência, a política de cotas não funciona como agente agregador,

mas funciona como agente desagregador, porque eu não consigo imaginar que a gente possa entender que um médico é menos médico por causa da cor da sua pele ou por causa da sua condição social.

Nesta Comissão de Educação, o de que nós precisamos é ter uma fiscalização rigorosa das faculdades em sua infraestrutura, Senador, porque, de fato, como eu já falei na minha fala prévia, um médico mal formado entrar no mercado de trabalho com uma formação ruim é algo socialmente inaceitável, tanto do ponto de vista pessoal, como, principalmente, do ponto de vista da população, que, ao estar doente, não escolhe o seu médico pela cor da pele, não escolhe o seu médico por outras questões que não de mérito. E a gente tem que ter muito cuidado na criação da especialidade dessa maneira.

Era com isso que eu gostaria de contribuir. Até terminei um pouco antes, porque eu queria estar dentro do tempo, mas, apesar dessa nossa opinião - nós respeitamos as opiniões diversas -, nós chamamos a atenção dos Srs. Senadores para o que nós estamos criando. O médico tem que ser o profissional mais técnico que a sociedade pode ter, porque a ele as nossas vidas são confiadas. E os pacientes não escolhem o médico por quem eles vão ser atendidos por conta de questões afirmativas, mas, sim, pela sua competência técnica.

Muito obrigado. Era isso o que eu gostaria de falar.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Esse foi o Sr. Alcindo Cerci Neto, Conselheiro Federal pelo Estado do Paraná, representante do Conselho Federal de Medicina.

De imediato, passamos para a Coordenadora-Geral de Trabalho e Política do Ministério da Igualdade Racial, a Sra. Rosana Machado.

O tempo, até o momento, está em torno de 13 minutos para cada um.

A SRA. ROSANA MACHADO (Para expor.) - Boa tarde a todos e todas. Agradeço a oportunidade de falar aqui a respeito do tema.

Eu vou apresentar um pouco da perspectiva técnica do Ministério da Igualdade Racial.

Eu parto de um ponto de partida... O ponto inicial que eu trago é em relação ao tempo que nós temos de abolição da escravidão. Nós temos 138 anos de abolição, e a desigualdade racial permanece mensurável: ainda é possível ver a desigualdade racial no nosso dia a dia.

Parto também da perspectiva de que igualdade formal não produz necessariamente igualdade de oportunidades. E aí a pergunta que nós precisamos nos fazer é: a conclusão, na graduação de Medicina, é suficiente para eliminar as desigualdades raciais ao longo da trajetória médica?

E aí eu vou passar para a gente analisar o que propõe esse projeto de lei: ele propõe vedar as cotas raciais, sociais ou de qualquer outra modalidade na residência médica; proíbe reservas de vagas, bonificação ou pontuação adicional; propõe também aplicar a vedação a instituições públicas e privadas; propõe alterar a Lei nº 6.932, de 1981, que fala sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e pretende afastar a aplicação da Lei 12.990, de 2014, que foi atualizada, a todos os processos seletivos de residência médica.

E aí, antes de entrar na análise que eu estou propondo, é importante delimitar exatamente o que está sendo proposto. Não é regulamentar, não é aperfeiçoar as ações afirmativas; é uma vedação ampla e absoluta às ações afirmativas na residência médica.

E aí qual é a principal premissa do PL? Ele parte de três pressupostos: que as ações afirmativas já teriam cumprido sua função na graduação; que, após a formação em Medicina, todos os profissionais estariam em condições equivalentes de competição; e que a residência médica deveria ser orientada exclusivamente pelo mérito e desempenho.

Aí, a pergunta que eu faço: os dados confirmam essa igualdade? Bom, vamos ver como é que os dados se apresentam. Estudantes de Medicina, em 2023, segundo o Censo Médico no Brasil, publicado em 2025: 68,6% dos estudantes são brancos e 29,2% são negros. Então, quanto à população negra, a despeito de já termos políticas de cotas, de já termos políticas de ingresso na graduação, ainda existe uma diferença significativa nesse acesso. E mais: essa desigualdade só se acentua ao longo da carreira.

Se os estudantes de Medicina são 68% brancos e 29,2% negros, entre os docentes de Medicina - você consegue passar para mim? Não está dando aqui, obrigada -, essa desigualdade se amplia: são 77,4% de pessoas brancas e 21% de pessoas negras. Entre os médicos-cirurgiões, 79,9% de médicos-cirurgiões brancos e 16,2% negros. Então, quanto mais avançamos para posições de maior especialização, prestígio e autoridade profissional, menor é a presença negra.

E aí eu vou dialogar um pouco com os dados que o Sr. Alcindo, que falou antes de mim, trouxe para nós. Ele realçou um dado importante: que não existe diferença no resultado de rendimento desses estudantes. Isso é importante, porque, se nós estamos falando de mérito, se nós estamos falando de capacidade, se a nossa preocupação principal é a qualidade

da medicina que nós entregamos à sociedade, os dados de desempenho dos estudantes não serem significativos, como ele mesmo trouxe, nos traz a percepção de que são outros os motivos que estão fazendo essas pessoas não entrarem na residência médica.

E aí trago uma reflexão para nós. Se não existe essa diferença, se nós entregaremos uma boa medicina, porque esses estudantes estão sendo muito bem formados, qual seria o problema em buscar que esses dados fossem mais equânimes? Qual é o receio de termos, então, pessoas negras, indígenas, quilombolas, PCDs ocupando os diversos bancos, as diversas especialidades da Medicina?

E por que é que a gente pensa, por que é que a gente traz que a residência é importante? A residência médica não é apenas uma etapa posterior à graduação. Eu não vou me atrever a falar depois do nosso colega Jerzey, ele explicou muito bem, mas o que é possível reconhecer? Que a residência médica é a principal porta de entrada para a especialização, é a etapa decisiva das trajetórias profissionais, é o acesso à especialidade de maior reconhecimento e à formação de corpo médico especializado. Retirar as ações afirmativas nessa etapa significa intervir em um ponto estratégico da trajetória profissional.

Mas as cotas na graduação não resolverão o problema a médio ou longuíssimo prazo? Bom, as cotas são parte da solução. As cotas na graduação são parte da solução - isso é inegável -, mas elas não demonstram que as desigualdades posteriores estejam superadas. Uma trajetória não termina na graduação. Então, não é justo, não é saudável, não é interessante para uma sociedade que busca essa equidade interromper as possibilidades de ingresso por meio de cotas nas outras esferas.

Lembrando, nós temos graduação, residência, especialização, docência e pesquisa, liderança e posições de prestígio. Uma vai levando à outra numa caminhada. Acreditar que ampliar a entrada de pessoas negras na medicina transforma automaticamente todas as etapas posteriores da carreira não é adequado. Os dados mostram que a persistência e o agravamento da sub-representação nos níveis de maior especialização se mantêm ou se aprofundam, como eu disse.

Um ponto trazido, e aí eu quero tentar falar um pouquinho mais sobre ele - o Jerzey o trouxe também -, é que diversidade também produz efeitos no cuidado. A concordância racial ou étnica entre médico e paciente pode contribuir para melhorar a comunicação clínica, ampliar a confiança no profissional, aumentar a adesão ao tratamento, reduzir barreiras culturais no acesso ao cuidado.

Então, a representatividade que aqui buscamos não é apenas uma questão de buscar que tenhamos mais médicos negros, mais médicos indígenas, mais médicos PCDs. Não é só isso. É, além disso, a possibilidade de impactar na relação de cuidado. É a possibilidade de impactar na saúde que oferecemos para a nossa população.

Trago também as questões de mérito, igualdade e marco constitucional. Acreditar que um critério neutro gera um resultado necessariamente neutro é equivocado. Então, a ideia de que uma simples prova é o suficiente para a gente corrigir resultados de desigualdade tem se mostrado ineficaz.

A necessidade que o Estado brasileiro trouxe, a necessidade que o Estado brasileiro viu de implementar cotas em diversos âmbitos, como foi citado pelo colega, pelo Alcindo, que se manifestou antes de mim - já existem cotas no serviço público, já existem cotas para ingresso nas instituições de educação federal, e isso tem sido replicado nos estados e municípios -, isso tudo foi por reconhecer que, tratando de forma igualitária, não se alcançava a equidade pretendida.

Então, o mérito é construído em trajetórias marcadas por diferenças de formação educacional, acesso a recursos, oportunidades de qualificação, capital cultural, redes institucionais. E o STF já se manifestou quanto a isso. A ADPF 186, constitucionalidade das cotas raciais no ensino superior. A ADC 41, constitucionalidade das cotas raciais no serviço público. A ADPF 973, o racismo estrutural existe no Brasil e existe uma necessidade de respostas institucionais. O Estado precisa fazer algo em relação a isso. Então, a jurisprudência do STF já reconhece que o enfrentamento das desigualdades raciais estruturais - reforço, estruturais - pode exigir medidas diferenciadas para promover uma igualdade efetiva.

Bom, a conclusão técnica, o que os dados nos permitem afirmar: primeiro, a desigualdade racial permanece na formação médica; segundo, ela se acentua nos níveis de maior especialização e prestígio; terceiro, a residência médica é uma etapa estratégica dessa trajetória; quarto, a diversidade médica pode contribuir para relações de cuidado mais responsivas às diferenças sociais e raciais; e quinto, não há evidência, nos elementos analisados, de que a graduação tenha eliminado as desigualdades posteriores à graduação.

Então, o posicionamento técnico do MIR é contrário ao PL e contrário à retirada das ações afirmativas da residência médica, pois ela não encontra respaldo suficiente nas evidências empíricas, no marco constitucional analisado e na realidade das desigualdades raciais presentes na formação e na carreira médica.

Portanto, tecnicamente, a questão não é se devemos escolher entre mérito e ação afirmativa; é fundamental a gente entender isso. A questão é se, diante de desigualdades que permanecem mensuráveis na trajetória médica, a retirada de um

instrumento de correção seria capaz de produzir mais igualdade ou apenas reproduzir o padrão que os dados já demonstram de desigualdade.

Tenho ainda um minuto e vinte e cinco. Vou aproveitar para responder algumas perguntas que chegaram para nós.

O Aristides, de Goiás, traz o seguinte - só irei tomar um gole de água -: “Embora qualquer raça, etnia, deficiência física possa ser médico, ser médico precisa de uma base de conceitos que as cotas não contemplam”.

E aí, Aristides...

(Soa a campainha.)

A SRA. ROSANA MACHADO - ... respondendo a essa sua questão: as cotas contemplam, sim. A ideia não é retirar o mérito, e sim reconhecer que somente uma prova não é suficiente para garantir a diversidade que nos interessa em todos os âmbitos da sociedade brasileira.

Vale salientar que os dados do Inep, no Censo da Educação Superior, dizem que o aproveitamento dos cotistas foi igual ou superior ao de não cotistas. A evasão de cotistas foi inferior à de não cotistas. Então, qual é essa preocupação? Não estamos querendo tirar o mérito. O mérito será mantido e, aí, entre os cotistas, ficarão os melhores. Vamos manter essa questão do mérito: os melhores entre os cotistas.

O que não é adequado é continuarmos criando castas que separam quem é pessoa possível de ocupar esses espaços na medicina ou na residência médica dos que não são.

Então, agradeço. Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, Rosana Machado, Coordenadora-Geral de Trabalho e Política do Ministério da Igualdade Racial (MIR).

Vamos, de imediato, à distância, por teleconferência, à Sra. Bianca Borges, Presidente da União Nacional dos Estudantes (UNE).

A SRA. LETÍCIA HOLANDA (Para expor. *Por videoconferência.*) - Oi, pessoal! Boa tarde!

Queria só fazer uma retificação. A Bianca, a nossa Presidenta, infelizmente não pôde participar da audiência porque teve um conflito com algumas agendas presenciais hoje. Nós estamos em um mês em que se celebram os 89 anos da UNE. Então, estamos com muitas agendas, e a nossa Presidenta acabou tendo conflito e não pôde participar. Mas estou aqui participando em nome dela e representando também a União Nacional dos Estudantes.

Eu me chamo Letícia Holanda, sou Diretora de Relações Institucionais da UNE. Já estive também em outros espaços com o Senador e quero começar, inclusive, saudando o senhor neste momento, Presidente desta Comissão, e, na pessoa do senhor, saudar os Parlamentares, os representantes dos Ministérios, entidades e outros movimentos e organizações que se fazem presentes aqui na audiência.

Eu quero começar fazendo uma consideração, a partir, inclusive, da penúltima fala que me antecedeu, deixando uma coisa clara: para nós não temos nenhuma divergência sobre a necessidade de formar médicos de excelência e de qualidade. A União Nacional dos Estudantes também defende isso, mas nós queremos médicos muito bem formados, muito bem preparados e que consigam também, a partir disso, uma residência médica de qualidade e uma medicina que seja capaz de cuidar da vida das pessoas com excelência.

A nossa divergência, na verdade, é outra. Aqui foi afirmado que não se é contrário às ações afirmativas, que não se coloca contra as cotas, mas que elas não deveriam estar na residência médica, e a nossa pergunta aqui neste momento é: por quê? Por que não estar na residência médica? Será que a desigualdade que justifica uma política de ação afirmativa vai desaparecer justamente no momento em que o estudante chega à residência médica? Será que o racismo, a desigualdade regional, a diferença de renda, a classe, as oportunidades acumuladas ao longo de toda a trajetória também desaparecem neste momento? E a resposta é não, elas não desaparecem. Inclusive, foram apresentados aqui os próprios dados pelo Ministério da Educação nesta audiência, e eles demonstram exatamente isso.

Nós estamos falando de um país que concentra mais de 55% da população como preta e parda, mas somente 4,7% dos estudantes de Medicina são negros, e 1% desses são docentes. Então, eu tenho uma dificuldade muito grande de aceitar o argumento de que a política de cotas cumpre a sua função na graduação, porque se tivesse realmente cumprido, se realmente estivesse sendo cumprida somente na graduação, por que a desigualdade continuaria tão evidente nas etapas seguintes da formação médica?

E quero responder, inclusive, também a essa preocupação que foi colocada aqui pelo Conselho, que é a qualidade da assistência. É evidente que nós não podemos colocar diante de um paciente um profissional sem a formação necessária, eu acho que isso é um consenso de todos nós aqui desta audiência, mas eu não ouvi até agora uma demonstração de

que médicos que ingressam por ações afirmativas sejam profissionais menos preparados. Ao contrário, foi colocado aqui na audiência que não existem diferenças significativas de desempenho entre cotistas e não cotistas. Então, acho que nós precisamos separar duas coisas. A primeira delas é garantir a competência profissional e a outra é garantir acesso às oportunidades de formação. A ação afirmativa atua exatamente sobre essa segunda coisa. Ela não substitui a formação médica, ela não vai substituir a avaliação, a residência, não vai eliminar os critérios técnicos; ao contrário, ela vai reconhecer que, em uma sociedade desigual, uma disputa aparentemente igual pode reproduzir desigualdades que começam muito antes daquela prova.

Aqui eu volto ao argumento do mérito, inclusive, que diz que todos devem fazer a mesma prova e deve entrar quem tiver o melhor desempenho. Mas aí a pergunta que fica é: o mérito começa no dia da prova? Porque, se começa, então, a gente já pode ignorar tudo que aconteceu antes: nós podemos ignorar a escola em que aquela pessoa estudou, nós podemos ignorar a renda familiar, nós podemos ignorar se ela precisou trabalhar durante a sua graduação para ajudar, muitas vezes, na sua renda de casa, podemos ignorar se ela teve acesso a cursinho, ignorar a região em que essa pessoa nasceu, ignorar as condições que permitiram que ela chegasse até aquela prova. Mas eu não acredito que seja essa medicina que nós queremos construir.

Falo isso também como alguém, uma jovem, que vem do Acre, que é acriana. Quando nós falamos de residência médica no Brasil, nós precisamos falar de desigualdade territorial. Não é a mesma coisa construir uma trajetória educacional em um grande centro do país e construir essa mesma trajetória na Região Amazônica, por exemplo. E isso não significa dizer que um estudante do Acre seja menos capaz, ou do Amazonas, ou do Pará, da Região Norte ou Nordeste, enfim, significa reconhecer que ele pode ter enfrentado obstáculos diferentes para chegar ao mesmo lugar.

Então, eu acho que, quando nós falamos em mérito, nós precisamos ter cuidado para não transformar a desigualdade de oportunidade em diferença de capacidade. Aí eu queria pontuar aqui um exemplo que foi quase pontuado pelo Ministério da Educação, que é exatamente nós termos uma prova que é igual - as mesmas questões, os mesmos quesitos, os mesmos critérios -, mas nós temos dois estudantes: um deles conseguiu estudar integralmente para essa prova, não precisou trabalhar, seu único foco era realmente a sua graduação, teve acesso aos melhores cursinhos que pôde, conseguiu estudar numa boa escola particular, conseguiu ter uma graduação muito boa e chega no dia da prova para conseguir garantir o seu resultado; e outro estudante que também vai fazer essa mesma prova, mas precisou trabalhar durante sua graduação, estudou em escola pública, vem de vulnerabilidades sociais e socioeconômicas muito grandes que nós temos no nosso país, é negro, ou é indígena, ou é quilombola - e vai fazer essa mesma prova. Então, acho que nós precisamos levar em consideração esses dois fatores, porque com certeza não dá para a gente querer dizer que as duas pessoas vão conseguir ter ali um bom desempenho por conta da sua trajetória. E a ação afirmativa é justamente para conseguir garantir que esse jovem não saia prejudicado por exatamente sabermos que existem capacidades iguais, tanto em um jovem de vulnerabilidade socioeconômica, quanto em um jovem que não precisou passar por nenhum tipo de transtornos relacionados a isso.

Então, eu quero terminar com uma provocação aqui: se o médico cotista e o médico de ampla concorrência são, como foi dito aqui, igualmente capazes, igualmente preparados, então, por que garantir que eles tenham condições de disputar especialização significa uma ameaça à qualidade da medicina? Eu acho que não é esse o caminho e que a verdadeira questão não é escolher entre mérito e ação afirmativa, talvez seja garantir que tenha qualidade e, ao mesmo tempo, que a gente consiga democratizar quem tem direito de chegar aos espaços mais especializados da medicina, porque nós não queremos uma medicina menos qualificada; nós, ao contrário, queremos uma medicina qualificada e representativa do povo brasileiro.

