

Quem forma o médico que cuida do Brasil?

Jérzey Timóteo Ribeiro Santos

Secretário Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — SGTES/Ministério da Saúde

Audiência Pública — Projeto de Lei nº 452, de 2025

Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa — Senado Federal

18 de agosto de 2026



BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 452, de 2025. Convite nº 39/2026-CDH; Requerimentos nº 45 e 47/2026-CDH.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”

Constituição Federal, art. 196

Universalidade

TODOS ENTRAM.

Integralidade

A PESSOA INTEIRA,
NÃO A DOENÇA.

Equidade

MAIS PARA QUEM
MAIS PRECISA.

Um sistema fundado na equidade pode formar seus especialistas por um processo que não considera as desigualdades? É esta a pergunta que o Ministério da Saúde traz à Comissão.

Onde o Brasil forma e já emprega seus especialistas



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Residência médica: principal via de formação de especialistas do país. Treinamento em serviço — Lei nº 6.932/1981.

- Acontece : hospitais universitários, emergências, maternidades, serviços do interior.
- Residentes se formam guiados por preceptores que ensinam enquanto cuidam.
- E enquanto se formam, já integram a equipe que atende a população — com escala, plantão e responsabilidade assistencial.



A residência acontece dentro do SUS

90% das vagas

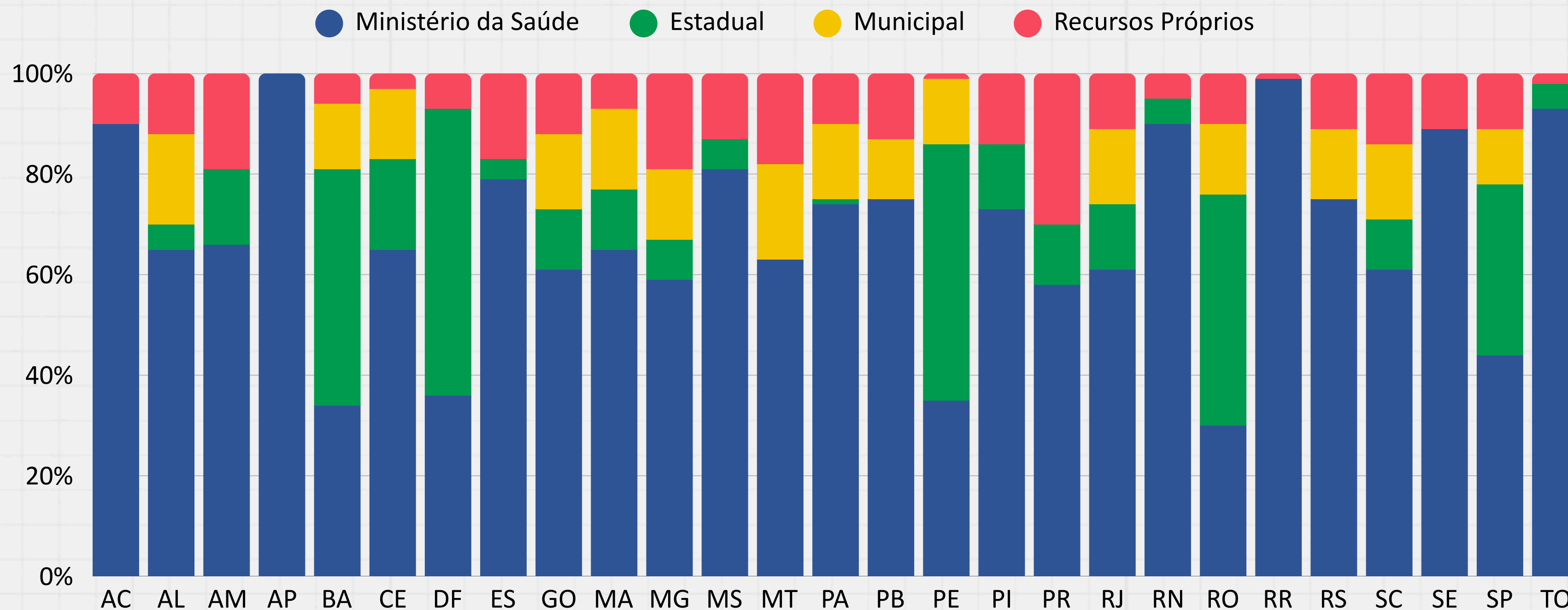
são custeadas pelo Ministério da Saúde, Estados ou Municípios.