Para isso, não basta apenas abrir as portas da graduação e garantir a política afirmativa ou de permanência somente na universidade. Nós precisamos garantir que os estudantes que, historicamente, tiveram mais dificuldades para entrar na universidade também não encontrem uma porta fechada quando tentarem avançar e, na maioria das vezes, serem os primeiros das suas famílias a se formar na área da Medicina e conseguir ter um diploma.

Então, eu acho que esse é o principal argumento e o principal debate que nós precisamos fazer: a Medicina que nós queremos no nosso país, a saúde que nós queremos no nosso país precisa refletir, sim, a realidade do seu povo brasileiro, tal qual nós já estamos conseguindo avançar, a passos ainda que lentos, mas também refletindo a nossa universidade brasileira que, hoje, tem mais cara do povo, com filho e filha da classe trabalhadora conseguindo se formar nesses espaços e em cursos como na área da Medicina.

Então, para que isso consiga se perpetuar, nós precisamos também que, na residência médica, a gente consiga também fazer jus a isso que nós conseguimos... É isso.

Muito obrigada pela participação de todos. Obrigada, Senador Paulo Paim, que sempre é um grande parceiro aí da União Nacional dos Estudantes. Sempre que nós estivermos nos espaços, vamos colocar aqui o privilégio que foi conseguir

falar sobre a reformulação da Lei de Cotas junto com a sua atuação no Parlamento, no Senado, que foi extremamente importante para nós.

Então, muito obrigada e contem com a União Nacional dos Estudantes. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem.

Essa foi a Letícia Holanda, que falou em nome da União Nacional dos Estudantes (UNE).

De imediato, passamos a palavra ao Sr. Edilson Martins Melgueiro, Diretor do Departamento de Línguas e Memórias Indígenas do Ministério dos Povos Indígenas.

O SR. EDILSON MARTINS MELGUEIRO (BANIWA) (Para expor.) - *Puranga karuka*, Senador Paim. *Puranga karuka*(*Expressão em língua indígena.*). Eu peço licença para traduzir, por gentileza.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Pois não.

O SR. EDILSON MARTINS MELGUEIRO (BANIWA) - Eu disse... Eu cumprimentei a Mesa, na pessoa do Senador Paim, em seguida, eu cumprimentei o público aqui, que está presente, e os que não estão presentes aqui na língua *nheengatu*, respeitando a diversidade cultural e linguística que nós temos hoje no Brasil, está bom?

E eu irei dialogar com vocês na terceira língua minha, tá, Senador?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Pois não.

O SR. EDILSON MARTINS MELGUEIRO (BANIWA) - Então, peço a gentileza... Em alguns momentos, se eu não pronunciar bem a palavra em português... Porque a minha língua tradicional é o *baníua*. Não existe sujeito na língua *baníua*, A gente começa a frase sempre com o verbo, depois o objeto. Então, começa aí a grande diversidade com relação à pauta que nós estamos discutindo.

Bom, eu quero aqui trazer alguns pontos de vista, em nome do Ministério dos Povos Indígenas, com relação ao PL. Não vou repetir o que o projeto está propondo nem a justificativa também, porque o Senador já colocou inicialmente isso. Mas eu trago aqui algumas reflexões, algumas posições do Ministério dos Povos Indígenas a partir de dois pontos.

Primeiro, do ponto de vista mais político, sobre política de ações afirmativas. E, num segundo momento, destacar alguns pontos mais técnicos com relação à formação, está bom?

Início dizendo a todos e a todas que não dá para discutir qualquer formação, seja ela Medicina, seja ela em outras áreas, sem levar em consideração as políticas de ações afirmativas. Esse é um ponto que nós, do Ministério dos Povos Indígenas, sempre defendemos: não existe formação em qualquer área sem considerar as políticas de ações afirmativas.

Diante disso, eu destaco alguns pontos importantes, reflexões que nós defendemos. Cumpre-se destacar que as cotas não representam uma ação afirmativa discriminatória, mas compensatória; as cotas não representam uma ação afirmativa excludente, mas complementar; as cotas não representam uma ação afirmativa unidimensional, mas multidimensional; e, finalmente, as cotas não representam uma ação afirmativa geradora de tensão histórica, mas geradora de distensão histórica.

Como demonstra a Manifestação 5.254, de 2025, da PR Minas Gerais? Ela diz assim, que é incontestável que a ausência de reserva de vagas para minorias étnicas nos processos seletivos de residência médica configura violação de direito ao princípio da igualdade material, ao direito fundamental à educação, aos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil e às normas específicas que impõem ao Estado, às instituições privadas conveniadas o dever de adotar medidas concretas para garantir a equidade racial no ensino superior. Portanto, é preciso que seja estimulada e não coibida a construção de espaços e experiências de convivência multicultural entre os povos indígenas e a sociedade nacional, capazes de garantir harmonia, paz e tranquilidade sociopolítica. Os povos indígenas gostariam de compartilhar, nesses espaços de residência, o mundo, a partir da universidade, a partir de residências, seus saberes, seus valores comunitários, suas cosmociências, suas cosmologias, suas visões de mundo e seus modos de ser, de viver e de estar no mundo, onde o bem viver é a prioridade, não é o viver bem. O bem viver é a prioridade dos povos indígenas, como explica um grande pensador nosso da educação escolar indígena, o Prof. Gersem Baniwa.

A residência médica, embora constitua modalidade de ensino de pós-graduação, não está imune à necessidade de correção das desigualdades históricas que marcam a formação social brasileira. Ao contrário do que sustenta a justificação do projeto, a graduação não elimina as disparidades acumuladas por séculos de exclusão. As ações afirmativas não se esgotam no ingresso no ensino superior. Elas precisam acompanhar a trajetória acadêmica profissional de negros, indígenas, quilombolas e dos grupos historicamente marginalizados como instrumento de promoção contínua da igualdade material.

A tentativa de vedar a reserva de vagas no processo seletivo de residência médica contraria não apenas a orientação normativa da Comissão Nacional de Residência Médica, materializada na Resolução CNRM 17, de 2022, mas também os compromissos assumidos pelo Brasil em matéria de direitos humanos. A aplicação analógica das Leis 12.711, de 2012, e 15.142, de 2025, conforme reconhecido pela Manifestação 5.254, de 2025, da Procuradoria da República de Minas Gerais, evidencia que o ordenamento jurídico já consolidou entendimento favorável à extensão das políticas de ações afirmativas a esta etapa de formação médica. Ademais, a presença de médicos negros, indígenas, quilombolas e integrantes dos demais povos e comunidades tradicionais nos programas de residência médica não representa apenas uma conquista individual, porque o mundo, muitas vezes, é muito individual, mas um ganho coletivo para o Sistema Único de Saúde e para a sociedade como um todo. A diversidade de corpo médico especialista qualifica a assistência à saúde, ao permitir o atendimento cultural sensível às populações tradicionais, fortalecendo as políticas públicas estruturantes com uma política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.

O PL 452, de 2025, ao propor a anulação dos processos seletivos que adotem ações afirmativas, pretende impor uma uniformidade excludente que desconsidere as especificidades e saberes dos diferentes grupos que compõem o Brasil. Acabar com a reserva de vagas para os grupos historicamente marginalizados é dificultar sua entrada nas residências médicas, o que teria como consequência o impedimento de que suas cosmologias, seus valores comunitários e suas visões de mundo integrem e enriqueçam o campo da saúde, empobrecendo a própria prática médica.

Portanto, conclui-se que o referido projeto de lei afronta a Constituição Federal de 1988, os tratados internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário, a jurisprudência consolidada do Supremo Tribunal Federal e o próprio arcabouço normativo infraconstitucional que rege as políticas de ações afirmativas no país. Mais do que isso, representa uma ameaça aos princípios de equidade e justiça social, que orientam a construção de um Estado democrático comprometido com a superação das desigualdades históricas. Por essas razões, o PL 452, de 2025, merece integral rejeição, preservando-se a obrigatoriedade de reserva de vaga para os grupos historicamente discriminados nos processos seletivos de residência médica, como instrumento de promoção da igualdade material e do direito fundamental à saúde, com qualidade, diversidade e respeito.

E finalizo a minha fala aqui defendendo que nós queremos não somente - no curso de Medicina - que seja uma medicina intercultural, mas, além disso, uma medicina com profissionais também interculturais.

Então, esse é o ponto de vista do Ministério dos Povos Indígenas.

(Expressão em língua indígena.), Senador Paim. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem.

Esse foi o Sr. Edilson Martins Melgueiro, Diretor do Departamento de Línguas e Memórias Indígenas, do Ministério dos Povos Indígenas.

De imediato, vamos agora para o Sr. Raul Cutait, da Academia Nacional de Medicina.

O SR. RAUL CUTAIT (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde a todos. Boa tarde, Senador Paim. Boa tarde, Senador Hiran Gonçalves.

Eu gostaria de fazer alguns comentários.

Acho que minha imagem...

Está passando aí? Estão ouvindo?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Perfeitamente, estamos ouvindo. Está perfeito!

O SR. RAUL CUTAIT (*Por videoconferência.*) - Tá. É que a minha imagem aqui congelou.

Eu gostaria de fazer alguns comentários em cima - vixe! - do tema.

Eu só peço licença um segundo, porque aconteceu um probleminha aqui.

Pronto.

Primeira coisa, é preciso entender que o Brasil é um país extremamente desigual sob vários aspectos, inclusive na área educacional. Para isso, foram criadas propostas que permitem promover inclusão e mobilidade social e que podem gerar oportunidades para grupos socioeconômicos menos privilegiados - e não só para eles, existe inclusive uma expectativa de que, em alguns momentos, essas pessoas poderão interferir positivamente em suas comunidades, fazendo-as inclusive melhorar em vários aspectos.

Nesse sentido, eu entendo que política de cotas é um grande avanço. Agora, é preciso entender que nós temos níveis educacionais distintos. O ensino básico, o universitário e o pós-graduado, tanto senso lato quanto senso estrito, e eles têm que ser tratados de formas também distintas.

No caso da graduação em Medicina, hoje, 45% das vagas são destinadas a cotas. A grande maioria é aplicada em faculdades públicas. Aqui, poder-se-ia discutir o percentual dos 45%, os grupos favorecidos, mas acho que não é esse o objetivo desta reunião. Agora, aí já dá para fazer a primeira pergunta: será que estão incluídos nesses 45% todos os que são de grupos que requerem ações afirmativas e que gostariam de fazer Medicina? A resposta é não, apenas alguns que conseguem demonstrar um mínimo de competência - e com alguma frequência com notas inferiores às dos que entraram pela via clássica.

Passando para a residência médica, a pergunta que é o motivo desta reunião: seria apropriado haver cotas para a residência médica? Bom, eu só... Antes de continuar, gostaria de dizer que eu sou Professor de cirurgia da USP, além de membro da Academia Nacional de Medicina, bastante envolvido com educação médica, e o grande tema é que o residente é quem, na verdade, cuida, no dia a dia, dos pacientes. Então, uma coisa é você oferecer vaga para quem está se formando, e a outra é oferecer vaga para quem vai ter uma responsabilidade sobre a vida das pessoas. Embora seja bonito falar que tem professor, tem quem oriente, tem tudo isso, é muito, muito comum, em qualquer programa de residência médica, até na nossa, lá no Hospital das Clínicas, o residente tomar uma série de decisões, ou seja, ele precisa ter uma competência mínima para não pôr em risco o dia a dia dos pacientes que lhe são designados.

Vejam, todas as vagas de residência, de quase todas as áreas, são muito disputadas, até porque nós temos, em média, uma vaga para cada três formandos, e muitos que não entram vão disputar de novo no outro ano, e no outro ano... Então, a disputa tende a ser muito grande. Então, a residência médica, no meu ver, tem que ser um nível visto como pós-graduação e que se alcança por competência. O favorecimento, legítimo, por cotas na graduação, eu acho que pode haver para todos os níveis de graduação de todas as faculdades no país. Agora pós-graduação é outra coisa; é o mesmo que pensássemos também que mestrado e doutorado teriam que ter cotas para poderem ser cursados, e a competência passa a ser um fator eventualmente secundário.

A experiência do HC, lá na Faculdade de Medicina da USP, é que o desempenho dos cotistas para acessar programas é, em média, inferior ao dos alunos. Então, aí entra o problema. Se o indivíduo tem a chance de fazer uma boa faculdade, ou uma faculdade de Medicina, ele precisa aproveitar essa chance - essa oportunidade - para se preparar para disputar depois, em condições de igualdade, com todos aqueles que querem fazer uma determinada residência médica. A oportunidade já lhe foi oferecida. Agora, o que acontece? Observação: os cotistas tendem a ser menos competitivos, e o que lhes falta, eu acredito, é um maior apoio durante a graduação, não só do ponto de vista educacional, mas também emocional. Isso faz com que o seu empenho, o seu desenvolvimento e o seu desempenho sejam inferiores.

Só para mostrar as dificuldades, em uma das residências do Hospital Sírio-Libanês, com três vagas, uma delas foi concedida a cotista. A nota dos dois que entraram, sem ser por cota, foi 90; a do residente que entrou por cota a nota foi 50. Ora, um programa de excelência quer residentes de excelência, porque inclusive é a maneira de ele manter a sua excelência. Nada contra o residente ter sido um cotista na faculdade, mas eu não acho que isso dá o espaço obrigatório para ele poder ser um cotista na residência médica. A residência médica é outro nível de formação, disputado, e aí as pessoas tiveram a oportunidade para crescer enquanto estudantes de Medicina, talvez com mais dificuldade para muitos, inclusive para suas condições socioeconômicas.

Eu sempre gosto de lembrar de um colega de turma - um ano, aliás, atrás de mim - que era servente de pedreiro. Primeiro trabalhou na roça, foi ser servente de pedreiro, fez cursinho de madureza na época, entrou na Medicina da USP, cursou a faculdade, fez residência de cirurgia. Ele dava plantão comigo e eu falava para ele: "Puxa, como é que você aguenta?", porque toda noite ele trabalhava no Banco do Brasil. Eu falei: "Como é que você aguenta essa vida?". E ele falou: "Olha, estou no céu". E, pelo esforço próprio, ele chegou a Professor Livre-Docente.

Então, querendo ou não, a residência é o primeiro passo daqueles que se esforçam mais, que se dedicam mais. A faculdade de Medicina é preparatória para que essas pessoas possam se desenvolver e vir a desempenhar depois. É importante que nós tenhamos gente de todos os grupos bem representada, mas tem que ser porque demonstraram competência.

Um último exemplo: numa faculdade, num programa de residência de cirurgia em Belo Horizonte, um dos cotistas era um autista de alto grau, e o chefe da cirurgia me disse que ele precisava destacar um residente para acompanhá-lo sempre. Nada contra autistas, só que tem que entender que é necessário que quem ocupa uma vaga de residência seja um indivíduo preparado...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Eu apelo de novo, pessoal.

O SR. RAUL CUTAIT (*Por videoconferência.*) - ... e ele teve já essa chance anterior.

Finalizando, o título de especialista hoje é dado automaticamente pelo Ministério da Educação através do RQE, o que, aliás, contraria o que existe no mundo inteiro, onde o título de especialidade é dado por sociedades de especialidade com provas duras - no Brasil, uma média de só um terço dos candidatos passa na busca pelo título de especialista. Aqui, o indivíduo, se desempenhar bem ou mal, vai ter o título de especialista. Isso é perigoso para a população. Então, o indivíduo tem que estar preparado para fazer uma boa residência médica. Temos que pensar nisso também.

Muito obrigado pela oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Esse foi o Sr. Raul Cutait, da Academia Nacional de Medicina.

Passamos de imediato agora a palavra ao Dr. Hiran, Senador da República, que é o autor do projeto em debate.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR. Para discursar.) - Bom, boa tarde a todos. Boa tarde, Presidente. Boa tarde, meu querido colega Jerzey. Boa tarde, Rosana. Boa tarde aos demais componentes da mesa.

Eu queria perguntar a vocês aqui quem é a favor de ter cota em residência médica? Levantem o braço, por favor. (*Pausa.*)

Bom, eu estou em um ambiente inóspito. (*Risos.*)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - É um ambiente em que se pode perceber que o debate está em alto nível.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Mas eu gosto é assim, porque aqui é a Casa da argumentação e do convencimento. Aqui ninguém ganha nada no barulho, é na conversa. Não é isso?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - É isso mesmo.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Olhem aqui o cara mais parcimonioso que eu conheço aqui nesta Casa! Vai fazer muita falta.

Eu vou contar um pouco da minha história para vocês. Eu sou médico, sou oftalmologista, sou afrodescendente, como vocês podem ver. Nasci na beira do Rio Solimões, numa distância... É mais ou menos no meio do caminho subindo o Rio Amazonas em direção à Colômbia e ao Peru. Estudei o primário lá em Tefé e, depois, estudei... Naquela época, Jerzey, a gente fazia exame de admissão; era no 5º ano o exame de admissão; se não passasse, ia ficar fazendo o 5º ano três, quatro, cinco vezes... Ficava rapazinho sem ir para o ginásio. Graças a Deus... Naquela época, não tinha cotas, e eu fui para fazer um... O meu primeiro vestibular, Jerzey, foi no 1º ano do científico, eu passei para Medicina no 1º ano do científico; passei no 2º ano e... Eu fiz, concomitantemente ao científico que eu fazia, um curso de madureza, que era só para... Era como o EJA, mas eu já vislumbrava que eu poderia passar também no 2º ano, porque eu estudava muito. Eu passei no 2º ano e utilizei já o meu título lá de madureza e não do colégio onde eu estudava, para entrar na faculdade. Muito bem. Só tinha uma faculdade de Medicina lá no norte do país, lá no Amazonas. Fiz residência médica no Rio. Diferentemente da maioria dos médicos brasileiros - 70% dos médicos brasileiros optam por trabalhar aqui, no Rio, em São Paulo e Minas -, 44 anos atrás, eu decidi ir para Roraima.

Quando eu falo, as pessoas têm que me ouvir, porque eu não estou falando de estudos. Eu estou falando da minha vida.

E, Jerzey, eu continuo, com muito orgulho, a fazer medicina. Na sexta-feira, Presidente Paim, eu operei 12 pessoas. O senhor sabe, eu opero aqui também. Eu opero os Senadores aqui também, opero amigos. Toda quarta-feira, eu pratico medicina aqui.

E, quando nós tivemos aqui a lei, aquela Lei de Cotas, eu não só a apoiei, como apoiei a ampliação para 30% da Lei de Cotas. Vejam bem... (*Palmas.*)

Agora, uma coisa que se levantou aqui e que eu ouvi do nosso querido colega Raul Cutait, que é uma referência mundial em cirurgia do aparelho digestivo... Aquele cara que vocês ouviram aí é um dos homens mais respeitados do mundo em cirurgia do aparelho digestivo, um grande professor que nós respeitamos muito. Quando nós vamos falar de médico residente, ele não é de um estudante de Medicina, ele já é médico, ele já tem responsabilidade. E, como ele falou, na residência, nós é que tocamos os serviços e, muitas vezes, temos que tomar decisões em que o nosso preceptor não está ao nosso lado, não é isso, Jerzey? Você sabe disso. Então, a gente precisa entender essas coisas de uma maneira mais ampla. Por exemplo, falou-se aqui que... O Jerzey falou: "Olhem, tem muito mais gente que entra na residência que é oriunda das escolas privadas". É verdade. Sabem por quê? Porque virou uma esculhambação a proliferação indiscriminada de

escolas médicas neste país, virou um grande negócio. Medicina é uma *commodity*. Quem tem um curso de Medicina fica absolutamente rico, faz um IPO desse curso, joga em bolsa, vende o curso e pode ficar o resto da vida sem fazer nada, porque já resolveu sua vida, pois é de R\$10 mil a R\$15 mil, R\$18 mil uma mensalidade de um curso de Medicina. E aí sabem o que aconteceu? De 2013 a 2023, houve uma moratória de abertura de cursos de Medicina no país. Foi a época em que mais se proliferaram cursos de Medicina sem nenhum critério de distribuição e de localização desses cursos no nosso país. Por quê? Porque as grandes corporações, com muitos recursos, foram para o Judiciário e conseguiram, através de liminares, abrir esses cursos, o que foi uma verdadeira deformação na nossa formação de médicos.

E é por isso que eu sou também Relator nesta Casa da prova de proficiência, mas a prova de proficiência não trata só da prova de proficiência. O projeto de minha relatoria que está aqui trata de estabelecer um marco legal de Estado, o Enamed. O Enamed passa a ser uma política de Estado para avaliar alunos, e o ProfiMed passa a ser uma política de Estado para avaliar médicos, quem já se formou.

Nesse projeto também, nós estabelecemos que precisamos fazer uma nova política discutindo com todos a questão da nossa política nacional de residência médica, porque não faltam vagas. Nós temos mais de 70 mil vagas; só se ocupam cerca de 50 mil; sobram mais de 20 mil. Vamos ver. Por quê? Porque tem muitas distorções. A primeira delas sabem qual é? É que um médico do Mais Médicos, muitos sem CRM, com salvo-conduto para praticar medicina nos rincões mais longínquos deste país sem CRM por quatro anos, ganha R\$14 mil, Presidente Paim, e um residente ganha R\$4,1 mil. Não é justo, não é justo, Dra. Rosana! Isso é uma injustiça. Aumentem a bolsa de residente para R\$12 mil para ver se vão sobrar 20 mil vagas de residentes!

E vamos estabelecer para a descentralização, por exemplo, estímulos para que um médico vá para os vazios, como eu fui quando eu tinha 23 anos. O que é que eu tenho aqui nesta Casa? Um projeto que diz assim: quem utilizou o Fies e for para um vazio deste país vai ter, a cada mês, abatido um percentual da sua dívida com o Estado brasileiro. Isso está aqui nesta Casa, só que anda devagar, mas está aqui nesta Casa. É um projeto que estimula o médico a ir para os vazios, onde a gente mais precisa de médicos, onde a nossa população que é atendida pelo SUS...

E eu atendo muita gente pelo SUS. Das 500 cirurgias de catarata que são feitas na minha clínica em convênio com o SUS - nós fazemos 500 cirurgias todo mês, estão lá, vão lá ao Conass, tem os dados -, 99% das cirurgias que fazemos lá são feitas pelo Sistema Único de Saúde, que é um patrimônio do povo brasileiro, que é o maior sistema universal, equitativo, integral, como o Jerzey falou, do mundo, do mundo! (*Palmas.*)

Agora, acabei de escrever uma matéria para um livro que vai sair no Conselho Nacional de Justiça em que falei sobre judicialização. Eu questiono, Jerzey, por exemplo, a universalidade do SUS. Sabem por quê? Porque, para mim, a universalidade do SUS tem que ser para nacionais ou para quem vem para cá e se regulariza como um residente nacional. Nós no meu estado, quando recebemos 1,3 milhão de venezuelanos que vieram daquele regime tirano de Nicolás Maduro... Aí, eu vi como é que é. Lá... A gente aqui paga os impostos... Presidente, desde quando você tomava leite Nestogeno, que naquela época não era NAN, era Nestogeno, os seus pais pagavam 40% de imposto. E aí, quando o senhor for operar sua catarata, o senhor vai entrar numa fila que tem mais venezuelanos do que brasileiros. Isso não é justo, não é justo! Na minha opinião, não é justo. Então, nós temos que avaliar a questão da universalidade do SUS. Tem muitos sistemas universais na Europa que são universais para os seus nacionais, como na Espanha. Isso tem que ser discutido também.

Precisamos, eventualmente, melhorar a bolsa para residente, porque eu não consigo conceber que, depois de nós respeitarmos a Lei de Cotas, que eu acho que é uma questão de justiça social, de reconhecimento de que o país é assimétrico e socialmente desigual... Quando a gente entra na faculdade, a gente tem as mesmas oportunidades, os mesmos professores. E, hoje, com a internet, com a democratização do conhecimento, com um telefone deste, se a gente se dedicar, a gente consegue aprender até medicina aqui - e aprende muito se estudar muito aqui. Depois disso tudo, a gente ainda ter cota para fazer residência? Não.

E aí eu falei aqui... A Profa. Rosana foi muito feliz nas suas colocações, defendeu o seu ponto de vista, que nós respeitamos muito - aliás, um debate de altíssimo nível, todo mundo respeitando as opiniões distintas -, mas a senhora falou assim: "Não é uma simples prova de residência". Professora, a prova de residência médica é uma das provas mais difíceis que um ser humano pode fazer! É uma das provas mais difíceis que um ser humano pode fazer! Eu tenho dois filhos fazendo prova de residência. Outro dia, meu filho fez uma prova de residência para uma universidade do Triângulo Mineiro e tinha mais de mil candidatos para uma só vaga. É muito difícil!

E é por isso que eu defendo, meus queridos amigos, assim como defendi cota racial para acesso nas universidades, nos concursos, enfim, aquilo que vocês conhecem da lei, eu defendi e apoiei a ampliação para 30%, mas, para a residência, com todo respeito que eu tenho a vocês, eu não consigo, eu não consigo apoiar, assim como não consigo apoiar alguns artifícios que fazem para passar na frente dos outros. Tem uma resolução que diz: "Quem fez Medicina e saiu de comunidade tem

dez pontos a mais do que quem não fez". Bom, há que se discutir, mas para um caboclo da beira do rio que chegou aonde eu cheguei na medicina - não falo nem na política, na medicina -, até por uma questão de experiência da minha própria vida... Eu queria que vocês respeitassem o meu ponto de vista. Eu apoio todos os sistemas de cotas, mas assim como na OAB... Eu não vejo ninguém questionar que se tenha cota na prova da OAB - a prova da OAB não tem cota, não tem cota. Então, à analogia disso, eu não consigo conceber, com todo respeito...

Nós estamos aqui nesta Casa lutando, por exemplo, na prova de proficiência, para tentar cercear essa proliferação desenfreada de escolas médicas. Eu não vou colocar que foi culpa desse Governo ou daquele Governo. Não! O MEC foi muito desidioso com essa proliferação. Eu nunca vi ninguém fechar escola médica neste país, mas no projeto está... Presidente Paim, o projeto diz que, se não se aprovar um determinado percentual dos seus egressos, ou a gente diminui o número de vagas ou suspende temporariamente vestibular nesse curso ruim ou fecha a faculdade. Eu nunca vi fechar nenhuma neste país. E tem faculdade, pessoal, que vende diploma, que vendeu muita validação de diplomas feitos no exterior...

Aliás, nesta Casa, nós aprovamos o Revalida, que vocês lutaram muito para a gente fazer em escolas públicas... Foi uma luta minha, trabalhamos lá para aprovar, eu ainda era Deputado Federal. Graças a Deus, aprovamos para que quem venha para cá, de fora, seja nacional ou estrangeiro, faça uma prova de habilidade, de conhecimento técnico, de comportamento de médico, de comportamento ético de médico, porque hoje você vê médico tão mal formado que é capaz de matar a própria mãe, estuprar o próprio filho, roubar, tem médico de péssima qualidade e péssima formação neste país. Nós precisamos encarar isso com seriedade, porque nós podemos ser vítimas disso.

Outro dia, Presidente Paim, lá no Amazonas, uma criança chegou com uma crise asmática, com falta de ar, e um colega mal preparado injetou 6ml de adrenalina endovenosa nessa criança. É um absurdo! Esse cara não sabe nada de medicina, e o Enamed falou isso: de cem médicos formados neste país, 30 não sabem nada. E nós vamos cair na mão deles eventualmente, porque muitos vão fazer pronto-socorro, porta aberta. A gente pode sofrer um acidente e cair na mão desses sujeitos que não têm o menor conhecimento técnico e habilidade para enfrentar e preservar a nossa vida.

Então, eu quero parabenizar V. Exa., que conduz com tanta maestria, parabenizar todos que participaram e que vão participar deste debate. Eu fiz questão de vir aqui, porque encaro isso com muita seriedade. Eu saí lá do Hemisfério Norte, de Roraima, ontem, à noite, voei a noite toda para vir aqui e participar presencialmente deste debate, porque eu acho que isso aqui é mais importante do que aquela eleição em que eu tenho candidatos lá que precisam de mim, do meu apoio. Eu disse: "Olha, vocês esperem aí, porque eu vou defender as prerrogativas e as boas práticas da medicina, que eu fiz durante 44 anos". Faço, procuro fazer com a maior dedicação, com o maior denodo, para honrar aquilo que Deus me concedeu, que é esse dom de poder cuidar das pessoas, dando o melhor de mim, porque isso é um princípio que me leva - certamente o Jerzey e todos os médicos que nos acompanham. É um princípio pético da nossa atividade médica.

Eu agradeço a todos vocês pelo respeito com que me ouviram. Respeito as opiniões divergentes, mas esse é o meu pensamento mais claro e honesto possível. Muito obrigado pela atenção de todos vocês, um grande abraço.

E àqueles que são médicos aqui e estão lutando para entrar numa residência médica: sucesso para vocês. Que vocês tenham uma vida profissional profícua e que vocês honrem essa profissão, porque o Brasil e o mundo precisam muito de nós. Vocês viram na pandemia qual é a importância da equipe multiprofissional, e aí incluo também os médicos na preservação da vida e no cuidar das pessoas que pereceram nessa tragédia humana que nós vivenciamos e que eu espero que a gente não presencie mais tão cedo no nosso planeta.

Muito obrigado a vocês, um grande abraço e que Deus abençoe a todos! (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Dr. Hiran, Senador da República, autor do projeto em debate, que fez a sua exposição do jeito que eu o conheço, com muita tranquilidade, com muita facilidade ao tratar de um tema como esse.

Passo de imediato a palavra ao Sr. Gabriel Sanchez Okida, Presidente da Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil.

O SR. GABRIEL SANCHEZ OKIDA (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde a todos.

Antes de começar o meu discurso, eu queria parabenizar o Senador Paulo Paim, pela condução dos trabalhos; o Senador Hiran Gonçalves, por projetos tão importantes, com sua contribuição pelo SUS - não só com o projeto das cotas, mas também com o Profimed e o aumento da bolsa de residência -; e também o Dr. Raul Cutait, que fez um levantamento muito importante no seu discurso, colocando principalmente o paciente como ponto central - eu acredito que é assim que deva ser a medicina.

Primeiramente, gostaria de cumprimentar todas as Senadoras e Senadores, Deputados, médicos, residentes, autoridades, entidades médicas e estudantes aqui presencialmente ou virtualmente.

É uma honra estar aqui presente, mais uma vez, nesta Casa, mesmo que por videoconferência, trazendo a voz do estudante de Medicina do Brasil aos lugares que lhe pertencem.

Agradeço o convite e o apoio dos respectivos Senadores e autoridades, como o Dr. Hiran Gonçalves, ao estudante de Medicina para ter voz e ter o seu lugar de fala.

Primeiramente, seria impossível vir aqui falar de residência médica sem falar do colapso da qualidade do ensino médico no Brasil nos dias de hoje.

Senhoras e senhores, estamos vivendo uma emergência no ensino médico, algo que a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil afirma há tempos. Primeiro, nos tornamos o segundo país com mais faculdades de Medicina no mundo. Posteriormente, a consequência disso foi que tivemos um Enamed que mostrou que cerca de um terço dos estudantes não está sendo formado adequadamente.

Nesse cenário, surge outro tema que merece reflexão: a implementação de cotas nos processos seletivos da residência médica. Ao longo desta fala, procurarei demonstrar por que entendemos que essa medida pode trazer consequências negativas não apenas para os estudantes, mas principalmente para aqueles que devem estar no centro de toda a formação médica: os pacientes.

A política de cotas no Brasil surgiu como uma estratégia de ação afirmativa destinada a ampliar o acesso ao ensino superior e reduzir desigualdades historicamente acumuladas. Seus principais objetivos eram promover a inclusão social, ampliar a representatividade de grupos historicamente sub-representados, reduzir as desigualdades no acesso à educação e democratizar o ingresso nas universidades públicas brasileiras, porém a política de cotas na residência se torna um risco, uma vez que são avaliados critérios técnicos.

A seleção para os programas de residência deve estar fundamentada em critérios objetivos relacionados às competências técnicas e acadêmicas dos candidatos. O treinamento em serviço exige elevado grau de conhecimento científico, capacidade de tomada de decisão e domínio de habilidades práticas, uma vez que os residentes participam ativa e diretamente do atendimento aos pacientes e assumem responsabilidades progressivas ao longo da formação, muitas das características citadas sendo adquiridas, claro, antes do ingresso no serviço de residência.

A defesa da manutenção desses critérios não implica a desconsideração das desigualdades existentes na sociedade brasileira; pelo contrário, reconhece-se a necessidade de desenvolver políticas capazes de ampliar o acesso à educação e de reduzir as diferenças de oportunidades ao longo da trajetória acadêmica. Entretanto, a residência médica possui objetivos específicos, relacionados à formação de especialistas e à qualificação da assistência em saúde, o que justifica a preservação de mecanismos de seleção baseados predominantemente em critérios técnicos e acadêmicos.

Senhoras e senhores, trago alguns dados de alguns processos seletivos de residência médica para uma melhor compreensão da disparidade de conhecimento de que estamos falando. Trago aqui, por exemplo, o processo seletivo da Universidade Federal do Pará, de 2026, que tinha seis vagas para cirurgia geral - uma especialidade que tem um risco elevadíssimo para o próprio paciente -: tivemos um candidato com acerto de 56% que, por ter a cota, deixou um candidato com 79,2% de fora do processo seletivo. Dados que são públicos e podem ser pesquisados pelos senhores agora mesmo. Outro caso que aconteceu foi na pediatria da Santa Casa de São Paulo, onde um candidato que fez 57% entrou por ter a cota, enquanto o que fez mais de 75% ficou de fora do processo seletivo.

Agora eu faço um apelo e um questionamento a vocês: se fosse um familiar de vocês ou vocês mesmos, vocês gostariam de ser operados por um médico que obteve 56% do conhecimento - que não é uma nota mínima para ser considerado sequer proficiente no Profimed ou para atingir uma nota decente no Enamed, que é um teste considerado fácil - ou gostariam de um candidato que acertou quase 80%, mas não teve a oportunidade de exercer a profissão? Você gostaria de que quem atendesse o seu filho fosse uma pessoa que foi considerada, de acordo com aquele processo seletivo, a mais apta ou você a escolheria de acordo com a orientação sexual, cor ou origem?

Infelizmente, criou-se a ideia de que qualquer pessoa pode ocupar qualquer posição, independentemente da preparação necessária, no entanto a medicina exige responsabilidade, pois estamos tratando de vidas aqui, e a vida não permite inseguranças.

Os resultados do último Enamed, considerado por muitos uma avaliação fácil, como eu comentei, demonstram que ainda existem lacunas importantes na formação médica brasileira, mas deixo aqui claro: não somos contra a diversidade na medicina; muito pelo contrário, a diversidade é fundamental e deve ser buscada e desenvolvida. Ela é importante para o desenvolvimento científico, social e humano da profissão e da sociedade.

Somos contra presumir que a reserva de vagas na residência seja necessariamente o melhor instrumento para produzi-la.

A Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil se posiciona totalmente contra qualquer natureza de cota ou bonificação para a entrada na residência, uma vez que defende que os critérios avaliados devam ser predominantemente técnicos e acadêmicos. Além disso, nós, estudantes de Medicina, não enxergamos diferença entre um médico ou outro pela sua origem ou por orientação sexual, uma vez que, quando saímos da faculdade, somos todos da mesma categoria, a categoria médica. Todos deveríamos estar devidamente aptos a trabalhar e a exercer a profissão. Independentemente da situação, o foco deve e sempre será o paciente.

Ao longo desta fala procurei destacar justamente isso. Muitas vezes é esquecido que o paciente não está no hospital para que nós mesmos, como estudantes de Medicina, aprendamos. Ele está ali para receber o melhor atendimento possível, da mesma forma que, durante uma cirurgia, o paciente não está sendo operado para que o residente adquira experiência. Ele está sendo submetido a um procedimento porque precisa de um tratamento e espera alcançar uma cura.

Por isso, acreditamos que as vagas destinadas à formação especializada devem ser ocupadas pelos candidatos mais preparados para exercer aquela função, de acordo com o processo seletivo.

Queremos uma medicina mais diversa, no entanto defendemos que essa diversidade seja construída por meio da ampliação das oportunidades antes e durante a graduação, garantindo condições mais equitativas de formação e de competição.