35 mil+

bolsas de residência apoiadas pelo Governo Federal

R\$ 3 bi

de investimento — Agora Tem Especialistas



conte: MEC - Painel de Dados da Educação na Saúde.

O precedente que o Brasil já firmou



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



20%

Lei nº 12.990/2014 — reserva de vagas em concursos públicos federais.

Unânime

STF, ADC 41 (2017) — constitucionalidade declarada. Rel. Min. Roberto Barroso.

O Estado brasileiro já decidiu: a composição da força de trabalho pública é matéria legítima de ação afirmativa.

O PL 452 pede uma exceção a essa decisão — e a pede na etapa em que o país forma os especialistas que atendem no SUS.

O país real



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



População preta e parda — Censo 2022

55,5%

112,7 milhões de brasileiros



É este o país que entra, todos os dias, pelas portas do SUS.

IBGE. Censo Demográfico 2022: identificação étnico-racial da população, por sexo e idade — resultados do universo. Rio de Janeiro, 2023.

A medicina que ainda não se parece com esse país



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



55,5%

da população brasileira é preta ou parda — Censo 2022

4,7%

estudantes de medicina negros (2023)

16,2%

cirurgiões negros (inquérito 2025)

1,7%

docentes pretos

O ponto central da justificação do projeto



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



“Após a graduação, o profissional compete em igualdade de condições.” — PL 452/2025, justificativa

A igualdade no dia da prova não apaga a desigualdade do caminho até ela:

- **9%** — é quanto a reserva de vagas alcança dos 245.501 estudantes de medicina (2022). Menos que a média do ensino superior brasileiro, que é 11,5%.
 - 97,3% — desses poucos incluídos, é a fatia que está nas escolas públicas.
 - 0,3% — é a inclusão por reserva de vagas nas escolas privadas — que detêm 77% das matrículas de medicina.
- **4,7%** — é o total de estudantes de medicina do país que entraram por reserva de cunho étnico-racial: 11.663 alunos — 11.558 nas públicas, 105 nas privadas.
- **0,6%** — é o total que entrou por reserva para pessoas com deficiência: 1.406 alunos — 1.395 nas públicas, 11 nas privadas.

"a inclusão foi tardia e é menor do que a verificada no conjunto do ensino superior brasileiro" e, nas escolas privadas, opera por "dispositivos esporádicos, voluntários e sem regularidade."

E é esse funil que abastece a residência



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



“Após a graduação, o profissional compete em igualdade de condições.” — PL 452/2025, justificativa

O setor que quase não pratica inclusão é o que mais abastece a residência médica:

- 62,8% dos médicos residentes do Brasil se formaram em escolas privadas — onde a reserva de vagas alcança 0,3% dos alunos e o financiamento estudantil caiu de 45,6% (2012) para 23,2% (2022) — o menor índice entre os seis maiores cursos de graduação do país.

A cota na graduação não terminou seu trabalho.

- Ela mal começou — porque a expansão da medicina se deu justamente no setor que não a adota.
- E é neste exato momento que o PL 452 propõe proibir, por lei, que a residência corrija o que a graduação ainda não corrigiu.

É o fechamento da porta no meio da travessia.

SCHEFFER, M. C. et al. Radar da Demografia Médica no Brasil. Informe Técnico nº 3. São Paulo: FMUSP, jun. 2024. Tabelas 7 e 10.

SCHEFFER, M. (coord.). Demografia Médica no Brasil 2025. São Paulo: FMUSP; AMB, 2025. Figura 12, p. 161 (natureza da escola de graduação dos residentes)

E a reserva de vagas não rebaixa nota



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



1

Mesma prova. Mesma exigência de nota mínima.

2

O candidato optante concorre simultaneamente na ampla concorrência.

3

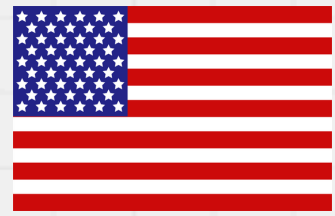
Se a nota alcança a ampla concorrência, entra por ela — e a vaga reservada segue para o próximo optante.