A residência médica representa a etapa final da formação do especialista. Neste momento, acreditamos que a seleção deve continuar priorizando o conhecimento técnico, a competência acadêmica e o compromisso com a excelência da assistência prestada à população.

Muito obrigado.

Agradeço a oportunidade de trazer a voz do estudante de Medicina, mais uma vez, para esta Casa. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Esse foi o Gabriel Sanchez Okida, Presidente da Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil.

Neste momento, esta mesa está convidada a retornar ao plenário, mas antes o Dr. Jerzey Timoteo, por motivo de outra agenda urgente, pede apenas para se despedir de vocês. E daí nós vamos para a segunda mesa.

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS (Para expor.) - Obrigado, Senador. Obrigado pela oportunidade da CDH, Senador Paulo Paim, Senador Dr. Hiran.

Quero dizer que acho que as suas falas corroboraram várias possibilidades de discussão, Senador Hiran. Uma delas é que a gente precisa evoluir os processos seletivos de residência. Acho que deu para chegar a uma conclusão. A gente não está questionando que precisa ter... Nós precisamos ter suficiência. O que é suficiência no processo seletivo de residência? Eu acho que isso é perfeitamente discutível, junto com o debate das cotas e não dissociado da discussão das cotas.

O senhor contando sua história, eu lembrei a minha história: eu era o diferente da turma, sempre fui, mas não foi pelo meu... Eu reconheço que não foi somente pelo meu mérito, eu reconheço onde a minha história virou. E foi graças aos meus ancestrais, e ouvindo a história deles, onde a história da minha vida fez uma curva, que me permitiu alçar alguns lugares que eu, de fato, não alcançaria normalmente...

Tem histórias de muitos colegas meus que também superaram várias dificuldades, mas o que a gente está falando aqui é uma coisa em que a gente ainda não se resolveu: são os 338 anos de escravidão neste país, considerada pela ONU o maior crime da humanidade. *(Palmas.)* Nós não superamos isso. E parte disso é nós termos 1,8% de docentes negros nas faculdades de Medicina.

Na verdade, já existe uma cota na medicina, mas uma cota ao contrário. Eu participo, e ainda hoje existe processo seletivo de residência, Senador, com entrevistas. Eu participei de processo seletivo em que o meu... Por isso que não dá. Dialogando com o Dr. Alcindo, não partimos do mesmo lugar. Eu participei de entrevistas em que o meu colega vinha com um calhamaço assim de certificados e tal, porque ele conseguia viajar, conseguia ir para o congresso X, Y, Z. Na minha época de residência, valia, inclusive, a carta do Dr. fulano de tal, que fazia diferença numa entrevista. Então, é disso que nós estamos falando.

Veja, a gente não está imprimindo cotas, mas quem quer... E aí o SUS quer diversidade, a gente quer permitir. Então, esse é o diálogo que a gente quer trazer, de não criar uma barreira sobre uma realidade que ainda não é vigente, Senador. Então rogo para que a gente possa... Que esta Comissão consiga discutir esse tema com maturidade, como o senhor falou, e que a gente possa não seguir, pelo menos, em frente com esse PL.

Mas já agradeço pela forma respeitosa com que a gente conversou aqui, como sempre a gente conversa...

(Soa a campanha.)

O SR. JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS - ... pensando no povo brasileiro, no Brasil.

Obrigado, gente, mais uma vez. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, Dr. Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Secretário Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

O Dr. Hiran está também com compromisso - ele já havia me avisado antes - e pede para fazer uma saudação para vocês, em torno de três minutos, como foi o Dr. Jerzey. E daí nós vamos para a segunda mesa.

Só um minutinho...

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS *(Fora do microfone.)* - Eu queria pedir ao Dr. Hiran se ele poderia fazer uma mensagenzinha breve antes...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Eu acho que...

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Perfeitamente.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Senador Paim, olha só, eu estou, assim, emocionado demais com a presença do Dr. Hiran. Eu não o conhecia pessoalmente, só por contatos, e ver que o senhor foi a favor das *(Fora do microfone.)* cotas me emocionou demais. E toda a sua trajetória...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - E eu fui testemunha disso.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - É mesmo? Que bonito isso.

Dr. Hiran, a fala do Dr. Jerzey, para mim, teve atrocidades tão profundas, que, para mim, convencem até as pessoas menos desinformadas. Como o senhor é uma pessoa do bem - eu percebi isso na sua fala - e o senhor é uma pessoa de um coração sincero, eu proponho - que tal? -, considerando que a maioria das falas...

(Soa a campanha.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - ... foi a favor de que haja a cota, que tal - eu proponho ao senhor - avaliar e tirar esse projeto de pauta?

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Você quer que eu... Posso falar agora?

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Exatamente.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Deixe-me lhe falar.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Está no seu tempo agora.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Agora é meu tempo. Está bom.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Se não, você fica na resposta dele. *(Risos.)*

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Não, eu fico muito tranquilo.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - O Frei David sempre surpreende a todos.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Frei David, eu sou... Não, fique tranquilo. Você é uma pessoa de Deus e merece de mim todo o respeito.

Eu falei para o senhor que esta aqui é uma Casa da argumentação e do convencimento. O senhor vê que aqui nós estamos numa plateia absolutamente a favor das cotas para a residência médica; mas, quando nós discutimos com as nossas nove entidades médicas, oito são a favor de que não haja cota para a prova de residentes. Quer dizer, nós estamos tratando... Se a gente for tratar...

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS *(Fora do microfone.)* - É outro Brasil.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - ... num outro fórum, quando a gente tiver um fórum diferente deste aqui, vai ter ocasiões em que nós vamos ter 100% de colegas médicos, que fizeram residência, que são profissionais que tiveram que lutar muito, como eu lutei, para ser médico, para fazer residência, que vão ser a favor do que eu estou falando.

Então, eu acho que esta Casa aqui é a Casa, sim, da discussão. Esse projeto ainda vai tramitar por várias Comissões, ele vai para a Câmara dos Deputados; e nós vamos estabelecer este debate com argumento, tentando convencer a maioria, porque é assim que se faz a democracia, que nós defendemos tanto aqui, não é, Jerzey?

A democracia é feita pela diversidade, e a opinião da maioria prevalece. O que vocês estão fazendo aqui foi uma mobilização muito bacana. A maioria de vocês defende que haja cota para prova de residente.

E eu, com muita convicção, como tenho convicção de defender a prova de proficiência em Medicina... Eu tenho muita convicção de aprovar esse projeto que abate as dívidas do Fies para aqueles alunos que saem da Medicina devendo R\$1 milhão, um milhão e poucos mil reais, para que, se eles forem para um local distante, um local carente de médicos, abata-se um percentual da sua dívida a cada mês, para estimular o colega a ficar naquele local e tirar uma sobrecarga financeira dele de, quando ele termina a residência, estar devendo aquele absurdo. Eu tenho muita convicção disso também. Tem gente que é contra aqui também.

Então, aqui é a primeira Comissão; e na primeira apresentação do projeto nós fizemos esta audiência pública, aliás, muito pertinente, muito bacana, com todo mundo aqui se respeitando, todo mundo dando um exemplo de urbanidade e de educação, ouvindo opiniões divergentes, mas respeitando as opiniões divergentes.

Agora, eu não posso tirar esse projeto daqui, porque a gente ainda vai debatê-lo durante muito tempo. Tem projetos aqui que tramitam nesta Casa... Para o senhor ter uma ideia, para a gente fracionar - fracionar - férias para residentes, o senhor sabe quanto tempo a gente discutiu aqui? Para fracionar: "Olhe, você pode tirar férias: dez, dez, dez". Não é isso, Jerzey? Nós discutimos aqui quatro anos. Parece um negócio simples, não é? "Ah, está bom, vamos fracionar, como pode o servidor"...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Negócio simples.

Quatro anos, Frei - quatro anos.

Então, isso aqui vai ser debatido extenuadamente, e o projeto vai sendo aperfeiçoado.

Por exemplo, a gente tem o projeto da proficiência. O Governo, que é contra o conselho federal... É a favor de tudo que eu escrevi, só é contra que o Conselho Federal de Medicina faça a prova de proficiência à semelhança da OAB, que é uma autarquia federal especial que tem esse mister, não é? Mas aí o Governo apresentou uma medida provisória, que tramita nesta Casa, tirando do conselho federal e colocando no MEC essa atribuição, com o que a gente não concorda... Mas aí não vai tirar de pauta, a gente vai discutir aqui numa Comissão Mista, de Senadores e Deputados, e, ao final, a gente vai... Já tem 477 emendas - olhe só, 477 opiniões que não foram consignadas no texto da MP, e aí vamos discutir até o final. Não é isso, Senador?

Então, a gente vai discutir isso aqui. Isso aqui não é uma verdade absoluta. A gente vai discutindo, vai aperfeiçoando, o senhor dá uma opinião, o outro dá outra e vamos negociando aqui e ali e termina no final saindo o melhor texto que contemple a maioria das opiniões divergentes. Esse que é o princípio do Parlamento. Aqui a gente tem que ter muita paciência, certo?

Deus o abençoe, muito obrigado pela sua colocação. Um grande abraço.

Um grande abraço a todos também, Deus os abençoe, obrigado pelo respeito com que vocês me receberam aqui. Meu gabinete é o Gabinete 6. Quando o Prof. Paim não receber vocês direito, podem ir ao Gabinete 6 que vou lhes receber. *(Risos.)*

Tem sempre um chazinho e um café.

Um beijão para todos.

Tudo de bom. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Isso aí foi o Dr. Hiran, autor do projeto, Senador da República, que também vai ter que ser retirar, por motivos de força maior, e nós entendemos; a mesma coisa, o Dr. Jerzey.

Eu peço aos colegas que retornem ao plenário, nossos convidados aqui da mesa, que nós vamos para a segunda mesa. Temos a segunda mesa e concluímos os trabalhos.

De imediato para a segunda mesa:

José Santos Souza Santana, Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *(Palmas.)*

Cleber Santos Vieira, Secretário Substituto da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão. Seja bem-vindo, Cleber. *(Palmas.)*

Cleunice Bohn de Lima, Conselheira Titular da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Seja bem-vinda.

Por fim, convidamos para esta mesa, também, Caio Gracco, Vice-Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes. *(Palmas.)*

Por fim mesmo, Frei David dos Santos, Educafro Brasil. *(Palmas.)*

O Sr. Caio Gracco, Vice-Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes, pediu que pudessemos colocá-lo em primeiro lugar.

A palavra é sua, Dr. Caio Gracco.

O SR. CAIO GRACCO (Para expor.) - Boa tarde, boa tarde a todos. Queria cumprimentar aqui e agradecer a abertura para o local de fala. Eu acho que a ANMR é uma associação que é totalmente interessada nesse tipo de projeto. Então, queria parabenizar o Senador Paulo Paim pela condução desta sessão e parabenizar também o Senador Dr. Hiran, que é o autor do projeto, que não está mais aqui. Eu me apresento para vocês, meu nome é Caio Gracco, sou médico, sou cirurgião geral e, além da Associação Nacional de Médicos Residentes, também sou Presidente da Associação Brasileira, aqui do DF.

No início da minha fala, eu queria fazer uma ressalva. É lógico que a gente precisa reconhecer problemas - desigualdade social, desigualdade racial, desigualdade econômica de gênero, todas elas existem, a gente não está questionando isso -, mas eu quero fazer um alerta e uma certa provocação: a residência médica é o momento ideal para a gente fazer essa correção?

Todos os meus antecessores falaram muito sobre residência médica e cotas, mas no sentido de uma cota étnica. Existem várias outras cotas que não foram abordadas e eu vou, inclusive, falar um pouquinho delas aqui. Então, em primeiro lugar, a gente tem cota para pessoas trans, que é uma modalidade bastante rara, mas ainda existe em alguns pontos do nosso país, Senador Paulo. Além dela, também há a cota racial, como discutimos bastante aqui. Também temos cotas para hipossuficiente e para PCD, e eu trouxe aqui alguns dados que são do último processo seletivo de residência médica do ano de 2025, para ingresso agora em 2026, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portanto, tivemos 6 mil - eu vou falar os números aproximados para ficar mais fácil a compreensão... Tivemos aproximadamente 6,5 mil inscritos, das quais metade das vagas eram para ampla concorrência, 20% para candidatos negros, 20% para candidatos PCD e 10% para hipossuficientes. Então, desses 5,7 mil na ampla concorrência, para as 277 vagas, temos uma relação de 20 candidatos por vaga. Candidatos negros, 670 para 111 vagas, com uma relação candidato-vaga de 6; PCD, 145 candidatos para 111 vagas, com uma relação candidato-vaga de 1; hipossuficientes, 54 candidatos para 55 vagas - então, a gente tem, na verdade, mais vagas do que candidatos aqui.

Ao destrinchar uma por uma delas, a cota para hipossuficiente, para quem não sabe, é definida como um médico que recebe um valor mensal bruto inferior a R\$1,5 mil. Eu não conheço - creio que vocês também não conhecem nenhum médico formado, porque residência médica é para médicos formados - quem tenha uma renda inferior a isso. Mas acontece que a gente teve 54 pessoas que foram lá, 54 médicos que se inscreveram, que alegaram receber menos de R\$1,5 mil brutos mensais, o que é praticamente impossível, porque, se você faz um plantão por semana, você já vai passar desse valor, e ainda assim eles estão lá, ou seja, a gente observa que o Estado, na tentativa de uma reserva de vagas acaba criando um descompasso grande entre o cenário econômico que, de fato, existe na vida de um médico e o que está definido no edital.

Então eu acho que ninguém aqui vai discordar: a gente não tem médicos ganhando menos do que esse valor. São pessoas que, de má-fé e desonestidade, vão e aplicam; isso é um problema gigantesco que a gente tem.

Então, quando a gente fala agora... - passando para a parte da cota de PCD - é lógico que a gente é a favor de que haja inclusão, de que pessoas com deficiência façam residência médica e que façam parte de todo esse processo, mas a gente tem que ser muito claro aqui. Eu, como contei para vocês, sou cirurgião-geral. Se - Deus me livre e guarde - acontece alguma coisa e eu perco o movimento da minha mão, eu não posso mais ser cirurgião. Eu posso ser psiquiatra, eu posso ir para outra área, agora cirurgião infelizmente não consigo mais ser.

A gente já teve aqui no Distrito Federal relato de residentes que não tinham a visão cursando Radiologia, fazendo especialização em Radiologia. Então, como ele vai analisar um exame? Ou então um residente cego em Anestesiologia: como é que ele vai garantir a perviedade numa via aérea, como é que ele vai intubar um paciente, manejar uma emergência? Não tem como. Tem certas deficiências que são incompatíveis com o exercício de certas áreas da medicina, isso é um fato.

E, passando agora a falar um pouquinho da parte de cota racial, vou voltar na minha frase lá do início, que vários outros expositores - Conselho Federal de Medicina, Academia Nacional de Medicina, Associação de Estudantes de Medicina do Brasil - já abordaram aqui: residência médica é para médicos já formados. Já houve uma política de acesso na graduação - a que a gente, logicamente, é favorável -, mas então até onde vai a política de cotas? Ela é presente na graduação, na especialização, na subespecialização, no mestrado, no doutorado. É isso que a gente critica e é por isso que o Senador Hiran, ao nos ouvir - nós da ANMR - e ao ouvir todas as outras entidades, decidiu ser o autor desse Projeto de Lei 452, que nós, da ANMR, apoiamos integralmente.

Eu quero deixar aqui uma reflexão final. Eu tenho certeza absoluta de que todos os presentes desejam ser atendidos e desejam que seus familiares, seus entes queridos - marido, esposa, filho, pai, mãe, todo mundo - sejam atendidos pelo médico com a maior capacidade técnica, com a maior aptidão possível.

Então, com essa... - com essa provocação, não, perdão - com essa fala final, eu gostaria de agradecer aqui mais uma vez o espaço. Respeito a opinião de todos vocês. Eu sei - assim como o Senador Hiran falou - que aqui estamos em minoria e eu acho que esta Casa é um ambiente saudável, realmente, para a gente praticar este debate.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem. Esse foi o Dr. Caio Gracco, que gentilmente fez a sua fala, com a elegância também do Dr. Hiran - tem que ser dito isso. Meus cumprimentos. Ele é Vice-Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes.

Passamos agora para o Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, o Sr. José Santos Souza Santana.

O SR. JOSÉ SANTOS SOUZA SANTANA (Para expor.) - Obrigado, Senador Paulo Paim.

Bom dia a todas e todos. É um prazer grande estar aqui com vocês.

Meu nome é José Santana, eu sou Médico Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva. Atualmente, estou Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação da nossa HU Brasil - mudou de nome agora, não é mais a Ebserh -, e eu vim falar aqui para vocês um pouco sobre o processo de seleção de residência que a gente faz na HU Brasil, o Enare, que é o Exame Nacional de Residência.

Eu acho que traz um caso concreto, que pode servir um pouco para coroar essa discussão: trazer números do maior processo seletivo de residência realizado nacionalmente em todos os estados, para a gente entender um pouco como é que tem funcionado na prática.

Antes disso, o HU Brasil, para quem não conhece, é a estatal federal responsável pela gestão dos hospitais universitários das nossas universidades federais. Hoje, são 47 hospitais universitários e o Enare foi originalmente criado em 2020 para fazer o processo seletivo desses hospitais; ele vem crescendo ano a ano e hoje já conta com 309 instituições participantes. São mais de 14 mil vagas de residência ofertadas e a gente o chama e tem o objetivo de transformá-lo no que a gente está chamando de Enem da Residência, um processo nacional que garante que as pessoas façam as provas das suas cidades - ou seja, não gastem com deslocamento - e que façam uma prova que é a seleção, não tem entrevista, para que seja o processo mais justo possível.

Então, a gente fala que é um exame que democratiza o acesso à residência; mas, para democratizar o acesso à residência, ele precisa de um programa de ações afirmativas nele, porque senão não é democratização do acesso. Porque a gente tem que considerar - como os meus antecessores bem falaram aqui - que as pessoas partem de lugares diferentes, e não é porque elas se formaram em Medicina que elas automaticamente saem daquele lugar e vão para outro, não. Existem realidades sociais - eu pediria para colocar a apresentação - que as acompanham, e acho que aqui vou demonstrar porque isso é tão importante do ponto de vista fático.

Então, o Enare... Vamos lá. Pronto.

A política de ações afirmativas está aí desde 2021, começou com a reserva de vagas para pessoas com deficiência. Em 2023, foram incluídas vagas para pessoas pretas e pardas e, a partir de 2024, também indígenas e quilombolas - todas as ações afirmativas vigentes alinhadas às legislações federais, nos mesmos percentuais, ressaltando o compromisso de democratização do acesso à residência.

Aqui é uma linha do tempo. A apresentação vai estar disponível para vocês, mas só colocando em gráfico o que eu falei agora, o momento de entrada de cada modalidade de residência, o que eu acho que é fundamental para balizar o debate.

A estrutura das reservas do Enare: primeiro, tem a inscrição no sistema - que é aberto para todo mundo -, a realização de prova objetiva e a aprovação. A aprovação é muito importante - sem a aprovação no exame, não se concorre às cotas. E hoje, o exame para acesso direto - que é para mais de 90% das vagas de residência médica - é o Enamed, que é o exame que

avalia a formação do estudante, que já foi citado aqui e que detectou, sim, várias deficiências no processo de formação. Acho que isso é uma outra discussão muito importante, o MEC já está tomando as medidas, mas voltemos à residência.

Então, a pontuação do Enamed é 60, ou seja, só vão concorrer às cotas os médicos que atingiram 60 - então, a gente está falando aqui de profissionais que passaram na prova. Como é bem falado aqui, a prova de residência é uma prova muito difícil, uma das provas mais difíceis, então esses profissionais aqui passaram; eles foram formados pela faculdade de Medicina deles e eles foram aprovados na prova de residência.

Em seguida, o profissional vai ter que confirmar a condição que ele declarou, ou seja, vai ter que comprovar a modalidade de cota em que ele entrou, se ele é PCD, se ele é preto ou pardo, se ele é indígena ou se ele é quilombola; e aí, só depois, o resultado final e a matrícula. Então, sem a confirmação desse processo ele não concorre à vaga reservada; sem a aprovação na prova de residência, ele não concorre à vaga reservada.

Quais são as reservas? São os percentuais já conhecidos e aprovados pela Lei 15.142, de 2025: 25% para pretos e pardos, 3% para indígenas, 2% para quilombolas (totalizando 30%) e 10% para PCD.

E aqui é só um quadro também - eu vou passar rápido aqui, a apresentação está disponível -, só explicando a dinâmica de quando é que a pessoa vai concorrendo para a vaga e a partir de quantas vagas já entra o candidato que passou por cota, e aí a gente vai conseguindo ver como é que funciona essa dinâmica de distribuição.

E aqui já há uma primeira distorção: programas que ofertam poucas vagas, no fim das contas, acabam não participando efetivamente da política de cotas porque, se tem menos vagas do que previsto, acaba-se não entrando, e essa é uma distorção que a gente está tentando trabalhar lá no âmbito da HU Brasil.

Como a condição é declarada e confirmada, também vou passar mais rápido. Conforme as regras para cada modalidade, algumas com comprovação documental, outras com avaliação biopsicossocial... Está aqui - também vou passar porque o tempo não é muito. As principais regras de edital de reserva também. As regras estão postas no edital, e os optantes pela reserva de vagas, aprovados e convocados dentro do número oferecido para a ampla concorrência, não são computados para efeito de preenchimento de vagas, o que quer dizer que, caso um candidato que esteja em uma modalidade de cota seja aprovado dentro da ampla concorrência, aquela vaga dele vai ser ofertada para um outro candidato que foi por cota, como acontece nos concursos públicos.

Então, as nossas regras do Enare seguem exatamente o que se dá nos concursos, e aí, quando uma modalidade não é preenchida, ela é passada para outra modalidade conforme esse esquema aqui, que eu também não vou detalhar - a apresentação está disponível -, tudo conforme regras editalícias.

E aqui é aonde eu queria chegar, que eu acho que são os números que trazem materialidade para o que a gente está discutindo aqui: a evolução das vagas ofertadas e preenchidas no Enare. Aqui é o crescimento, a expansão do Enare ano a ano. A gente vê que ele começou pequenininho, era só para os hospitais universitários federais, e foi crescendo; como eu falei, 309 instituições. São 14.203 vagas: 8.287 de residência médica, 5.926 vagas para residência multiprofissional ou em área multiprofissional da saúde.

E aí aqui, vejam, esse gráfico é muito interessante, são as vagas ofertadas de 2020 a 2026. Esse primeiro gráfico de cima é a residência médica ofertada *versus* preenchida. Na primeira vez em que a gente ofertou a modalidade racial, pretos e pardos, a gente ofertou 539 vagas e preenchemos apenas 333. Em seguida, no outro ano, 867 vagas e preenchemos 315. Depois, ofertamos 2.082 vagas e preenchemos 1.228. Depois, 2.522 e estamos aguardando porque a prova ainda não aconteceu, vai ser dia 13 de setembro.

E aí a gente faz um paralelo para a residência "multi". Vejam que a distância entre o que a gente oferta e o que a gente preenche é muito diferente da médica. Na "multi", o que a gente oferta praticamente a gente preenche. E por que será? Isso condiz com os dados que foram apresentados aqui: os estudantes de Medicina pretos e pardos ainda estão numa proporção muito inferior ao que há na população e muito inferior ao que é ofertado em cota - isso é uma realidade.

E a outra realidade - é um dado que não está aqui, mas eu posso dizer para vocês - é que esse ano foram 98 mil médicos inscritos no Enamed. Desses 98 mil, apenas 11 mil optaram por algum tipo de cota, ou seja, nem 10% optaram, e a gente sabe que são mais de 10% nas faculdades. Aí tem uma hipótese principal que a gente trabalhando, a gente está iniciando um estudo lá na HU Brasil sobre isso, que é de que as pessoas que entram por cota nas nossas faculdades não estão indo fazer a prova de residência porque estão indo para o mercado de trabalho para conseguir, assim que saem, ajudar as famílias, porque o salário na medicina é um salário bastante atrativo e ele chama para o mercado.

Já da multiprofissional, cujo salário não é tão atrativo, eles vão para a residência, porque a bolsa se equipara ao salário. Então esses profissionais tendem a ingressar mais na residência. Mas isso aqui, como eu falei, é uma hipótese, porque a gente está ainda trabalhando em estudos para poder confirmá-la.

Aqui, vagas PCD também, a gente vê o número de ofertadas muito superior ao número de ocupadas.

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ SANTOS SOUZA SANTANA - A gente sabe que ainda é uma dificuldade para os candidatos, as pessoas com deficiência cursarem cursos na Medicina e em área de saúde no geral.

Vagas ofertadas e preenchidas indígenas também, esta é a realidade, ou seja, ela não é ocupada no percentual das cotas. Então a gente vê que o problema aqui é outro, na verdade. A gente precisa conseguir fazer com que essas vagas sejam ocupadas, e não retirar as cotas. A gente está ainda atrás na discussão.

A mesma coisa aqui, quilombolas, vocês veem a disparidade. E aí, eu acho que é importante a gente considerar, nesta discussão, e usando os dois minutos que faltam, que esta discussão para o acesso por cota é uma discussão, sem querer me repetir aqui, é uma discussão social de reparação. A gente não está fazendo, com essa política, com que pessoas que não são capazes de exercer medicina entrem para a especialidade. Pelo contrário, a pessoa se formou em Medicina, passou no vestibular, fez a graduação inteira, foi avaliada e passou por cada etapa, obteve o diploma, fez a prova de residência, foi aprovada. Residência é formação em serviço. Residência é onde ela vai aprender na prática.

Eu sou médico, eu passei pelo internato. O internato é um período de prática, os dois anos finais de curso, é um período de prática em que você começa a lidar com o paciente, faz o procedimento. Mas quem faz mesmo os procedimentos no dia a dia, do ambulatório, do curso, do serviço é o residente. O residente pega a mão ali. Então esse médico que foi aprovado na faculdade, que passou na prova de residência, não importa se ele ficou um pouco atrás do outro profissional, isso é por conta das diferenças históricas que já foram discutidas aqui, mas ele está apto a exercer a medicina.

Um médico pode exercer qualquer... Ele está habilitado para exercer qualquer procedimento, de qualquer especialidade. O que ele não pode fazer é anunciar que ele é especialista se ele não for.

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ SANTOS SOUZA SANTANA - Mas ele é habilitado. Ele já está no mercado. A residência forma-o em serviço. Então a gente não está discutindo aqui de colocar pessoas inaptas para cuidar da população brasileira. A gente está falando de médicos formados, que foram aprovados no exame de residência, em que todos concorreram, mas ele entrou por cota, por uma questão legal, fez toda a especialização em serviço dele, foi aprovado ao final, e aí, sim, ele está indo para o mercado de trabalho cuidar da população brasileira.

Então não se trata aqui de colocar a população em risco; trata-se, sim, de fazer uma reparação histórica de um processo extremamente desigual que está no nosso país. Eu acho que a gente, sim, está fazendo história aqui, promovendo esse princípio da equidade, consagrado na Constituição.

É isso. Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, José Santos Souza Santana, Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Parabéns pela sua fala. De imediato, para o Sr. Cleber Santos Vieira, Secretário-Substituto da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão. Já estive conosco aqui diversas vezes no debate nesta Comissão.

E eu quero, com muita satisfação, registrar a presença, já aqui conosco, da Presidenta da CDH, Senadora Damares, que tem mantido um critério muito democrático: aquele que apresentar o requerimento acaba presidindo a reunião. E ela vem sempre prestigiar. Quero aqui cumprimentar V. Exa. *(Palmas.)*

Quero aqui cumprimentar V. Exa. pela postura diante desta Comissão.

Cleber, é com você, meu amigo. *(Pausa.)*

Eu vou dar a fala no momento que a senhora entender adequado.

O SR. CLEBER SANTOS VIEIRA (Para expor.) - Muito boa tarde a todas as pessoas presentes, e às que também estão acompanhando este debate, esta importante audiência, com o Senador Paim, que eu cumprimento, a Senadora Damares e meus colegas aqui de mesa neste momento.

Eu sou professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde atuo, de maneira concursada, desde o ano de 2010. E, desde o início de 2023, estou cedido aqui ao Ministério da Educação, trabalhando na Secadi. A nossa Secretária Zara Figueiredo, neste momento, inclusive, está lá na terra do autor do projeto, o Senador Hiran. Está lá em Roraima, fazendo uma visita às comunidades ianomâmis, onde a Secadi atua. Nós sabemos que, ainda hoje, prevalece a questão de calamidade, mas, com muito trabalho, vamos fazendo as coisas. Então, é desse lugar que eu falo, como professor, como secretário substituto, mas também como alguém que conhece desde cedo essa agenda de ações afirmativas no Brasil.

Então, nós acompanhamos, há décadas, talvez - são décadas acompanhando -, este debate, de maneira intensa, cotidiana, e, às vezes, eu fico surpreso com algumas questões que são colocadas.

Eu queria passar diretamente a um dos eslaides. (*Pausa.*)

Daqui a pouco chega. Já foi citado aqui, agora há pouco. É o eslaide que fala sobre a Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 17, de 21 de dezembro de 2022.

Essa resolução, em seu art. 45, traz :

A reserva de vagas a candidatos que concorrerem no âmbito das ações afirmativas deverá constar dos editais dos processos de seleção para ingresso nos Programas de Residência Médica.

Parágrafo Único. Os editais de que trata o caput deverão especificar as regras sobre a reserva de vagas.

Por que eu começo citando exatamente essa resolução? Porque 2022 foi um ano muito importante. Esta Casa - o Congresso Nacional, o Senado, a Câmara dos Deputados - aprovou a convenção interamericana de combate à discriminação racial, que nós sabemos que tem força de lei no Brasil. Aprovou, e isso foi no começo de 2022 - no começo de 2022.

E, de maneira bastante coerente, seguindo aquilo que o Brasil tem feito, as instâncias, sejam elas legislativas ou jurídicas, têm feito, no combate às desigualdades, o Congresso Nacional cumpriu com o seu dever e não apenas a transformou em forma de lei, como deu exemplo para outras instâncias, e a Comissão Nacional de Residência Médica resolveu, enfim, adotar as ações afirmativas.

Eis que, quatro anos depois, nós estamos aqui, nesta mesma Casa, debatendo se as ações afirmativas têm valor legal ou não, se devemos interromper o processo ou não.

E aí eu quero recuar um pouquinho mais, ainda, neste debate sobre as ações afirmativas, quando voltamos para o processo histórico.

Sou historiador, eu dou aula de teoria e prática do ensino de história e de educação para as relações étnico-raciais. Então, eu tenho uma história com minha companheira de profissão. É muito importante nós lembrarmos - e aqui quem está na luta há mais tempo vai se lembrar disso - quando o debate sobre as ações afirmativas, nas universidades do ensino superior, começou. E aí tínhamos uma série de mitos. O primeiro deles era o seguinte: nós vamos transformar as universidades em palco de conflito racial. O Brasil, enquanto nação, um país unido, com as cotas se transformará num palco de disputas raciais, com conflitos à la *apartheid*, ao contrário, da África do Sul. Era isso o que nós escutávamos.

Tinham outros mitos que percorriam a sociedade brasileira naquele instante, muitos outros mitos que foram colocados. O ensino, a pesquisa e a extensão vão fragilizar a educação superior brasileira. A graduação e a pós-graduação estarão caminhando para o fim, caso as cotas passem. Por quê? Porque o problema estava lá na base, na educação, no ensino médio e no ensino fundamental. Tinham outros mitos que percorriam esse debate ainda: o de que os alunos que entrassem por cotas não conseguiriam concluir porque não tinham base, porque não tinham fundamento; o de que não conseguiriam cursar as disciplinas, fossem de quais cursos fossem, em pé de igualdade com os demais.

Poderia arrolar uma série de outros mitos que foram expostos naquele momento. E um a um esses mitos foram caindo. Não fui eu que falei, não, foi o Senador Hiran que acabou de falar sobre as notas do ensino dos estudantes, dos vários cursos, que mostram que não há distorção nas notas do aluno que entra por cotas e do aluno que não entra por cotas.

Os conflitos raciais acabaram com a universidade brasileira? As universidades brasileiras caíram absolutamente em produção científica? Elas não produzem mais ciência há 14 anos após o estabelecimento da Lei 12.711, da Lei de Cotas? Não. O que nós temos aqui hoje, vamos avançar, é um debate sobre o que é retrocesso e o que é implementação daquilo que o Congresso Nacional reconheceu, daquilo que a Justiça brasileira reconheceu e daquilo que o Poder Executivo tem implementado de maneira tão vigorosa.

A ADPF 186, da relatoria do Ministro Lewandowski, reconheceu não apenas a constitucionalidade das cotas como a sua eficácia na redução de desigualdades educacionais. Da mesma forma que a ADC 41 reconheceu não apenas a constitucionalidade como, inclusive, os processos diferenciados de seleção e critérios para combater as fraudes de maneira eficaz. E, mais recentemente, o STF reconheceu a existência do racismo estrutural no Brasil, reconheceu a existência do racismo estrutural no Brasil.

Bom, se nós pensarmos que a residência médica está fora da estrutura do Estado brasileiro, aí, bom, vamos fazer um outro debate. Agora, se nós admitirmos que faz parte da formação de profissionais que atuam na área médica e que, portanto, faz parte da estrutura do Estado brasileiro, seja na forma de autorizar o funcionamento de instituições privadas, seja na manutenção, no monitoramento, na avaliação do sistema público, então nós temos de admitir que a residência médica faz parte da estrutura da sociedade brasileira e que, portanto, está sob a mesma leitura do racismo estrutural.

Temos que admitir isso, ou vamos colocar a residência médica fora desse processo. Se nós admitimos, portanto, que ela tem legislação... Ali, em 2022, a própria Comissão Nacional de Residência Médica reconheceu a existência de ações afirmativas. Reconheceu e pratica isso.

Então, nós estamos aqui num momento crucial da história das ações afirmativas, um momento muito importante...

(Soa a campainha.)

O SR. CLEBER SANTOS VIEIRA - ... de, então, avançarmos sobre aquilo que significa o direito à educação, a educação, portanto, como um direito subjetivo e, portanto, com regras em que as ações afirmativas combatem, sim, como está comprovado, as desigualdades de todas as formas, ou não.

Eu queria avançar para mais um dado importante que nós debatemos. Eu representei o MEC aqui em muitas audiências, em muitos diálogos com colegas que atuam aqui, mas também com a assessoria de Senadores, de Senadoras, de Deputados e de Deputadas, sobre a própria Lei de Cotas no acesso à educação superior. Tinha um outro mito, ali se dizia que o aluno - isso ali que o representante da associação dos residentes falou -, que a nota do aluno cotista é baixa. A nota do aluno, é injusto concorrer com a nota superior de um aluno que não é cotista.

A Lei de Cotas mudou com a liderança aqui no Senado do Senador Paulo Paim, em que os alunos que se inscrevem por cotas passam a concorrer na ampla concorrência, obviamente, desde que alcancem as notas.

Entre 2024 e 2025, portanto, após essa lei passar a vigorar, foram mais de 28 mil pessoas - dados do Ministério da Educação -, mais de 28 mil pessoas que se inscreveram pelas cotas e não usaram, não precisaram das vagas reservadas porque alcançaram notas suficientes para disputar uma vaga na ampla concorrência.

Isso é para desmontar mais um dos mitos de que existe uma baixa qualidade na concorrência em que os estudantes pleiteiam ali...

(Soa a campainha.)

O SR. CLEBER SANTOS VIEIRA - ... a sua vaga, a sua instância.

Então, eu quero agradecer aqui, em nome do Ministério da Educação, a oportunidade de participar da audiência. É sempre uma honra discutir ações afirmativas no Brasil porque, de fato, ações afirmativas no Brasil são um processo de inclusão para valer.

Se nós falarmos de ações afirmativas nos Estados Unidos, nós estamos falando da inclusão de 12%, 13% da população. No Brasil, nós estamos falando de 55% da população. Portanto, com qualquer passo que dermos em relação às ações afirmativas, nós estamos num processo que, de fato, é a democratização da sociedade brasileira e da educação brasileira.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, Cleber Santos Vieira, Secretário Substituto da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão, que de fato em todos os debates aqui, para o serviço público, como também para a universidade, o Cleber sempre foi, eu diria, quase que um suplente de Senador. *(Risos.)* Ele está sempre ao meu lado colaborando e participando do bom debate, contribuindo para a aprovação.