4

A condição declarada passa por confirmação — heteroidentificação, avaliação biopsicossocial ou documentação étnica, conforme o grupo. Sem confirmação, não há vaga reservada.

Reserva vigente por programa: 25% pessoas pretas e pardas · 3% indígenas · 2% quilombolas — 30% no total. E 10% para pessoas com deficiência. **Aplicável a programas com 2+ vagas (étnico-racial) e 5+ vagas (PcD).**

**A reserva não altera a régua de suficiência técnica.
Ela impede que a origem determine o resultado antes da prova.**



O mundo constrói intencionalidade — Estados Unidos



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Mesmo após a Suprema Corte restringir a ação afirmativa na admissão à graduação, em 2023:

A decisão de 2023 tratou de admissão a curso de graduação. A seleção de residência, nos Estados Unidos, é relação de trabalho, com regime jurídico distinto.

A Association of American Medical Colleges mantém modelo de revisão holística para a seleção de residentes — experiências, atributos, competências e métricas — com diversidade entre os princípios declarados.

A literatura médica sustenta a consideração de raça na seleção de residência justamente por se tratar de vínculo de trabalho, e não de admissão escolar.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Holistic principles in resident selection. Washington, DC. BOWE, S. N.; BLY, R. A.; WHIPPLE, M. E. *Academic Medicine*, v. 95, 2020. SUPREME COURT OF THE UNITED STATES. *Students for Fair Admissions v. Harvard*, 600 U.S. 181 (2023).



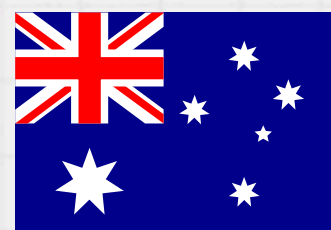
Canadá: reserva de vagas é a arquitetura do sistema

CaRMS — R-1 Match

As vagas de residência são alocadas por *streams* — grupos de vagas com critérios próprios de elegibilidade, definidos pelas províncias conforme prioridades de força de trabalho. Entre eles, um stream específico para candidatos indígenas.

Universidade de Toronto — Clínica Médica

Trilha de aplicação para candidatos negros e indígenas, implantada em 2020, com avaliação conduzida por pares e programa de mentoria.



Reino Unido: onde não se cota, mede-se por obrigação



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



NHS — *Workforce Race Equality Standard*, aplicado a todas as organizações do NHS.

- Nove indicadores: quatro de dados administrativos de força de trabalho, quatro da pesquisa nacional de pessoal e um de representação nos conselhos de administração.
- Inclui a probabilidade relativa de nomeação após a fase de seleção, comparando candidatos brancos e candidatos de minorias étnicas, publicada instituição por instituição.

Organizações do NHS em que o candidato branco tinha probabilidade significativamente maior de ser nomeado:

71%

2022

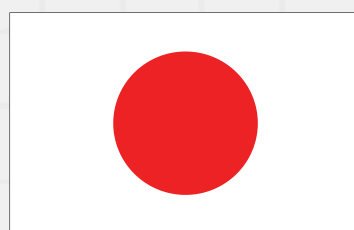
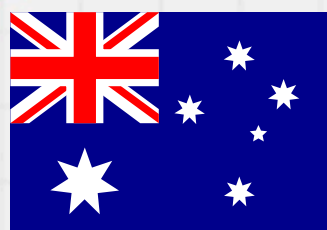
76%

2023

80%

2024

O NHS obriga a medir a desigualdade racial na seleção. O PL 452 propõe vedar os instrumentos de correção.



Austrália e Japão: equidade como planejamento de força de trabalho



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Austrália

Bonded Medical Program, em vigor desde 1º de janeiro de 2020: vagas de medicina vinculadas a compromisso de três anos de atuação em áreas regionais, rurais e remotas.

Japão

Chiiki-waku, sistema de cotas regionais criado em 2009: 1.674 vagas em 2017, equivalentes a 20% do total de ingressantes em medicina, mediante compromisso de atuação regional, mais comumente de nove anos.

O padrão comum é a intencionalidade. Nenhum destes países deixou a composição da sua força médica ao resultado de uma prova tratada como neutra. E nenhum vedou por lei os instrumentos de equidade.

O que o PL 452/2025 estabelece



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



O projeto não propõe um modelo alternativo de equidade. Ele veda todos.

- Reserva racial. Reserva social. Pessoas com deficiência. Indígenas. Quilombolas. Territorial.
- Em instituições de ensino superior públicas e privadas, e em unidades hospitalares reconhecidas pelo MEC ou pelo Ministério da Saúde.
- Determina a anulação dos processos seletivos que descumpram a vedação.

Parecer CFM nº 21/2015

Base da justificativa do projeto — anterior em dez anos aos dados de força de trabalho hoje disponíveis.

Nota Técnica nº 10/2026 — PFDC/MPF

Sustenta, em sentido oposto, que a adoção de ações afirmativas na residência é obrigatória.

Concordância médico-paciente: o que a evidência mostra



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



O experimento de Oakland — ensaio randomizado, American Economic Review, 2019.

- Homens negros foram alocados aleatoriamente a médicos de diferentes origens.
- Antes da consulta, todos escolhiam os mesmos exames preventivos.
- Depois de conhecer o médico, a aceitação de exames preventivos foi maior entre os atendidos por médico da mesma origem racial — inclusive nos procedimentos mais invasivos.



A confiança muda o que o paciente aceita

O que mudou não foi a conduta prescrita pelo médico. Foi o que o paciente conseguiu aceitar.

Concordância médico-paciente: o que a evidência mostra



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Estudo de pesquisadores do governo norte-americano — JAMA Network Open, 2023.

- Análise de condados dos Estados Unidos em 2009, 2014 e 2019: maior representação de médicos negros na atenção primária associou-se a maior expectativa de vida, menor mortalidade por todas as causas e menor disparidade de mortalidade entre negros e brancos.
- O efeito observado é maior nos condados de menor renda.

+10 p.p. de representação $\approx$ +30 dias de expectativa de vida

Associação relatada pelos autores — medida populacional, não ganho individual.

É estudo de associação, e é assim que o apresento. Onde a necessidade é maior, o efeito é maior — e isso é o princípio da equidade do SUS.

Quando a ciência não olhou para todos os corpos



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



- Por décadas, o oxímetro de pulso foi validado majoritariamente em peles claras.
 - Resultado: pacientes negros com hipoxemia grave apareciam no monitor como estáveis — quase 3 vezes mais hipoxemia oculta que em pacientes brancos, segundo o *New England Journal of Medicine*.
- **Não foi erro de nenhum médico à beira do leito. Foi um viés impresso na própria tecnologia — porque a pesquisa que a validou não tinha diversidade suficiente para fazer a pergunta certa.**



A confiança muda o que o paciente aceita

O que mudou não foi a conduta prescrita pelo médico. Foi o que o paciente conseguiu aceitar.

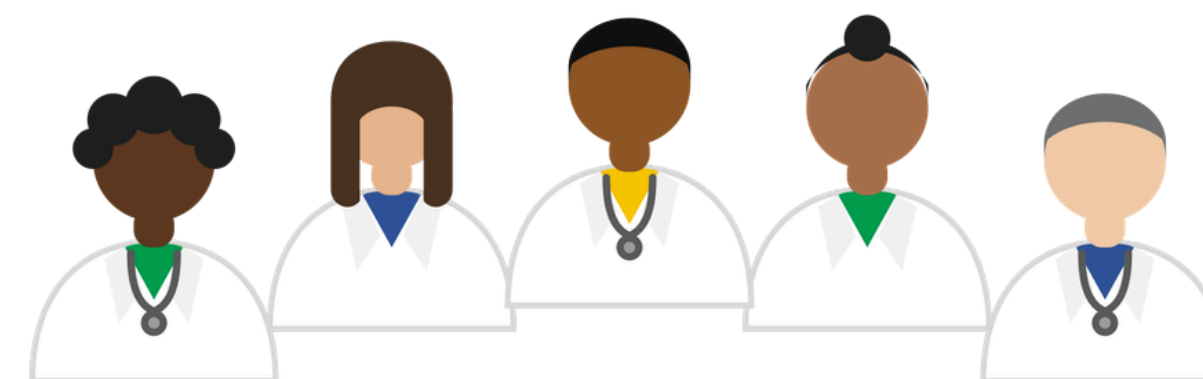
SJODING, M. W.; DICKSON, R. P.; IWASHYNA, T. J.; GAY, S. E.; VALLEY, T. S. Racial bias in pulse oximetry measurement. *N. Engl. J. Med.*, v. 383, p. 2477-2478, 2020. VALBUENA, V. S. M. et al. Disparities in hypoxemia detection by pulse oximetry across self-identified racial groups. [PubMed, 2022]. MARTIN, A. R. et al. Clinical use of current polygenic risk scores may exacerbate health disparities. *Nat. Genet.*, 2019 (dado de 75-80% de participação europeia em GWAS)