Eu quero passar a palavra agora para a Sra. Priscilla, que pediu, pois ela está à distância e ela tem outro compromisso. Então, passo a palavra para a Sra. Priscilla Selares, Coordenadora-Geral de Articulação Institucional e Participação Social da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Por favor, Dra. Priscilla.

A SRA. PRISCILLA SELARES (Para expor. *Por videoconferência.*) - *(Falha no áudio.)* ... essa mesa, todos que estão na plenária.

Eu vou me descrever primeiramente: sou uma mulher branca, com deficiência visual, tenho os olhos e cabelos castanhos - cabelos com mechas -, estou usando um *headphone*, vestindo uma blusa marrom, ao fundo uma parede clara, e estou muito feliz e honrada com a possibilidade de poder participar desse debate importantíssimo sobre a garantia da continuidade das cotas justamente no acesso às residências do curso de Medicina.

Então, eu queria pedir o auxílio, por favor, para colocar as telas. É interessante que, quando eu preparei as telas - foram apenas três telas, são bastante objetivas -, logo no início das falas eu pensei assim: "Ah, eu já nem preciso mais discorrer sobre a primeira tela, que é justamente o conceito de ação afirmativa, porque várias pessoas já falaram sobre ele". Mas, depois de algumas falas, especialmente após as falas, principalmente de alguns médicos presentes, eu senti a necessidade de "não, eu vou ter que falar, porque acho que não ficou claro que cotas não constituem privilégios para quem é destinatário

da cota", e por isso acabou que eu fiquei bastante satisfeita agora de ter sido antecedida pelas falas tanto do José quanto do Cleber, mas especialmente do José, por ele justamente trazer os dados que mostram que, na verdade, a permanência das cotas em momento algum consiste no acesso direto dos cotistas às residências.

A gente está falando que, naturalmente, qualquer pessoa que queira acessar a residência vai precisar passar por um processo seletivo, independentemente da sua condição, da sua característica ou de estar concorrendo ali nas cotas. Então, só para ressaltar, é a necessidade da manutenção das cotas enquanto ações afirmativas que visam corrigir injustiças sociais, promover, de fato, uma transformação social que prime por uma equidade, por uma igualdade diante de pessoas que vivem em condições tão desiguais.

Então, eu não poderia deixar de reforçar isso, até porque os exemplos trazidos, como, por exemplo, o do próprio Senador que é o autor do projeto de lei, tratam de exceções diante de uma regra predominante. Quando a gente olha para uma sociedade predominantemente composta por pessoas negras - já que são maioria, 55% -, e a gente tem apenas 4% como médicos, a gente já percebe que a gente não está falando de algo que possa ser considerado como uma regra geral.

Então, acho que essas exceções justamente reforçam a necessidade de regras como a manutenção das cotas e das ações afirmativas. Então, é só para fazer esse reforço, mas não vou me estender em face do curto tempo, já vou passar, por favor, para a próxima tela.

Eu venho aqui especialmente para fazer o recorte em relação às pessoas com deficiência - e aí fiquei feliz também na fala do José, nós fomos contemplados - porque, dificilmente, nesses debates, as pessoas com deficiência são referidas, mesmo nós tendo as nossas cotas previstas desde a Constituição da República de 1988. Então, fico feliz que tenhamos sido lembrados e inclusive que a primeira cota prevista no Enare tenha sido justamente para pessoas com deficiência.

Lamento o fato de ainda não conseguirmos ocupar as vagas como nós gostaríamos. Até quis trazer os dados das pessoas com deficiência no Enare, mas como não consegui no tempo hábil necessário, eu optei por trazer aqui dados para a gente fazer um paralelo sobre as diferentes cotas existentes - e aí aproveito para retomar a fala de um dos médicos que me antecedeu porque ele falou apenas da validade das cotas relacionadas ao acesso à graduação.

Quero destacar que as ações afirmativas como um todo são determinantes, como, por exemplo, a cota de acesso para as pessoas com deficiência às empresas privadas com mais de cem empregados. Mas o que eu quero trazer dessa cota é justamente o fato de que a mera existência da cota não determina a maior participação de pessoas com deficiência no mundo do trabalho. Por exemplo, a gente tem a cota regulamentada desde 1999 e a lei foi publicada em 1991 - a gente, este ano, comemora 35 anos da Lei de Cotas, mas a sua regulamentação aconteceu em 1999 - e, quando a gente olha hoje, embora, de acordo com o IBGE, nós sejamos 14,4 milhões de pessoas, apenas 755.246 pessoas com deficiência estão ocupando um vínculo formal de trabalho. E se a gente olha para esse número, 93% dele é decorrente das cotas reservadas para as pessoas com deficiência por força de determinação legal; ou seja, se a gente não tivesse a cota nas empresas privadas determinando a obrigatoriedade das pessoas com deficiência, a gente sequer estaria ocupando esse espaço no mundo do trabalho.

Outro ponto também que eu coloco aqui é justamente sobre os dados da Pnad, de 2022, a Pnad Contínua, que falam... Aliás, ainda dentro da Rais: justamente dentro desse percentual de pessoas com deficiência no mundo do trabalho com vínculos formais, 55% ocupam postos que exigem nível médio ou nível superior incompleto, o que corresponde a 55%; superior completo, só 19%.

O que eu quero dizer com isso? É que, muitas das vezes, o fato de a gente ter uma graduação não nos assegura um lugar no mundo do trabalho justamente porque, diferentemente do que foi falado - o que demonstrou um certo desconhecimento acerca da realidade da maioria da população brasileira -, ingressar na universidade não significa, primeiro, que a gente vai conseguir concluir e, uma vez concluído, que essa conclusão se deu da mesma forma para todas as pessoas.

Falando especialmente das pessoas com deficiência, nós enfrentamos inúmeras barreiras para conseguir chegar às universidades, e não estou me referindo ao acesso em relação a cotas, mas a toda a questão da mobilidade urbana que a gente enfrenta, desde a hora que sai de casa até o momento que chega à universidade, que acessa o prédio, e, principalmente, dentro da universidade, em relação à disponibilidade de todos os recursos que são necessários na perspectiva da acessibilidade para que a gente possa acessar os conteúdos transmitidos. E eu falo isso enquanto uma pessoa que fez Direito em uma universidade federal que não contava com nenhum recurso ideal para que uma aluna cega pudesse cursar Direito.

Então, assim, é um pouco distante da realidade simplesmente dizer que, uma vez que as pessoas concluíram a graduação, elas estão no mesmo nível, como se tantas desigualdades não existissem.

Pode colocar o próximo eslaide, por favor.

E agora já é o meu último eslaide. Quero só destacar os aspectos constitucionais que esse projeto de lei precisa observar, ou que ele deixou de observar. Primeiramente, o fato de que ele disciplina os processos seletivos, as residências públicas e privadas.

E aí, quero destacar que a Constituição já prevê, no seu art. 37, inciso VIII, que os concursos públicos reservarão vagas para as pessoas com deficiência. Então, prever a retirada da obrigatoriedade das cotas para as pessoas com deficiência seria, com base no art. 37, já uma violação constitucional.

Por outro lado, a gente precisa considerar também que a nossa Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, internalizada no nosso ordenamento jurídico pelo Decreto 6.949, de 2009, que foi o primeiro tratado de direitos humanos a ingressar no nosso ordenamento jurídico com força constitucional, também prevê a obrigação dos Estados Partes de contribuir para a redução das desigualdades sociais e veda toda e qualquer forma de discriminação em razão da deficiência.

No art. 5º, especialmente, fala-se da obrigação do Estado em remover as barreiras em todos os aspectos, inclusive legislativos, administrativos, que possam impedir a plena participação das pessoas com deficiência em igualdade de posição com as demais pessoas. E, se a gente olha para esse projeto de lei, a gente percebe a constituição de uma barreira de acesso às pessoas com deficiência nas residências médicas.

Por fim, mas não menos importante, a nossa Lei Brasileira de Inclusão, que tanto contou com a atuação do nosso Senador Paulo Paim, para que pudesse ser uma realidade para nós, e que justamente foi publicada à luz da nossa convenção, também prevê, no seu art. 4º, o fato de a gente não poder constituir qualquer ação que constitua discriminação das pessoas com deficiência. E aí, nesse caso, se a gente acaba com as cotas, a gente está justamente determinando que as pessoas com deficiência continuarão à margem das oportunidades de acesso às residências médicas.

Pode colocar o último eslaide, por favor.

Então, a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, do MDHC, já teve a oportunidade de se manifestar com relação a esse projeto de lei informalmente, mas, diante desse chamamento, dessa audiência pública proposta pelo Senador Paulo Paim, a gente não poderia deixar de vir aqui reafirmar o nosso posicionamento.

E aí, estou muito feliz com todas as falas que me antecederam, especialmente dos representantes dos ministérios - e eu tenho certeza de que não será diferente da fala da companheira do Conade, que vai me suceder -, mas, principalmente, quero ressaltar que, se as falas aqui são predominantemente contrárias ao projeto de lei é justamente porque estão sendo consideradas dos lugares de fala de quem são os destinatários da cota. E esta audiência pública visa justamente a isso: dar voz às pessoas que são destinatárias das cotas, diferentemente do que propõe o projeto de lei, que pretende nos manter fora das residências médicas.

Então, Senador, parabéns pela condução da audiência pública. Agradeço imensamente a oportunidade, e desejo um feliz resultado aí no final da audiência.

Obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Parabéns, Priscilla Selares, Coordenadora-Geral de Articulação Institucional e Participação Social da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.

Agora...

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - DF) - Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Pois não.

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - DF) - É possível?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - A Presidenta fala sempre aqui. A palavra é sua.

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - DF. Pela ordem.) - Presidente, antes de eu falar sobre o tema da audiência, eu queria fazer um triste registro. Acabamos de receber a notícia de que a veterinária, nossa colega de trabalho aqui do Senado, que sofreu um acidente absurdo e trágico hoje... Nós temos cães farejadores dentro do Senado - faz parte da nossa segurança. Ela estava atendendo os nossos cães aqui dentro do Senado, e o cão a atacou de uma forma brutal no pescoço. Quando eu cheguei pela manhã havia muita tristeza, lágrimas e dor entre os colegas, e agora eu acabo de receber a notícia de que a Dra. Vitória Valle faleceu, ela não resistiu. Nossa colega é uma mulher extraordinária, e eu queria pedir permissão para a interrupção desta audiência, e a gente fazer um minuto de silêncio em memória da Dra. Vitória, nossa colega aqui no Senado, se possível.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - De imediato.

(Faz-se um minuto de silêncio.)

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - DF) - Obrigada, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Nós que agradecemos a V. Exa., e fica aqui a nossa solidariedade total à família e aos colegas.

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - DF) - Havia todos os requisitos de segurança. Era um cão com que ela lidava há muitos anos já, mas aconteceu o acidente.

Eu quero cumprimentar, Presidente, pelo debate. Eu - permitam-me todos da mesa que já falaram - gostaria de cumprimentar todos os senhores na pessoa do Frei David - já estamos juntos há algum tempo, não é, Frei David? Há algum tempo.

Todos os senhores sabem que o Relator já apresentou o voto dele ao projeto de lei, e esta aqui não é uma audiência tão somente protelatória, tá? É uma audiência realmente para a gente fazer uma discussão do tema. O tema despertou a atenção de toda a sociedade: classe médica, estudantes, defensores das políticas afirmativas. Então, não é uma audiência protelatória, é realmente para que dados sejam apresentados para influenciar o Relator na revisão do seu relatório, melhorar.

O Relator não está presente. Eu acho que já foi justificado: o nosso Relator é pai, está de licença paternidade - acabou de ter um bebezinho -, mas eu sei que toda a equipe técnica dele está acompanhando esta audiência. Claro que existem pedidos constantes para que a Presidente paute imediatamente a matéria, mas eu vou conversar com o Senador Paim, e nós vamos pautar a matéria quando o assunto estiver maduro para vir para a pauta.

Eu estou vendo todas as posições. As intervenções anteriores que eu não consegui assistir eu vou assistir de casa - depois a gente consegue pegar esta audiência, esta audiência vai ser repetida inúmeras vezes, reprisada inúmeras vezes. O debate está de alto nível, estou percebendo.

Eu estava presidindo uma outra audiência pública na Comissão de Educação, discutindo sobre educação em tempo integral, e não consegui terminar antes para chegar a tempo.

Eu acho que os elementos que estão sendo colocados à mesa, o Relator precisa considerar, esta Comissão precisa considerar, de ambos os lados. Nós estamos aqui de forma democrática ouvindo os lados, as versões e as posições divergentes.

Parabéns pela forma como o senhor está conduzindo. Vou ficar mais um pouco, ficar o máximo que eu puder. Temos outros compromissos, mas vou ficar. E as intervenções que eu não consegui, depois eu vou assistir.

Obrigada a todos que vieram à Comissão, que estão aqui de forma presencial. E saibam que a audiência está muito grande. A televisão está ao vivo, está nas redes sociais. Eu estou recebendo muitas mensagens.

Parabéns pela audiência e pela forma como o senhor está conduzindo.

E todos os convidados, sejam muito bem-vindos à Comissão de Direitos Humanos. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Parabéns, Presidenta Damares. Eu não esperava outra posição de V. Exa., até porque, no dia em que havia uma vontade de algum Senador de votar, eu conversei com V. Exa., e V. Exa. me disse: "É regimental, Senador, você pede a audiência pública, eu vou tirar de pauta e vamos para a audiência pública".

V. Exa. tem sido muito, eu diria, companheira aqui em muitos temas polêmicos, inclusive da política de cotas, que nós aprovamos aqui e depois aprovamos no plenário.

Muito obrigado, Senadora. É um prazer trabalhar com V. Exa. nesta Comissão.

Eu passo a palavra, neste momento, à Sra. Cleunice Bohn de Lima, Conselheira Titular da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

A SRA. CLEUNICE BOHN DE LIMA (Para expor.) - Boa tarde a todos, Sr. Presidente que está presidindo a sessão, Senador Paim, Sras. e Srs. Senadores.

Senadora Damares, muito obrigada pela sua presença, grande parceira também, como disse o Senador, de vários debates das questões das pessoas com deficiência.

Senador Hiran, que já passou por essa mesa, autor do projeto, assessores que estão aqui presentes, de outros Parlamentares, representantes do Governo Federal, colegas de mesa, enfim, representantes da sociedade civil e todo o público presente e quem nos assiste, boa tarde.

Meu nome é Cleunice. Podem me chamar de Cleo Bohn. Sou Presidente da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down e estou na condição, nesta mesa, de representante do Conselho Nacional pelos Direitos da Pessoa com Deficiência, que tem uma mesa ampliada de que eu faço parte. Eu sou Coordenadora da Comissão de Monitoramento da Convenção dentro do Conade.

Começo as minhas contribuições afirmando que esta não é uma discussão apenas sobre uma prova de residência médica. Estamos discutindo que tipo de residência nós queremos construir, que tipo de formação profissional nós queremos oferecer ao país e, principalmente, quais pessoas nós queremos que tenham acesso à carreira médica especializada.

O Projeto de Lei 452, de 2025, pretende proibir qualquer sistema de cotas nos processos seletivos de residência médica, substituindo qualquer política de ação afirmativa por uma seleção baseada exclusivamente no desempenho nos testes.

A proposta pode parecer, à primeira vista, uma defesa de igualdade, mas precisamos perguntar igualdade de quê? Igualdade não significa tratar como iguais pessoas que tiveram trajetórias marcadas por condições profundamente desiguais. É justamente esse o ponto que nós precisamos enfrentar nesta audiência.

A Nota Técnica nº 28, de 2026, da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, é muito clara ao analisar esse projeto. A secretaria se manifesta contrariamente à sua aprovação e reconhece que a proposta pode produzir impacto negativo sobre os direitos das pessoas com deficiência. E há uma razão fundamental para isso. O Brasil construiu, nas últimas décadas, uma política de inclusão no ensino superior baseada na compreensão de que determinadas barreiras não desaparecem simplesmente porque uma pessoa conseguiu chegar à universidade. A Lei de Cotas e sua ampliação para pessoas com deficiência foram instrumentos para modificar o acesso ao ensino superior brasileiro. E a própria nota técnica reconhece que, apesar desses avanços, pessoas com deficiência ainda enfrentam barreiras adicionais para permanência, formação e ingresso no mundo do trabalho.

A ação afirmativa atua sobre o acesso. Ela não substitui a formação, ela não substitui a avaliação, ela não substitui a responsabilidade profissional. As ações afirmativas enfrentam barreiras históricas que fizeram com que determinados grupos sequer conseguissem chegar a esses espaços em condições de igualdade.

E há ainda uma questão particularmente importante quando falamos de medicina. A nota técnica do Ministério dos Direitos Humanos chama atenção para o fato de que a área de formação médica, assim como outras áreas da saúde, historicamente foi marcada por uma composição social muito pouco diversa e destaca que profissionais de saúde precisam estar preparados para atender populações igualmente diversas. Isso nos leva a uma pergunta simples: que medicina nós queremos formar, e as próprias pessoas com deficiência continuam praticamente ausentes dos espaços de formação e especialização médica? Uma medicina que conhece a pessoa com deficiência apenas como paciente ou uma medicina capaz de reconhecer a pessoa com deficiência também como estudante, pesquisadora, profissional, médica e especialista?

A diversidade afeta qualitativamente a própria qualidade da atenção à saúde. Quando pessoas com deficiência ocupam os espaços de formação e de trabalho, elas também têm papel fundamental no desenvolvimento da acessibilidade, da ética, do cuidado e da participação. Por isso, a presença de pessoas com deficiência na formação médica especializada não deve ser vista como uma concessão, é parte de uma universidade de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo. E nós conseguimos chegar ao doutorado. Nós temos cota no doutorado.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que integra o ordenamento jurídico brasileiro com *status* constitucional, estabelece princípios como a não discriminação, a plena participação, a inclusão social e a igualdade de oportunidades. A nota técnica do MDHC utiliza esses princípios para analisar o PL 452. E a convenção também reconhece o direito das pessoas com deficiência ao trabalho em igualdade de oportunidades, inclusive no que diz respeito ao recrutamento, à contratação e à permanência no emprego. Portanto, a nossa defesa não é de uma preferência concedida a um determinado candidato.

Portanto, quando se afirma que a política de inclusão já cumpriu sua função no momento em que o estudante ingressa na graduação, estão se desconsiderando as evidências sobre a experiência educacional de pessoas com deficiência no ensino superior.

A trajetória educacional não termina na porta da universidade e também não termina quando o estudante recebe o diploma de medicina. A residência médica é uma etapa de formação profissional, é uma etapa de aprofundamento, especialização e desenvolvimento de recursos e ferramentas importantes para o exercício profissional. E, se está em pauta a formação, precisamos reconhecer que a educação é um processo contínuo. Não podemos estabelecer uma fronteira artificial dizendo: "Até aqui a inclusão é legítima, daqui para a frente ela passa a ser privilégio". Essa separação não encontra respaldo nas evidências científicas sobre a inclusão educacional e na própria lógica das políticas brasileiras de inclusão.

E aqui existe uma questão que considero central para este debate: o projeto utiliza a ideia de mérito e de ação afirmativa como se fossem conceitos incompatíveis. Não são. Uma política de cotas não significa retirar do candidato a necessidade de demonstrar as condições necessárias para o acesso ao programa de residência. O próprio relatório final do Grupo de Trabalho Interministerial do Programa Mais Médicos demonstra isso de maneira muito objetiva. Ao propor a reserva de vagas para médicos com deficiência, o relatório estabelece que os candidatos cotistas participarão do chamamento público em igualdade de condições com os demais candidatos no que se refere à avaliação e aos critérios de aprovação. Isso é muito importante, porque precisamos parar de apresentar uma falsa escolha entre inclusão e qualidade. Não precisamos escolher entre diversidade e competência. Podemos e devemos trabalhar para termos os dois. A pessoa com deficiência que concorre a uma vaga reservada não deixa de ser avaliada. Ela continua precisando demonstrar aquilo que é necessário para exercer a sua profissão e a segurança do paciente dentro dos limites.

Defendemos uma política pública destinada a enfrentar barreiras que continuam presentes na trajetória educacional e profissional das pessoas com deficiência. Por isso, em nome da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down e na condição de representante do Conade, quero deixar uma mensagem objetiva a esta Comissão. Não precisamos retirar as ações afirmativas da residência médica para defender a qualidade na formação médica. Precisamos, ao contrário, aperfeiçoar as políticas de inclusão, precisamos garantir que os processos seletivos sejam acessíveis, precisamos assegurar avaliações adequadas, precisamos garantir a inclusão educacional em todos os níveis formativos, precisamos enfrentar barreiras atitudinais, institucionais e pedagógicas e precisamos produzir dados sobre a presença e a trajetória das pessoas com deficiência na formação médica e no exercício profissional.

O próprio Estado brasileiro já reconheceu essa necessidade. O Grupo de Trabalho Interministerial, criado no âmbito do Mais Médicos, foi justamente constituído para estudar e propor mecanismos de reserva de vagas para pessoas com deficiência e grupos étnico-raciais. E as evidências trazidas por esse grupo não entendem inclusão como uma ameaça à qualidade. Ao contrário, procura construir mecanismos para que a inclusão aconteça, preservando os critérios de avaliação e considerando as necessidades do sistema de saúde.

É esse o caminho que precisamos seguir. Não o caminho da proibição, mas o caminho do aperfeiçoamento. Não podemos transformar a residência médica em uma exceção dentro das políticas brasileiras de inclusão educacional. A medicina não pode ser uma ilha dentro da universidade. Se reconhecemos que pessoas com deficiência têm direito à educação em igualdade de oportunidades, esse direito precisa acompanhar toda a trajetória formativa. E, se reconhecemos que têm esse direito ao trabalho em igualdade de oportunidades, precisamos garantir que as barreiras não sejam reconstruídas justamente na passagem entre a formação e o exercício profissional.

Por isso, nossa posição é clara: somos contrários ao PL 452, 2025, e ao substitutivo, que mantêm a proibição das ações afirmativas nos processos seletivos de residência médica.

A Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência também se manifestou formalmente contra a proposta, e a nossa colega falou aí, a Priscilla Selares. O que pedimos a esta Comissão não é um privilégio. Pedimos coerência, coerência com a Constituição, coerência com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, coerência com a Lei Brasileira de Inclusão, de autoria do Senador Paim - muito obrigada -, coerência com as evidências que sustentam a inclusão educacional e coerência com tudo aquilo que o Brasil vem construindo para que a educação superior seja, de fato, um espaço de diversidade humana e igualdade de oportunidades.

Que possamos formar médicos cada vez mais qualificados, mas que possamos também formar médicos que conheçam e valorizem a diversidade humana. Que a pessoa com deficiência possa estar na medicina e não apenas como paciente; que possa estar como estudante, como pesquisadora, como professora, como médico, como especialista e como parte ativa da construção do sistema de saúde brasileiro.

Muito obrigada e obrigada a todos os Senadores que nos apoiam nessa causa, aos presentes e a quem nos assiste.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, Cleunice Bohn de Lima, Conselheira Titular da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Uma bela exposição, nossos cumprimentos.

Agora vamos para o Sr. Rodrigo Alves Rodrigues, Coordenador-Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação (MEC).

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde. Todos me ouvem?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Perfeito.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Vou só abrir aqui a apresentação.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - O.k.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Eu consigo compartilhar direto daqui?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Você pode, sim.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Está aparecendo para vocês?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Perfeito.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Vou complementar um pouco as informações do Secretário...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - A Secretaria pede para que você coloque "modo apresentação".

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Modo apresentação?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Isto. Segundo eles, porque eles estão me orientando aqui - não fui eu que descobri -, tem que ser no F5 que você tem que tocar aí.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Agora foi? Não?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Ainda não.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Eu vou tentar... Eu acho que eu vou tentar ir sem apresentação, então, por conta do tempo; senão não vai dar tempo.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Não, vai tranquilo. Tenta aí. Vocês podem ajudá-lo daqui? (*Pausa.*)

Só um minuto que a assessoria vai tentar ligar para você. (*Pausa.*)

Eles estão pedindo para que você tente apertar no cantinho da tela, à minha direita aqui. No seu caso, deve ser à sua esquerda. (*Pausa.*)

Ao lado da régua do Zoom. (*Pausa.*)

Viu? O Dr. José Santos Souza foi quem nos deu a dica final.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Está aparecendo para vocês agora?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Agora está.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Pronto.

Para complementar um pouco as informações do Secretário Cleber, queria trazer mais assim: a gente tem pensado as ações afirmativas lá na Comissão Nacional de Residência Médica - eu estou na Coordenação Nacional de Residência Médica -, e este debate vem sendo feito desde 2022. A Comissão Nacional é composta não só pelo Ministério da Educação, Ministério da Saúde, mas também pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira, pela ANMR (Associação Nacional dos Médicos Residentes), pela ANM. E, ainda na composição anterior, a Comissão Nacional aprovou essa normativa que o Cleber sinalizou, que prevê a adoção de ações afirmativas na residência. Analisando as atas da Comissão Nacional e também este debate que foi feito, tudo se deu muito em função da discussão e estruturação existentes das ações afirmativas no Estado brasileiro, então a gente tem as ações afirmativas como uma ação estrutural.

Foi citada a Constituição Federal do Brasil, que prevê que todos são iguais perante a lei; a Convenção Interamericana contra o Racismo foi incorporada, com força de emenda constitucional, e ela prevê expressamente que o poder público deve adotar as ações afirmativas.

O Brasil também é signatário dessa Declaração de Durban, que prevê as ações para enfrentamento do racismo, na Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, que também prevê a adoção de ações afirmativas.

Também, com base nas normas que foram apresentadas na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 186 e ADC nº 41, foi também colocada essa tese que o STF fixou para a adoção de ações afirmativas, além de outras normativas também que vêm sendo adotadas pelo Estado brasileiro, como a Lei do Estatuto de Igualdade Racial, que prevê claramente também que o poder público deve adotar programa de ação afirmativa - prevê de forma expressa -,

além também do Programa Federal de Ações Afirmativas e da própria Lei das Cotas, que instituiu o processo com a reformulação - a última reformulação da lei agora em 2023, com a Lei 14.723 -, que prevê a implementação das ações afirmativas nos programas de pós-graduação *stricto sensu*. Então, a Lei das Cotas prevê essa adoção de ações afirmativas, inclusive igual à proporção de pretos, pardos, indígenas e pessoas com deficiência no respectivo estado da Federação.

Quando a gente vai para o âmbito da Comissão Nacional de Residência Médica, essa normativa não é tão expressa sobre os percentuais, sobre como se deve dar o processo de seleção, utilizando as ações afirmativas, mas ela deixa evidente que as instituições devem adotar as ações afirmativas no processo de seleção.

E aí foram muito apontados já esses dados do perfil da população brasileira. Não vou destacar muito, mas a gente tem, por exemplo, aqui - foi tratado nessa última mesa agora, que foi composta -, que o percentual de pessoas com deficiência que a gente tem na população brasileira é em torno de 9%. Quando a gente vai avaliar na residência, esse percentual ainda é muito pequeno.

A gente tem feito uma discussão importante na Comissão Nacional de Residência sobre medidas que podem ser adotadas de suporte às pessoas com deficiência que ingressam na residência, as adaptações que são necessárias, as medidas que são necessárias, inclusive, para possibilitar que o residente faça ajuste nos seus cenários de prática, que os preceptores sejam qualificados também para poder, a depender do tipo de deficiência, organizar o projeto pedagógico do programa para conseguir acolher essas pessoas que estão ingressando na residência.

E é importante também a gente destacar essa diferença que já tinha sido apontada pela análise técnica que o Ministério da Igualdade Racial apresentou, inclusive, de forma muito coerente, porque, de fato, quando a gente analisa para os dados, essa representatividade da população brasileira no ingresso na residência se acentua. Ela é menor quando a gente analisa a graduação e ela é ainda maior quando a gente analisa as residências. E quando a gente também faz essa análise para as pessoas indígenas e quilombolas, esse percentual, apesar de algumas instituições já terem adotado as ações afirmativas com base nessa resolução da Comissão Nacional e também o Enare já ter feito esse processo de implementação, ainda é muito abaixo da representatividade da população brasileira, principalmente naqueles estados em que a gente tem o maior percentual de população indígena, como por exemplo, Amazonas, Roraima, que tem sido feito também um processo de expansão das vagas de residência.

Então eu acho que os principais pontos foram apresentados. Acolém disso, a gente tem feito uma discussão com as COREMEs, CODEMUs e CEREMs também, que são das comissões estaduais, sobre a necessidade de aplicação de medidas para auxiliar a inclusão dessas pessoas no acesso à realização das provas de residência médica, possibilidades que podem ser adotadas pelas instituições.

Para finalizar, o que a gente queria colocar também é que, na nossa análise aqui, a partir do que está previsto na Comissão Nacional de Residência Médica, a gente gostaria e acha importante a manutenção dessa legislação que a comissão já aprovou, na qualidade de entidade representativa. Isso foi aprovado na Comissão Nacional, está em suas atas. Isso porque a gente entende que a forma como o projeto de lei está proposto fere o que está previsto na Constituição brasileira, a partir do reconhecimento da necessidade expressa do poder público de adotar ações afirmativas e também, como foi colocado anteriormente, do reconhecimento pelo STF de que as ações afirmativas na educação superior são legítimas. Inclusive, na ADPF 186, reconhece que elas são constitucionais ainda que não tenham a previsão em lei em sentido formal, exatamente porque o STF entende que a Constituição prevê a inclusão desses grupos populacionais por meio das ações afirmativas. *(Pausa.)*

Vocês ainda me ouvem?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Sim, você tem ainda no mínimo quatro minutos.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES *(Por videoconferência.)* - Quantos?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Quatro.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES *(Por videoconferência.)* - Quatro minutos.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - É, faltam dois, mais dois que eu dei para todos e, com o limite que eu sempre dou, vou lhe dar mais um; isso dá cinco.

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES *(Por videoconferência.)* - O.k.

Uma questão importante foi colocada sobre as pessoas com deficiência. Acho que é importante a gente fazer uma reflexão sobre a Lei Brasileira da Inclusão, que prevê a inclusão independentemente da formação que a pessoa, o profissional

for ingressar. Então, se a gente pensa na inclusão na engenharia e na pedagogia, isso não deve ser diferente da inclusão das pessoas com deficiência também na medicina. Então, cabe a gente refletir quais adaptações são necessárias para incluir as pessoas que são profissionais médicos já formados e já testados pela instituição da sua capacidade técnica de exercer a medicina. Então, a gente está tratando da residência de pessoas que passam por um processo de avaliação pelos professores e pelo colegiado de curso e que se formam com competências de exercer a medicina em qualquer das suas áreas. É claro que, a depender do tipo de deficiência, a pessoa vai optar ou não para uma especialidade ou outra. Inclusive, é importante a gente pensar estratégias. A partir do momento em que esse médico formado e apto a exercer a medicina ingresse em determinada especialidade ou não, é necessário a gente pensar em normativas, inclusive da Comissão Nacional de Residência Médica, para que faça um ajuste, inclusive possibilitando a migração de uma área para outra, caso a deficiência não seja compatível com o ingresso em determinada especialidade. Essa é uma das adaptações que pode ser feita.

Na Comissão Nacional, também vem sendo discutida uma adaptação importante sobre, a depender do tipo de deficiência, poder prolongar ou não o tempo da residência médica. Então, isso já foi discutido e já foi aplicado, inclusive em alguns casos concretos; são adaptações razoáveis e necessárias, a depender do tipo de deficiência. E a gente entende que é preciso avançar nesse caminho, enquanto Ministério da Educação agora, no sentido de possibilitar que as pessoas com deficiência, esses médicos formados com deficiência que ingressem na residência médica, a gente qualifique não só o corpo pedagógico dos programas como também promova orientações quanto a adaptações que são necessárias e razoáveis para essas pessoas concluírem a sua formação e poderem atuar em determinados segmentos da medicina, conforme as possibilidades. Então, acho que é importante destacar isso, porque, senão, se a gente for nessa perspectiva de que a pessoa com deficiência não deve ingressar na residência, a gente caminha na perspectiva anterior à Lei Brasileira da Inclusão de que elas não deveriam ser incluídas. Então, é muito ruim se a gente for nesse sentido. Então, a gente tem defendido que a gente siga o que está previsto na Constituição Federal para a inclusão das pessoas negras, das ações afirmativas, assim também como na Lei Brasileira da Inclusão.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem!

Terminou, Rodrigo?

O SR. RODRIGO ALVES RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Sim, estou contemplado já.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Então, tá.

Meus cumprimentos.

Uma salva de palmas pela bela exposição. (*Palmas.*)

Esse foi Rodrigo Alves Rodrigues, Coordenador-Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação (MEC).

Como último orador inscrito, nós vamos passar a palavra ao Frei David dos Santos, da Educafro Brasil, que esteve em meu gabinete, disse que estaria presente e traria essa moçada toda que está aqui neste Plenário, como já fez em outras oportunidades.

Permita-me que eu peça uma salva de palmas. Agora, não para o senhor, para a Educafro; depois, para o senhor. (*Palmas.*)

Essa moçada aí são guerreiras e guerreiros de fé mesmo, mas eu estendo a saudação. Foi tão boa, que vale para o senhor também.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS (Para expor.) - Obrigado! (*Fora do microfone.*) (*Palmas.*)

Eu saúdo, portanto, com muita alegria o Senador Paim, esse guerreiro. Eu sou contra ele ter deixado de disputar a próxima eleição para Senador, e quero ver se eu consigo convencer o PT a convencê-lo a disputar - ainda está em tempo - a vaga de Senador pelo Rio Grande do Sul.

Quero saudar também a Damares. O Paim é o Presidente desta reunião de hoje - o Senador Paim. O Senador Paim é de esquerda e é um homem do diálogo; a Damares é mulher de direita, do PL, e também é mulher de diálogo. E eu quero falar para a irmã Damares e demais irmãos de direita que eu tenho vários amigos da direita. Eu sou de esquerda - ninguém tem dúvida disso - e tenho vários amigos da direita, entre eles o grande Desembargador William Douglas, que quase foi Ministro do STF no Governo Bolsonaro.

Bom, também quero saudar os demais Senadores e demais Deputados Federais que irão debater esse Projeto 452.

Agora, o debate é sempre muito bom, no entanto, com muita sinceridade e humildade, eu peço aos meus irmãos Senadores e aos meus irmãos Deputados que sejam honestos com o Brasil, Deputados tanto de esquerda como de direita, como de centro - sejam honestos com o Brasil.

Vocês mesmos, Deputados, vocês mesmos, Senadores, aprovaram aqui, nesta Casa, e na outra Casa, na Câmara Federal, a convenção interamericana contra todas as formas de discriminação: contra meus irmãos deficientes, contra indígenas, contra quilombolas, contra negros. Vocês aprovaram! E, ao aprovar com alta margem de votos, vocês obrigaram o Brasil a incluir a convenção interamericana como lei constitucional.

E a convenção é límpida; ela exige que todos os órgãos particulares e todos os órgãos públicos - ela exige - trabalhem pela equidade. Senador Paim, a convenção não pede 20%, a convenção não pede 30%, ela pede equidade. Equidade é: nós afro-brasileiros somos 55% do Brasil, segundo o IBGE. Então me desculpem, não queremos mais 20%, não queremos mais 30%, queremos nosso direito: 55% das vagas da residência médica precisam ser para afro-brasileiro, sim ou não? *(Palmas.)*

(Manifestação da plateia.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Mas o mais duro eu vou falar agora: toda discussão - como eu falei, o Senador Paim, de esquerda, é um homem de diálogo, a Senadora Damares é uma mulher de diálogo -, toda discussão é válida, mas nesse assunto não tem mais o que discutir. Já está decidido! Quem manda neste país é a Constituição brasileira, e a convenção já está anexada à Constituição. Não tem mais o que discutir.

Se, por acaso, os meus irmãos Senadores de direita e meus irmãos Deputados de direita votarem a favor, vai cair no dia seguinte! Porque, no dia seguinte, a Educafro já reuniu um grupo de irmãos advogados, inclusive o Dr. Michael, que está aqui... Paim, acabou de fazer doutorado na USP. *(Palmas.)* É um dos pouquíssimos negros que termina doutorado na USP. Portanto, uma comissão de advogados já está prontinha para, no dia seguinte, entrar contra esse projeto de lei, se for aprovado aqui.

Então, que bom, vai discutir...