Às entidades médicas e colegas presentes

Essas evidências não acusa ninguém desta sala — e não promete que cada brasileiro vai encontrar o médico certo para ele.

Nenhuma política pública promete isso.

Um corpo de especialistas mais diverso aumenta a chance desse encontro, para mais gente, em algum serviço de saúde no Brasil.



**Isso não reduz a exigência técnica da medicina.
Amplia a probabilidade do cuidado chegar a quem mais precisa.**

O que está em causa, concretamente

A médica de família indígena que atende a comunidade no idioma da própria comunidade, sem intermediação

O paciente pós-AVC guiado por uma fisiatra em cadeira de rodas, que não só explica: demonstra

A criança cuja pele "não parecia tão inflamada" — porque a régua que mede gravidade foi desenhada para enxergar vermelho, e a dela não fica vermelha.

O especialista formado e fixado no interior, onde a rede depende de quem escolhe ficar.

Retomo a pergunta da abertura: um sistema fundado na equidade pode formar seus especialistas por um processo indiferente às desigualdades?

O Ministério da Saúde entende que o PL 452/2025 não colabora com a melhoria da saúde pública do país.

E coloca a SGTES à disposição desta Comissão para aprimorar transparência dos editais, heteroidentificação e ambiente de formação do residente.

Legislação e jurisprudência

BRASIL. Constituição Federal de 1988, art. 196.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, art. 7º-B.

BRASIL. Lei nº 12.990, de 9 de junho de 2014.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

BRASIL. Lei nº 14.723, de 13 de novembro de 2023.

BRASIL. STF. ADC nº 41/DF. Rel. Min. Roberto Barroso, j. 8 jun. 2017.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 452, de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer nº 21/2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Nota Técnica nº 10/2026-PFDC/MPF.

SUPREME COURT OF THE US. Students for Fair Admissions v. Harvard, 600 U.S. 181 (2023).

Editais e política nacional

EBSERH. Edital nº 04/2026 — Enare 2026/2027.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Expansão de bolsas de residência — Agora Tem Especialistas. Brasília, 2026.

Dados demográficos e de força de trabalho

IBGE. Censo Demográfico 2022: identificação étnico-racial da população. Rio de Janeiro, 2023.

SCHEFFER, M. (coord.). Demografia Médica no Brasil. São Paulo: FMUSP; AMB.

SCHEFFER, M. et al. Reserva de vagas e financiamento estudantil na medicina. São Paulo: FMUSP; AMB, 2025.

Evidência científica

ALSAN, M.; GARRICK, O.; GRAZIANI, G. Does diversity matter for health? Experimental evidence from Oakland. American Economic Review, v. 109, n. 12, p. 4071-4111, 2019.

SNYDER, J. E. et al. Black representation in the primary care physician workforce... JAMA Network Open, v. 6, n. 4, e236687, 2023.

BOWE, S. N.; BLY, R. A.; WHIPPLE, M. E. Collaborative, longitudinal data... Academic Medicine, v. 95, 2020.

Políticas internacionais

AAMC. Holistic principles in resident selection. Washington, DC.

CaRMS. Application streams — R-1 Main Residency Match. Ottawa.

UNIVERSITY OF TORONTO. Advancing the Black and Indigenous CaRMS Pathway. Toronto.

NHS ENGLAND. Workforce Race Equality Standard: 2024 data analysis report. London, 2025.

AUSTRALIA. Dept. of Health, Disability and Ageing. Bonded Medical Program. Canberra.

MATSUMOTO, M. et al. Negative aspects of the regional quota system in Japan. JMA Journal, 2019.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Obrigado!

Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

www.saude.gov.br