Quando eu pedi ali ao meu irmão Senador... Não é Hiran, não.

(Manifestação da plateia.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - É Hiran?

Quando eu pedi para ele tirar de pauta, foi com sinceridade, porque eu sinto que temos tanta coisa para discutir... Isso já está resolvido, não precisa mais discutir! Mas, se vocês querem, vamos trazer tantos ônibus quanto forem necessários a todas as sessões que tiver, para fazer com que haja um despertar de consciência. Porque o grande problema da direita no Brasil, o grande problema do centro do Brasil - agora vou falar baixinho, hein! - e o grande problema da esquerda do Brasil é a falta de letramento racial. *(Palmas.)*

Senadores e Senadoras que vão ouvir ou que estão ouvindo esta audiência, o nosso irmão Dr. Jerzey, do Ministério da Saúde, deixou aqui evidente que 95% das verbas empregadas na residência médica são públicas. Se são verbas públicas, mais ainda se é obrigado a ter a cota na residência médica e mais ainda digo que é uma discussão que só vai roubar o tempo de vocês, Senadores, que recebem um salário muito alto em relação ao povo brasileiro, e vai gastar o dinheiro dos Deputados, que recebem um salário muito alto.

Quando o Senador Hiran, com muita sinceridade - não foi nem maldade dele - falou: "Olha, estou aqui em um grupo...", ele usou um verbo que...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Inóspito.

Gente, foi equívoco dele. Ele não está em um grupo inóspito, ele está em um grupo de Brasil, em que normalmente esta Casa, boa parte dos Senadores, e a outra Casa, boa parte dos Deputados, não comungam conosco. Não nos enxergam, somos invisíveis para eles. E aqui está o problema: eles defendem exageradamente a classe dominante, a classe do dinheiro. Não enxergam a nós pobres, a nós negros, a nós deficientes. Isso tem que mudar, não pode continuar assim! *(Palmas.)*

(Manifestação da plateia.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Irmãos Deputados e irmãos Senadores, também o nosso irmão Jerzey, do Ministério da Saúde, disse: apenas 4,7% de quem faz Medicina são pessoas negras e entraram por cotas - 4,7% apenas entraram por cotas. Então vocês nos devem demais.

E eu pergunto: quando foi que uma associação médica, que só tem branco praticamente, levantou a voz, por menor que seja, quanto a essa baixaria que é o abuso dos brancos nas cotas de graduação? Na rede de medicina do Brasil, na rede federal de medicina e na rede estadual de medicina, de cada dez vagas, oito são ocupadas por brancos mentirosos, sem ética, que se declaram negros falsamente. E quando foi que uma associação desta defendeu e denunciou? Como é possível

ter um médico sem ética? E todas as associações estão apoiando que formemos médicos sem ética, porque todo mundo que rouba não tem ética. *(Palmas.)*

Então, irmãos Senadores, irmãs Deputadas e Deputados, o PL 452 precisa responder e abraçar as necessidades do Brasil, e não da Noruega ou da Suíça.

Bem, agora quero fazer uma mensagem para meus irmãos e minhas irmãs que fazem parte dos vários conselhos de medicina no Brasil. Com vocês, meus irmãos conselheiros de medicina, infelizmente, já tenho um embate há quase 30 anos, porque vocês sempre foram contra as cotas. Eu já fui a várias faculdades de Medicina, antes de existir cota no Brasil, para fazer debate de cotas, sempre nas universidades. A única, ou melhor, a principal faculdade da universidade que era contra as cotas era a Medicina. Então, vocês, médicos brancos, precisam descobrir o Brasil, no sentido positivo da palavra, e não no sentido português da palavra.

Olhem só, irmãos Parlamentares de direita, meus amigos, meus irmãos, irmãos Parlamentares de centro e irmãos Parlamentares de esquerda, é impossível vocês serem honestos com o Brasil se vocês forem votar esse Projeto 452 sem ler este documento aqui: Equidade Racial: enunciados aprovados, pelo STJ. O STJ aprovou este documento dizendo que todos os órgãos públicos têm que respeitar esse documento para fazer qualquer movimentação no Brasil. Então, se algum Deputado, algum Senador votar sem ler este documento, está sendo desonesto com o Brasil e desrespeitoso com o STJ. *(Palmas.)* Também, para a nossa alegria, o Conselho Nacional de Justiça aprovou o Protocolo para Julgamento com Perspectiva Racial.

Não dá para vocês votarem sem lerem esse documento. Esse documento é decisivo para dar a vocês luz.

Qual é o problema da esquerda, o problema da direita e do centro? É falta de letramento racial, mais uma vez estou repetindo. O que é letramento racial? É ler esses documentos que nós conquistamos com muito suor e lágrimas no CNJ, no STF e a nível mundial, que é a convenção interamericana. Gente, não dá mais para vocês desrespeitarem a convenção interamericana.

Eu quero lembrar, Senador Paim, que no Paraná nem 2% dos municípios tinham cota para negro no concurso público - nem 2%. Nós conseguimos convencer o Ministério Público do Paraná a fazer uma carta aberta a todas as prefeituras, comunicando às prefeituras que o Brasil assinou a Convenção Interamericana contra o Racismo e que agora, com a convenção, era lei constitucional, e que, se o Prefeito, sem precisar consultar os Vereadores, não criasse cota para negro, esse Prefeito poderia sofrer um processo por improbidade administrativa. *(Palmas.)*

Senador Paim, no Paraná, que é um dos mais conservadores estados do Brasil, infelizmente, só tinha 2% de prefeituras. Eu pergunto ao senhor: hoje, quantos por cento das prefeituras do Paraná, por causa da convenção interamericana, já adotam cota para negro, na sua opinião? Pode chutar, porque é um assunto que não circula. A imprensa não está divulgando isso.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS. *Fora do microfone.*) - Vou chutar, porque eu não tenho... Eu joguei futebol, e não era bom em fazer gols, viu? *(Risos.)* Eu era mais de centro-médio, ficava no meio de campo ali, dialogando.

Bom, de 2%, pela força da sua voz, eu diria que a gente está em 50%.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Oitenta e seis por cento! *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS. *Fora do microfone.*) - Fui bem até.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Chutou bem!

De modo, gente, que, vejam só, graças a Deus, chegou um documento que realmente tem potência, tem respaldo jurídico e é incontestável - a não ser que queimem a Constituição, e isso eu acho que nós não vamos deixar. Ou vocês vão deixar?

(Manifestação da plateia.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Então pronto. Então pronto.

Portanto, irmãos Deputados e irmãos Senadores, vocês estão discutindo uma coisa que não vai dar em nada. A gente vai ao STF. Se por acaso, até lá, o STF virar para a direita, não tem problema. Vamos aos instrumentos internacionais, mas isso aqui não vai passar.

Olhem só, garanto a vocês que a falta de cota na residência médica não irá passar com certeza no Brasil. Eu estou certo disso e peço a vocês, irmãos brancos, que não entendem o drama do negro: vamos encurtar esse diálogo, vamos arquivar esse projeto e vamos sair para outras demandas, porque o Brasil precisa de tantas demandas a serem discutidas!

Também, eu queria partilhar que este projeto, o 425, corre o perigo de ser um projeto egoísta e anticristão. Por que egoísta? Porque é um projeto que está olhando só um lado do Brasil, que é o lado branco, o lado bem-sucedido, com muito dinheiro no bolso. Não olha para o lado dos oprimidos, o lado dos que são vítimas da escravidão, da exploração, da mão de obra desse povo. Então não dá para vocês pensarem um projeto com honestidade sem olhar esse outro lado.

E para ajudar vocês, brancos que apoiam outros brancos e ouvem facilmente outros brancos poderosos, sugiro a vocês que leiam o maior Professor da Universidade de Harvard, Michael Sandel. Michael Sandel escreveu um livro chamado *A Tirania do Mérito*. O que estamos discutindo aqui, junto com quem é a favor de não ter cota para negro na residência médica, nada mais é do que sobre pessoas que vivem inconscientemente - são pessoas boas - sob o domínio da tirania do mérito. Quem quiser entender isso, por favor, baixe no Google esse livro, parece que já tem edição livre aí. Michael Sandel é o nome do autor. Ele é o mais caro palestrante do mundo hoje, e o livro é *A Tirania do Mérito*.

Senador, eu fiquei assustado quando foi dito aqui - não sei quem foi que falou - que sobram mais de 20 mil vagas nas residências médicas no Brasil. Não sei quem foi que falou. Alguém lembra quem falou isso aqui no debate? Foi você? Não, né?

(Intervenções fora do microfone.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Está legal. Pois é, eu nunca imaginei isso! Gente, sobram 20 mil vagas na residência médica no Brasil!

(Manifestação da plateia.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Olha que legal!

Então, está na cara que o que está gerando essa doideira de jogar no lixo 20 mil vagas todo ano é a meritocracia injusta! Somente quem aplica meritocracia injusta faz uma besteira destas: faz uma prova ultradifícil para passar só quem tem dinheiro para pagar cursinho caro e jogar no lixo nós negros, nós pobres. Porque, na residência médica, só passa quem tem dinheiro. Gente, o valor da inscrição para fazer essa prova de residência médica é caro. O valor dos cursos preparatórios é uma violência para nós pobres e para nós negros. Insistir nessas violências não constrói um Brasil melhor.

Eu quero concluir e dizer para o Senador Paim e para todos vocês que há um precedente fantástico. Nós, 12 anos atrás, fomos convocados por um grupo de cotistas negros que foram aprovados na prova da AGU. O que é a AGU mesmo, gente?

(Manifestação da plateia.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Ó, o pessoal é...

(Soa a campanha.)

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - A Cida reprovou vocês. *(Risos.)*

(Soa a campanha.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS. *Fora do microfone.*) - Não, não.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Ah, não?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS. *Fora do microfone.*) - Não, é porque o senhor já falou 30 minutos. *(Risos.)*

Eu fiquei aqui bem quietinho, não sou bobo. Vou falar contra o Frei David? *(Risos.)*

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS - Encerrando, 12 anos atrás, a AGU (Advocacia-Geral da União) votou... o Conselho da AGU votou que era proibido cota na promoção, cota na remoção, cota para subir nas etapas superiores. Por quê? Porque, na cabeça deles, para nós bastaria uma esmolinha. É cota somente no ingresso, e acabou. E aí a gente conseguiu convencer o Conselho da AGU... Foi de 14 a 0 que a votação ganhou para não ter cota na promoção e na remoção, etc.

A gente conseguiu convencer a AGU... Era a Grace? Foi no tempo do Temer, parece, o da Grace. Era a Grace? Alguém lembra aí? Não, né? A Grace, que era a Ministra da AGU, a gente conseguiu convencê-la de refazer, reconvocar todo o conselho para rediscutir o tema, e levamos pessoas bem preparadas. Gente, que coisa linda! Conseguimos reverter de 14 a 0 a nosso favor para ter cota na promoção, nas etapas superiores, na remoção. Então, essa discussão também já tem um precedente muito sólido, que está na AGU.

Concluo falando que a Senadora Damares, que é uma mulher que procura refletir, vai nos ajudar nesse processo da condução desse projeto, e o meu irmão Hiran também, Senador - porque eu vi que é um homem do bem, que defendeu

tantas coisas boas para nós aí -, vai também rever a posição dele e vai mandar esse projeto ficar arquivado até um futuro momento, quando o Brasil "desassinar" a Convenção Interamericana contra a Discriminação e todas as Formas Correlatas de racismo.

Um abraço. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Muito bem, Frei David.

O discurso do Frei David foi tão bom, nesses 30 minutos. Foi bom mesmo, sério! Falou firme, falou o que o senhor pensa, e isso é democracia, né? Pode alguém não gostar, mas eu vou dizer que nós gostamos. *(Risos.)* Nós todos aqui gostamos.

Só quero dizer que tenho muito orgulho, Frei David, porque, quando eu era Presidente desta Comissão, eu fui Relator da Convenção Interamericana contra o Racismo.

O SR. DAVID RAIMUNDO DOS SANTOS *(Fora do microfone.)* - Opa! *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Alguém poderia dizer: "O Paim diz que, em todo projeto aqui no Senado, quando trata de negros e negras, quilombolas e pardos, ele foi autor ou Relator". Mas também, só tem eu de negro aqui, eles vão dar para quem relatar essa matéria? *(Risos.)* Vão dar para quem? Tem que dar para mim mesmo!

É como foi aquele embate, até hoje eu lembro - e tenho orgulho de que o senhor estava lá, com a Educafro -, que foi no Supremo Tribunal Federal, para discutir se o Estatuto da Igualdade Racial, que queria cotas, era inconstitucional ou não. Lembra? O senhor estava lá, com toda a equipe. Aí fui eu e um desembargador ou promotor, de quem eu não vou dizer o nome, e disseram: "Paim, vai ter um Senador lá e o outro vai ser você". E eu disse: "Mas por que eu?". Daí eles disseram: "Porque só tem você de negro aqui. Vai, sim". E fui!

Vocês votaram no plenário, fizemos a defesa - não vou contar aqui detalhes, já contei muitas vezes, está no filme Raça, que V. Exa. colocou, está no filme Raça - e ganhamos de 10 a 0, foram consideradas constitucionais as cotas. *(Palmas.)* Mas foi pela mobilização, também, de todos nós. Pessoal, é claro que eu, por mim, continuaria aqui, mas tem a Casa, tem os funcionários, todos os que também têm atividades - e tem outras amanhã já. A nossa audiência de hoje atingiu todos os objetivos, com a fala brilhante, agora no encerramento, do Frei David, que deixou claro o pensamento, eu diria, de 90%, inclusive, dos painelistas, que vão na mesma linha do que o Frei David falou.

E, assim, nós vamos encerrar a nossa audiência pública; ela atingiu, de fato, todos os objetivos. Só depende agora, naturalmente, de essa pressão continuar, de preferência para que a matéria não seja nem votada. Mas eu fico com a sua fala e acredito na força, inclusive, dos nossos advogados e que, se essa matéria for votada, poderemos ganhar no Supremo.

Mas tem um fato aqui de que a assessoria me lembrou e que eu vou informar agora, com alegria, e eu espero que as palmas sejam de energia para ela. A assessoria disse para mim que chegou aqui agora que o informe que foi noticiado aqui sobre o falecimento da veterinária no Senado Federal foi um pouco precipitado, vamos dizer, o informe que deram aqui. A servidora encontra-se em estado grave na UTI, mas está viva. Esta Comissão - e falo em nome da Damares também, porque ela recebeu essa informação - deseja a pronta recuperação da nossa querida veterinária, e fica aqui também nosso total apoio à família. Vida longa à veterinária, que ela se recupere, e à família toda! *(Palmas.)*

Com essa notícia boa, damos por encerrado o nosso trabalho.

Vida longa à classe trabalhadora do campo e da cidade!

O SR. MICHAEL DE JESUS - Senador, Senador!

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Vida longa ao movimento negro! Vida longa às cotas, em todos os sentidos! *(Palmas.)*

(Manifestação da plateia.)

(Interrupção do som.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - ... o fácil eu faço hoje, o difícil eu vou trabalhando e o impossível eu quero atingir. Tem a palavra alguém que conquistou o impossível! *(Palmas.)* Vai lá! Não está encerrada a reunião.

O SR. MICHAEL DE JESUS - Obrigado, Senador!

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Vai lá, meu amigo, te identifica aí.

O SR. MICHAEL DE JESUS - Tá, obrigado!

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Dou cinco... Ó, a tua fala é o encerramento!

O SR. MICHAEL DE JESUS - Não, perfeito.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Tu vais falar em nome de todo este plenário.

O SR. MICHAEL DE JESUS (Para expor.) - Eu vou falar em nome do Plenário aqui. Quero primeiramente agradecer ao nobre Senador aqui pela Presidência, por conduzir os trabalhos, aos convidados - é claro que divergências acontecem naturalmente, está tudo certo -, ao Frei David que sempre conduz essa galera aqui de uma maneira extraordinária e está sempre se fazendo presente nesses debates. Eu acho que o Brasil era um antes e depois da Educafro, não tenho como questionar isso. Eu acho que o Frei David...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Sou testemunha dessa história.

O SR. MICHAEL DE JESUS - Desculpe aqui o meu atrevimento no que eu vou falar, mas eu acho que o Frei David é a única pessoa que eu conheço que transita no Legislativo, no Judiciário e no Executivo e não tem um banco a favor dele *(Risos.)*, então isso mostra o poder que o Frei David...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. MICHAEL DE JESUS - Nem o Itaú. *(Risos.)*

Mas a questão aqui, para encerrar... Houve uma provocação que foi repetida várias vezes e não foi dado aqui um momento de nós nos manifestarmos. Independentemente da discórdia aqui em alguns pontos, da concordância em outros, algumas vezes nos fizeram a mesma pergunta, e o último foi o Dr. Caio - nada direcionado a ele, mas é que ele foi o último que falou -, perguntando para nós, se nós pudéssemos escolher passar com um médico que tirou 80 pontos ou um de 60, quem nós escolheríamos.

E isso me trouxe uma reflexão: qual é o critério de avaliação para nós sabermos em que medida esses pontos são atribuídos? Porque olhe só... Eu não vou falar do meu eu de hoje porque o meu eu de hoje tem acesso a uma medicina a que poucos brasileiros têm, mas o meu eu de ontem tinha acesso a uma medicina precarizada, e é aí que me vem a pergunta. Se perguntassem para o meu eu de ontem, entre uma pessoa que fez 80 pontos com base numa avaliação totalmente empírica, ligada a teorias, mas sem nenhum aperfeiçoamento humanitário, e uma pessoa que fez 60 pontos, mas vem de uma origem igual a minha, entende o corpo negro e conhece a comunidade da qual eu vim e as ferramentas que eu vou ter para seguir aquele tratamento, eu prefiro a pessoa que tirou 60 pontos. *(Palmas.)*

(Manifestação da plateia.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Pronto, respondeu. Você respondeu, respondeu ao Brasil.

E assim, pessoal, cumprimentando a sua fala, que foi brilhante, eu vou encerrar agora por motivo de força maior *(Risos.)*, que são os funcionários do Congresso aqui, mas nós vamos querer tirar uma foto em conjunto com todos vocês.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - RS) - Está encerrada a audiência pública de hoje, o.k.?

(Iniciada às 14 horas e 30 minutos, a reunião é encerrada às 18 horas e 15 minutos.)